



ISSN 2450-6486

<http://ehs.eeipsy.org>DOI: <https://doi.org/10.38014/ehs-ss.2023.3.12>

This publication was made with the funds of a joint Grant of
EEIP (Ukraine - France) and ChF "Education: Future"



Ганна ЦВЕТКОВА,
Софія ДОВБНЯ,
Раїса ШУЛИГІНА,
Катерина ВАСИЛЕЦЬ

Посттравматичний синдром у дітей дошкільного віку: сутність, зміст, шляхи подолання*

ANNA TSVETKOVA, SOFIA DOVBNYA, RAISA SHULIGINA, KATERYNA VASYLETS. **Post-traumatic syndrome of preschool children: the nature, content, ways of overcoming.** *The essence of the post-traumatic syndrome (further in the issue below - the PTS) is distinguished in the article. The factors and symptoms of post-traumatic stress disorder (further in the article PTSD) are singled out by authors and approaches to the diagnosis of the phenomena are pointed out. The traumatic events and features of psychophysiological predictors, which may indicate a greater probability of development of traumatic disorder in preschool children, are analyzed in the issue. The psychological and*

pedagogical conditions for effective overcoming post-traumatic stress disorder in preschool children were described within the study. The stages and contents of the professional activity of the psychologist with children are described for early diagnostics and a precise definition of the algorithm of work, what allows to provide early assistance to the child, as well as optimizing the time of expenditures for diagnosis and fixation of data.

Key words: *post-traumatic syndrome, post-traumatic stress disorder symptoms, preschool children.*

1. Постановка проблеми

Ситуація, яку переживає Україна впродовж останніх років, спричинена низкою надзвичайних та екстремальних подій, які є травмуючими для різних верств населення. Проте особливих випробувань зазнають діти, що пережили психотравмуючі події, наслідки яких ще довго будуть відбиватися на їхньому психічному здоров'ї, поведінці, здатності будувати конструктивні соціальні зв'язки, моделювати міжособистісні відносини. Важливу роль у цих процесах відіграють дорослі, які повинні допомогти дітям почуватися в безпеці, розуміти, як правильно реагувати на різноманітні емоції та стани дітей, серйозність яких варіюється залежно від особистих обставин кожного.

2. Аналіз останніх досліджень

У вітчизняній психологічній літературі відомі лише поодинокі експериментальні праці щодо розвитку посттравматичного стресу в дітей та дорослих внаслідок Чорнобильської аварії (М.І. Бобнева, О.М. Гарнець, П.С. Гончар, С.І. Яковенко).

Певною мірою даного аспекту у свій час торкалися вчені в руслі досліджуваних ними проблем: Л. Виготський, концепції восьми життєвих циклів і відповідних їм психосоціальних криз Е. Еріксона, концепції трьох видів криз В. Козлова, дослідження різних реакцій на життєві кризи в малій психіатрії Е. Ліндемання, стадіях розвитку дистресу Г. Сельє та ін.

Найбільшого поширення поняття «психологічна травма» отримало в рамках теорії посттравматичного розладу і кризової психології, що виникла наприкінці 80-х років ХХ ст. Найчастішими

причинами психотравмами вважаються: фізична травма, що призвела до інвалідизації, хронічна невиліковна хвороба, раптова смерть близької людини, дорожно-транспортна пригода, розрив значущих стосунків, постійна скандально-роздратована або конфліктна атмосфера в сім'ї, приниження або глибоке розчарування в людях (O. Paul, M. Fossey, S. Freeth, H. Hughes) [7, с.306-315].

Першими здійснили опис психологічних проблем, які виникли у солдат після повернення додому, американські лікарі часів Громадянської війни в Америці (1861 – 1865 pp.), зокрема у 1871 році Я. М. да Коста, описуючи психосоматичні порушення у солдатів, наголошував, що у клінічній картині спостерігається домінування кардіологічних симптомів, що дозволило автору назвати цей стан «солдатське серце». Проблема впливу бойових дій на психіку військових є предметом багатьох досліджень, зокрема в соціології, психології, медицині. Так, вагомий внесок у даний напрям досліджень зроблений зарубіжними дослідниками історії медицини (O. Paul, M. Fossey, S. Freeth, H. Hughes) [7, с.306-315], які першимизвернули увагу на наявність симптомів психотравматизації в учасників різних військових конфліктів, агресивних дій, пов'язаних з використанням зброї та інших засобів насилля. Дослідник психологічного стресу М. Горовіц вперше розробив спеціальну шкалу для вивчення особливостей реагування на психотравмуючу подію (Impact of Event Scale [6, с.67-80]. Послідовники М. Горовіца визначили, що подолання індивідом психотравмуючого впливу стрес-факторів бойової обстановки залежить не лише від успішності когнітивної переробки травматичного досвіду, але й від взаємодії таких факторів як: характер психотравмуючих подій, індивідуальні характеристики ветерана та особливості умов, у які він потрапляє після повернення додому. У 1920-х pp. Е. Хемінгуей ввів у світовий науковий обіг поняття «втрачене покоління», – тобто покоління учасників Першої світової війни, які несли в своєму життєвому досвіді тяжкий вантаж фронтових переживань. Письменники «втраченого покоління» (Дж. Пассос, Е. Каммінгс, В. Фолкнер, Р. Олдингтон, Е. Ремарк) часто поєднували у своїх творах військову фактуру з післявоєнним досвідом – своїм і, відповідно, своїх героїв. Так війна ставала «емблемою» часу, всієї цивілізації, символом дійсності в цілому, а єдиною опорою для колишніх військових на тлі втрати окремих цінностей та авторитетів залишалося

фронтова спільнота. Дослідники Х.-Г. Хофер і В. Еккерт великі масштаби психотравматизації солдатів під час Першої світової війни пов'язують насамперед зі зміненним способом ведення війни, яку також називали «війною в траншеях», тобто військові часто не бачили людей, які їх атакують, оскільки ті знаходилися за кілька кілометрів, втім військові постійно перебували під обстрілами та часто не мали можливості втекти із траншеї [4, с.265-277]. Відстрочені психічні явища у ветеранів першої світової війни З. Фрейд назвав «військовим неврозом», який не слід ототожнювати із «неврозом травматичним», отриманим під впливом фізичної травми. Військовий невроз за З. Фрейдом є Его-конфліктом, конфліктом між мирним та войовничим Его солдата, що виявляється у ситуаціях повоєнного існування, коли набуте агресивне Его намагається витіснити мирне Его і скеровує поведінку військового у руйнівне русло [14]. Засновник психологічної антропології, неопфрейдист А. Кардінер розглядав відстрочені психічні явища з точки зору концепції адаптації, а психологічні проблеми ветеранів першої світової війни як зумовлені зменшенням внутрішніх ресурсів організму і ослабленням сили Его, за таких умов зовнішній світ починає сприйматися ними як ворожий [13]. Представники когнітивних теорій (Е.В. Foa, А. Ehlers, D.M. Clark, D.F. Tolin, S.M. Orsillo) наголошують на визначальній ролі когнітивних факторів у розвитку та перебігу симптомів ПТСР [3, с.303-314]. При цьому основними вважаються характеристики когнітивного стилю та зміна переконань індивіда під впливом травматичної події, зокрема змінюється ставлення до себе та світу, визначається власна роль у виникненні травми (M.Startup, L.Makgekgenene, R.Webster, 2007) [9, с.395-403]. Згідно із когнітивною моделлю А. Ehlers, D.M. Clark, інформація про травму представлена в структурах пам'яті фрагментарно, без включеності у чіткий просторово-часовий контекст [3, с.303-314]. Це призводить до того, що, з одного боку, довільні спогади про травму, як правило, ускладнені, а з іншого – травматичні образи активуються мимоволі у відповідь на зовнішні сигнали. Виникнення образів із асоціативної пам'яті відбувається в обхід свідомості – людина переживає відтворення травматичної інформації, не усвідомлюючи зв'язку зі стимулом, що запустили спогади. На думку А. Бандури, самоефективність грає ключову роль у стресових реакціях та особливості захисту від потенційно небезпечних ситуацій. Представники соціально-когнітивної теорії

