

Областное государственное казенное учреждение социального обслуживания «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Алые паруса» в г.Ульяновске»

***ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ РЕБЕНКУ,
ПРОЖИВАЮЩЕМУ В ОСОБЫХ
УСЛОВИЯХ, ФОРМИРУЮЩИХ
ПСИХОТРАВМУ***

Методические рекомендации

Ульяновск, 2023 г.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время дети все чаще сталкиваются в своей жизни с различными психотравмирующими обстоятельствами: насилием, трагическими событиями, смертью близких, потерей одного из родителей в результате развода и т.д. Это события, за которые ребенок не отвечает сам, он бессилен перед ними и не может их предотвратить или как-то на них повлиять, поэтому такие переживания очень мучительны. И шлейф таких проблем может потянуться далеко.

Работа с детским контингентом практически всех типов учреждений межведомственного взаимодействия по профилактике безнадзорности и беспризорности ставит актуальную и непростую задачу - оказание практической психологической помощи детям, перенесшим ту или иную психическую травму. К наиболее распространенным детским травмам относятся:

- смерть одного из родителей или обоих (особо остро переживаются внезапная или насильственная смерть, суициды);
- аварии или катастрофы, переживание острого стресса в связи с этим;
- развод родителей;
- жестокое обращение, преступные посягательства на ребенка;
- события в стране и за рубежом, вынужденное переселение из зон боевых действий (создают ощущение нестабильности, нарушают состояние базовой безопасности, переживание состояния неопределенности) и т.д.

В методических рекомендациях рассматривается специфика психической травмы в детском возрасте; анализируются основные теоретические подходы к данной проблеме; раскрывается влияние индивидуальных особенностей ребенка на переживание психической травмы; определяются возможности психологической помощи в преодолении травматических расстройств у детей, дается характеристика конкретных психокоррекционных методик.

ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА И ЕЕ ОСОБЕННОСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

1.1. ПОНЯТИЕ О СТРЕССЕ

Сталкиваясь с затруднениями, человек повседневно приспособляется к окружающей его физической и социальной среде, приносящей ему удовлетворение или порождающей у него тревогу и стресс.

Очевидно, что в нашей культуре - благодаря революционным скачкам в развитии техники, разрушению системы ценностей и т.д. - человек подвергается особенно сильному воздействию стрессов. Об этом же свидетельствует и распространенность заболеваний, вызванных стрессом, - болезней сердца, желудочно-кишечного тракта, атеросклероза и бесконечного множества других патологических состояний.

Стресс (данный термин переводится с английского как "давление, напряжение") - это понятие, используемое для обозначения широкого круга состояний и действий человека, возникающих в качестве ответа на разнообразные экстремальные воздействия (стрессоры).

Стрессоры обычно делятся на физиологические (боль, голод, жажда, чрезмерная физическая нагрузка, высокая и низкая температура и т.п.) и на психологические (опасность, угроза, утрата, обман, обида, информационная перегрузка и т.п.). Последние в свою очередь подразделяются на эмоциональные и информационные.

Однако не только избыток раздражителей может привести к нарушениям, но и нехватка их тоже действует как негативный стрессор: монотонность, скука, одиночество, изоляция.

Стрессы могут быть одиночными или накладываться друг на друга, быть периодическими (авралы на производстве) или постоянными (бедность). Разным этапам жизни свойственна своя специфика стрессовых ситуаций (начало учебы, уход из родительского дома, вступление в брак, появление детей и их уход из дома, недостижение профессиональных целей, уход на пенсию).

Начало созданию концепции стресса положил Г. Селье в 1936 г. Он определил стресс как неспецифический (состоящий в адаптации) ответ организма на любое предъявленное ему требование.

Стресс не всегда результат повреждения. Его стрессорный эффект зависит от интенсивности требований к приспособительной способности организма.

Исследования Г. Селье показали, что определенная степень стресса может быть даже полезной, так как играет мобилизующую роль и способствует приспособлению человека к изменяющимся условиям. Но если стресс силен и продолжается слишком долго, то он перегружает адаптационные возможности человека и приводит к психологическим и физиологическим "поломкам" организма.

