

**Каафарані Аббас Махмуд**

## НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ У ДІТЕЙ, ЯК НАСЛІДОК ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ПОДІЙ

*Харківська медична академія післядипломної освіти  
Проректор з науково-педагогічної та міжнародної роботи*

**Каафарані Аббас Махмуд**

### NEUROTIC DISORDERS IN CHILDREN, AS A CONSEQUENCE OF PSYCHO-TRAUMATIC EVENTS

*Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education  
Vice-rector for scientific-pedagogical and international work*

---

**Резюме.** *Проведений аналіз проблеми наслідків психотравматичних подій у дітей, специфіки формування невротичних розладів і порушень психічної сфери. Визначені фактори формування неврозу і посттравматичних розладів у дітей, що найчастіше зустрічається після тяжких психологічних травм.*

**Ключові слова:** *невротичні розлади у дітей, посттравматичний розлад, невроз, порушення поведінки.*

---

Показник захворюваності загальними і системними неврозами серед дитячого та підліткового контингенту складає від 139,3 до 400 на 100 тисяч дітей, що, очевидно, пов'язано з нестабільністю політичних і економічних чинників, зокрема військових дій на території України.

Серед досліджуваних різних психологічних чинників, що сприяють виникненню неврозів, обґрунтованою і актуальною видається оцінка ролі психотравмуючих подій.

Сформований в результаті криз останнього десятиліття (військові дії, соціально-економічні потрясіння) важкий політичний, соціально-економічний і морально-психологічний стан справляє негативний вплив на психологічний стан населення.

Діти, як сама беззахисна частина населення, виявилися в найважчому становищі, і завданням держави є захист фізичного і психологічного здоров'я підростаючого покоління. Відомо, що психотравми і стреси можуть викликати затримку в психічному розвитку дітей, а в деяких випадках чинять несприятливу дію на фізіологічну діяльність, що в подальшому може призвести до розвитку хронічних захворювань.

Дуже важливо, щоб первинна психологіч-

на допомога в тій чи іншій обраній фахівцем оптимальній формі була надана відразу після травми, з тим, щоб посилити у потерпілого ступінь усвідомлення події.

Іншими словами, психотерапевтичне втручання спрямоване на усвідомлення того, що сталося і дозволяє «перемістити» страхи з нижніх відділів мозку безпосередньо в саму кору головного мозку, що робить їх (страхи) більш гнучкими для подальшої психокорекції.

Пограничні нервово-психічні розлади, в тому числі і непсихотичні психогенні, серед дітей і підлітків мають тенденцію до повсюдного зростання і поширення [1], незважаючи на велику кількість різних теоретичних концепцій і практичних методів в їх вивченні і корекції.

Аналіз результатів досліджень, проведених в даному напрямку, показав, що основною причиною того, що обважнює невротичні розлади, є їх патоморфоз у зв'язку зі зміною спектру психотравмуючих чинників [2].

Особливу увагу звертає на себе формування неврозу у дітей внаслідок психотравмуючих подій. Невроз – це функціональний розлад вищої нервової діяльності, обумовлений впливом психотравмуючого фактору, що протікає з емо-

ційними і соматовегетативними порушеннями. Це стан протиріччя між особистістю і значимими для неї сторонами дійсності. Для неврозу характерно [3-5]:

1. Наявність психогенного етіологічного фактору.
2. Різноманітність і динамічність клініки.
3. Оборотної симптоматики.
4. Відсутність патологоанатомічного (морфологічного, органічного) субстрату.

Основним етіологічним фактором є гостра або хронічна психічна травма, однак мають значення і сприятливі фактори:

1. Пренатальні чинники
2. Інтранатальні чинники
3. Конституційно-генетичні чинники
4. Психосоматичні фактори

Розглядаючи психотравмуючий вплив, необхідно враховувати силу і тривалість впливу. Видимих пошкоджень при неврозах у дітей не буває, проте порушуються і неналежним чином функціонують вищі нервові процеси. Це негативно впливає на розвиток дитини та її фізіологічне здоров'я [6].

Особливо активно нервова діяльність починає розвиватися приблизно з трирічного віку. Тому і помітити характерні для невротичних розладів риси виходить приблизно в цей же час. Найчастіше мова йде про емоційні і поведінкові прояви.

