

Мар'яна ШВЕД

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ РАННІХ МОДЕЛЕЙ ПРИВ'ЯЗАНОСТІ У ДІТЕЙ З ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ

Mariana SHVED

PECULIARITIES OF THE FORMATION OF EARLY ATTACHMENT MODELS IN CHILDREN WITH TRAUMATIC EXPERIENCES

DOI: <https://doi.org/10.35774/pis2023.02.194>

УДК: 159.922.7

Постановка проблеми. У сучасному світі спостерігається зростання кількості дітей, які набувають травматичного досвіду в контексті дитячо-батьківських стосунків. Це явище породжує складну соціальну динаміку, що ставить під загрозу психосоціальний розвиток дітей та потребує детального наукового дослідження. Одним із ключових чинників, який впливає на формування особистісної ідентичності та на емоційне благополуччя дітей, є ранні стосунки з батьками. Саме ранні дитячо-батьківські взаємини діють як своєрідні навігаційні системи, що дають змогу дитині відповісти на такі питання: «Хто я та ким я можу стати? Хто є інші та як мені бути у стосунках з навколишніми? Яким є цей світ? І залежно від того, які відповіді дитина отримує, в неї формуються своєрідні глибинні переконання» [27]. Особливо важливими у цьому процесі є первинні об'єкти прив'язаності – уявлення про доступність та відповідальність опікунів, рівень довіри до них, спосіб регуляції емоцій та ставлення до самого себе. Вони формуються на ранніх етапах дитинства та відіграють ключову роль у становленні системи прив'язаності та базового почуття безпеки, що є фундаментом для розвитку різноманітних компетенцій, таких як саморегуляція, підтримання позитивних стосунків з іншими та розвиток когнітивних навичок тощо [10].

Якщо ранні дитячо-батьківські взаємини характеризуються скривдженням, непередбачуваністю, дефіцитом теплоти й турботи, то це суттєво послаблює формування базового відчуття безпеки дитини у світі та погіршує її психічне здоров'я. Вивчення таких моделей взаємин дасть нам розуміння вектору особистісних та нейрокогнітивних змін, які виникають у дітей під впливом травматичного досвіду. З одного боку, потрібно здійснювати дослідження для того, щоб розкрити, як саме цей травматичний досвід представлений у свідомості дитини та як він діє на різні аспекти її життя, зокрема на формування моделей прив'язаності, з іншого – не менш важливо розбиратися у механізмах, що перебувають за реакціями дитини на подібні ситуації і вивчати, як ці події можуть впливати на її поведінку в майбутньому. Здобуті в цьому напрямку знання мають велике значення для розробки ефективних психологічних підходів та інтервенцій для допомоги дітям з травматичним досвідом.

Метою цієї статті є здійснення системного теоретичного аналізу наукових даних, що стосуються впливу травматичного досвіду на формування ранніх моделей прив'язаності у дітей, а також концептуалізація психологічної травми в контексті дитячо-батьківських стосунків.

Виклад основного матеріалу

Слід відзначити, що концептуалізація поняття «психологічна травма» та її різновидів у контексті дитячо-батьківських стосунків є ключовою для нашого дослідження. Це поняття описується як результат переживання однієї події або серії подій, які сприймаються особою як фізично шкідливі та загрозливі для життя і мають тривалі негативні наслідки для її функціонування і психічного, соціального, емоційного чи духовного благополуччя особи [11]. Дослідження Тассі (Tassie, 2015) показують, що травма прив'язаності (attachment trauma) виникає тоді, коли дитина взаємодіє з головним опікуном і сприймає його як жорстокого та емоційно недоступного. Травма розвитку (developmental trauma) виникає через порушення стабільності та передбачуваності, які необхідні для нормального розвитку дитини. Вона впливає на її нейробіологічний розвиток, зокрема на здатність інтегрувати сенсорну, емоційну й когнітивну інформацію в єдине ціле.

Комплексна травма (complex trauma) відзначається тривалим та повторюваним насильством, що призводить до інтенсивних негативних емоційних реакцій, таких як страх чи почуття безсилля в хаотичному і напруженому довікллі [11]. Кумулятивний тип травми, відомий як cumulative trauma, передбачає накопичення кількох епізодів травм, яких дитина зазнає протягом тривалого періоду. Ці травматичні події ускладнюють формування ранніх моделей прив'язаності у дітей. Водночас травма поколінь (intergenerational trauma) передбачає пряму чи опосередковану передачу елементів травматичного досвіду батьків наступному поколінню, власне – дітям (Бредфілд – Bradfield, 2011). Всі травми, які виникають у межах сімейної системи, характеризуються ознаками порушення інтерсуб'єктивних конструктів Я, що відображають спосіб, яким особа сприймає себе через взаємодію з іншими [22].

Поняття негативного дитячого досвіду (Adverse Childhood Experiences, ACEs) охоплює різноманітні події, що згодом можуть негативно впливати на психосоціальне благополуччя особи в майбутньому (Белліс із співав. – Bellis et al., 2014) [31]. До них належать фізичне, емоційне та сексуальне насилля, спостереження насильства над батьками, вимушене переміщення, втрата батьків, ув'язнення та проблеми у сто-

сунках (до прикладу, нехтування опікуном, психічні розлади або різні залежності батьків). Переживання несприятливого дитячого досвіду залежить від інтенсивності травматичної події, наявності в дітей зовнішніх джерел підтримки, внутрішньої та набутої опірності зовнішнім загрозам, урешті-решт від рівня їх психоемоційного розвитку. Важливо також відзначити роль індивідуальних способів реагування на ці події, задіяння власних технік тлумачення (менталізації) цих подій, напрацьованих шляхів зниження стресу, вікових особливостей. Кожен тип травми має свої умови виникнення, характеристики, механізми перебігу та наслідки для формування ранніх моделей прив'язаності у дітей. Розуміння цього спектру змін аж до нейробіологічних чинників становить актуальний напрям у роботі з такими дітьми.

