

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕЖИВШИХ ВОЙНУ: ПРОЯВЛЕНИЕ И ПУТИ РЕАБИЛИТАЦИИ

И. В. Криштовчук, ассистент кафедры гуманитарных наук
Л. Ю. Малахина, зав. кафедрой гуманитарных наук, к. и. н., доцент
БрГТУ, Брест, Беларусь

Аннотация. В статье рассматриваются негативные последствия военных конфликтов для психики детей, в том числе детей из поколения граждан БССР, переживших оккупацию в годы Великой Отечественной войны. Описываются основные формы проявления травматического опыта у детей, анализируются эффективные методы их реабилитации. Авторы подчеркивают важность психотерапевтической работы, семейной и групповой терапии, а также социальной поддержки детей, поступивших из зоны военного конфликта.

Ключевые слова: дети, война, психологическая травма, ПТСР, реабилитация, психотерапия.

Война – разрушительное событие, оставляющее след не только на физическом, но и на психологическом состоянии любого человека. Особенно разрушительное воздействие военные конфликты оказывают на психическое здоровье детей. Находясь в зоне боевых действий или став свидетелями насилия, дети подвергаются высоким рискам развития острых и хронических форм психологических расстройств. Их психика, еще не окрепшая и не готовая к экстремальным нагрузкам, остро реагирует на потерю близких, разрушение дома, бомбардировки, эвакуацию, голод и насилие. Травматизация в детском возрасте может иметь долговременные последствия, влияющие на эмоциональное, когнитивное и социальное развитие личности. В данной статье исследуется характер психологических травм у детей, переживших войну, анализируются основные подходы к их реабилитации.

Психологические последствия военных событий у детей проявляются в различных формах. Они зависят от возраста, характера пережитого опыта, интенсивности и длительности травмирующего воздействия, индивидуальных психологических и личностных особенностей, наличия поддержки со стороны близких и общества, социальной среды. Дети младшего возраста и подростки, чья психика находится в стадии формирования и не обладает достаточными ресурсами для самостоятельного преодоления травматического опыта, являются особо уязвимыми в испытаниях войны.

Рассматривая природу психической травмы на примере детей, которые стали свидетелями жестокого массового расстрела, а также участников Вьетнамской войны американский психолог Дэниел Гоулман называет ее «ужасом, вмерзшим в память», который при любом сигнале тревоги может проявиться в неадекватном поведении. «Как показали исследования жертв Холокоста, отпечаток ужаса в памяти и возникающая в результате сверхбдительность могут сохраняться всю жизнь» [1, с. 336–340].

Для ознакомления с проявлениями особенностей в восприятии мира и поведении уроженцев белорусской земли, получивших психологические травмы в 1941–1945 гг., источником для нас стало издание «Последние свидетели» (2023). Этот результат совместного проекта Белорусского телеграфного

агентства и Генеральной прокуратуры Республики Беларусь включает воспоминания людей, переживших в детстве зверства фашистской оккупации [2]. Проект также располагает мемуарными материалами на электронной платформе под названием «Маленькие герои 1940-х». Дети из зоны оккупации, попавшие в концентрационный лагерь, переживали длительные или повторяющиеся психологические травмы. В отличие от взрослых, они не всегда имели возможность самостоятельно избежать опасности, часто оказывались без опеки взрослых, страдали от холода, голода и болезней. Опрашиваемые рассказывают, что были свидетелями гибели своих близких, включая мать, отчего всю жизнь тосковали. Будучи пожилыми людьми, последние свидетели войны при интервьюировании по-прежнему не могут удержаться от слез, нередко замыкаются в себе, не в силах еще раз пережить боль от воспоминаний.