Серед численних причин, що викликають невротичні реакції у дітей, можна виділити 3 групи [7]:

До біологічних факторів належать: стреси і психологічні травми матері при вагітності; патології внутрішньоутробного розвитку та пологів, зокрема, гіпоксія і родові травми; ускладнення після перенесених інфекційних захворювань; вроджені особливості нервової системи дитини, її підвищена реактивність; надмірні фізичні і емоційні навантаження.

Психологічні причини: ситуації, коли дитина сильно і / або раптово злякалася; обставини, до яких дитина насилу пристосовується, довго нервується і переживає; невдалі спроби батьків скорегувати природний темперамент дитини – «приборкати» холерика невинувато жорсткими обмеженнями або «прискорити» флегматика постійним смиканням.

Група соціальних факторів: неприйняття батьками, особливо матір'ю, факту народження або статі дитини, який не відповідає бажаному; різкі або значні зміни в звичному способі

життя – переїзд, початок відвідування дитсадка або школи, перехід в інший клас; конфлікти в родині, з учителями й однолітками; зміни в сім'ї – народження молодших дітей, розлучення, повторний шлюб одного або обох батьків з появою вітчима або мачухи, зведених братів і сестер; емоційна холодність батьків, відсутність душевної близькості з дитиною; помилкові моделі сімейного виховання – гіперопіка, авторитарний або, навпаки, стиль потурання; складні життєві обставини – алкоголізм, асоціальна поведінка батьків.

У деяких випадках, особливо якщо дитина (це відноситься також і до дорослих) безпосередньо брала участь в трагічних подіях, у потерпілого нерідко розвивається психологічний розлад, так званий посттравматичний стрес. При цьому його переслідують нав'язливі і часто повторювані страшні картини трагедії, що сталася, позбутися від яких він не в змозі; постійно мучать нічні кошмари, почуття неспокою і тривожності. Все це, разом узяті, призводить до збоїв в звичному функціонуванні організму, паралізує життя і руйнує особистість дитини [8-9].

Посттравматичний стрес може супроводжуватися депресією, соматичними скаргами, фобіями, розладом поведінки (агресивністю), проблемами харчування і сну. При цьому діти бояться залишатися одні і вимагають постійної присутності дорослого. Вони уникають відвідування місць, пов'язаних з трагедією і будь-який легкий натяк на травму викликає у них бурхливо виражений негативізм або інші симптоми (наприклад, скарги на болі в животі і т.п.).

Наслідки психологічних травм проявляються також і в ігровій діяльності дитини, яка в цьому випадку характеризується регресивними і стереотипними елементами з сюжетом, що нав'язливо повторюється, так чи інакше пов'язаних з трагедією. При цьому у дитини різко звужується коло інтересів, з'являються відчуженість і прагнення до самотності [9].

Регресивна тенденція часто відбивається і на розвитку дитини, знижується успішність у школі, з'являються проблеми уваги, надмірна розкутість, стан паніки, зайві настороженість і напруженість.

Грунтуючись на результатах досліджень, відомо, що у дітей дитячого та дошкільного віку можуть проявлятися три традиційні кластери симптомів ПТСР: повторні переживання, уникнення, бездушність і підвищена збудливість [9]. Маленькі діти можуть повторно переживати

травму в своїх іграх, які включають жорстокість, одноманітність і тривожність, коли аспекти травми відтворюються знову і знову. Діти можуть розмовляти на теми травми, що не завжди супроводжується дискомфортом, а також страждати від тривожних нічних кошмарів, часто без усвідомлення змісту. Подібно старшим дітям і підліткам, у маленьких дітей можуть проявлятися інтенсивні емоційні або фізіологічні реакції, якщо внутрішні або зовнішні стимули нагадують про травму. Діти рідше відчувають напади повернення події (флешбек) або диссоціативні епізоди.

У маленьких дітей, які перенесли травмуючу подію, підвищена збудливість може проявлятися тривожним сном, дратівливістю, приступами гніву, занепокоєнням, постійною готовністю до небезпеки, надмірною реакцією на подразники, труднощами концентрації уваги і зниження активності [10].

