

Т.М. Кравцова
Е.М. Раклова

Инновационный Евразийский университет, Павлодар, Казахстан
(E-mail: irresistible_t@mail.ru, katie777@mail.ru)

Симптомы психологических травм у детей 5 – 11 лет

Аннотация. В данной работе авторы изучают особенности симптомов различных психологических травм у детей 5 – 11 лет. В исследовании приняли участие родители 25-и детей и дети указанного возраста. Работа осуществлялась в индивидуальной форме с применением когнитивно-бихевиональных техник. По итогам опроса родителей и детей для каждого ребенка разрабатывался план индивидуальной терапии, состоящий из отдельных занятий. Длительность работы с ребенком не превышала 8-и консультаций, с родителями - 2-х, в ряде случаев требовалась совместная психотерапевтическая работа ребенка и родителя. Продолжительность разовой встречи с ребенком составляла от 30 минут до одного часа, с родителем - до полутора часов. Перерыв между разовыми встречами – 7-10 дней.

Работа носит кросс-секционный характер. Авторы изучают распространенность тех или иных симптомов психологических травм у детей в возрасте 5-11 лет и описывают особенности родительских ролей в периоды формирования личности ребенка.

Ключевые слова: психологическая травма, симптом, пищевые расстройства, нарушение сна, нежелательные привычки, родительская роль.

DOI : <https://doi.org/10.32523/2616-6895-2020-132-3-163-174>

Поступила: 4.05.2020 / Допущена к опубликованию: 8.06.2020

Введение. Психологическая травма [1] - это некий ущерб, нанесенный психическому здоровью человека. В работах ряда зарубежных исследователей (Япко М., Андреас С., Лэнктон С.) детская психологическая травма в своей основе опирается на затрудненную работу когнитивной сферы ребенка при обработке интенсивных сигналов из окружающей действительности. Поведение ребенка, система его привычек и убеждений либо усиливают эмоциональную реакцию на факт действительности, либо, наоборот, снижают уровень проживания события. Способы работы с детской травмой в когнитивно-бихевиоральном подходе варьируются от создания нового опыта в подобных ситуациях до мысленного проживания травмирующего события в новых контекстах.

Традиционно психологи говорят о психологической травматизации ребенка по вине

родителей (семьи) и вне ее. Мы, опираясь на данные ряда научных работ, а также собственный опыт работы с детьми, к наиболее частотным и основным психологическим травмам, считаем возможным отнести: смерть эмоционально значимого взрослого, неизлечимую и/или длительную болезнь члена семьи, семейное насилие, развод, а также потрясения, возникающие вне семьи – сексуальное насилие, ограничение свободы ребенка, длительное пребывание вдали от матери (больница, интернат, проживание у родственников), вовлечение в криминальные и военные действия.

Чаще всего к психологу родители обращаются с целью убрать нежелательный симптом, к примеру – заикание или отсутствие интереса к учебе. В условиях пандемии, с переходом на дистанционное обучение, родители школьников разделились на два лагеря – одни не устают восхищаться умениями ребенка,

другие столкнулись с отсутствием у ребенка элементарных навыков обучения. При этом в своем большинстве родители хотят оставить в своей семье все «как было» за исключением причины обращения. Один из запросов современных родителей был «Как заставить ребенка хорошо учиться?».

В этой фразе наглядно просматривается симптом или причина обращения к психологу (плохо учится) и видна скрытая причина, или сопутствующая травматизация («заставить... хорошо»). Но симптом не является источником психологической проблемы [2], и тем более не является местом психологического воздействия. Он показывает наличие проблемы, симптом – сигнал о том, что что-то в жизни ребенка и семьи вызывает тревогу и лишнее эмоциональное напряжение. Симптом можно сравнить с гудком автомобиля на перекрестке. Он заставляет повернуть голову и предупреждает об угрозе или аварийной ситуации, активизирует внимательность, но сам по себе звук не является источником опасности. Бессмысленно было бы блокировать гудок и считать, что тем самым мы предотвратили столкновение.

Цель исследования: изучить особенности симптомов различных психологических травм у детей 5 – 11 лет.

Методологическую основу исследования составили ряд научно-методических положений, выдвинутых в работах Япко М. [3], Андреас С. [4], Лэнктон С. [5] и др., об организации психологической работы с ребенком-травматиком и его семьей при помощи когнитивно-бихевиональных техник.

В данном исследовании приняли участие родители 25-и детей и дети в возрасте от 5 до 11 лет. Обращение родителей к психологу было добровольным. Жалобы родителей (причины обращения к психологу) мы систематизировали в несколько блоков: появление нежелательных привычек, страхов или расстройств функционирования организма.