наголошують на тому, що люди, переконані у неконтрольованості потенційних загроз, вважають оточуюче середовище вкрай небезпечним, живуть у стані постійного страху і турбуються про події, які малоймовірно можуть статися з ними (С.С. Benight, А. Bandura, 2004) [1, с.1129-1148]. Спираюсь на положення моделі схильності (diathesis) до стресу, згідно з якою патологічна поведінка є наслідком поєднання генетичної схильності і впливу середовищного стресу, когнітивні психологи виділяють три види predisposицій (схильностей) до виникнення стресових розладів: когнітивні, конституційні та змішані. Роль самоефективності у виникненні ПТСР підтверджено й численними дослідженнями ізраїльських військових психологів (Z. Solomon, R. Benbenishty, M. Mikulincer, 1991) [8, с.345-361]. Наукові дослідження зв'язку посттравматичних когніцій, симптомів ПТСР і уявлень про власну самоефективність (R. Cieślak, С.С. Benight, V.C. Lehman, 2008) [2, с.788-798] довели важливу роль когнітивних факторів у розвитку стресових розладів, що зумовило їх включення у якості окремого критерію ПТСР (критерій А) до класифікації DSM-5.

Отже, аналіз наукового доробку з досліджуваної проблеми засвідчив, що посттравматичний синдром у дітей дошкільного віку в Україні комплексно й системно не вивчався. Не зважаючи на значний теоретичний і практичний матеріал з досліджуваної проблеми, сутність, зміст представленої проблеми та шляхів її розв'язання розкриті недостатньо.

Мета статті уточнити сутність поняття «посттравматичний синдром», «посттравматичний стресовий розлад», схарактеризувати психолого-педагогічні умови ефективного подолання посттравматичного стресового розладу у дітей дошкільного віку та визначити шляхи його профілактики.

3. Виклад основного матеріалу

Важливу роль у наукових дослідженнях відіграє теоретичний аналіз, який сприяє виокремленню питань, що потребують більш детального розгляду та є фундаментом наукового пошуку, що, у свою чергу, дає змогу охарактеризувати посттравматичний синдром у дітей дошкільного віку з наукової точки зору.

Посттравматичний синдром вчені розглядають як психічний розлад, різновид неврозу, що виникає в результаті переживання однієї чи кількох психотравмуючих подій, а саме: військові дії,

теракти, аварії чи стихійні лиха, катастрофи, важка фізична травма, побутове чи статеве насильство, загроза смерті тощо [4, с.265-277].

Посттравматичний синдром – це один з можливих психологічних наслідків переживання травматичного стресу. Дані численних досліджень свідчать про те, що посттравматичний синдром виникає приблизно у 20% осіб, що пережили ситуації травматичного стресу (за відсутності фізичної травми, поранення). У психологічній картині посттравматичний синдром специфіка травматичного стресора (військові дії або насильство тощо) безумовно, враховується, хоча загальні закономірності виникнення і розвитку посттравматичного синдрому не залежать від того, які конкретні травматичні події послужили причиною психологічних і психосоматичних порушень.

Важливими характеристиками важкого психотравмуючого чинника є несподіванка, стрімкий темп розвитку катастрофічної події і тривалість дії, а також повторюваність впродовж життя [12].

Основними чинниками, які збільшують ймовірність розвитку ПТСР виступають:

- серйозність травмівного випадку;
- батьківська реакція на травмівний випадок;
- близькість до травмівного випадку.

ПТСР розвивається в результаті отриманої важкої психічної травми. ПТСР буває, коли людина нездатна переключитися з «аварійного» на «нормальний» режим функціонування. Симптоми посттравматичного розладу можна поділити на кілька груп з визначенням відповідних критеріїв:

А. Піддавання ризику реальної смерті або її загрози, серйозних травм або сексуального насильства, як охарактеризовано в одному (або більше) з наступних пунктів:

1. Безпосереднє переживання травматичної події / подій.
2. Людина особисто була свідком події / подій, які відбувалися з іншими.
3. Травматична подія / події відбулися з близькими членами сім'ї чи близьким другом. У випадках смерті або загрози смерті члена сім'ї або друга подія / події були насильницькими або випадковими.
4. Переживання неодноразового, надмірного впливу подробиць травматичної ситуації, які викликають відразу (наприклад, у служб екстреного реагування, що збирають людські

останки; в офіцерів поліції, які неодноразово перебувають під впливом подробиць щодо насильства дітей).

В. Присутність одного (чи більше) з наведених нижче інтрузивних симптомів, пов'язаних з травматичною подією / подіями, які виникають після того, як подія відбулася:

1. Періодичні, мимовільні, інтрузивні, болючі спогади про травматичну подію / події. Примітка: у дітей, що мають більше як 6 років, може виникати повторювана гра, в якій відображається основна тема або аспекти травматичної ситуації / ситуацій.
2. Періодичні тривожні сни, зміст яких і / або емоційна реакція на які пов'язані з травматичною подією / подіями. Примітка: у дітей можуть бути моторошні сни без розпізнаваного змісту.
3. Дисоціативні реакції (флеш-беки), у яких людина відчувається або діє так, ніби травматична подія / події відбувається знову (такі реакції можуть доходити аж до повної втрати усвідомлення того, що діється навколо в даний момент). Примітка: у дітей під час гри може виникати специфічна реконструкція травми.
4. Інтенсивне чи тривале психологічне страждання через вплив внутрішніх або зовнішніх сигналів, які символізують або нагадують аспекти травматичної події / подій.
5. Виражені фізіологічні реакції на внутрішні чи зовнішні сигнали, що символізують або нагадують аспекти травматичної події / подій.

С. Постійне уникання пов'язаних з травматичною подією подразників, які з'являються після події. Про це свідчить зазначене в одному чи обох наступних пунктах:

1. Уникання або намагання уникнути болісних спогадів, думок про травматичну подію / події чи почуттів щодо неї або думок і почуттів, тісно пов'язаних з цією подією / подіями.
2. Уникання або намагання уникнути зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, дій, об'єктів, ситуацій), які викликають болісні спогади, думки про травматичну подію / події чи почуття щодо неї або тісно пов'язані з нею / ними.