Г. Селье выделяет два типа стресса - эустресс и дистресс; эустресс сочетается с желательным эффектом, дистресс - с нежелательным.

Также Г. Селье выделяет три основные стадии развития стресса:

- первая стадия - стадия или стадия тревоги;
- вторая стадия - стадия резистенции или сопротивления;
- третья стадия - стадия истощения.

Однако Селье, концентрируя свое внимание на физиологической ответной реакции организма на стрессор, игнорирует роль психологических процессов.

В настоящее время многие исследователи предполагают, что физиологическая ответная реакция человека определяется не только присутствием стрессора, а его психологическим воздействием на личность. В пример можно привести молодых, здоровых солдат, которые умирают, не получив никаких серьезных физических повреждений, а также людей в момент стихийного бедствия, которые сдаются потеряв надежду. Как в фольклоре, так и в реальной жизни встречаются истории, когда люди "умирают от тоски". Так, Г. Базовиц с соавторами писали: "... не следует рассматривать стресс в качестве фактора, навязанного организму, его следует рассматривать как реакцию организма на внутренние и внешние процессы, которые достигают тех пороговых уровней, на которых его физиологические и психологические интегративные особенности напряжены до предела или более того" (Basowitz H., 1955). Американский ученый Лазарус (1970) считает, что осознаваемая угроза является центральной характеристикой стрессогенной ситуации, в особенности, если угрозе подвергаются самые важные для человека ценности и цели. Он подчеркивает: вследствие "индивидуальных различий в психологической конституции отдельных личностей любая попытка объяснить характер стрессовой реакции, основываясь только на анализе угрожающего стимула, была бы тщетной".

Таким образом, согласно современным представлениям, психологический стресс можно определить как феномен осознания, возникающий при сравнении требования, предъявляемого к личности, с ее способностью справиться с этим требованием. Отсутствие равновесия в этом механизме вызывает стресс и ответную реакцию на него.

Эта ответная реакция представляет собой попытку справиться с источником стресса. Преодоление стресса включает психологические (сюда входят когнитивная, то есть познавательная, и поведенческая стратегии) и физиологические механизмы. Если попытки справиться с ситуацией оказываются неэффективными, стресс продолжается и может привести к появлению патологических реакций и органических повреждений. В таких случаях говорят о травматическом стрессе.

1.2. ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС

Травматический стресс - особая форма общей стрессовой реакции, которая возникает в тех случаях, когда стресс перегружает психологические,

физиологические, адаптационные возможности человека и разрушает его защиту.

Далеко не каждое событие способно вызвать травматический стресс.

Психологическая травма возможна, если произошедшее событие осознаваемо, то есть человек знает, что с ним произошло и из-за чего у него ухудшилось психологическое состояние; пережитое разрушает привычный образ жизни.

Травматический стресс - это нормальная реакция на ненормальные обстоятельства.

Специалисты различают несколько стратегий поведения людей, переживших психическую травму.

Первоначально в ходе биологической эволюции сформировались две основные реакции на стресс - борьба и бегство. Они эффективны в некоторых случаях, когда нужно, например, дать отпор насильнику или вовремя увернуться от несущейся тебе навстречу машины. Если эти реакции закрепляются, то человек старается либо предупредить гипотетическую опасность (и становится возбужденным и взвинченным) либо ускользнуть от нее (и тогда появляются сверхосторожность, иррациональные страхи, мнительность).

Кроме реакции "борьба-бегство", существует, и другой вид поведенческой реакции - замирание или можно сказать оцепенение. Это защитный процесс эмоционального отстранения, когда человек, бессильный что-либо предпринять, теряет чувствительность, отбрасывает от себя ощущение угрозы.

Имеются и другие стратегии борьбы с пережитой травмой. Одна из них - это попытка избавиться от нее других. Так, среди американских полицейских довольно много людей, пострадавших в детстве от насилия. Некоторые выбирают противоположный путь - найти себе защитника. Чаще это женщины, с которыми плохо обращались в детстве. Они склонны к очень сильной привязанности и зависимости от своих мужей (не могут ни на день с дзпми другой путь - кооперацию, то есть объединиться с такими же, как ты (общества ветеранов и т.п.). Наиболее опасное внутреннее решение, которое может принять человек, переживший угрозу собственной жизни, это самому стать источником опасности.