Дизайн исследования. За период с января 2019 по апрель 2020 обращения к психологу родителей детей от 5 до 11 лет протоколировались, анализировались и подвергались

качественной обработке. Психологическая работа с каждым ребенком проводилась индивидуально, обычно в присутствии родителя (который находился либо в этом же помещении, либо за стеклянной перегородкой). Длительность работы с ребенком не превышала 8-и консультаций, с родителями - 2-х, в ряде случаев требовалась совместная психотерапевтическая работа ребенка и родителя. Продолжительность разовой встречи с ребенком составляла от 30 минут до одного часа, с родителем - до полутора часов. Перерыв между разовыми встречами – 7-10 дней.

Опыт работы позволил составить протокол опроса родителей и ребенка - травматика при обращении к психологу, который является отдельным методическим руководителем. В данной работе приводится только список вопросов без их анализа и методики подсчета.

Методы исследования. Психологическая работа проводилась: с детьми - в виде беседы (на этапе опроса), применения когнитивно-бихевиональных техник (на этапе работы с симптомом). С родителями взаимодействие осуществлялось в формате консультаций (на этапе работы с источником психологической травмы).

Работа носит кросс-секционный характер, изучаются распространенность тех или иных симптомов психологических травм у детей в возрасте 5-11 лет и особенности родительских ролей в периоды формирования личности ребенка.

Основная часть. Родителей мало волнуют вопросы агрессивности детей, гневливости, плаксивости, снижение фона настроения. Обращение к психологу обычно возникает вследствие возникшего неудобства в поведении ребенка (того самого сигнала, который родитель называет привычкой или нарушением), а психологи называют – симптомом. К примеру, это может быть аффективное поведение в школе, категорический отказ от учебы или домашних дел, пренебрежение гигиеной, семейными обязанностями, нарушение правил приличия, отсутствие некоторых просоциальных чувств, такие как эмпатия, забота, вина и многое другое.

Основные симптомы, которые вызвали у родителей беспокойство и заставили обратиться к нам - это появление у детей нежелательных привычек, страхов или расстройств функционирования организма. Остановимся подробнее на описании распространенности половозрастных особенностей детей в соответствии с симптоматикой. У **13-и** из 25 детей, по словам родителей, обратившихся за помощью, появились нежелательные привычки, у **18-и** детей - страхи, у **11-и** детей - расстройства функционирования организма. У некоторых детей, как выяснилось в процессе опроса, было несколько симптомов, но ведущим (и соответственно, причиной обращения) был один.

Итак, родители обращались по трем основным причинам: появление нежелательных привычек, страхов или расстройств функционирования организма (Таблица 1).

Как следует из таблицы 1, родители описывают наблюдаемое поведение у детей, но при

опросе не связывают его какими-либо семейными проблемами или сложностями.

Под нежелательными привычками родители понимали:

- демонстрацию половых органов (2 детей: 1 мальчик - 6 лет и 1 девочка - 11 лет),
- убийство хомячков, птиц, ломание костей кошкам (1 ребенок: мальчик 6 лет),
- агрессивное поведение в адрес других детей и родственников (3 детей: 3 мальчика - 7, 8, 9 лет),
- сон с родителями (6 детей: 3 мальчика - 7, 9, 11 лет и 3 девочки - 5, 5 и 7 лет),
- истерики, если ребенка оставляют одного (2 детей: мальчики - 6 и 9 лет),
- рисование «странных» (непонятных родителям) вещей (3 детей: два мальчика - 7 и 9 лет и 1 девочка - 11 лет),
- излишняя требовательность к себе (2 детей: девочки 6 и 7 лет),
- самоповреждения (6 детей: девочки 6, 6, 7, 9, 9, 11 лет)

Таблица 1 – Распространенность причин и симптомов обращения к психологу

Причины обращения к психологу	Наблюдения родителей (симптомы)	Пол	
		Мальчики	Девочки
Нежелательные привычки у детей	демонстрация половых органов	1	1
	убийство хомячков, птиц, ломание костей кошкам	1	0
	агрессивное поведение в адрес других детей и родственников	3	0
	сон с родителями	3	3
	истерика, если ребенка оставляют одного	2	0
	рисование «странных» вещей	3	1
	излишняя требовательность к себе	0	2
	самоповреждения	0	6
	ступор/замирание при разговоре с ребенком	2	0
Страхи	темноты	4	2
	высоты/падения	4	3
	находиться дома одному	1	4
Расстройства функционирования организма	заикание	3	0
	энурез	3	0
	энкопрез	0	2
	истерика	3	0

- ступор/замирание при разговоре с ребенком (2 детей: 2 мальчика 5 и 10 лет).