Д. Негативні зміни у думках і настрої, пов'язані з травматичною подією, які починаються або погіршуються після події, про що свідчать два чи більше з наступних виявів:

1. Нездатність згадати важливий аспект травматичної події / подій (через дисоціативну амнезію, але не через травму голови, алкоголь чи медикаменти).
2. Постійні і перебільшені негативні переконання та очікування щодо себе, інших і щодо світу (наприклад, «я поганий», «нікому не можна довіряти», «світ повністю небезпечний», «моя нервова система назавжди зруйнована»).
3. Постійні спотворені думки про причини або наслідки травматичної події, які призводять до того, що особа звинувачує себе або інших.
4. Постійний негативний емоційний стан (наприклад, страх, жах, гнів, почуття провини або сорому).
5. Помітне зменшення інтересу до важливих заходів або до участі у них.
6. Почуття відокремленості або відчуженості щодо інших.
7. Постійна нездатність відчувати позитивні емоції (наприклад, нездатність відчувати щастя, задоволення, любов).

Е. Помітні зміни в активності та здатності реагувати, які з'являються або погіршуються після травматичної події / подій. Про це свідчать два (або більше) з наступних виявів:

1. Дратівлива поведінка та спалахи гніву (з найменшим провокування чи без), що, зазвичай, проявляється як словесна або фізична агресія щодо людей чи об'єктів.
2. Ризикова або самоушкоджуюча поведінка.
3. Надмірна пильність.
4. Перебільшена реакція здригання.
5. Проблеми із зосередженістю.
6. Порушення сну (наприклад, труднощі із засинанням, неміцний або неспокійний сон).

Е. Тривалість розладу (критерії В, С, D, Е) понад 1 місяць.

Г. Розлад викликає значне страждання чи порушення функціонування у соціальній, професійній або інших сферах.

Н. Порушення не зумовлене фізіологічним наслідком дії.

Перелічені симптоми переживає не кожна людина, їхня інтенсивність може змінюватися в часі.

Вторинні ознаки ПТСР – симптоми, що можуть бути незалежними, а можуть проявлятися разом із основною симптоматикою.

Загальна тривожність проявляється на фізіологічному рівні (болі в спині, спазми шлунку, головні болі); на психічному рівні (постійне хвилювання й неспокій, страх переслідування), в емоційних переживаннях (страхи, невпевненість у собі, почуття провини).

Агресивність. Схильність тиснути на інших, аби досягти свого, інколи застосовуючи фізичну силу.

Депресія. У стані посттравматичного стресу депресія переходить у відчай, коли здається, що все марно, і немає сенсу жити. Депресію супроводжують нервові виснаження, апатія, негативне сприйняття життя, спостерігається схильність до суїцидальних думок і спроб.

Психосоматичні розлади (гіпертонія, стенокардія, виразка шлунку, онкологічні хвороби тощо).

Щоб зменшити інтенсивність посттравматичних симптомів потерпілі часто зловживають психоактивними речовинами (алкоголем, наркотичними речовинами чи медикаментами).

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у дітей дошкільного віку характеризується затяжною реакцією на стресову подію або ситуацію (короткочасну або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, яка може викликати стрес. Симптоми ПТСР в дитини спостерігаються довше, ніж у дорослого. У важких випадках вони можуть тривати протягом декількох місяців.

Дітям дошкільного віку, які пережили психологічну травму, досить важко зрозуміти, що з ними сталося. Це пов'язано, насамперед, з їхніми віковими особливостями: їм не вистачає соціальної, фізіологічної та психологічної зрілості. Дитина не в змозі повністю усвідомити зміст того, що відбувається – вона просто запам'ятовує ситуацію, свої переживання в цю мить. Її сприйняття дійсності стає хаотичним, безладним, починає відзначатися плутаниною, втрачається «структура світу» в якому дитина живе. У зв'язку з цим ПТСР у дітей дошкільного віку проявляється на таких рівнях:

Емоційному – поява страхів, які є першою реакцією на пережитий стрес, вони спричинені потребою уникнути повторного переживання загрозливої події; появою специфічних фобій, відчуття провини за те, що трапилося.

Когнітивному – погіршення концентрації уваги; порушення пам'яті; втрата уже сформованих когнітивних навичок; порушення сприйняття довкілля; поява думок про смерть, тощо.

Поведінковому – виникнення різких змін в поведінці; регрес в поведінкових діях; посилення агресивності, гнівливості, упертості та ін.

Ознаки посттравматичного стресового розладу проявляються у дітей в певні вікові періоди життя по-різному:

- **від 3 до 5 років**

Діти цього віку уже здатні запам'ятати і певним чином описати дорослим травмівні події. Вони згадують візуальні враження, звуки, запахи, фізичні відчуття та емоції. Якщо в оточенні є щось схоже на пережите, або дитина чує тривожні для неї звуки, запахи, все, що може спричинити ті ж самі фізичні відчуття або викликати подібні почуття, то дитина може зреагувати так, як реагувала в травмівній ситуації. Виразніше проявляється «страх розлуки із дорослим-захисником». Дитина плаче, протестує, хапається ручками за одяг не тільки тоді, коли мама (бабуся, батько) залишає її одну в дитячому садочку, але й коли вихователька виходить із кімнати або переключається на роботу з іншими дітками, чи навіть на розмову з помічником вихователя або кимсь із «сторонніх» для дитини дорослих. Травмована дитина важко навчається навичкам контролю за сечовипусканням та дефекацією. Часто боїться вдень спати, бо вважає, що коли вона засне, то прийде хтось жахливий, якась страшна істота, або щось станеться, і дитина не зможе захиститись. (Причина цих страхів: у дітей цього віку починають з'являтися базовані на пережитому страшні сни, які діти, сприймають як реальні події (якщо запам'ятовують ці сни). Але навіть коли дитина прокинувшись не пам'ятає сюжет сна, відчуття жаху залишається. В іграх дітей, вимушених переселенців, спостерігаються сюжети війни, втрати рідних, історія переселення та інші життєві негаразди.

У дітей цього віку, чиї батьки воюють в АТО, спостерігається підвищена тривожність. Хоча малюки ще не розуміють, чому батька немає з ними, але вони відчують його відсутність як втрату, а постійну тривогу матері тлумачать як наявність незрозумілої небезпеки. До того ж матері, хвилюючись за життя чоловіків, часто починають віддалятися від дитини, заглиблюватися в себе. Це тільки погіршує ситуацію, оскільки не розуміючи чому немає тата і чому мама така сумна і часто плаче – дитина починає звинувачувати себе у тому, що сталося.

- **від 5 до 7 років**

Діти цього віку здатні вже не просто відчувати і згадувати травмівні події, але й осмислювати та глибоко переживати їх. У них уже можна діагностувати посттравматичний стресовий розлад. Його характерні ознаки у дітей дошкільного віку такі:

1. *Надмірна настороженість, тривожність.* Дитина навіть у спокійній, захищеній обстановці залишається напруженою, весь час чогось боїться. Часто вихователі оцінюють таку поведінку як особливість психіки дитини (нервовість) і говорять батькам, що їхня дитина вразлива, їй треба «зміцнювати нерви». Однак, якщо це дитина – вимушений переселенець, то така поведінка може бути ознакою ПТСР. Малеча потребує допомоги психолога, а не лікаря-невропатолога.