В качестве важных характеристик тяжелого психотравмирующего фактора обозначены неожиданность, стремительный темп развития катастрофического события, длительность воздействия, повторяемость в течение жизни, а также выраженность психологической травмы (например, при пытках это наблюдается всегда, а при автомобильных катастрофах возникает не так часто). Более интенсивной и длительной оказывается реакция на человеческий стрессор (изнасилование), чем на природную катастрофу (наводнение).

Реакция при остром интенсивном воздействии обычно бывает грубая, массивная, в ней маскируются особенности личности. При менее интенсивными

медленном воздействии экзогенных факторов роль личностной реакции проявляется более отчетливо. Раннимость к стрессу особенно велика в самой младшей и самой старшей возрастной группе. Это связано с несформированностью адаптационных механизмов в детском возрасте и чрезмерной ригидностью в старшей возрастной группе, затрудняющей гибкий подход в преодолении последствий травмы, а также возрастным снижением функционирования нервной и сердечно-сосудистой системы.

В любом возрасте предрасполагающим фактором может стать физиологическое состояние в момент получения травмы, особенно соматическое истощение на фоне нарушения стереотипа сна и приема пищи.

К условиям возникновения эмоциональных нарушений следует отнести отсутствие социальной поддержки, отсутствие тесных эмоциональных связей с окружающими людьми и поддержки с их стороны.

1.3. РОЛЬ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ В РАЗВИТИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕССА

Помимо тяжести стрессорного фактора важную роль играет уязвимость личности, о которой свидетельствуют не только особенности преморбида (отягощенность психотравмами, незрелость, астенические черты, гиперсенситивность, зависимость, склонность к чрезмерному контролю, направленному на подавление нежелательной эмоции), но также склонность к виктимизации (тенденции оказываться в роли жертвы при аналогичных ситуациях) или черты травматифилии (удержание травматического опыта).

Установлена значимая корреляция между конфликтными отношениями с родителями на 3-м году жизни и последующими нарушениями адаптации.

Подчеркивается роль матери в формировании у ребенка выносливости к стрессу. Концепция "достаточно хорошей матери" исходит из того, что теплая эмоциональная поддержка и гибкая адаптация к правильно распознанным нуждам ребенка создают наиболее благоприятный фон для формирования адаптивных механизмов психологической защиты.

В зарубежных исследованиях особенностей взаимосвязи характеристик личности, стресса и заболеваний также уделено большое внимание изучению роли некоторых психологических свойств в регуляции стрессовых процессов.

Остановимся на обсуждении трех характеристик: локус контроля, психологическая выносливость (устойчивость) и самооценка.

Локус контроля определяет, насколько эффективно может человек окружающую обстановку или владеть ею. В модели J.Rotter люди располагаются в континууме между двумя крайними точками: внешним (external) и внутренним (internal) локусами контроля. Экстерналы видят большинство событий как результат случайности, контролируемой силами, неподвластными человеку. Интерналы, наоборот, чувствуют, что только некоторые события находятся вне сферы человеческих влияний. Даже

катастрофические события могут быть предотвращены хорошо продуманными действиями человека. Интерналы располагают более эффективной когнитивной системой. Они тратят существенную часть своей умственной энергии на получение информации, что позволяет им влиять на значимые для них события. Интерналы также имеют выраженную тенденцию разрабатывать специфические и конкретные планы действий в тех или иных ситуациях. Таким образом, чувство владения собой они могут развивать настолько, что это позволяет им более успешно справляться со стрессовыми ситуациями.

В большом количестве исследований были предприняты попытки обнаружить связь между локусом контроля, способностями справляться со стрессом и проблемами с личным здоровьем или здоровьем семьи. В обзоре (Averill J.R., 1973) подчеркиваются три основных типа личного контроля. Это поведенческий контроль, который затрагивает некоторое направление действий; когнитивный контроль, который в первую очередь, отражает личную интерпретацию событий; контроль решительности, который определяет процедуру выбора способа действия. Автор утверждает, что "каждый из типов контроля связан со стрессом комплексно, иногда увеличивая его силу, иногда снижая его, иногда не влияя на него совсем... связь личного контроля со стрессом - это, в первую очередь, функция самой значимости... контроля... для индивида".