Под страхами родители понимали:

- боязнь темноты (6 детей: 4 мальчика - 7, 9, 10, 11 лет и 2 девочки - 5 и 7 лет);

- боязнь высоты/падения (7 детей: 4 мальчика - 6, 6, 7 и 10 лет, 3 девочки - 6, 7 и 7 лет);

- боязнь находиться дома одному (5 детей: 4 девочки - 8, 8, 9, 10 лет и 1 мальчик – 10 лет).

Под расстройствами функционирования организма родители понимали:

- заикание (3 детей: мальчики 10, 10 и 11 лет),

- энурез (3 детей: мальчики 7, 9 и 10 лет),

- энкопрез (2 детей: девочки 5 и 10 лет),

- истерики «не может остановиться» (3 детей: мальчики 7, 9 и 10 лет).

Именно поэтому Кравцова Т.М. разработала специальный протокол опроса родителей и ребенка - травматика при обращении к психологу, цель использования которого – определить, психологическая проблема перед нами или неврологическая. Другими словами, нужен только психолог или необходимо обращение к невропатологу, эндокринологу или психоневрологу. Кроме этого данный протокол позволяет сориентироваться в представлениях родителей о связанности симптоматики детей с семейной динамикой (Таблица 2).

**Таблица 2 – Вопросы протокола опроса родителей и ребенка -
травматика при обращении к психологу**

№ п.п.	Вопросы протокола	Симптомы психологических травм у детей		
		психологические затруднения	психологическая травма	затянувшаяся реакция на психологическую травму (ПТСР)
1	Формальные признаки травмы			
1.1	Интенсивность оценки эмоций и поведения ребенка по 10-балльной шкале	1-4	5-7	8-10
1.2	Регулярность травмирующего события или эпизодов	однократно	многократно	постоянно (регулярно)
1.3	Временные границы травматического события	от 2-х недель до 1 месяца	более 1 месяца	более 6-и месяцев
1.4	Степень эмоциональной близости ребенка с источником травматизации	эмоционально автономен	регулируется семейными требованиями	эмоционально привязан
1.5	Значение, которое придает ребенок событию	рядовое событие		трагедия или катастрофа
1.6	Поведение значимых взрослых на проживание этого события	принятие любой эмоции и поведения ребенка, членов семьи в травме	признание травмы и создание четких правил проживания травмы для всех членов семьи	запрет на проживание плохих, отрицательных эмоций, избегание разговоров на тему травмы, замалчивание или отрицание события

1.7	Привычные реакции ребенка на стрессовые события	активность	убегание	замирание
2	Период вынашивания ребенка			
2.1	Были ли проблемы с настроением, депрессией и ощущениями в период беременности у мамы?	нет	да	да
2.2	Были ли потрясения и травмы (потери) у матери в период вынашивания ребенка?	нет	да	да
2.3	Были ли проблемы у плода - гипоксия, инфекции и пр.?	нет	да	да
3	Особенности родовой активности матери			
3.1	Была ли патология родов: стремительные или затянувшиеся роды, скручивание или сдавливание плода, гипоксия и пр.?	нет	да	да
3.2	Ожидание родов: преждевременные или затянувшиеся	нет	да	да
4	Физические травмы головы у ребенка			
4.1	Были падения, ушибы или сотрясения?	нет	да	да
4.2	Есть ли у ребенка неврологический диагноз?	нет	да	да
5	Сон			
5.1	Как быстро ребенок засыпает?	5-10 минут	15-40 минут	больше 40 минут
5.2	Легко ли ребенок просыпается?	зависит от нагрузки	обычно с трудом	не можем разбудить
5.3	Есть у ребенка кошмары или нет?	нет или редко (раз в полгода)	да (1 раз в неделю)	да (каждую ночь)
5.4	Помнит ли ребенок содержание кошмаров или нет?	да	частично	нет
5.5	Какое утром настроение у ребенка?	хорошее, бодрое	вялое, грустное	раздраженное
5.6	Испытывает ли ребенок иные проблемы со сном?	нет	да	да
5.7	Есть ли затянувшееся бодрствование?	нет	да	да
6	Пищевое поведение			
6.1	Есть ли приступы голода?	нет	да	да
6.2	Есть ли избирательность в пищевых привычках?	нет	да	да
6.3	Есть ли равнодушие к еде?	нет	да	да