Оккупационный режим в Беларуси лишил жизни или радостей детства огромное количество детей. Накануне Второй мировой войны в БССР проживало примерно 9 млн 183,4 тысячи человек. Из них по переписи в январе 1939 г. детей в возрасте до 9 лет было 1 млн 024 тысячи, в возрасте от 10 до 19 лет – 993 тысячи [3, с. 35]. С учетом присоединенных в ноябре 1939 г. территорий Западной Беларуси общая численность несовершеннолетних детей в оккупированной в 1941 г. республике могла составлять около 3 млн. Многие из них погибли, в том числе рожденные во время войны, остальные пострадали от не только от физических, но и психологических травм.

Наиболее распространенными проявлениями психологических травм у детей являются:

- *посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)* – повторяющееся переживание травмы в форме навязчивых воспоминаний (флэшбэков), ночных кошмаров, гипервозбуждения, избегания стимулов, напоминающих о травме. По наблюдению Д. Гоулмана, если у взрослого, пережившего эмоциональное потрясение, может появиться психическая нечувствительность (анестезия), блокирующая неприятные воспоминания, у детей страшные события многократно воскрешаются в памяти. Дети могут воспроизводить травмирующий опыт во время игр, включая элементы пережитого;

- *тревожные и депрессивные расстройства*, которые проявляются в виде повышенной тревожности, фобии, чувства безнадежности и бессмысленности существования, панических атак, нарушения сна и аппетита, суицидальных мыслей и действий. Чувства вины и стыда, у детей переживших утрату близких, может выражаться в отношении к себе как к «недостойному жить дальше», так как в их детском восприятии они «должны были спасти», «предотвратить»;

- *обсессивно-компульсивное расстройство* – это навязчивые мысли, имеющие негативных оттенок (руминации), приводящие к совершению повторяющихся действий, мешающих его нормальному и здоровому функционированию;

- *диссоциативные расстройства* – иногда в тяжелых случаях может возникать ощущение отстраненности от собственного тела или чувств, потеря памяти о пережитом травматическом опыте;

- *психосоматические расстройства* – это частые головные боли, расстройство пищевого поведения (отсутствие аппетита или наоборот рвота, булимия), кожные заболевания, вши, запор, энурез;

– *эмоциональная нестабильность*, т. е. чередование апатии и агрессии, частые неконтролируемые истерики, необоснованный страх (темноты, громких звуков, новых мест), трудности в контроле эмоций. Ребенок после острой травмы сначала переживает шоковую реакцию – он оглушен, подавлен, не понимает, что с ним произошло. Затем может поочередно проявлять то экспрессивные, то контролируемые реакции (когда пытается сдерживать эмоции). В итоге формируются алекситимия (затруднение в определении и описании, вербализации, эмоций), ангедония (неспособность испытывать удовольствие). Ангедонию, общее эмоциональное оцепенение, ощущение оторванности от жизни Д. Гоулман объясняет изменениями на уровне секреции эндорфинов. Хотя окружающие могут расценивать такое поведение как отсутствие эмпатии [1, с. 346];

– *проблемы с обучением* и способностью концентрировать свое внимание. Из-за постоянного чувства опасности дети теряют способность сосредотачиваться, появляется снижение успеваемости в школе;

– *поведенческие нарушения*, такие как раздражительность, агрессия, замкнутость, протестное поведение, трудности в обучении и социализации. Регрессия в развитии у детей может наблюдаться в возврате к более ранним стадиям развития: появляются потеря навыков гигиены, заикание, сосание пальца, страх одиночества, плаксивость, зависимость от взрослых и т. п. симптомы;

– *нарушения привязанности* – дети трудно идут на новые контакты, боятся близких отношений, не доверяют окружающим, требуют постоянного подтверждения любви и безопасности, часто для этого ведут себя провокативно.