Так, нейрокогнітивні дослідження свідчать про те, що тривале перебування дитини в умовах скривдження призводить до негативних змін у структурах їхнього мозку, що відповідають за здатність обробляти емоційні сигнали і перебіг розвитку безпечної прив'язаності. Пуецц і Маккропі (Puetz & McCrogy, 2015) [13] вказують на те, що діти, які зазнали негативного впливу травматичних подій, виявляють тенденцію сприймати емоційні реакції інших як загрозливі, а також відчують труднощі у саморегуляції власних емоцій. Це пояснюється «досвідом, який потребує значної адаптації дитини з точки зору систем психічного, соціального та нервового розвитку і який виходить за межі нормального, очікуваного довіклля» (Лейсі та Мінніс – Lacey & Minnis, 2020; Маклофлін – McLaughlin 2016).

В останні роки значно зросла кількість дослідників у галузі нейробіології, які активно вивчають вплив хронічної травматизації дітей на формування їхньої центральної нервової системи. Йдеться насамперед про праці таких відомих психіатрів, як Бессель ван дер Колк та Брюс Перрі. Перший з'ясував, що діти, які пережили скривдження, не лише розвивають нездорові стратегії керівництва стресом, що утруднюють їхню здатність до повсякденного функціонування (скажімо, керування імпульсами, вирішення проблем або засвоєння нової інформації). Дітям із травматичним досвідом притаманна підвищена мозкова активація режимів боротьби/втечі або замирання, коли вони опиняються в небезпечному середовищі. Це обмежує їхні можливості розвивати когнітивні навички, взаємодіяти з рідними та ровес-

никами, проявляти співчуття, а також розуміти позитивні або нейтральні наміри дорослих [5]. Цей американський професор-психіатр у роботі «The body keeps score» підкреслює, що тіло зберігає пам'ять про травматичний досвід навіть тоді, коли свідомий розум не може згадати окремі подробиці. Ця неявна пам'ять здатна формуватися від народження до 18 місяців та зберігатися впродовж життя. Відповідно до проведених ним досліджень неявна пам'ять про травму пов'язана із сенсорною інформацією, що накопичується без логічного порядку, без міток чи позначок. Це спричиняє сприймання світу як хаотичного і незрозумілого. Явна пам'ять, яка формується після 18 місяців, вже більш організована і подібна до системи сортування з мітками. За допомогою мовлення дитина спроможна висловлювати та виражати свої спогади, переживання, думки. Дослідник використовує термін «внутрішній відеореєстратор», щоб описати спосіб, яким тіло зберігає та відтворює травмувальний досвід. А це означає, що потім людина може відчувати і переживати травматичну ситуацію знову і знову через внутрішні образи та спогади. Так задіюється «внутрішня робоча модель» як спосіб, яким особа уявляє та сприймає світ навколо себе на підґрунті власного досвіду [30].

Зважаючи на тематизацію поточного проблемного дискурсу, нами детально опрацьовані численні дослідження, що розглядають ефективність та науково обґрунтовані аспекти моделі нейросеквенційного підходу в освіті (The Neurosequential Model in Education – NME) та нейропослідовної моделі терапії (NMT) у роботі з дітьми, які мають травматичний досвід. Модель NME розроблена відомим психіатром Брюсом Перрі та його колегами з The ChildTrauma Academy (СТА) у 2006 році [19] з метою поліпшення саморегуляції, уваги та академічних досягнень дітей з травматичним досвідом, а також для зменшення їхніх поведінкових труднощів. У ній враховано те, що мозок дітей розвивається послідовно та ієрархічно, а різні ділянки мозку відповідають за різні функції. Цей підхід окреслює три рівні впливу травми чи надмірного стресу на розвиток мозку дитини.

По-перше, рівень стовбура мозку є фундаментом NME та відповідає за регуляцію головних функцій організму, таких як дихання, частота серцевих скорочень і травлення. Основні ділянки мозку, задіяні на цьому рівні,

охоплюють стовбур мозку, мозочок і базальні ганглії. Коли дитина переживає травму чи стрес, стовбур її мозку здебільшого стає надмірно активним, що призводить до стану підвищеного збудження і пильності. Через це їй важко зосередитися на навчальних завданнях і регулювати свої емоції.

По-друге, рівень середнього мозку, включаючи мигдалеподібне тіло, гіпокамп і таламус, відіграє ключову роль у зорганізуванні емоцій, мотивації та соціальної поведінки. Дослідження, проведене Хейм і Біндер (Heim & Binder, 2012), вказує на те, що збільшення обсягу мигдалеподібного тіла у дитини пов'язане зі зниженням її здатності до соціальної та емоційної регуляції поведінки, а також спричиняє підвищення вразливості до стресу. Мигдалеподібне тіло, яке є складовою частиною лімбічної системи мозку, має неперехідне значення у регулюванні емоційних реакцій та рівня тривоги. У разі збільшення його обсягу в дитини спостерігаються такі поведінкові прояви, як імпульсивність, опозиційність, самопошкоджувальна поведінка та агресивність.