6.4	Есть ли изменения в пищевых пристрастиях и привычках - изменение вкуса, отказ от прежде любимых блюд и пр.?	нет	да	да
6.5	Есть ли тошнота или рвота до/во время/после приемов пищи?	нет	да	да
7	Реакция на травму			
7.1	Возникают ли у ребенка РЕГУЛЯРНО приступы гнева, заторможенности, замирания, страха, бесконтрольности эмоций?	нет, иногда из-за эмоционального перегруза	да	да
7.2	Описывает ли ребенок регулярно некое травмирующее событие или опыт (в виде игры или вопросов)?	нет	да	да
7.3	Замечали ли вы появление новых страхов: к предметам, людям, вещам?	нет	да	да
7.4	Можете ли вы назвать ребенка тревожным?	нет	да	да
7.5	Есть ли затруднения в концентрации внимания?	нет	да	да
7.6	Оживляет ли ребенок травмирующие события в виде ритуалов, игр или определенных действий?	нет	да	да
7.7	Избегает ли ребенок разговоров о травматичном опыте, людях, которые были включены в поле травмы или событиях, которые сопровождали ее?	нет	да	да
7.8	Есть ли снижение интереса и активности к привычным вещам и действиям?	нет	да	да
7.9	Наблюдаете ли вы отстраненность или отдаленность вашего ребенка от других людей или себя?	нет	да	да
7.10	Есть ли дефицит каких-либо эмоций или чувств - грусть, сожаление, сострадание, вина, сопереживание, забота и пр.?	нет	да	да
7.11	Есть ли у вашего ребенка изменение самооценки - снижение ее, самокритика, самообвинение и самонаказание?	нет	да	да
7.12	Есть ли навязчивое поведение - длительное отмывание рук или тела, длительное нахождение в туалете, мистические или магические ритуалы (особенно очищения)?	нет	да	да

При беседе с родителями мы спрашивали про особенности вынашивания ребенка, протекания родов матери, организацию режима ребенка: сна и питания. При опросе было выяснено, что в 75 % случаев у детей отмечались неврологические симптомы (проблемы со сном, пищевым поведением, тики, повышенная чувствительность к свету и звукам, усталость, дезориентация, ухудшение памяти). В данной ситуации задача психолога была - определить, носит ли симптом физический или психологический характер.

Нарушение сна у детей проявляется в неглубоком сне, кошмарах, ночной речи и криках, лунатизме, энурезе, трудностях засыпания, глубоком утреннем сне с невозможностью пробудить ребенка и многом другом. Ребенок становится раздражительным, агрессивным, боится спать один/ вообще отказывается от сна или наоборот, пытается постоянно наверстать дефицит сна и засыпает в самых неподходящих местах и позах.

Беседа с родителем обычно направлена на поиск ответа – такое изменение сна появилось вследствие изменения семейной динамики (горе, развод, переезд, брак, рождение сиблинга и пр.), потрясения или имеет форму хронического процесса. Чаще всего рекомендации психолога по нормализации сна, если причины были объективными и внешними, приводят к исчезновению проблем со сном, за период от нескольких ночей до нескольких недель.

Однако, мы еще раз подчеркиваем - нельзя исключать наличие физических (неврологических) и психиатрических нарушений. Вот почему при опросе родителя важно собрать анамнез с момента вынашивания ребенка, родов, наличия психологических потрясений, как для членов семьи, так и для самого ребенка. Внутритулбная гибель нейронных связей из-за гипоксии приводит к замедленной обработке информации после рождения, к нарушению мыслительных процессов у ребенка, к затрудненной обработке и интерпретации сигналов, поступающих из окружающей среды. К примеру, яркий свет внезапно включившейся лампы у такого ребенка вызовет крик

или истерику, потому что обработка мозгом данного явления будет существенно отставать во времени от понимания, что свет безопасен, не несет угрозы. У детей с подобными нарушениями процесс сравнения, сопоставления с предыдущим опытом, анализ и синтез на основе новых данных, упорядочивание и аналогия – затруднен. На первое место у них выходит эмоциональная - аффективная реакция как способ предотвращения угрозы, реакция на новое, ранее не известное.

Чем старше становится ребенок, тем заметнее у него временной разрыв между получением информации и ее обработкой. Здесь психологи могут говорить о тугоподвижности и инертности мышления, застревании ребенка в своих первичных, инстинктивных реакциях, отсутствию флексибельности. При таком положении нарушение сна с легкостью возникает как реакция на яркий, наполненный событиями день, эмоциональное событие или незнакомую ситуацию.

Нарушения пищевого поведения проявляются в виде пищевых фобий, избирательности в еде, отказе от приемов пищи и переедания. В ряде случаев у детей пищевое расстройство возникает на фоне разового испуга (подавился, отравился, задохнулся) и связывается с негативной реакцией на прием пищи. Возникает страх вновь ощутить пережитые однократно болезненные ощущения, в итоге ребенок настолько сильно боится, что возникает диффузный спазм пищевода или респираторный. Цепочка замыкается: было больно от еды – боюсь, что станет опять больно от еды – становится больно от мыслей о еде. В таких ситуациях родители стараются убедить ребенка в безопасности еды, что закономерно приводит к еще большей невротизации.