2. *Виразний страх розлуки з батьками («прилипання» до значущого дорослого).* Дитина плаче, не хоче залишатися в закладі дошкільної освіти, їй важко зацікавити іграми з іншими дітьми. Навіть якщо її відволікти і привабити якоюсь іграшкою, чи діями, вона може залишити цікаве для неї заняття чи навіть веселу гру і бігти до вікна чи дверей, щоб виглядати там маму, бабусю чи тата.

3. *Виразний страх при появі якогось стимулу, що нагадує про пережиту травму (людини в камуфляжі або в капюшоні, що нагадує балаклаву; різкий звук, телевізійна передача, навіть малюнок у книжці).* Стимул може бути на перший погляд абсолютно нейтральний. (Хлопчик-біженець п'яти років почав плакати, бити книжку і, навіть унісся, побачивши в книжці малюнок поїзда, який від'їжджав, а за ним бігли дівчинка та її мама і махали руками. В самій проілюстрованій цим малюнком історії не було нічого трагічного: там розповідалось як старший брат дівчинки поїхав навчатися в університеті. Та хлопчик-біженець побачив в малюнку зовсім інше – дівчинка і її мама, вимушені переселенці, вони вийшли на станції щось купити, затримались, а поїзд з їхніми речами та бабусею поїхав. І вони залишилися без документів у зовсім чужому для них місті.)

4. *Проблеми із засинанням.* Дитина боїться йти спати, переконує вихователя чи батьків, що у неї під ліжком ховається «чудовисько», яке хоче її вбити чи вкрати.

Подібні страхи час від часу з'являються і у не травмованих дітей, але у дітей із ПТСР (і не обов'язково у переселенців, а у всіх, хто пережив травмівну подію) вони постійні, супроводжуються нічними кошмарами та жахіттями.

5. *Нічні кошмари та нічні жахіття*. Зауважимо: це близькі, але не рівнозначні явища. Вони можуть супроводжувати не тільки нічний, але й денний сон дітей. Нічні кошмари – це яскраві сновидіння у яких відображаються елементи пережитої дитиною травмівної події. Прокинувшись, дитина добре пам'ятає нічний кошмар і продовжує його переживати, переповідає сюжет дорослому чи одноліткам. Сюжети нічних кошмарів мають яскраво виражену тенденцію до повторюваності. Нічні жахіття, на відміну від кошмарів, дитиною не запам'ятовуються. Малюк може кричати уві сні, кидатися і навіть плакати. Але прокинувшись, не може пояснити, що його злякало.

6. *Часті крики та істерики*, що виникають ніби без жодних зовнішніх причин. Однак при пильному аналізі виявляється, що певний звук, слово чи навіть запах повертав дитину до пережитих в минулому відчуттів і провокував мало усвідомлювану самою дитиною реакцію.

7. *Підвищена агресивність чи надмірна пасивність*. У травмованих дітей не задовольняються базові потреби безпеки, захищеності та самоповаги. До того ж старші дошкільники, що бачили безпомічність своїх батьків у складних життєвих обставинах, переживають кризу довіри до спроможності дорослих людей захистити їх. Відтак вони витворюють власні захисні стратегії – нападати першим або ховатися.

8. *Ігри, що повторюються* (нав'язливі ігрові сюжети). Діти 5-6 років починають відтворювати свою травму в іграх. Вони можуть щодня гратися у війну, обстріли, лікарню, бомбосховище. (6-річний хлопчик, чий батько загинув в АТО, постійно грався з солдатиками в батькові поховання. А коли діти знайшли загублого голуба спробував організувати його поховання з одногруппниками, розподіливши ролі та призначивши тих, хто буде стріляти салют із рушниць. І хоча іграшкових рушниць у закладі дошкільної освіти не знайшлося, їх дуже легко замінили палички та лопатки. Шокована вихователька перервала ГРУ-поховання, але цим викликала нервовий зрив у дитини, яка почала плакати, кричати і тупати ногами. Заспокоївся хлопчик лише тоді, коли вихователька показала, де вона «поховала» голуба і допомогла дитині прикрасити «могілку».)

9. *Тривога за майбутнє*. Відчуття своєї беззахисності. Дитина постійно вимагає пояснень, чому сталося те, що сталося, і чи не може воно повторитись в майбутньому.

10. *Тенденція до регресивної поведінки.* Старші дошкільники починають поводитись як маленькі дітки. У них може повернутися енурез та енкопрез, звичка смоктати палець, можуть навіть зникати засвоєні навички мовлення.

11. *Проблеми із концентрацією уваги та непосидючість.* Така поведінка часто неправильно інтерпретується як синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ). Тому у випадку з психологічно травмованою дитиною діагноз СДУГ потребує доскіпливої перевірки, бо його можна легко переплутати з проявами психологічної травми.

12. *Поява скарг на самопочуття,* які не підтверджуються аналізами та лікарським обстеженням. Однак ці скарги жодним чином не можна вважати симуляцією. Травмована дитина дійсно може відчувати ті болі, на які вона скаржиться.

13. *Розповіді з елементами ностальгії.* Міфологізація минулого. Сприйняття нового оточення як ворожого.

Частина перерахованих проявів характерна лише для найстарших дошкільнят, у яких достатньо розвинуте мовлення. Ностальгія більш притаманна маленьким переселенцям із Автономної республіки Крим, які не переживали травмуючих військових подій. Їм важко адаптуватися не так до нового оточення, як до нових реалій природи. Суворіший клімат сприймається ними як жорстокий, ворожий до них. Вони сумують за лагідною природою, багатством південних кольорів, теплим морем, активним, яскравим сонцем.

Сприйняття нового оточення як ворожого зустрічається і у тих дітей, у кого батьки залишились у так званих Доцецької та Луганської народних республіках. Відправивши дитину до рідних або знайомих, самі воюють за самопроголошені республіки. Такі діти можуть погрожувати іншим дітям у групі, вихвалитися бойовими «досягненнями» рідних. Зрозуміло, що насправді дошкільнята не є та і не можуть бути переконаними «сепаратистами», вони замалі для усвідомлення ідеологічних розбіжностей. Їхня поведінка лише неадекватний захист, прояв почуттів розгубленості та безпорадності [11].

Враховуючи ознаки посттравматичного стресового розладу, які проявляються у дітей дошкільного віку, вихователю потрібно вивчати дітей-переселенців та дітей, батьки яких задіяні в АТО.

Таким дітям потрібні лише опіка, захист, розуміння та допомога дорослих. Однак частина дітей так важко переживає травму, що безспеціалізованої психологічної допомоги не може подолати її наслідки. Тому вихователь повинен відстежувати прояви посттравматичного стресового розладу, і якщо їхня кількість не зменшується протягом 3-х місяців, направити дитину до психолога закладу дошкільної освіти. Слід враховувати, що ознаки посттравматичного стресового розладу можуть почати проявлятися не відразу, а через кілька місяців, а то і років. Тому починати вивчення дитини слід тоді, коли у її поведінці з'являються характерні прояви, що зазначені вище.