По-третє, кірковий шар, стосуючись префронтальної кори та виконавчих функціональних навичок, зумовлює контроль імпульсів, регуляцію емоцій, оперативну пам'ять та увагу [8]. Діти, які зазнали впливу несприятливого дитячого досвіду (The Adverse Childhood Experiences), мають проблеми з навичками діяльного функціонування, такими як планування, виконання та розв'язання завдань. Тим не менш, вони відчувають труднощі в обробленні та запам'ятовуванні інформації, їм властиві флешбеки, провали у пам'яті, дезорієнтація, самозвинувачення та постійні сумніви у собі [21].

Після проведення метааналізу літератури щодо травматичного досвіду в дітей було виокремлено сім основних ділянок порушень: сенсорний розвиток, дисоціація (зміни свідомості), прив'язаність, регуляція афекту, поведінкова регуляція, когнітивна сфера самосвідомість та розвиток ідентичності [2; 9]. Щонайперше підкреслимо, що сучасні дослідження у царині нейронаук стверджують таке: діти, які пережили травматичний досвід, зазнають проблем у розвитку сенсорно-моторних навичок. Часто вони реагують надмірно чи недостатньо на сенсорну інформацію, оскільки їхній мозок має труднощі з визначенням оптимальної реакції на неї, що необхідна або що вказує на небезпеку. В них спостерігається сильна не-

переносимість дотику (інакше – надмірна тактильна чутливість). Вони можуть проявляти тривожність, рухливість і пильність, навіть коли перебувають у безпеці [21]. До інших ознак належать труднощі з розвитком навичок, пов'язаних зі сприйняттям візуальної інформації та графомоторною координацією (наприклад, нечіткий почерк і нездатність належним чином тримати олівець). Щодо особливостей поведінки у школі, то для тих дітей, які зазнали негативного впливу травми, характерними є сенсорна гіперчутливість, утруднення з концентрацією та утриманням уваги на завданнях, проблеми з координацією та рівновагою [2].

Малолітні особи з травматичним досвідом схильні до дисоціативних станів, які характеризуються розривом між їхніми думками, почуттями та поведінкою. Зокрема, вони можуть пам'ятати травмувальну подію, але не відчувати емоцій, пов'язаних із цим спогадом. Такі зміни свідомості вказують на «неспроможність інтегрувати або асоціювати інформацію та досвід в адаптивний спосіб». А це означає, що думки та емоції дитини є розділеними, соматичні відчуття перебувають поза свідомим сприйняттям, її поведінка здійснюється без свідомого вибору, планування, самооцінки. Дисоціація призводить до того, що спогади про травмувальні події «розпадаються» на малі шматочки. Часто у дітей виникають флешбеки, пов'язані зі спогадами, почуттями, поведінкою або фізичним болем, без розуміння причин цих відчуттів. Вони також стикаються з дереалізацією, коли все навколо них здається нереальним й відбувається наче увісні [1].

Деперсоналізація, це ще один примітний прояв дисоціації, що характеризується відчуттям виходу зі свого тіла та спостереженням за собою немов би зверху. Частиною дисоціації є також почуття конфузії особистості, яке оприявнюється в розмові голосами людей різного віку, або у відчутті втрати контролю над собою. Дитина демонструє поведінку, яка належить різним особам у різні моменти життя. Діти, як правило, не усвідомлюють свого дисоціативного стану та мають складнощі у передачі словами того, що з ними відбувається. Стан дисоціації призводить до поведінкових проявів у дітей, яких дорослі часто розуміють неправильно, вважаючи їх унаслідок мрійливості, брехливості чи незосередженості уваги. Отож існує низка симптомів, які притаманні для стану дисоціації і

які батьки зазвичай спостерігають у своїх дітей удома. До таких симптомів належать [2; 3]:

- регресивна поведінка, до прикладу, дитина раптово починає поводитися на рівні, характерному для молодшого віку, ніж для свого фактичного віку;

- звичайні покарання та оголошення наслідків за погану поведінку, що можуть не діяти, оскільки дитина не здатна навчатися на своєму попередньому досвіді;

- можливість появи слухових галюцинацій, коли дитина чує звуки або голоси, які інші не сприймають;

- взаємостосунки з дитиною, які змінюються та стають непередбачуваними для дорослих, що упроблемнює контактування з нею;

- ситуація, коли дитина починає заперечувати поведінку, про яку дорослі знають, що вона мала місце;

- стани тривалої «мрійливості», котрі викликають зниження концентрації уваги, що негативно позначається на навчальній успішності;

- випадки, коли батьки зазначають, що їхня дитина стає все більш неслухняною та відмовляється виконувати щоденні прохання;

- факти забування дитиною чи її плутанина в речах, які вона повинна знати (скажімо, імена друзів, дні тижня або ті чи інші моменти часу).

Висновуємо, що у психотравмованих дітей спостерігаються відмінні особливості у формуванні ранніх моделей прив'язаності. Виявлені тенденції показують, що ранній неусвідомлений травматичний досвід призводить до розладів процесу формування безпечного типу прив'язаності та негативно впливає на взаємодію батьків з дитиною. До прикладу, опікун, який сам пережив травму в дитинстві (звісно без належної психологічної підтримки та усвідомлення), має складнощі у встановленні й підтриманні емоційного зв'язку зі своєю дитиною [7]. Згідно з сучасними дослідженнями близько 80% дітей з травмами розвитку формують небезпечні моделі прив'язаності. Відома клінічна психологиня Патріша Криттенден (Dr. Patricia Crittenden) наголошує на тому, що діти, які зазнали негативного впливу травми, розвивають такі стилі прив'язаності, як тривожно-унікаючий, або як амбівалентний. Для представників першого стилю характерним є приховування своїх емоцій та почуттів, що привласнюється ними з раннього дитинства як небезпека чи як можливість втрати зв'язку з опікунами. Звідси походить їхнє усвідомлене прагнення приховувати свої емоції в домінант-

них формах пережиття і беззахисності, розгубленості, страху і відчаю, хоча зовні вони часто мають вигляд компетентних, жвавих, приємних (див. [10]).