У дітей іноді виявляється легке або очевидне уникнення розмов, людей, місць, предметів або ситуацій, які нагадують їм про травму. Нечутливість може проявлятися відстороненістю від сім'ї і друзів або обмеженістю в іграх, або іншій діяльності.

Вже згадана в даній час нова редакція DSM-5 включає перегляд діагностичних критеріїв у дітей. Пріоритетом є відображення в умовах впливу фаз розвитку дитини на прояви ПТСП. У дітей шкільного віку та підлітків Scheeringa et al. [7] пропонують включити в визначення травми важкі захворювання або смерть одного з батьків або переміщення в інтернат. Оскільки діти можуть піддаватися постійному впливу травмуючої події, в таких випадках неможливо визначити час початку симптомів ПТСП.

Характерні симптоми ПТСП відповідно до DSM-IV:

1. Постійне відчуття повторного переживання травмуючої події.

2. Наполегливі і повторювані неприємні спогади про травмуючу подію: в тому числі, уявлення, думки і відчуття; в іграх у дітей можуть обігруватися різні аспекти травми.

3. Тривалі дискомфортні сновидіння про подію: діти можуть бачити лякаючі сновидіння з неясним змістом.

4. Дії / відчуття, немов подія повторюється: відчуття повернення події, ілюзії, галюцинації і диссоціативні епізоди повторюваної події, у дітей може відбуватися повторення події.

5. Внутрішні та зовнішні стимули, що нагадують про подію, призводять до: інтенсивного психологічного дискомфорту, фізіологічної реакції.

6. Постійне уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, байдужість і бездушність, що виражається трьома, або більше, ознаками з наступних: уникнення думок, почуттів або розмов про травмуючу подію, уникнення діяльності, місць або людей, що нагадують про травму, нездатність згадати важливий аспект травмуючої події, значно знижений інтерес до участі в різній діяльності, уникнення інших людей, обмежений спектр афективних проявів або нездатність до нормальних почуттів, відчуття приреченості і безперспективності майбутнього.

7. Постійні симптоми підвищеної збудливості повинні проявлятися, як мінімум, двома з наступних ознак: труднощі з засинанням або підтриманням сну, гнів або дратівливість, труднощі концентрації, надмірна настороженість, надмірне реагування на стимули.

Перенесена травмуюча подія може мати різноманітні негативні наслідки у дітей. Тому не є незвичайним той факт, що ПТСП можуть супроводжувати інші психічні розлади. Згідно [8], рівень супутніх опозиційних протестних розладів (ОПР) і розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю зростає при наявності діагнозу ПТСП.

Депресія і тривога також можуть виникати внаслідок перенесеної в дитинстві травмуючої події і супроводжуватися ПТСП [10]. Розлади, викликані зловживанням психоактивних речовин, значно корелюють з травмами в дитячому віці, а також супутнім ПТСП. Khoury et al. (2010) обговорювали взаємозв'язок між ПТСП і порушеннями, пов'язаними зі зловживанням психоактивних речовин у дорослих, які пережили травмуючі події в дитинстві. Так, наявність симптомів ПТСП в дитячому віці з більшою ймовірністю призвело до розвитку розладів, викликаних зловживанням психоактивних речовин, в дорослому віці, в порівнянні з перенесеними травмуючими подіями в дитинстві без симптомів ПТСП.

Діагностична оцінка впливу травми на дітей представляє ряд труднощів, оскільки у дітей, особливо маленьких, вербальні здібності обмежені, їм важко описати свої симптоми [11]. Батьки схильні недооцінювати симптоми у своєї дитини, їм нелегко дати точну і чітку інформацію про його поведінку. Діти в умовах будинків-інтернатів з великою кількістю вихователів

---

можуть становити окрему групу ризику насильства над дітьми, занедбаності та інших форм травматизації, їх анамнестичні відомості іноді складно підтвердити. У клінічній практиці дуже важливо мати відповідні інструменти і / або навички, щоб своєчасно і ефективно виявляти дітей, які зазнали травм.

Існуючі методи різні, в одних джерелом інформації є повідомлення дитини або батьків, інші виконуються професіоналами. Ці методики вважаються корисними інструментами і широко використовуються в умовах служб охорони психічного здоров'я та надання первинної допомоги. При застосуванні більшості таких методик необхідні досвід і навички роботи з дітьми, які пережили травму. Scheeringa et al. [7] досліджена та доведена ефективність КПТ-Т в лікуванні дуже маленьких дітей (вік від 3 до 6 років), які пережили травмуючу подію.