Дітям з ознаками посттравматичного стресового розладу в закладі дошкільної освіти необхідно створити умови, а саме:

- **Комфортне, безпечне оточення, в якому вона буде відчувати себе захищеною і спокійною:**

1. *Сприятливі соціально-психологічної ситуації* (вербальні: лагідні, заспокійливі слова вихователя, словесне вираження оптимістичного настрою в процесі взаємодії з дітьми; невербальні: добра посмішка, сміх, спокійний і позитивний тон спілкування).
2. *Налаштування вихователя на позитивну співпрацю з дитиною* (вербальні: висловлення зацікавленості в думці та ідеях інших, звернення до дитини з уточнюючими питаннями (Як ти вважаєш? Тобі це подобається?); невербальні: демонстрація уважного вислуховування).
3. *Ефективність взаємодії* (вербальні: словесне підтвердження правильності вчинків дитини, задоволення результатом, підбадьорювання у випадку невдачі; невербальні: жести, що висловлюють задоволення від зробленого дитиною).

При позитивному емоційному налаштуванні вихователя до дитини вся поведінка дорослого дружелюбна, щиросердна, ніжна, радісна; він підтримує, вітає, втішає, охороняє свого вихованця.

- **Облаштування для дитини, яка перенесла психологічну травму, місце спокою.**

Це невеличкий килимок, розміщений у закутку ігрової кімнати, поряд з робочим столом вихователя. Сюди дитина може принести свою домашню улюблену подушечку, м'яку іграшку, навіть мамині речі. Це його «таємний сховок», куди без дозволу інші діти заходити не повинні.

- **Заохочення дитини до виконання щоденних справ.**

Повернення до звичного режиму життєдіяльності дасть дитині змогу відчувати, що вона в безпеці. Вона має зрозуміти, що садок – безпечне місце для неї. Будьте спокійними і виваженими, заспокоюйте дитину, уникайте додаткового тиску на неї.

Режим дня не тільки полегшує фізіологічну діяльність організму, але і є способом психологічної організації діяльності дитини. Звичка дотримуватися режиму дня дає змогу дошкільнику легко і природно включитися у виконання будь-якої діяльності, залишивши в минулому стресову подію.

Якщо навчити дошкільника в кожній події знаходити позитивні сторони, то стрес для нього виявиться мінімальним.

- **Надання дитині можливість вибору.**

Здебільшого травмівні події призводять до втрати контролю, хаосу, тому можливість вибору або контролювання (за умови, що це можливо) дадуть дитині змогу почуватися в безпеці. Найкраще давати дитині можливість вибирати серед варіантів, ретельно обдуманих вами. Вона навчиться швидше і легше організовувати своє середовище і робити правильний вибір, якщо спочатку буде практикуватись у виборі, при якому нічого не втрачає. Наприклад: «Ти зробиш це зараз або через дві хвилини?», «Ти спочатку з'їси цукерку чи печиво?».

- **Забезпечення дитині додаткову підтримку.**

Домовтеся з дитиною про те, до кого вона може звернутися в разі необхідності. Завжди є людина, якій дитина найбільше довіряє, чие товариство їй особливо приємне. Це може бути один із вихователів, помічник вихователя, музичний керівник, медична сестра та дитячий психолог.

Надалі основними умовами трансформації травми дитини є підтримка психолога, яка характеризується емпатійним розумінням, безоцінковим прийняттям, підтримкою дитини, автентичністю. Саме дитячий психолог завдяки здатності бути поруч є «інструментом» для лікування дитини від травматичних переживань, її подальшого посттравматичного відновлення й зростання.

Психолог допоможе дитині пережити наслідки психотравми, включити її у свій життєвий досвід і продовжувати жити далі. Тому діяльність психолога повинна бути спрямована на:

- відновлення внутрішніх та зовнішніх ресурсів;
- відновлення «образу Я» дитини або його трансформацію;
- відновлення адаптивних механізмів психологічного захисту або формування інших;
- відновлення відчуття контролю над своїми емоціями та життям загалом;
- формування ставлення до симптомів як до нормальної реакції психіки та організму загалом на ненормальні обставини;
- реінтеграцію порушень внаслідок травми та переозначення отриманого травматичного досвіду.

Таким чином, взаємодія дитини з психологом сприяє відновленню нормального ходу її емоційного розвитку. Своєчасне психотерапевтичне втручання після пережитої травматичної події (подій) та дотримання протоколу проведення психотерапевтичної роботи – правил, відповідно до яких надається кваліфікована професійна допомога, – часто є засобом, що знижує ризик виникнення ПТСР, соматичних розладів, патологічних страхів, панічних реакцій тощо після отримання психотравми. Психотерапія переживань травматичного досвіду включає декілька етапів:

1. Стабілізація емоційного стану.
2. Трансформація травматичних переживань, опрацювання травми.
3. Інтеграція травматичного досвіду в життя, посттравматичне зростання.

На **першому** етапі, після встановлення теплих, довірчих стосунків, при яких дитина відчуває себе прийнятою, в безпеці, психолог приділяє основну увагу відреагуванню тілесних відчуттів, відновленню особистих ресурсів та ресурсів сім'ї, не стимулюючи розповіді про травматичний досвід чи травматичні ігри.

Встановлення контакту між дитиною та психологом – обов'язковий етап, без якого подальша робота унеможливується. Це пов'язано з тим, що травматична подія зруйнувала відчуття безпеки й захищеності, власного контролю над тим, що відбувається, базову довіру до світу, в тому числі до людей, дитина стає вкрай вразливою до будь-яких проявів неуважності до неї та нерозуміння її почуттів і переживань. Психотерапія травматичного досвіду має проводитись у світлому, тихому, затишному й теплому приміщенні. Рекомендуються тілесно-орієнтовані вправи і техніки на емоційно-

вольову саморегуляцію – напруження/розслаблення м'язів тіла (невідреаговані почуття та емоції залишаються насамперед у вигляді м'язових затисків), а також глибоке, сповільнене дихання, будь-які арт-терапевтичні методи на вивільнення негативної енергії, негативних, токсичних емоцій та переживань без їх обговорення, інтерпретації, трансформації, переосмислення значення тощо.

Головну увагу приділяти тілесним відчуттям, вивільненню тілом емоційних переживань. Увагу дитини звертати лише на усвідомлення тілесних відчуттів, без обговорення переживань, пов'язаних з травматичним досвідом.