Эффективность реабилитации детей после освобождения Беларуси зависела от своевременности оказания помощи. К сожалению, полноценных терапии и реабилитации детей военного поколения в 1940-е – 1950-е гг. в контексте пережитых трудностей и стрессов войны не было. Детям, потерявшим родителей, оказывали помощь в обретении крова и заботы в детских домах. Психологическая же помощь находилась на начальном этапе развития. В то же время ученые начинали понимать, что детская психика имеет свои особенности. Заметный вклад в развитие детской клинической психологии (занималась изучением психических нарушений), а также педологии внес ученый белорусского происхождения Л. С. Выготский. Педологией – наукой о комплексном изучении ребенка – были увлечены многие психологи. Однако, после выхода 4 июля 1936 г. постановления ЦК ВКП(б) «О педологических извращениях в системе Наркомпросов», было ликвидировано немало психологических учреждений. Это не мешало отечественным психологам, не имевшим специальной подготовки для практической клинко-психологической работы, в годы войны и после нее заниматься реабилитацией. Но поскольку в 1940-е – 50-е гг. развитие детской клинической психологии в СССР происходило в рамках сотрудничества с дефектологией, в поле внимания находились преимущественно дети с аномальным развитием (умственной отсталостью, сенсорными нарушениями и т. д.).

«Травма – это опыт переживания угрозы, который оказывается тяжелее всего, что было до этого в жизни ребенка». Важно отметить, что не у всех детей, переживших войну, обязательно развиваются ПТСР или другие вышеперечисленные проблемы. Многие проявляют удивительную способность к адаптации. Установлено, что у 23–30 % детей, переживших травму, происходит естественное исцеление [4, с. 90]. Однако, даже при отсутствии явных симптомов, пережитый травматический опыт может оказать скрытое влияние на дальнейшее развитие.

Ведущий специалист по проблемам посттравматического стресса и психотравме, профессор психиатрии Бостонского университета Бессел Ван дер Колк отмечает, что при отсутствии лечения психологическая травма лишает человека способности чувствовать радость и близость. Более того, развитие нейронауки доказало, что дети (и даже внуки!) людей, переживших лагерь смерти, также страдают от ПТСР, хотя живут в безопасности, так как их гормональная система выделяет повышенное количество кортизола, адреналина и норадреналина. 30-летний опыт позволил ученому доказать, что в качестве психотерапии могут использоваться разные инструменты, включая йогу и спорт, что позволяет восстановить нейропластичность мозга ребенка [5].

Современная помощь детям, пострадавшим от психологической травмы, имеет богатый методологический арсенал. Успешная реабилитация использует комплексный и поэтапный подход, включающий участие психологов, социальных работников, педагогов, медицинских работников и членов семьи. Наиболее эффективными признаны следующие методы.

1. Психотерапевтические вмешательства:

– *когнитивно-поведенческая терапия* (КПТ) помогает переработать травматические воспоминания, снизить уровень тревоги и депрессии, освоить новые стратегии адаптации, проработать базовые способы реагирования на травму (бей, беги, замри);

– *игровая, арт-терапия и сказкотерапия*. Особенно эффективны при работе с детьми младшего возраста. Позволяют выразить закапсулированный травматичный опыт и чувства через символические формы. Данный метод позволяет осуществлять проработку травмы, не фокусируя ребенка на тяжелых воспоминаниях. В качестве инструмента подобной терапии Д. Гоулман называет искусство, оно также способно высвобождать замершие эмоции, поведать об ужасе, о котором дети не решаются говорить [1, с. 352];

– *травма-фокусированный подход* в КПТ предлагает лечение ПТСР в формах «продолженной (длительной) экспозиции» – рассказать о травмирующей ситуации и найти смысл в пережитом опыте; или «терапии когнитивной обработки» – фокусировке на мыслях о травматическом опыте для изменения своих убеждений и поведения.

2. *Семейная и групповая терапия*. Вовлечение родителей и опекунов в процесс терапии способствует восстановлению чувства безопасности у ребенка. Необходимо психологическое информирование для родителей или заботящихся взрослых, о том, как взаимодействовать с травмированным ребенком. Психологическая травма – коварное явление, некоторые последствия могут проявляться спустя месяцы и годы. Групповые занятия позволяют детям делиться эмоциями, опытом, тем самым уменьшая чувство изоляции. В группе ребенок может разделить невыносимые для него чувства стыда, вины, беспомощности, страха.