Согласно S.Kobasa, три основные характеристики составляют выносливость: контроль, самооценка и критичность. Контроль определяется и измеряется как локус контроля. Самооценка - это чувство собственного предназначения и своих возможностей. Критичность отражает степень важности для человека безопасности, стабильности и предсказуемости событий. Она отмечает также, что жизнерадостные люди - психологически выносливы, устойчивы. Если люди оценивают себя достаточно высоко, маловероятно, что они будут реагировать или интерпретировать многие события как эмоционально тяжелые или стрессовые. Кроме того, если стресс возникает, они справляются с ним лучше, чем лица с низкой самооценкой. Это дает человеку дополнительную информацию о своих возможностях и способствует повышению уровня самооценки.

В последнее время все большее значение придается психологическим аспектам стресса, в частности жизненной значимости события, включая отношение личности к угрожающей ситуации с учетом моральных ценностей, религиозного и идеологического мировоззрения. Следует отметить, что в качестве "угрожающего" может восприниматься не только реально стрессовая обстановка, но и ее символы или воображаемая ситуация, а также осознание отсутствия готовых программ деятельности в данной ситуации.

Травматический характер определенного события зависит от того смысла, который оно имеет для личности. Другими словами, то, как человек воспринимает угрожающую опасность, "перерабатывает ее", важнее самой опасности. Каждый человек обладает своей индивидуальной особенностью справляться с кризисной ситуацией. Внутренние конфликты снижают

способность переносить кризис. У каждого человека есть свой "пороговый уровень" стресса.

Гринкер и Спигель проиллюстрировали это представление об уровне на примере солдат, потерявших самообладание во время битвы. Что заставляет индивидуума не склоняться перед опасностью, в то время как другие в той же ситуации могут бежать? Было обнаружено, что субъективная мотивация при встрече с опасностью заключалась в убеждении, что отказ от боя опаснее участия в нем. Столкновение с опасностью позволяло реализовать более значимые ценности, чем бегство. Общей ценностью для большинства солдат были ожидания товарищей: нельзя подводить свой батальон. Человек, встречаясь с опасностью, преодолевает ее по "причине", которая перевешивает саму опасность.

Известный исследователь В. Франкл убедительно показал в своих работах (в частности работа "Человек в поисках смысла"), что человек может вынести все что угодно, если в этом есть смысл.

Если человек справляется с психологической травмой и извлекает из своего переживания важный для личности опыт, он становится гораздо более зрелой личностью. И вне зависимости от своего возраста он будет психологически взрослее того, кто никогда не сталкивался с человеческой трагедией. Он будет больше понимать жизнь и лучше чувствовать других людей.

1.4. ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

В рамках психофизической модели ответ на травму - результат длительных физиологических изменений. Вариабельность ответов на травму обусловлена темпераментом (И.П. Павлов).

Согласно психодинамическому подходу травма приводит к нарушению процесса символизации. Freud рассматривал травматический невроз как нарциссический конфликт. Он вводит понятие стимульного барьера.

Вследствие интенсивного или длительного воздействия барьер разрушается, либидозная энергия смещается на самого субъекта. Фиксация на травме - это попытка ее контроля.

В современной классической психодинамической модели (Grubrich, Simits) в качестве следствий травматизации рассматриваются: регресс на оральную стадию развития, смещение либидо с объекта на "Я", ремобилизация садомазахистских инфантильных импульсов, использование примитивных защит, автоматизация "Я", идентификация с агрессором, регресс к архаичным формам функционирования "Сверх-Я", деструктивные изменения "Я" идеального. Считается, что травма - это триггерный механизм, актуализирующий детские конфликты. Данная модель не объясняет всю симптоматику травматического реагирования, например, постоянное отыгрывание травмы. Кроме того, в опыте любого человека можно найти

детскую травму, что не является, однако, предопределяющим в развитии малоадаптивного ответа на стресс.