Родители традиционно смотрят на такие пищевые расстройства, как избирательность или фобия, как на избалованность и капризность ребенка. При переедании – контролируют объемы пищи, при недоедании – заставляют кушать, при пищевой избирательности – подменяют пищу. Обращения к психологу по этому поводу бывают редки. Чаще всего причину ищут в неврологической, психиатрической и эндокринной сферах.

Для удобства нами была составлена опросная карта, по ее заполнению психолог может определить, должна ли ребенку оказываться только психологическая помощь или родителям можно рекомендовать консультацию у врача психоневролога или невропатолога.

Редакция одного крупного журнала столкнулась с пугающей ситуацией. К ним в колонку «Вопрос-ответ» неоднократно обращались молодые люди за разъяснением юриста с примерно одинаковой по своей сути ситуацией: «Какие существуют законные способы получить наследство при жизни родителей?».

Прокомментировать эту ситуацию редактор попросил итальянского психолога Джорджо Нардонэ, одного из ведущих ученых, занимающегося детской травмой, пищевыми фобиями и многими другими клиническими проблемами [5]. Редактор журнала попросил оценить нормальность такого запроса молодого поколения. Дж. Нардонэ сказал, что с позиции нравственных устоев общества, мысли молодых людей действительно циничны. А вот если посмотреть на это с позиции педагогики, то как же нужно было их воспитывать родителям... Чему нужно было их учить, о чем говорить, какой пример давать, чтобы дети хотели иметь что-то принадлежащее не им? Закрепление и формирование привычек происходит у человека на протяжении всей жизни. Но старт шаблонам поведения дает первый опыт, полученный в родительской семье.

Детские травмы в своем подавляющем большинстве возникают в семье, а их источником являются поступки родителей, выходящие за грань детского опыта. Иногда в семье происходят искажение ценностей, смещение акцента с конструктивных стратегий взаимодействия с ребенком на удобные в данный момент для родителей. К примеру, тем детям, считает Дж. Нардонэ, все время говорили – «ты смысл моей жизни», «я живу ради тебя», «в семье все общее», «это все твое», «мы свое уже пожили», «все лучшее детям», совершая тем самым педагогическую и психологическую ошибки. С одной стороны, родители показывали преувеличено-восторженные и

позитивные чувства и эмоции, но умалчивали о своих переживаниях и жизненных неудачах, а с другой, не отделили своего ребенка от себя при достижении им взрослости. Это привело к тому, что ребенок ничего не узнал о своем родителе как о человеке. В его восприятии мама и папа были всегда веселыми и беззаботными, т.е. родители сами создали образ человека, которым все в жизни досталось легко и быстро.

Тревожные родители подменяют понятия «самостоятельный и счастливый ребенок» на «ребенка, следующего правилам, выполняющего все быстро и хорошо и успешно учащегося». При этом родители в своей массе полагают, что они выступают если не эталоном – образцом желаемого поведения, то как минимум инициатором этого эталона. Однако после такой линии воспитания дети не становятся носителями хороших качеств. Выставляя систему контроля и тренируя идеальные качества, выступая сами как носители идеального образа – родители лишают ребенка опыта преодоления трудностей, поиска решений. Ребенок получает готовую картину мира, в которой он должен иметь определенные качества, но как их сформировать он не имеет ни малейшего понятия. Более того, родительский контроль и требования только усугубляют ситуацию, ощущение угрозы и постоянный страх ошибки держат нервную систему в напряжении, множа ошибочные действия, т.к. мозг ребенка выполняет только одну задачу – распознать угрозу и уйти от нее, а не научиться разнообразным реакциям.

Обычно дети, находящиеся в такой системе воспитания, после смерти родителей или выхода в самостоятельную жизнь – не обладают необходимыми навыками, т.к. именно родитель был постоянным источником поддержки и способов коммуникации с миром.

Конечно, у ребенка нет опыта для понимания переживаний и забот взрослого, но у него нет и опыта признания права родителя иметь эти переживания и заботы. Очень часто дети в подростковом возрасте отстаивают свою независимость и право быть самостоятельными. Но даже это не дает им навык смотреть на

своего родителя как абсолютно автономного человека со своими желаниями и заботами, цель жизни которого - собственное развитие и интересы.

Итак, такая модель поведения родителей, при которой они не учат ребенка, что в жизни есть трудности, которые нужно преодолевать, получая и давая поддержку своим близким, и есть радостные события, которые необходимо разделять с ними же, воспитывает эмоционально нечуткого и эгоистичного человека. А родители, которые постоянно демонстрируют свою идеальность и всезнание – лишают ребенка навыков элементарного выживания. Посмотрите на рисунок 1, здесь показано, как

ностью входит с потерей трудоспособности, здоровья или автономности. В принципе, потребность оказывать своему родителю эмоциональную поддержку, закладывается еще в первом периоде за счет обсуждения и разделения эмоций и ценностей родителя с ребенком. Если родитель механически развивает у ребенка навыки – петь, читать, учить язык и пр., но не связывает полученные навыки со своей эмоционально-мотивационной сферой, не демонстрирует в своей деятельности, работе или общении эмоциональные отклики на навыки ребенка - те затухают.