Симптоми перепон у формуванні безпечної прив'язаності охоплюють уникання емоційної близькості, надмірне виявлення емоцій чи, навпаки, їхнє приховування, що утруднює порозуміння. Водночас батьки відчують виснаженість від постійних вимог, криз та емоційних потреб дитини, тоді як встановлення меж може спричинити сильну реакцію або непокору з її боку. Епізоди стресу чи гніву тривають довше, ніж очікувалося, а прощання з батьками викликає у дитини тривогу. Натомість ознаками, що сигналізують про небезпечний тип прив'язаності дитини у школі, є проблеми у встановленні та підтриманні дружніх стосунків з однолітками, труднощі у вираженні ініціативи при зверненні з проханням про допомогу чи по потребу підтримки. У будь-якому разі психічні розлади батьків суперечливо впливають на їхню здатність до адекватної рефлексії своїх станів і психоемоційного стану дитини.

Дослідження, проведені Бартц та співавторами (Bartz et al., 2011), виявили зниження базальних рівнів окситоцину в осіб з амбівалентним чи дезорганізованим типом прив'язаності. Цей гормон відповідає за почуття довіри, співробітництво, соціальну афіліацію і за формування дитячо-батьківських стосунків. Залежно від конкретної ситуації, особи з амбівалентним чи дезорганізованим стилем прив'язаності перебільшено відповідають на кортизол – гормон стресу навіть стосовно членів власної групи. Відтак досвід прив'язаності у цьому разі сприймається як джерело тривоги та стресу, а не як винагорода. Так, пошуки Брюса Перрі та його команди показали, що досвід ранньої втрати і травми сам по собі не спричиняє майбутнє дитини у відриві від інших важливих чинників, що зменшують вплив ранньої травматизації (скажімо, наявність безпечних та доступних дорослих під час переживання дитиною травмальної ситуації [8]).

Окрім того, аргументовано, що безпечний стиль прив'язаності корелює з розвитком навичок емоційної регуляції, що, своєю чергою, слугує фундаментом для формування гармонійних взаємин з навколишніми (Гроссман та ін. – Grossman et al., 2005; Аллен – Allen, 2013). Порівняно з дітьми, які мають небезпечний або уникаючий тип прив'язаності, діти з

безпечним стилем виявляють кращу здатність до спільної регуляції емоцій як разом з опікунами, так і самотійно. Так, вони здатні більш адекватно реагувати на емоції інших людей і контролювати свої власні емоції, сприймаються вчителями та ровесниками як більш упевнені, соціально компетентні, співчутливі й турботливі, їм притаманний вищий рівень морального розвитку та соціального інтелекту, вони володіють кращими навичками вирішення проблем і мають більш розвинуті когнітивні здібності, що сприяє їхній навчальній успішності в школі (Allen, 2013; Хой – Howe, 2011).

Відштовхуючись від роботи Мікулінсер і Шевер (Mikulincer & Shaver 2008) [15], нами детальному аналізу піддані внутрішня динаміка та модель формування безпечної прив'язаності дітей до батьків. Коли дитина оцінює ситуацію як стресову чи загрозову, її система прив'язаності автоматично мобілізується в двохетапному процесі: спочатку активуються мозкові механізми, які відповідають за оцінювання загрози і які згодом спричиняють «передсвідому активацію» системи прив'язаності на рівні «психічної доступності» несвідомих схем, думок, образів, спогадів та емоцій, пов'язаних з особистою історією прожиття; далі, якщо загроза ще достатньо сильна, пов'язані з прив'язаністю схеми з'являються у свідомості як думки, наміри поведінки чи фактична поведінка дитини, що спрямовані на набуття близькості, захисту та підтримки з боку опікунів; у такий спосіб формується позитивне уявлення про власну самоцінність на засадах досвіду любові, захисту, піклування, яке надавали їм близькі люди у стресових ситуаціях. «Як наслідок, у разі сприйняття майбутніх загроз, активується система прив'язаності дитини, що може викликати полегшений доступ до психічних уявлень та епізодичних спогадів про близьких осіб, а також посилення дії думок та образів, пов'язаних зі сприйняттям близькості, любові, комфорту. Однак у випадку стресової ситуації, якщо дитина не отримує належної підтримки від опікуна, то це призводить до погіршення її здатності до менталізації та формування автобіографічних наративів» (Аллен, Енсінк та ін. – Allen, Ensink et al., 2014; Фонаджі та ін. – Fonagy et al., 1993; Кіннібург та ін. – Kinniburgh et al., 2017) [14]. Зазначені факти свідчать про важливість безпечної прив'язаності та тривалої взаємодії з люблячими і чутливими опікунами для позитивного розвитку

дітей і формування їхніх здорових стосунків з навколишнім світом, оскільки функція системи прив'язаності полягає у реагуванні на стрес й у його регулюванні шляхом забезпечення близькості, а розвиток здатності до менталізації відбувається в контексті ранніх прив'язаностей (Ротбарт та ін. – Rothbart et al., 2011; Слейд – Slade, 2014) [25].

Що стосується емоційної регуляції, то її базові навички діти починають розвивати ще з раннього дитинства. Спираючись на теорії раннього розвитку, підкреслимо, що немовлята і малюки не можуть самостійно регулювати свої емоції, вони покладаються на здатність своїх батьків до «спільної регуляції» [27]. За наявності нормального психоемоційного розвитку діти приблизно у віці десяти років здатні сприймати, розпізнавати та виражати свої емоційні реакції у здоровий і зрозумілий спосіб. Крім того, вони активно наслідують батьківські техніки скеровування своїх емоцій задля самозаспокоєння. Цей етап генези відіграє вирішальну роль у соціальному та емоційному зростанні дитини, оскільки здатність розуміти та адекватно реагувати на власні емоції сприяє розвитку навичок саморегуляції, підтримці здорових міжособистісних стосунків та ефективному психічному функціонуванню в суспільстві.