Кроме того, классическая психоаналитическая терапия для лечения данного расстройства неэффективна.

В рамках когнитивной модели травматические события - это потенциальные разрушители базовых представлений о мире и о себе. Патологические реакции на стресс - малоадаптивные ответы преодоления на инвалидизацию этих базовых представлений. Эти представления формируются в ходе онтогенеза, связаны с удовлетворением потребности в безопасности и составляют Я-теорию (Epstein). В ситуации сильного стресса происходит коллапс Я-теории. Хотя коллапс Я-теории это малоадаптивное следствие стрессового воздействия, он сам по себе может быть адаптивным, так как представляет возможность для более эффективной реорганизации Я-системы.

Малоадаптивное преодоление травмы включает генерализацию страха, гнева, ухода, диссоциацию, постоянное отыгрывание травмы. Причина малоадаптивного преодоления травмы в негибкости, некорректируемости когнитивных схем. Данная модель представляется наиболее полно объясняющей этиологию, патогенез и симптоматику расстройства, так как учитывает и генетический, и когнитивный, и эмоциональный, и поведенческий факторы.

Информационная модель, разработанная Horowitz, является попыткой синтеза когнитивной, психоаналитической и психофизиологической моделей. Стресс вызывает массив внутренней и внешней информации, основная часть которой не может быть согласована с когнитивными схемами. Происходит информационная перезагрузка. Необработанная информация переводится из сознания в бессознательное, но сохраняется в активной форме. В соответствии с принципом избегания боли человек стремится сохранить информацию в бессознательной форме, но в соответствии с тенденцией к завершению временами травматическая информация становится сознательной как часть процесса информационной обработки. При завершении информационной обработки опыт интегрирован, травма больше не хранится в активном состоянии. Биологический фактор, также как и психологический, включен в эти последовательности. Феномен развития такого рода реагирования - это нормальная реакция на шокирующую информацию. Ненормальны предельно интенсивные реакции, не являющиеся адаптивными, блокирующие проработку информации и встраивание её в когнитивные схемы индивида.

Данная модель недостаточно дифференцирована, вследствие чего трудно учитываемы индивидуальные различия травматического расстройства.

Согласно психосоциальному подходу модель реагирования на травму является многофакторной и необходимо учесть вес каждого фактора в развитии реакции на стресс. В основе ее лежит модель Horowitz'a, но авторы и сторонники модели (Green, Wilson) подчеркивают необходимость учёта фактора окружающей среды: фактора социальной поддержки, фактора стигматизации, демографического фактора, культурных особенностей, дополнительных стрессов.

Эта модель обладает недостатками информационной модели, но введение фактора окружающей среды позволяет выявить индивидуальные различия, обусловленные этими факторами.

Таким образом, рассмотрение приведенных выше моделей, приводит к выводу, что каждая из них имеет ограничения, что необходимо учитывать при дальнейшей разработке проблемы.

1.5. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

Анализ накопленного в течение многих лет огромного клинического опыта по психологическим расстройствам после выраженного стресса (боевые действия, природные и транспортные катастрофы, пытки, физическое и сексуальное насилие, присутствие при насильственной смерти других, разбойные нападения, пожар и др.) позволили установить, что у пострадавших отмечается ряд общих и повторяющихся симптомов психических расстройств с выраженной очерченностью и специфическими чертами.

Учитывая то, что ни одной из принятых нозологических форм эти расстройства не соответствовали, было предложено выделить их в качестве самостоятельного синдрома под названием "Посттравматическое стрессовое расстройство" (ПТСР). Этот термин PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) активно внедряется в медицинскую практику в 1980 году. Он включен в официальную американскую номенклатуру психических заболеваний DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder).

Дальнейшие клинические, эпидемиологические, клинко-психологические исследования позволили уточнить и дополнить классификацию, что отражено в DSM-III-R (1987), а также DSM-IV (1994). В 1995 году это расстройство и его диагностические критерии из DSM были введены в десятую редакцию Международного классификатора болезней, основного диагностического стандарта в европейских странах, включая Россию МКБ-10. В МКБ-10 ПТСР шифруется в рубрике F43 ("Реакция на тяжёлый стресс и нарушения адаптации") под кодом F43.1.