Несвоечасний перехід до другого етапу може викликати ретравматизацію. Акцентування на фізіологічних змінах (відчуття тіла, якість сну, рівень збудливості, тривоги тощо) підвищує мотивацію до проходження психотерапії та виконання тілесних вправ удома. Також на цьому етапі доцільно проводити техніки, вправи, ігри на приєднання до ресурсів – внутрішніх та зовнішніх: символдраматичні мотиви (без наведення трансу; дітям, які пережили травматичні події, не пропонують заплющувати очі) «Безпечне місце», «Мій луг», «Квітка, що росте назустріч сонцю», «Я дерево», «Джерело сил», «Місце, де мені було гарно» тощо. Тему небезпечного місця, ресурсів, рослин (краще за все – дерев) можна програвати в пісковій психотерапії, арт-терапії, недирижуваний грі. Готовність і бажання до програвання травматичних переживань свідчать про перехід на другий етап роботи психіки з травматичними переживаннями.

На **другому** етапі відбувається трансформація травматичного досвіду, дитина починає згадувати, розповідати про свої почуття під час травматичної події та після неї. Дитина може відтворювати травматичні події в грі, продуктах арт-терапії, під час проведення піскової терапії тощо.

Цілі ігрової недирижуваної терапії полягають у тому, щоб надати змогу дитині безпечно опрацювати травматичні переживання, позитивний досвід трансформації травми в присутності дорослого, який її розуміє та підтримує, допомогти їй виявити в собі внутрішні сили, відновити віру в себе та світ. Цілей терапії, крім технік на стабілізацію емоційного стану, досягають за допомогою таких прийомів:

- 1) структурування середовища, встановлення необхідних меж у процесі терапії;

- 2) віддзеркалення – вербальне відображення почуттів та поведінки дитини;
- 3) підтримання взаємодії з дитиною вербально або в процесі гри.

В ході ігротерапії психолог не дає прямих інструкцій, дозволяє дитині обирати тему гри, визначати ролі, грає разом з дитиною, якщо вона цього хоче, відображає її почуття без інтерпретацій поведінки та емоцій. Психолог діє як провідник у внутрішній світ дитини, «рупор усередині дитини», проявляє і називає дитині (або допомагає їй проявити і назвати) її почуття, не висловлюючи власних намірів. Відносини в ході психотерапії розгортаються «тут-і-зараз», це реальні відносини дитини й дорослого. Психолог одночасно є партнером у грі, дозволяє дитині бути лідером, поступово відновлює здатність дитини до контролю над ситуацією, власним життям, надає підтримку, безумовне прийняття, що повертає дитині самоприйняття. При проведенні недирективної ігрової психотерапії психологам та педагогам, які здійснюють психолого-педагогічний супровід дитини, що пережила психотравматичні події, необхідно дотримуватись базових принципів (за дослідженням В. Екслайн):

1. Вибудовувати теплі, дружні стосунки з дитиною.
2. Приймати дитину такою, якою вона є.
3. Встановлювати у відносинах атмосферу дозволеності, щоб дитина відчувала повну свободу у вираженні будь-яких почуттів.
4. Бути готовим розпізнавати почуття, які виражає дитина, і відображати їх так, щоб та могла зрозуміти свою поведінку.
5. Поважати право і здатність дитини, якщо це можливо, самій вирішувати свої проблеми, відповідальність за вибір належить дитині.
6. Не намагатися спрямовувати дії дитини: дитина визначає напрямок, а психолог іде за нею.
7. Не намагатися «підігнати» терапію.
8. Накладати тільки ті обмеження, які необхідні, щоб дитина усвідомлювала реальність того, що відбувається, і свою частину відповідальності за відносини.

Р. Лендрет доповнив базові принципи такими настановами для психологів:

- особистість важливіша за проблеми;

- теперішнє важливіше за майбутнє;
- почуття важливіші за думки і вчинки;
- розуміння важливіше за пояснення;
- прийняття важливіше за виправлення;
- прагнення дитини важливіше за інструкції психолога;
- мудрість дитини важливіша за знання психолога [Р. Лендрет додати джерело].

Дотримання цих принципів є обов'язковими умовами формування терапевтичних взаємин між психологом і дитиною, в яких вона відчуватиме себе прийнятою, захищеною і в безпечному середовищі, що сприяє перепроживанню травматичного досвіду з опорою на психолога.

Гра сприяє вивільненню емоцій, які можуть досягати дуже високого напруження. Облаштування ігрової кімнати, іграшки та неструктуровані матеріали (пісок, вода, фарби, глина тощо) певною мірою впливають на зміст гри дитини. Іграшки, ігрові матеріали, емоційний клімат ігрової кімнати, який створюється завдяки позиції терапевта, – це незмінні, стабільні складові терапевтичного процесу.

Ігрова кімната повинна бути гарантом стабільності, тому в ній нічого не повинно змінюватися. Тут дитина має відчувати, що в ній все піддається контролю і зміни відбуваються тільки за її бажанням. Іграшки й матеріали сприяють вирішенню таких основних завдань: встановлення терапевтичних відносин, вираження широкого спектру почуттів, опрацювання травматичного досвіду дитини, перевірка меж, відновлення позитивної самоконцепції, самоконтролю і саморегуляції, поєднання розрізнених частин у цілісний досвід, переведення емоційної пам'яті в наративну, тобто трансформація травми.

Іграшки та матеріали для ігрової терапії можна поділити на три великі групи:

- іграшки з реального життя (лялькові сімейства, будиночки, лялькові меблі, предмети побуту, докторська валізка, іграшкові гроші тощо);
- іграшки, що допомагають відреагувати ситуацію (солдатики, зброя, гумові ножі, фігурки диких тварин тощо, анатомічно «правильні» ляльки);

- іграшки, що сприяють творчому самовираженню та ослабленню емоцій (пісок, вода, фарби, кольорові олівці, папір, кубики тощо).

Багато авторів підкреслює велику цінність застосування арт-терапії в роботі з дітьми, що перенесли психотравматичні ситуації. Це пов'язано з невербальним характером експресії під час сеансів арт-терапії, що дозволяє відреагувати досить складні почуття. При цьому, завдяки використанню різних матеріалів та образів дитина може висловлювати подібні переживання, не завдаючи шкоди собі та оточенню.

Образотворча діяльність сама по собі може бути потужним терапевтичним фактором. Вона передбачає різні способи поводження з художніми матеріалами: одні з них дозволяють знімати емоційне напруження, інші – відреагувати травматичний досвід і досягти над ним контролю. Перенесення почуттів клієнта на образотворчі матеріали та образи також робить арт-терапевтичний процес більш психологічно і фізично безпечним для дитини й надає додаткові можливості для рефлексії та когнітивного опрацювання травматичного досвіду з опорою на метафори і символи.

Дуже цінним у роботі з дітьми з травматичним досвідом є те, що дитина може встановити оптимальну для себе дистанцію, оскільки художні матеріали та образи є своєрідними посередниками у взаємодії з психологом. Все це допомагає дитині завдяки арт-терапії відновити відчуття захищеності й безпеки, «образ Я», актуалізувати та відреагувати травматичний досвід, оживити сферу фізичних відчуттів, заблокованих внаслідок травми.

Велике значення мають властивості образотворчих матеріалів, об'єктів та символічних образів, що виконують захисну функцію та функцію контейнування, сприяють «утриманню» складних переживань та їх подальшій трансформації в позитивні. Діти інтуїтивно знаходять такі способи взаємодії з матеріалами, які найбільше цьому сприяють.