Такие качества ребенка, как ответственность, эмпатия, любознательность, сочув-

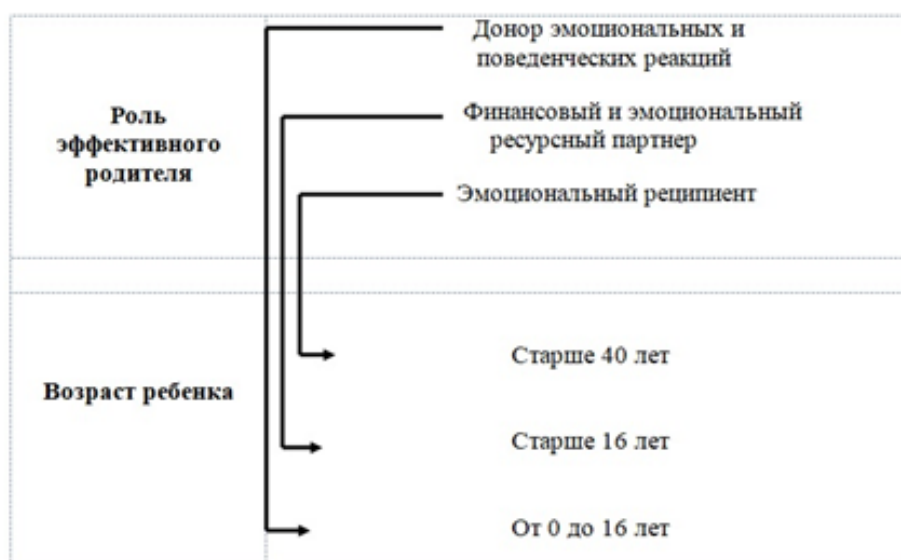


Рисунок 1. Роли эффективного родителя

эффективный родитель реализует в процессе воспитания следующие роли: донор эмоциональных и поведенческих реакций (общее поле желаний и смыслов), финансовый и эмоциональный ресурсный партнер, эмоциональный реципиент. Роль донора должна реализовываться до конца подросткового возраста, после которого у ребенка наступает период суверенных эмоций и желаний.

Это эмоциональное отделение поддерживается новой ролью родителя, теперь он не дает образцов реакций, не учит, а является ресурсным партнером, т.е. к нему можно обратиться за помощью и поддержкой. В роль эмоционального реципиента родитель пол-

ствие, закладываются в раннем детстве и проходят экспертную проверку на нужность в общении со взрослым после 4-5-и лет. В этом возрасте происходит определение пространства их применения, т.е. на кого их нужно и можно распространять – на себя, близких, других людей, животных, ситуации общения и пр.

Неэффективный родитель из-за внутренних проблем или жизненных неурядиц создает дисфункциональные отношения и психологически травмирует своего ребенка. Механизм психологической травмы таков, что ребенок (даже став взрослым) на протяжении долгого времени постоянно возвращается к событиям,

вызвавшим ее, пытается их переосмыслить и переоценить. Избегает похожих ситуаций, а сталкиваясь с ними против воли, - может реагировать возбужденно, безучастно, но так как было закреплено в детстве.

В дошкольный период травматизация ребенка происходит на фоне игровой ведущей деятельности. События преимущественно воспринимаются как ненастоящие, ребенок наделяет взрослых в своей жизни реальными и сказочными ролями. Отдельные эпизоды жизни забываются, другие, наоборот, запечатлеваются, причем событие действительно может быть реальным, а может быть фантазийным, но в воспоминаниях ребенка может вполне сохранить черты реальности. У ребенка высокий уровень внушаемости, при психологическом воздействии он с легкостью входит в измененное состояние, что дает отличный терапевтический эффект. Психологическая работа с ребенком в этом отношении напоминает объяснение его страхов и проблем ему самому через проигрывание сказок, рисование и рассказывание историй, возвращение чувства контроля над своей жизнью и своим миром.

В школьный период ведущая деятельность сменяется на учебную, меняется отношение к действительности, большое значение приобретают рациональность объяснений и логичность поступков. Если в дошкольном возрасте ребенок не искал объяснения поведения взрослых, то в этом периоде он находит объяснение причин их поступков исходя из своего опыта. Школьные успехи и неудачи становятся способом снизить семейный конфликт или оказать воздействие на родителя. Кроме того, в школе накапливаются повседневные стрессы, они вызывают неприятные ощущения и формируют чувство неуверенности в своих силах. Примерами таких повседневных стрессов являются опоздание в школу, утеря любимой игрушки, неловкое падение на глазах у всех, замечание или наказание учителя, ссора с другом и др.