Загалом зарубіжні дослідники наголошують, що діти, які набули ранній травматичний досвід у контексті стосунків, мають проблеми з розвитком частини мозку, відповідальної за емоційну регуляцію. Як результат, їхня здатність регулювати емоції фактично залишається на тому самому рівні, що й у трирічної дитини. До прикладу, дитина плаче, кричить, кидає предмети, кусає, втікає, раптово вибухає, надмірно реагує на дрібниці та ін. Якщо вчителі та батьки будуть реагувати на емоційний вік дитини (а не на її фактичний вік), то дитина з часом виробить навички саморегуляції, яких їй бракувало. Особи з недостатньою регуляцією емоцій регулярно використовують нездорові стратегії керівництва своїми афектами, що змінюються з віком. Описуючи дитину, яка має проблеми з емоційною регуляцією, варто звернути увагу на такі ознаки: тривалі напади гніву через незначні ситуації або зміни в діяльності, сльозливість і тривога під час розлуки з батьками [12; 18]. У підлітків це може проявлятися у саморуйнівній поведінці, приміром, у вживанні наркотиків і нестачі співчуття до себе та інших людей. У школі

можуть спостерігатися труднощі із саморегуляцією емоцій через недостатню емоційну грамотність, незрілість у взаєминах з друзями, яка постає у вигляді ревнощів, почуття власності чи жадібності. Дуже часто такі учні демонструють надмірну емоційність, що не дає їм змоги зосередити свою увагу на новому навчальному матеріалі.

У цьому контексті цікавими є дослідження професорки клінічної дитячої психології з Єльського центру вивчення дитини Аріетти Слейд, котра вивчає рефлексивне батьківство, клінічні наслідки теорії прив'язаності, розвиток батьківської металізації, а також те, як попередній травматичний досвід впливає на формування інтерналізованих моделей прив'язаності та регуляцію емоцій в майбутньому (Slade, 2014). Саме ці внутрішні моделі прив'язаності відображають уявлення особи про себе, інших та взаємодію з навколишніми. За отримання досвіду загрози для дитини значущою є батьківська присутність та їхня реакція на неї. Оптимальна батьківська чутливість, спроможність до «емпатійного віддзеркалення» емоцій дитини та емоційна налаштованість сприяють здоровому нейробіологічному розвитку лімбічної системи правої півкулі її мозку, що відповідальна за процеси саморегуляції і регуляції емоцій. Тому так важливо підтримувати батьків у розвитку їхньої менталізаційної здатності шляхом налагодження безпечних та емоційно привабливих взаємостосунків [25].

Очевидно, що малолітні особи, які зазнали скривдження, стикаються зі значними труднощами у регулюванні своєї поведінки. У витках травматичної ситуації перебуває втрата контролю, що впливає на формування впевненості дитини у своїй здатності контролювати саму ситуацію, або реакції на неї. Це призводить до розвитку неконтрольованих, автоматичних чи й суто деструктивних моделей поведінки, які не відповідають поточній життєвій ситуації. Доведено, що внаслідок впливу травми діти мають підвищений ризик розвитку таких моделей поведінки, як скоєння крадіжок, агресія стосовно інших, або апатія, нездатність виконувати щоденні прохання, патологічні засоби самозаспокоєння, непосидючість, порушення регуляції імпульсів і сну, саморуйнівна поведінка, труднощі з розумінням та дотриманням правил, розлади харчування, повторення травмального досвіду в поведінці чи грі, надмірна слухняність [12].

У дітей, які зазнали несприятливого впливу травми, порушується перебіг когнітивних функцій уже на кінець немовлячого віку на відміну від однолітків, які не мали такого досвіду. Особливо ці наслідки стосуються тих ділянок юного мозку, які відповідають за розвиток мовлення (як виразного, так і рецептивного), абстрактного мислення, загального рівня інтелектуальності. Вже у ранньому дитинстві діти, котрі пережили скривдження, виявляють меншу гнучкість і креативність при розв'язанні проблемних завдань порівняно з ровесниками. Це може обмежує їхні можливості адаптуватися до нових ситуацій та розвивати критичне мислення. До симптомів, що вказують на дисфункції в когнітивній сфері, належать проблеми з виконанням рутинних ранкових і вечірніх процедур, труднощі із завершенням завдань, чорно-біле мислення, егоцентричність, повільна обробка нової інформації, знижена здатність вчитися на помилках та осмислювати соціальні підказки. Від успішності в навчальній діяльності залежить подальше формування самооцінки дітей і збагачення їхньої самосвідомості загалом (див. [5]).

Водночас формування самооцінки та ідентичності у дітей сильно залежить від наявності позитивного життєвого досвіду та безпечного стилю прив'язаності. Несприятливий дитячий досвід у поєднанні з недостатньо розвинутими вміннями призводять до формування у дітей почуття власної неповноцінності, неспроможності та безпорадності. Діти зі слабо проявленою самосвідомістю мають труднощі з прийняттям соціальної підтримки, а також визначенням своїх вподобань, цілей, потреб. Як вказано у дослідженнях Фонаджі, Гержелі і Таргет (Fonagy, Gergely & Target, 2007), дитина розвиває узгоджене відчуття себе та самоідентичності через сприйняття ставлення своїх батьків чи інших опікунів до неї як до розумної соціальної істоти. Взаємодія з опікуном, яка відбувається на рівні емоційного відреагування, сприяє формуванню самосвідомості дитини та усвідомленню своїх психічних станів, думок, почуттів. Коли батьки чи опікуни є емоційно доступними, емпатійними і розуміють внутрішній світ дитини, це формує початкову самосвідомість та зміцнення позитивної ідентичності [6].