Таким чином, для лікування невротичних розладів у дітей і підлітків найчастіше застосовується когнітивно-поведінкова терапія, зосереджена на травмі (КПТ-Т). Її ефективність підтримується великою базою даних [10]. Використання КПТ-Т розроблено для використання у дітей, які пережили психотравматичні події та є стандартизованим, але в той же час гнучким методом лікування дітей. Вона включає інтервенції, в основі яких лежать когнітивно-поведінкові, сімейні та гуманістичні принципи. Ефективність КПТ-Т підтримується даними досліджень, проведених серед дітей шкільного та підліткового віку [12-13].

Діти, одного разу переживши травму, потребують спеціальної допомоги, що включає як медикаментозне лікування, так і різні види психотерапії (в залежності від віку та індивідуальних особливостей пацієнта).

---

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Марута Н.О. Мороз В.В. // Укр. вісн. психоневрології. – 2001. – Т.9. – Вип. 1 (26). – С.44-49
2. Марута Н.А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах. – Харьков: АРСИС. – 2000. – 160с.
3. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков/ Под общей редакцией проф. Ю. С. Шевченко.—СПб.:Речь, 2003.—552стр.
4. Deblinger E, Stauffer L, Steer R. Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreatment*. 2015;6:332–343.
5. Egger HL, Erkanli A, Keeler G, Potts E, Walter BK, Angold A. Test-retest reliability of the Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA) *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2016;45(5):538–549. Grave J, Blissett J. Is cognitive behavior therapy developmentally appropriate for young children? A critical review of the evidence. *Clinical Psychology Review*. 2014;24:399–420.
6. March J, Amaya-Jackson L, Murray M. Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with posttraumatic stress disorder after a single-incident stressor. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998;37(6):585–593.
7. Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L, Putnam FW. New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2013;42(5):561–570.
8. Silverman WK, Ortiz CD, Viswesvaran C, Burns BJ, Kolko DJ, Putnam FW, et al. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2008;37(1):156–183.
9. Stoops N. Educational Attainment in the United States: 2003. 2004. Jun, Retrieved July 31. - 2010, p20-550
10. Silverman WK., Rook, K. S. The negative side of social interaction: Impact on psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46. – 2016. – P.1097–1108.
11. Cohen, S., & Wills, T. A.. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98.- 2014. – P. 310–357.
12. Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., et al. Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64, - 2012. – pp.407–417.
13. Lakey, B., & Cohen, S.. Support theory and measurement. In S. Cohen, L. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and interventions: A guide for health and social scientists*. – New York: Oxford University Press. – 2017. - pp. 29–52

---

## РЕЗЮМЕ

### НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ, КАК СЛЕДСТВИЕ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ СОБЫТИЙ

Каафарини Аббас Махмуд  
Харьковская медицинская академия  
последипломного образования  
Проректор по научно-педагогической и  
международной работе

*Проведен анализ проблемы последствий психотравмирующих событий у детей, специфики формирования невротических расстройств и нарушений психической сферы. Определены факторы формирования невроза и посттравматических расстройств у детей, которые чаще всего встречаются после тяжелых психологических травм.*

**Ключевые слова:** невротические расстройства у детей, посттравматическое расстройство, невроз, нарушения поведения.

## SUMMARY

### NEUROTIC DISORDERS IN CHILDREN, AS A CONSEQUENCE OF PSYCHO-TRAUMATIC EVENTS

Kaafarani Abbas Mahmyd  
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education  
Vice-rector for scientific-pedagogical  
and international work

*The analysis of the problem of the consequences of psychotraumatic events in children, the specifics of the formation of neurotic disorders and disorders of the psychic sphere is carried out. The factors determining the formation of neurosis and post-traumatic disorders in children, which are most often found after severe psychological trauma, are determined.*

**Key words:** neurotic disorders in children, posttraumatic disorder, neurosis, behavioral disorders.

*Стаття надійшла до редакції 18.01.2018*

*У разі виникнення питань до автора статті, звертайтеся до редакції журналу [ceomenshealth@gmail.com](mailto:ceomenshealth@gmail.com)*