Оценка неожиданного или яркого по силе события в этом периоде приобретает черты неразрешимой катастрофы, к примеру,

автомобильная авария, сильная физическая травма или смерть близкого человека. Даже кратковременный стресс может надломить психику ребенка (смерть матери, отца или обида на значимого взрослого). Восприятие степени трагичности зависит от их личностных качеств, темперамента, степени участия и вовлеченности в процесс, а также от наличия опыта восприятия подобных ситуаций. К примеру, городской ребенок 10-и лет стал свидетелем забоя кролика для ужина. Драматичность ситуации придало то, что он был не готов к такому событию – несколько минут назад он любовался пушистым зверьком, а через 5 минут его дядя, не прерывая рассказа о привычках кроликов – свеживал тушку. Масштабность психологической травмы в данном случае определяется степенью вовлеченности ребенка в ситуацию. Для сравнения - другой мальчик, видел случайную гибель своего малознамого соседа по улице, и это событие не оставило в его сознании никакого следа.

В случае пребывания ребёнка в длительном и однообразном стрессе происходит сильная деформация психики. К таким событиям относятся длительное заболевание близких, физическое, сексуальное или психологическое насилие в семье, а также вне семьи - в школе или дворе. Работать с ребенком, который переживает болезнь брата или сестры, травму от потери или насилия, можно не только через игровые приемы, но и при помощи специальных методических пособий, рабочих тетрадей [6] и книг [7], которые даются для самостоятельного чтения ребенку или используются как дидактический материал на консультации.

Психологическая травма блокирует действия ребенка, не дает ему объективно оценивать события и адекватно реагировать на жизненные ситуации, а поскольку более 8-и часов в сутки ребенок занят учебной деятельностью, последствия травмы в виде симптомов чаще всего проявляются в ней. В итоге школьная деятельность становится зеркалом проблем в семье и отдушиной для проявления запретных в семье чувств и поведенческих реакций. Так бывает с агрессией в адрес сверстников,

отказом от посещения школы, с самоповреждением и многими другими симптоматическими вещами.

Основные выводы и результаты исследования.

Любая психологическая травма меняет отношение к себе, отношение к людям - источникам травмы, упрощает и типизирует все случаи, подходящие по формальным признакам к ней. Если в семье сложилась стрессовая ситуация, которую от ребенка скрывают, то ребенок, улавливая общий эмоциональный фон, начинает тревожиться. Он придумывает объяснение поведению родителей, принимает на себя вину за их эмоциональное состояние, преувеличивает событие, что создает для него самого высокий уровень эмоционального

напряжения, провоцирует появление страхов и нарушений сна.

Результат 1. Проведена индивидуальная и семейная психологическая работа с 25-ю детьми (5-11 лет) и их родителями по изучению особенностей симптомов различных психологических травм.

Результат 2. Проведена психотерапевтическая работа с 25-ю детьми (5-11 лет) и их родителями для изменения симптома и изменения психологического значения пережитой психологической травмы.

Результат 3. Разработан протокол опроса родителей и ребенка - травматика при обращении к психологу.

Результат 4. Описаны особенности родительских ролей в периоды формирования личности ребенка.

Литература

1. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. Анамнез, этиология и патогенез. -- Л.: Медицина, 1988. - 244 с.
2. Нардонэ Дж. Страх, паника, фобия: краткосрочная психотерапия. - М.: Психотерапия, 2008. - 352 с.
3. Yapko M. Trancework: An Introduction to the Practice of Clinical Hypnosis. 5th Edition, Publisher: Routledge, London, 2018. - 564 p.
4. Lankton S. Assembling Ericksonian. Publisher: Zeig Tucker, Phoenix, AZ, 2003, 287 p.
5. Andreas S. Six Blind Elephants: Understanding Ourselves and Each Other, Vol. 2: Applications and Explorations of Scope and Category (v. 2) 1st Edition. Publisher: Real People Press, Boulder, Colorado, 2006, 302 p.
6. Программа по работе с детской травмой. Рабочая тетрадь ребенка. Пер. Язвинская Е. «Белорусский детский хоспис». - Минск, 2009, 89 с.
7. Это книга для тебя «Белорусский детский хоспис». - Минск, 2016. -36 с.