Більш-менш цільне утворення психічного життя і відчуття Я пов'язані з емоційними та когнітивними навичками, які дають змогу

дитині розмірковувати над своїм досвідом (Дамазіо – Damasio, 2010) головно шляхом інтерналізації практики стосунків прихильності, які насамперед залежать від здатності опікуна до саморефлексії та менталізації. Функція, що називається «менталізацією» або «рефлексивною функцією», вважається продуктом взаємин прив'язаності (Штерн – Stern, 1985; Шоре – Schore, 1994; Fonagy and Target, 2002). Фонагі і Таргет розробили модель розвитку менталізації, яка інтегрує результати досліджень прив'язаності, теорії розуму (Theory of mind), соціального пізнання та емоційного розуміння. Менталізація відноситься до тієї форми психічної діяльності, яка є одночасно уявною (Fonagy and Target, 2007), суб'єктивною, динамічною (Bateman and Fonagy, 2013) і дещо усвідомленою. Ця діяльність дозволяє людям виявляти і розуміти думки, почуття та наміри, що узасаднюють поведінку – власну чи навколишніх [28].

Отож висновуємо, що якість взаємодії між батьками та дитиною, включаючи рівень менталізації батьків щодо внутрішнього світу дитини, справляє значний вплив на розвиток ранніх моделей прив'язаності у нащадків із травматичним досвідом. Від підтримки опікунів, зокрема матері, залежить подальше опрацювання дитиною отриманого травматичного досвіду. До того ж існує прямий зв'язок між наявністю достатньої сімейної підтримки і зниженням ризику розвитку симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в дітей [26]. У відповідях опікунів на негативний життєвий досвід дитини слушно виокремити три основні елементи: віра та підтвердження досвіду дитини, толерантність до її емоцій та керівництво нею власною емоційною реакцією. З іншого боку, травматичний досвід набуває більшого обтяження для дитини, коли опікун не приймає його, або не визнає. Тоді дитина відчуває, що її емоції і переживання не мають значення, а це призводить до втрати впевненості у власних почуттях і до невміння адекватно виявляти емоції [7]. Підтримка батьків і створення безпечного сімейного довкілля є ключовими чинниками у допомозі дитині краще впоратися з емоційними наслідками травматичних подій. Батьківська віра і підтвердження дитячих переживань допомагають дитині відчувати себе прийнятою, а це, своєю чергою, сприяє процесу внутрішнього зцілення [24].

ВИСНОВКИ

1. Формування ранніх моделей прив'язаності у дітей з травматичним досвідом є складним та багатограним процесом, який потребує подальшого дослідження та розуміння. Концептуалізація психічної травми в контексті дитячо-батьківських стосунків допомогла виявити відмінності між різними типами травм, їхнім впливом на формування патернів прив'язаності та психосоціального функціонування дітей загалом.

2. Розглянуто науково обґрунтовані аспекти коректного використання нейросеквенційної моделі в освіті (The Neurosequential Model in Education) та нейропослідовної моделі терапії (NMT) у роботі з дітьми, які мають травматичний досвід. Виявлено, що в оргдіяльнісній площині застосування ці підходи є ефективними для поліпшення саморегуляції, уваги і навчальних досягнень дітей цієї психологічної групи, а також для зменшення їхніх поведінкових труднощів. Оскільки розвиток мозку дітей відбувається шляхом ієрархічного ускладнення нейронних зв'язків у функціонально різних його ділянках, то ці моделі дають змогу виокремити трирівневий діапазон впливу травми чи стресу на мозок дитини.

3. З'ясовано, що травматичний досвід дітей впливає на сім основних аспектів їхнього функціонування: сенсорний розвиток, дисоціацію (зміни свідомості), прив'язаність, регуляцію афекту, поведінкову регуляцію, когнітивну сферу, самосвідомість та розвиток ідентичності, що потребує спеціалізованої підтримки.

4. Якість взаємодії між батьками та дитиною, що залежить від рівня розвитку здатності батьків до менталізації та навичок сприймання внутрішнього світу дитини, суттєво впливає на формування ранніх моделей прив'язаності. Залежно від наявності травматичного досвіду в житті дитини або його відсутності, можуть формуватися різні стилі прив'язаності.

5. Варто врахувати обмеження цього дослідження та актуальність його продовження на базі емпіричних даних. Запропонований теоретичний аналіз літератури не висчерпує всіх аспектів піднятої проблематики. Однак здобути під час огляду узагальнення можуть сприяти розширенню розуміння патогенезу розладів, спричинених травмою стосунків, і відповідно можуть бути корисними при розробці та імплементації професійних рекомендацій або про-

грам психосоціальної підтримки дітей, які пережили травматичні події.

Підтримка та психотерапія дітей, які постраждали від травматичного досвіду, повинні бути комплексним процесом, спрямованим на задоволення потреб дитини на всіх рівнях, включаючи фізіологічні та духовні аспекти. Метою такої підтримки є превенція виникнення психічних розладів, зміцнення резильєнтності, а також сприяння посттравматичному зростанню дитини.