Доцільними також є ігри з пластиліном та глиною. Основними завданнями психолога при цьому будуть:

- допомогти дитині розслабитися;
- допомогти дитині проявити свої почуття (у травмованих дітей це насамперед почуття провини, агресія, пригніченість, розгубленість, душевний біль тощо);

- встановити і підтримувати контакт з дитиною;
- допомогти дитині у формуванні адекватної самооцінки, дотримуючись таких правил: всіх приймати безумовно і безоціночно; що б не робила дитина з пластиліном, пам'ятати, що немає правильного чи неправильного підходу до дій з пластиліном.

Якщо під час гри чи арт-терапевтичної сесії дитина починає бурхливо реагувати, не слід зупиняти травматичні спогади, бурхливі емоційні реакції, пов'язані з травматичними подіями. Проте психолог повинен бути обережним у застосуванні глибинних психотерапевтичних методів: занадто швидкий перехід до опрацювання травми, без створення атмосфери довіри й безпеки, недостатня увага до тілесних відчуттів та ресурсів тощо, а також швидке занурення в травматичний досвід без опори на ресурси можуть призвести до ретравматизації, порушення процесу зцілення.

При роботі з травматичними переживаннями психологу необхідно також пам'ятати про профілактику вторинної травматизації, тому постійно треба піклуватись про себе, власні ресурси, і в першу чергу – відпрацювати можливий власний травматичний досвід.

Основний фокус роботи **третього** етапу – інтеграція травматичного досвіду в життя, під час якого спостерігається зниження інтенсивності емоційних переживань та поступовий перехід від симптомів недовіри, небезпеки, ізоляції, роздратованості, надзбудливості, стану постійного очікування загрози тощо до відчуття «нормальності», безпеки, встановлення стосунків, відчуття цілісності «образу Я», прийняття себе і світу.

На цьому етапі відновлюється відчуття «минуле – теперішнє – майбутнє», можна говорити про майбутнє, складати і розповідати казки, історії. Після травматичної події психічний світ дитини назавжди змінюється, проте робота з психологом дає їй можливість відпрацювати травматичний досвід, ставитись до нього як до інших життєвих подій, відновити власні ресурси та адекватні засоби психологічного захисту, можливості подальшого інтелектуального й емоційного розвитку. Психічна енергія, яка була спрямована на інкапсуляцію травматичних переживань, підтримування гомеостазу після травми, може бути використана в нових цілях – для творчості, розвитку суб'єктності, планування майбутнього, реалізації власних можливостей [10].

4. Висновки

Результати проведеного дослідження засвідчили вирішення поставленої мети і дали підстави для таких висновків:

Узагальнений аналіз наукових здобутків учених, що виступили джерельною базою вивчення стану досліджуваної проблеми, засвідчує відсутність комплексного та системного дослідження посттравматичного синдрому в дітей дошкільного віку як окремої психолого-педагогічної проблеми. Це підтверджує необхідність розкриття сутності, змісту, шляхів подолання симптомів посттравматичного стресового розладу в дітей дошкільного віку.

Дослідження обґрунтовано й вибудовано на основі загальнонаукових, психолого-педагогічних, теоретичних засад, сукупності відповідних дослідницьких методів, що уможливило розкриття сутності понять «посттравматичний синдром», «посттравматичний стресовий розлад» та виокремлено чинники, симптоми до означених явищ; схарактеризовано психолого-педагогічні умови ефективного подолання посттравматичного стресового розладу у дітей дошкільного віку; визначено шляхи його профілактики.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів означеної проблеми.

References:

1. Benight C. C. Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy / C.C. Benight, A. Bandura // Behavior Research and Therapy. – 2004. – Vol. 42. – P. 1129–1148.
2. Cieślak R. Coping self-efficacy mediates the effects of negative cognitions on posttraumatic distress / R. Cieślak, C.C. Benight, V.C. Lehman // Behaviour Research and Therapy. – 2008. – Vol.46. – P. 788–798.
3. Foa E.B. The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and Validation / E.B. Foa, A. Ehlers, D.M. Clark, D.F. Tolin, S.M. Orsillo // Psychological Assessment. – 1999. – Vol. 11 (N. 3). – P. 303–314.
4. Friedman, M. J., Schnurr, P. P., McDonagh-Coyle, A. "Post-traumatic stress disorder in the military veteran". Psychiatric clinics of North America, v.17, No.2, c.265–277.
5. Hofer H.-G. War, Trauma, and Medicine in Germany and Central Europe (1914- 1939). / H.-G. Hofer, C.-R. Prüll, W. U. Eckart. – Freiburg: Centaurus – 2011. – 203 p.
6. Horowitz M. J. A prediction of delayed stress response syndromes in Vietnam veterans / M. J. Horowitz, G.F. Solomon // Journal of Social Issues. – 1975. – Vol.

- 31 (N. 4). – P. 67–80.
7. Paul O. Da Costa's syndrome or neurocirculatory asthenia / O. Paul // *British Heart Journal*. – 1987. – Vol. 58 (4). – P. 306–315.
 8. Solomon Z. The contribution of wartime, pre-war and post-war factors to self-efficacy: A longitudinal study of combat stress reaction / Z.Solomon, R.Benbenishty, M.Mikulincer // *Journal of Traumatic Stress*. – 1991. – Vol. 4. – P. 345–361.
 9. Startup M. The role of self-blame for trauma as assessed by the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): A self-protective cognition? / M.Startup, L.Makgekgenene, R. Webster // *Behaviour Research and Therapy*. – 2007. – Vol. 45. – P. 395–403.
 10. Агресія. Анексія. Конфлікт. Соціально-педагогічна та психологічна відповідь на виклики для дітей : методичні рекомендації для педагогів дошкільних навчальних закладів. – К. : Агентство “Україна”. – 2016. – 100 с.
 11. Допомога дітям, постраждалим внаслідок воєнного конфлікту: Довідник вихователя дошкільного навчального закладу / Н.В. Пророк, С.А. Гончаренко, Л.О. Кондратенко та ін., за ред. Н. В. Пророк. – Слов'янськ: ПП «Кандлер», 2015. – 84 с.
 12. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упор. : Д.Д. Романовська, О.В. Ілашук. – Чернівці : Технодрук, 2014. – 133 с.
 13. Съедин С. И. Психологические последствия воздействия боевой обстановки / С. И. Съедин, Р. А. Абдурахманов. – М.: МО РФ, 1992. – 69 с.
 14. Фрейд З. Психология бессознательного / З. Фрейд. – СПб.: Издательство «Питер», 2007. – 400 с.