3. *Образовательные и социальные проекты*. Возвращение к обучению и нормальной социальной жизни способствует восстановлению стабильности. Необходимо вовлекать ребенка в социальные группы, восстанавливать социальные связи. Поддержка со стороны учителей, социальных работников и сверстников играют огромную роль в реабилитации. Важно создать для ребенка ощущение безопасности: стабильное место жительства, предсказуемый распорядок дня, заботливые взрослые рядом.

4. *Медикаментозное лечение* применяется в тяжелых случаях ПТСР и депрессии, осуществляется строго под контролем специалистов.

Ключевыми принципами реабилитации являются: индивидуальный подход, учет потребностей и особенностей каждого ребенка; ресурс-ориентированный подход, акцент на сильных сторонах ребенка и его способности к восстановлению; сотрудничество, взаимодействие всех участников процесса; ориентированность на травму, фокусировка на проработке травматического опыта безопасным и поддерживающим образом. Например, справляться с условно-рефлекторным страхом помогает так называемое «повторное эмоциональное переучивание» [1, с. 347]. (Как ни странно, игры «в войнушку» с самодельными рогаткой, пугачом, оружием, такие популярные среди детей послевоенных десятилетий, помогали проигрывать пережитый опыт, останавливаясь на счастливом сценарии спасения и наказания зла. Никто не хотел быть фашистом, эту роль чаще выполняли деревья). Помощь детям требует терпения и последовательности, так как процесс восстановления может занять годы.

Эффективность реабилитации зависит от устойчивости социальной среды и уровня профессиональной подготовки специалистов. Особое значение имеет создание безопасной среды, восстановление рутинной жизни и участие семьи. Программы реабилитации должны учитывать культурные и социальные особенности региона, в котором находятся дети.

Психологические травмы у детей, переживших годы Великой Отечественной войны, долгое время являлись сложной и многоуровневой проблемой, которая требовала системного подхода. Травмирующий опыт войны не обошел стороной ни одну из белорусских семей, поэтому и сама война воспринимается как символ национальной трагедии. Победа над агрессорами стала первым шагом к самоисцелению народа. К сожалению, такой способ разрешения политических конфликтов как война, до сих пор не изжит человечеством. Накопленный в клинической детской психологии опыт позволяет лечить такие проявления травматического опыта у детей как посттравматическое расстройство (ПТСР), тревожные расстройства, обсессивно-компульсивное расстройство, соматические нарушения, изменение поведения и когнитивные отклонения. В случае работы с детьми из зоны военных конфликтов, требуется незамедлительное объединение усилий психологов, педагогов, социальных работников и медицинских специалистов, которые позволят создать условия для успешной реабилитации и предотвратить негативные долгосрочные последствия травмы.

Список использованных источников

1. Гоулман, Д. Эмоциональный интеллект. Почему он может значить больше, чем IQ / Д. Гоулман ; пер. с англ. А. П. Исаевой ; [науч. ред. Е. Ефимова]. – 11-е изд., перераб. и доп. – Москва : Манн, Иванов и Фербер, 2021. – 544 с.
2. Последние свидетели : по документам Генеральной прокуратуры Республики Беларусь; Маленькие герои 1940-х // Совместный проект БЕЛТА и Генеральной прокуратуры Республики Беларусь «Последние свидетели» / рук-ль проекта А. И. Швед. – URL: <https://specreport.belta.by/littleheroes> (дата обращения: 25.03.2025).
3. Раков, А. А. Население БССР / А. А. Раков. – Минск : Наука и техника. – 221 с.
4. Якунин, К. А. Аспекты психотерапевтической помощи детям, пережившим тяжелую психологическую травму / К. А. Якунин, М. В. Новикова // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2014. – Т. 13. – № 3. – С. 88–96.
5. Ван дер Колк, Б. Тело помнит все: какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть / Б. Ван дер Колк. – М. : Бомбора, 2020. – 464 с.