REFERENCES

1. Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Deblinger, E. (2012). *Trauma-Focused CBT for Children and Adolescents: Treatment Applications*. 308 Pages.
2. Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., & Mallah, K. (2017). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398. doi:10.3928/00485713-20050501-05.
3. Courtois, C.A. (2008). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy*, S(1), 86-100. doi:10.1037/1942-9681.S.1.86.
4. Downey, C., & Crummy, A. (2021). The impact of childhood trauma on children's well-being and adult behavior. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5, 100237. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100237>.
5. Ford, J.D., & Bessel van der Kolk, B.A. (Eds.). (2006). *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents: How to Foster Resilience through Attachment, Self-Regulation, and Competency*. New York, NY: The Guilford Press.
6. Fonagy, P., & Allison, E. (2012). What is Mentalization?: The Concept and its Foundations in Developmental Research. In N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the Child: Mentalization-Based Interventions with Children, Young People, and Their Families* (pp. 11-34). New York: Routledge.
7. Frewen, P.A., Evans, B., Goodman, J., Halliday, A., Boylan, J., Moran, G., Reiss, J., Schore, A., & Lanius, R.A. (2013). Development of a Childhood Attachment and Relational Trauma Screen (CARTS): a relational-socioecological framework for surveying attachment security and childhood trauma history. *Eur J Psychotraumatol*, 4, 20232. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.20232
8. Hambrick E., Brawner, T., Perry, B.D. (2019). Timing of Early Life Stress and the Development of Brain-Related Capacities, *Behavioral Neuroscience*.
9. Hiller, R.M., MeiserStedman, R., Elliott, E., Banting, R., & Halligan, S.L. (2020). A longitudinal study of cognitive predictors of (complex) posttraumatic stress in young people in outofhome care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(1), 48-57. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13232>.
10. Hughes, D., Golding, K., & Hudson, J. (2019). Healing relational trauma with attachment-focused interventions: Dyadic developmental psychotherapy with children and families. New York, NY: W. W. Norton & Company.
11. Isobel, S., Goodyear, M.J., & Foster, K.N. (2017). Psychological Trauma in the Context of Familial Relationships: A Concept Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), 255-

265. doi:10.1177/1524838017726424.

12. Lumley, M.N., & Harkness, K.L. (2007). Specificity in the Relations among Childhood Adversity, Early Maladaptive Schemas, and Symptom Profiles in Adolescent Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 639-657. doi: 10.1007/s10608-006-9059-9.

13. McCrory, E. (2020). Childhood Trauma and the Brain: A Short Guide about the Importance of Social Relationships for Mental Health. UCL.

14. Midgley, N., Sprecher, E.A., & Sled, M. (2021). Mentalization-Based Interventions for Children Aged 6-12 and Their Carers: A Narrative Systematic Review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 169-189. doi: 10.1080/15289168.2021.1915654

15. Mikulincer, M., Gillath, O., & Shaver, P.R. (2002). Activation of the attachment system in adulthood: Threat-related primes increase the accessibility of mental representations of attachment figures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(4), 881-895. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.4.881>

16. Nelson, C.A., Zeanah, C.H., & Fox, N.A. (2019). The role of the social environment on adaptive neuroplasticity in early development. [Review Article]. Volume 2019, doi: 10.1155/2019/1676285.

17. Nelson, C.A., Bhutta, Z.A., Burke Harris, N., Danese, A., Samara, M. (2020). Toxic Stress and PTSD in Children: Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. *BMJ*, 371, m3048. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m3048>

18. Pfeiffer, E., Beer, R., Birgersson, A., Cabrera, N., Cohen, J. A., & Deblinger, E. (2023). Implementation of evidence-based trauma-focused treatment for traumatized children and their families during the war in Ukraine: a project description. *Journal Title, Volume(Issue)*.

19. Reid, D. (2020). Rewiring the Nervous System with Art Therapy: Advocating for an Empirical, Interdisciplinary Neuroscience Approach to Art Therapy Treatment of Traumatized Children, A Literature Review. *Expressive Therapies Capstone Theses*, 247.

20. Responding to Children's Care in the Context of the Ukraine Crisis: Key Recommendations and Considerations <https://bettercarenetwork.org> (last accessed 04 Jul 2022) – 56 p [In Ukrainian].

21. Sachser, C., Keller, F., & Goldbeck, L. (2017). Complex PTSD as proposed for ICD 11: validation of a new disorder in children and adolescents and their response to Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(2), 160-168.

22. Salberg, J. (2015). The Texture of Traumatic Attachment: Presence and Ghostly Absence in Transgenerational Transmission. *The Psychoanalytic Quarterly*, 84(1), 21-46. doi:10.1002/j.2167-4086.2015.00002.x

23. Shaver, P.R., & Mikulincer, M. (2009). Attachment theory and research: Resurrection of the psychodynamic approach to personality. *Journal of Research in Personality*, 43(2), 145-147.

24. Siegel, D.J., & Bryson, T.P. (2020). *The Power of Showing Up: How Parental Presence Shapes Who Our Kids Become and How Their Brains Get Wired*. New York, NY: Ballantine Books.

25. Slade, A., Stob, V. (2020). The Family Cycle: Breaking the Intergenerational Transmission of Trauma through Mentalizing. *Journal of Infant Child and Adolescent*

Psychotherapy, 19(1), 1-16. doi:10.1080/15289168.2020.1786762.

26. Smith P., Dyregrov E., Yule W. Children, and War: Teaching Healing Techniques. For children aged 8 to 18 years old. Lviv: Vidavnicha Spilka, 2022. 108 pages [In Ukrainian].

27. Sullivan, R., Perry, R., Sloan, A., Kleinhaus, K., & Burtchen, N. (2011). Infant bonding and attachment to the caregiver: insights from basic and clinical science. *Clinics in Perinatology*, 38(4), 643-655.