Transliteration of References:

1. Benight C.C. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy / C.C. Benight, A. Bandura // *Behavior Research and Therapy*. Vol. 42. P. 1129–1148.
2. Cieślak R. (2008). Coping self-efficacy mediates the effects of negative cognitions on posttraumatic distress / R. Cieślak, C.C. Benight, V.C. Lehman // *Behaviour Research and Therapy*. Vol.46. P. 788–798.
3. Foa E.B. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and Validation / E.B. Foa, A. Ehlers, D.M. Clark, D.F. Tolin, S.M Orsillo // *Psychological Assessment*. Vol. 11 (N. 3). P. 303–314.
4. Friedman, M. J., Schnurr, P. P., McDonagh-Coyle, A. "Post-traumatic stress disorder in the military veteran". *Psychiatric clinics of North America*, V.17, No.2, p. 265–277.
5. Hofer H.-G. (2011). War, Trauma, and Medicine in Germany and Central Europe (1914- 1939). / H.-G. Hofer, C.-R. Prüll, W. U. Eckart. Freiburg: Centaurus. 203 p.
6. Horowitz M.J. (1975). A prediction of delayed stress response syndromes in

- Vietnam veterans / M. J. Horowitz, G. F. Solomon // Journal of Social Issues. Vol. 31 (N. 4). P. 67–80.
7. Paul O. (1987). Da Costa's syndrome or neurocirculatory asthenia / O. Paul // British Heart Journal. Vol. 58 (4). P. 306–315.
 8. Solomon Z. (1991). The contribution of wartime, pre-war and post-war factors to self-efficacy: A longitudinal study of combat stress reaction / Z. Solomon, R. Benbenishty, M. Mikulincer // Journal of Traumatic Stress. Vol. 4. P. 345–361.
 9. Startup M. (2007). The role of self-blame for trauma as assessed by the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): A self-protective cognition? / M. Startup, L. Makghegenene, R. Webster // Behaviour Research and Therapy. Vol. 45. P. 395–403.
 10. Agresiia. Aneksiia. Konflikt. Sotsialno-pedahohichna ta psykhohichna vidpovid na vyklyky dlia ditei (Aggression. Annexation. Conflict. Socio-pedagogical and psychological response to the challenges for children): metodychni rekomendatsii dlia pedahohiv doshkilnykh navchalnykh zakladiv. K.: Ahentstvo "Ukraina". 2016. 100 s.
 11. Dopomoha ditiam, postrazhdalym vnaslidok voiennoho konfliktu: Dovidnyk vykhovatelii doshkilnoho navchalnoho zakladu (Assistance to children affected by a military conflict: A guide to a preschool educational institution) / N. V. Prorok, S. A. Honcharenko, L. O. Kondratenko ta in., za red. N. V. Prorok. – Sloviansk: PP «Kantsler», 2015. – 84 s.
 12. Profilaktyka postravmatychnykh stresovykh rozladiv: psykhohichni aspekty (Prevention of post-traumatic stress disorder: psychological aspects). Metodychnyi posibnyk / Upor. : D. D. Romanovska, O. V. Ilashchuk. – Chernivtsi : Tekhnodruk, 2014. – 133 s.
 13. Sjedin S. Y. (1992). Psykhohycheskye posledstvyia vozdeistvyia boevoi obstanovky (Psychological consequences of the impact of the combat situation) / S. Y. Sjedin, R. A. Abdurakhmanov. M.: MO RF. 69 c.
 14. Freid Z. (2007). Psykhohyia bessoznatelnoho (Psychology of the Unconscious) / Z. Freid. SPb.: Yzdatelstvo «Pyter». 400 s.

Author

Anna Georgievna TSVETKOVA
*Doctor of Pedagogical Sciences, Associate Professor,
Head of the Department of Pedagogy and
Psychology of Preschool Education and Children's Creativity,
National Pedagogical University by M.P. Drahomanov,
Kyiv, Vyshhorod, Ukraine
E-mail: tsvetkova1271@gmail.com*

Sofya Olehivna DOVBNIYA

Candidate of Pedagogical Sciences,

Associate Professor of the Department of Pedagogy and Psychology of Preschool Education and Children's Creativity,

National Pedagogical University by M.P. Drahomanov,

Kyiv, Ukraine

E-mail: so.dovbnia@gmail.com

Raisa Andriivna SHULYGINA

Associate Professor, Candidate of Pedagogical Sciences,

Department of Pedagogy and Psychology of

Preschool Education and Children's Creativity,

National Pedagogical University by M.P. Drahomanov,

Kyiv, Ukraine

E-mail: shulyhina@gmail.com

Kateryna Vitalivna VASYLETS

Master's Degree in Preschool Education,

National Pedagogical University by M.P. Drahomanov,

Kyiv, Ukraine

E-mail: rinavasilets@gmail.com

Abstracts

ГАННА ЦВЕТКОВА, СОФІЯ ДОВБНЯ, РАЙСА ШУЛИГІНА, КАТЕРИНА ВАСИЛЕЦЬ. **Посттравматичний синдром у дітей дошкільного віку: сутність, зміст, шляхи подолання.** У статті розкрито сутність посттравматичного синдрому (у подальшому – ПТС); виокремлено чинники та симптоми посттравматичного стресового розладу (у подальшому – ПТСР); виділено підходи до діагностування означених явищ; проаналізовано травматичні події й особливості психофізіологічних предикторів, що можуть свідчити про більшу вірогідність розвитку травматичного розладу в дітей дошкільного віку. В ході дослідження схарактеризовано психолого-педагогічні умови ефективного подолання посттравматичного стресового розладу у дітей дошкільного віку. Розкрито етапи і зміст професійної діяльності психолога з дітьми, з метою ранньої діагностики й чіткого визначення алгоритму роботи, що дозволяє своєчасно надати допомогу дитині, а також

оптимізувати затрати часу на діагностику та фіксацію даних.

Ключові слова: посттравматичний синдром, симптоми посттравматичного стресового розладу, діти дошкільного віку.

HANNA TSVETKOVA, SOFIA DOVBNYA, RAISA SHULYGINA, KATERYNA VASYLETS. **Zespół stresu pourazowego u dzieci w wieku przedszkolnym: istota, meritum, sposoby przezwyciężania.** Artykuł ukazuje istotę stresu pourazowego (PTSD); wyodrębnia czynniki i objawy zespołu stresu pourazowego; wskazuje podejścia do diagnozowania tego zjawiska; przeanalizowano wydarzenia traumatyczne oraz cechy predyktorów psychofizjologicznych, które mogą wskazywać na większe prawdopodobieństwo wystąpienia stresu pourazowego u dzieci w wieku przedszkolnym. W trakcie badań scharakteryzowano psychologiczno-pedagogiczne uwarunkowania skutecznego przezwyciężania zespołu stresu pourazowego u dzieci w wieku przedszkolnym. Przedstawiono etapy i istotę pracy zawodowej psychologa z dziećmi, mając na celu wczesną diagnozę i precyzyjne określenie algorytmu pracy, co pozwala na terminowe udzielenie pomocy dziecku, a także optymalizację czasu poświęconego na diagnozę i zbieranie danych.

Słowa kluczowe: zespół stresu pourazowego, objawy zespołu stresu pourazowego, dzieci w wieku przedszkolnym.

* Матеріал підготовлено у 2017 році (коли тривав 4-й рік війни, яку в 2014 році розпочала Росія проти України) і вперше представлено на I-й Міжнародній Міждисциплінарній Асамблеї «“ПІТСР: дорослі, діти та родини в ситуації війни” (8-10 грудня 2017 року, м. Київ, Україна) (Ред.)