References

1. Zaharov A.I. Nevrozy u detej i podrostkov. Anamnez, etiologiya i patogenez [Neuroses in children and adolescents. Anamnesis, etiology and pathogenesis]. (Medicina, 1988, 244 p.).
2. Nardone Dzh. Fear, panic, phobia: short-term psychotherapy [Strah, panika, fobiya: kratkosrochnaya psihoterapiya] (Psihoterapiya, Moscow, 2008, 352 p.).
3. Yapko M. Trancework: An Introduction to the Practice of Clinical Hypnosis. 5th Edition (Publisher: Routledge, London, 2018, 564 p.).
4. Lankton S. Assembling Ericksonian (Publisher: Zeig Tucker, Phoenix, AZ, 2003, 287 p.).
5. Andreas S. Six Blind Elephants: Understanding Ourselves and Each Other, Vol. 2: Applications and Explorations of Scope and Category (v. 2) 1st Edition. (Publisher: Real People Press, Boulder, Colorado, 2006, 302 p.).
6. Programma po rabote s detskoj travmoj. Rabochaja tetrad' rebenka [Childhood Trauma Program. Workbook of the child] Translated by Yazvinskaya E. Rabochaya tetrad' rebenka («Belarusian Children's Hospice», Minsk, 2009, 89 p.).
7. Eto kniga dlya tebya [This is a book for you] («Belarusian Children's Hospice», Minsk, 2016, 36 p.).

Т.М. Кравцова, Е.М. Раклова

Инновационный Евразийский университет, Павлодар, Казахстан

5-11 жастағы балаларда кездесетін психологиялық жарақаттардың белгілері

Аңдатпа. Ұсынылып отырған жұмыста авторлар 5-11 жас аралығындағы балалардың түрлі психологиялық жарақат белгілерінің ерекшеліктерін көрсеткен. Зерттеу жұмысына осы жастағы 25 баланың ата-анасы қатысты. Жұмыс жеке формада когнитивті-бихевионалды техниканы қолдану арқылы іске асырылды. Ата-аналармен, балалармен жүргізілген жұмыстар нәтижесінде, әр балаға жеке сабақтардан тұратын, жеке терапия жоспарлары құрастырылды.

Баламен жүргізілген жұмыс ұзақтығы 8 кеңестен, ата-аналармен жүргізілген жұмыс 2 кеңестен асқан жоқ, кей кездері бала мен ата-аналар арасында психотерапиялық жұмыстар жүргізілді. Баламен жүргізілген кездесулер 30 минуттан 1 сағатқа дейін, ал ата-аналармен бір жарым сағатқа созылды. Кездесулер арасындағы үзіліс – 7-10 күнді құрады.

Жұмыс кроссекциялық сипатқа ие. Авторлар 5-11 жас аралығындағы балаларда психологиялық жарақаттың таралуы мен баланың жеке тұлғалық қалыптасуы кезіндегі ата-ана рөлі ерекшеліктерін қарастырған.

Түйін сөздер: психологиялық жарақат, белгі, ас қорыту бұзылыстары, ұйқының бұзылуы, жағымсыз әдет, ата-ана рөлі.

T.M.Kravtsova, E.M.Raklova

Innovative University of Eurasia, Pavlodar, Kazakhstan

Symptoms of psychological trauma that occur in children aged 5-11 years

Abstract. In this work, the authors studied the symptoms of various children psychological traumas in the age of 5-11 years. The study involved group of parents of 25 children and children of a specified age. The work was based on individual form of work using techniques of cognitive-behavioral therapy. After stage of survey of parents and children, an individual therapy plan was developed for each child, consisting of separate classes. The amount of work with the child was not exceeding 8 consultations, usually 2 sessions with parents was required in some cases mutual psychotherapeutic work of the child and the parents. The duration of psychotherapeutic sessions with a child ranged from 30 minutes to 1 hour, with a parentsessions ranged up to 1, 5 hour. The breaks between sessions was 7-10 days.

The work is cross-sectional: authors studied the distribution of certain symptoms of psychological trauma in children in the age of 5-11 years and describe the features of parental roles during periods of formation of the personality of the child.

Keywords: psychological trauma, symptom, eating disorders, sleeps disorders, unwanted habits, the role of parents.

Сведения об авторах:

Кравцова Т.М. - кандидат психологических наук, доцент кафедры «Социально-гуманитарное образование и Ассамблея народа Казахстана» Инновационного Евразийского университета, ул. Ломова, 45, Павлодар, Казахстан.

Раклова Е.М. - кандидат психологических наук, доцент кафедры «Социально-гуманитарное образование и Ассамблея народа Казахстана» Инновационного Евразийского университета, ул. Ломова 45, Павлодар, Казахстан.

Kravtsova T.M. - Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor of the Innovative Eurasian University, Department of "Social and Humanitarian Education and the Assembly of the People of Kazakhstan", Lomov str. 45, Pavlodar, Kazakhstan.

Raklova E.M. - Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor of the Innovative Eurasian University, Department of "Social and Humanitarian Education and the Assembly of the People of Kazakhstan", Lomov str.45, Pavlodar, Kazakhstan.