28. Terradas, M.M., Poulin-Latulippe, D., Paradis, D., & Didier, O. (2020). Impact of early relational trauma on children's mentalizing capacity and play: A clinical illustration. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100160>

29. Treisman, K. (2016). *Working with Relational and Developmental Trauma in Children and Adolescents*. Routledge.

30. Van der Kolk, B.A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma* Penguin, 464 pages.

31. Webster, E.M. (2022). The Impact of Adverse Childhood Experiences on Health and Development in Young Children. All Articles. doi:10.1177/2333794X221078708

АНОТАЦІЯ

ШВЕД Мар'яна Павлівна.

Особливості формування ранніх моделей прив'язаності у дітей з травматичним досвідом.

Стаття оприлюднює результати метааналізу відповідних досліджень, опублікованих в англійській літературі між 2010 та 2022 роками, з фокусом на визначенні травматичного досвіду, різновидів психічних травм, ранніх моделей прив'язаності і на висвітленні концепції менталізації. При цьому для розв'язання поставлених завдань використані пошукові сервіси PsycInfo, PubMed, APA Web-of-Science та Research Gate. Зокрема, встановлено вплив травматичних подій дитинства на утворення первинних моделей прив'язаності, які є внутрішніми репрезентаціями або уявленнями, котрі формуються у цей час і визначають спосіб сприйняття дитиною близьких осіб та їхніх взаємин. Аргументовані перспективність моделі нейросеквенційного підходу в освіті (The Neurosequential Model in Education) та ефективність нейропослідовної моделі терапії (NMT) у роботі з дітьми, які пережили травматичний досвід. Доведено, що останній впливає на сім основних сфер психіки: сенсорний розвиток, дисоціацію (зміну станів свідомості), прив'язаність, регуляцію афекту, поведінкову регуляцію, когнітивну сферу, самосвідомість та розвиток ідентичності. З'ясовано, що кожен тип травматичного досвіду має свої умови, характеристики, механізми та наслідки для формування ранніх моделей прив'язаності у дітей і на їх психосоціальне функціонування загалом. Тому розуміння всього спектру змін, охоплюючи нейробіологічні аспекти, є винятково важливим у роботі з такими дітьми, котрі потребують спеціалізованої підтримки. Крім того, підтверджено, що якість дитячо-батьківської взаємодії залежить від здатності батьків до менталізації та від сформованості в них навичок сприйняття внутрішнього світу дитини, а це, своєю чергою, діє на формування ранніх моделей дитячої прив'язаності, що узалеженні від наявності чи відсутності травматичного досвіду у її житті. Сформульовані узагальнення проливають світло на розуміння патогенезу розладів, пов'язаних

із травмою стосунків, і можуть знайти практичне застосування у розробці та впровадженні професійних рекомендацій або програм психосоціальної підтримки дітей, травмованих ковітальними подіями. При цьому вакуальноюється проведення окремих емпіричних досліджень задля більш детального вивчення окресленої проблемної теми.

Ключові слова: дитинство як психологічна категорія, ранні моделі прив'язаності, різновиди психічних травм, несприятливий дитячий досвід (ACEs), менталізація, нейросеквенційний підхід в освіті, нейропослідовна модель терапії.

ANNOTATION

Mariana SHVED.

Peculiarities of the formation of early attachment models in children with traumatic experiences.

This article presents the results of a meta-analysis of relevant studies published in English literature between 2010 and 2022, focusing on the definition of traumatic experience, types of psychological trauma, early attachment models, and the concept of mentalization. The search services PsycInfo, PubMed, APA Web-of-Science, and Research Gate were used to accomplish the set objectives.

The influence of childhood traumatic events on the development of primary attachment models was explored. It was established that early attachment models are internal representations or perceptions formed during childhood, that determine a child's perception of close individuals and their relationships.

The effectiveness and scientifically substantiated aspects of the Neurosequential Model in Education and the Neurosequential Model of Therapeutics (NMT) in working with children who have experienced traumatic events are described. It was

found that childhood traumatic experience affects seven main aspects of psychology: sensory development, dissociation (changes in consciousness), attachment, affect regulation, behavioral regulation, cognitive domain, self-awareness, and identity development. Each type of traumatic experience has its conditions, characteristics, mechanisms, and consequences for the formation of early attachment models in children and overall psychosocial functioning. Thus, understanding the entire spectrum of changes, including neurobiological aspects, is crucial when working with children who have experienced traumatic events and require specialized support.

This analysis revealed that the quality of parent-child interaction depends on parents' ability to mentalize and their capacity to understand the child's inner world, which, in turn, influences the formation of early childhood attachment models. Depending on the presence or absence of traumatic experiences in a child's life, different attachment styles can be developed.

The identified generalizations shed light on the pathogenesis of relationship trauma-related disorders and can be practically applied in the development and implementation of professional recommendations or programs for psychosocial support for children who have experienced traumatic events. Emphasizing the necessity for further empirical research to gain a more detailed understanding of this issue.

Key words: early attachment models, types of psychological trauma, adverse childhood experiences (ACEs), mentalization, Neurosequential approach in Education, Neurosequential Model of Therapeutics.

Рецензенти:
д. психол. н., проф. Андрій ГІРНЯК,
д. психол. н., доц. Інєса ГУЛЯС.

Надійшла до редакції 15.08.2023.
Підписана до друку 04.09.2023.

Бібліографічний опис для цитування:

Швед М.П. Особливості формування ранніх моделей прив'язаності у дітей з травматичним досвідом. Психологія і суспільство. 2023. №2. С. 194-203. DOI: <https://doi.org/10.35774/pis2023.02.194>