Исследователи заключают, что ПТСР является нарушением, затрагивающим несколько психологических и физиологических уровней, включая биологические, поведенческие и познавательные компоненты. Диагностические критерии в соответствии с DSM-IV:

1. Индивид находился под воздействием травмирующего события, при котором имели место следующие явления.

2. Больной пережил, был свидетелем или участником событий, которые представляли реальную или возможную угрозу смерти либо серьёзного вреда или опасности нарушения физической целостности, угрожавшую самому больному или другим людям.

3. Реакция больного проявлялась в виде страха, беспомощности и ужаса.

Примечание: у детей реакция может замещаться ажитирующим или дезорганизирующим поведением.

Воздействие экстремального стрессора приводит к манифестации ПТСР в виде трех констеляций:

- 1) интрузии (повторного переживания);
- 2) избегания;
- 3) гиперактивности (повышенной возбудимости);

Травматическое событие настойчиво повторяется в переживании одним (или более) из следующих способов:

– повторяющееся и навязчивое воспроизведение события, соответствующих образов, мыслей и восприятий, вызывающее тяжелые эмоциональные переживания.

Примечание: у маленьких детей может появиться постоянно повторяющаяся игра, в которой проявляются темы или аспекты травмы;

– повторяющиеся и вызывающие значительное беспокойство сны о пережитом событии.

Примечание: у детей могут возникать ночные кошмары, содержание которых не сохраняется;

– такие действия или ощущения как если бы травматическое событие происходило вновь (включая ощущения "оживания" опыта, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды "флешбек-эффекты", в том числе те, которые возникают при пробуждении или в состоянии интоксикации или в просоночном состоянии).

Примечание: у детей может появляться специфическое для травмы повторяющееся поведение;

– интенсивные тяжелые переживания, которые были вызваны внешней или внутренней ситуацией, напоминающей о травматических событиях или символизирующей их;

– физиологическая реактивность в ситуациях, которые внешне или внутренне символизируют аспекты травматического события.

Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и "numbing"-блокировка эмоциональных реакций, оцепенение (не наблюдалось до травмы), о которых свидетельствуют, по меньшей мере, три симптома из следующих:

– усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой;

– усилия по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме;

– неспособность вспомнить какой-либо важный аспект травматического события (психогенная амнезия);

– заметное снижение интереса к ранее значимым видам деятельности или к участию в них; чувство отрешенности или отчужденности от окружающих людей; сужение диапазона аффективной реакции (например, неспособность испытывать любовь);

– неспособность ориентироваться на длительную жизненную перспективу (например, больной не планирует заниматься карьерой, жениться, иметь детей или строить нормальную жизнь); пессимизм (будущего нет);

ожидание короткой по продолжительности жизни; ожидание несчастья в будущем.

Устойчивые проявления повышенного возбуждения (отсутствовавшее до травмы), о которых свидетельствуют не менее двух симптомов из следующих:

- трудности с засыпанием или плохой сон (ранние пробуждения);
- раздражительность или вспышки гнева;
- трудность концентрации внимания;
- повышенный уровень настороженности, гипербдительности, состояние постоянного ожидания угрозы;
- гипертрофированная реакция на испуг.

Длительность нарушения превышает один месяц.

Расстройство вызывает клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности.

Симптомы могут появиться сразу после пребывания в травматической ситуации (если они не проходят через месяц, то клиницисты ставят этот диагноз), а могут возникнуть через много лет.

Часто больные с ПТСР не обязательно первично обращаются к врачу, психологу с жалобами на вышеописанную симптоматику. Даже если это и происходит, им не свойственно находить связь между своей симптоматикой и предшествующей травмой. Первоначальному сокрытию травматических событий могут способствовать чувство стыда, вины, или недопонимание их важности. Одним из основных побудительных мотивов избегания психологической реабилитации является страх потери самоконтроля. Другой важный мотив определяется собственно избегательной тенденцией, входящей в критерии ПТСР.

II. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТСКОГО ГОРЯ

Трагические события требуют неослабевающего внимания к детям, даже не принимавшим непосредственного участия в этих событиях. Существует миф: "Дети не понимают, что такое смерть, и поэтому не могут горевать". Дети могут и умеют горевать, хотя часто это проявляется иначе, чем у взрослых.

Достаточно часто во время консультации по поводу поведенческих или школьных проблем выясняется, что появление или обострение нежелательного поведения ребенка связано с той или иной потерей в семье. Об этом свидетельствуют факты семейной истории и генограммы (история рода, зарисованная с помощью определенных символов). И тогда ребенок:

- "расплачивается" за умершего (например, при гибели кого-то из братьев или сестер);

– "уходит вслед" (так же, как бабушка, болеет диабетом и тает на глазах);

– так же, как и мама, уходит из семьи от отчима или отца - "ведь мама-то ушла" и т.п.);

– плохо учится, его ругают за это, а он "убивает" себя (наказывает), стучась головой о бетонную стенку собственной квартиры/школы или прыгая из окошка вниз.

Нельзя утверждать, что это единственная причина подобного рода затруднений. Однако опыт специалистов в области детской психологии и психотерапии подтверждает, что обозначенные выше проблемы связаны крепкими и прочными нитями.

Для осуществления коррекционного воздействия необходимо иметь представление об этапах или фазах протекания данного процесса, имеющего сходный механизм как у взрослых, так и у детей.

Фазы переживания горя взрослыми:

1. Шок и оцепенение.

Продолжительность - от нескольких секунд до нескольких недель. Характеризуется утратой аппетита, мышечной слабостью, малой или полной неподвижностью, амимичностью, явлениями деперсонализации ("Этого не может быть!", "Это случилось не со мной!"), ощущением нереальности происходящего.

Нередко внешнее спокойствие, невозможность заплакать зачастую расцениваются окружающими людьми как эгоизм и вызывают упреки. Подобные переживания могут внезапно смениться острым реактивным состоянием.

Оказание помощи на этом этапе заключается в молчаливом сопровождении человека, установлении тактильного контакта, помогающего человеку заплакать, т. е. "перейти" на следующий этап проживания процесса горя - ния и потери, вербализации его внутренних переживаний.

Чем дольше длится этот период, тем тяжелее последствия.

2. Фаза отчаяния (в среднем длится до 40 дней). Состояние острой тревоги, бессонница, амнезия, реакции ухода, оцепенение, соматическая симптоматика.

3. Стадия навязчивости.

Взрывные реакции, эмоциональная лабильность, постоянное возбуждение, нарушения сна.

4. Стадия прорабатывания проблемы.

Само по себе осмысление и переоценка своего прошлого недостаточны для освобождения от него. Прошлое надо не только осмыслить, но и оплакать.

В этот период происходят самые важные и трудные для человека эмоциональные события: понимание, осознание причин травмы и горя, оплакивание потери. Своеобразный девиз этого этапа - "простить и проститься".

5. Завершение эмоциональной работы горя.

Работа горя считается подходящей к концу, когда человек обретает надежду и способность строить планы на будущее.

У детей имеется определенная специфика в протекании процесса переживания горя, имеющая место на разных стадиях этого процесса.

Стадия *шока* у детей обычно характеризуется молчаливым уходом или взрывом слез. Очень маленькие дети могут испытывать весьма болезненное чувство дискомфорта, но не шок. Они не понимают, что происходит, но хорошо чувствуют атмосферу в доме. Развлечение (взять на руки, купить игрушку или сладость, включить телевизор) оказывается не самой лучшей политикой в такой ситуации. Оно действует временно и не помогает справиться с горем, а лишь на время отвлекает внимание. На этом этапе ребенку нужны любовь и внимание, возможность расслабиться, погоревать, поговорить о матери, отце или сестре. Если ребенок достаточно большой, следует дать ему возможность участвовать в приготовлении к похоронам, и он не будет себя чувствовать одиноким среди опечаленных и занятых делами взрослых.

На стадии *отрицания* смерти дети знают, что близкий человек умер, видели его мертвым, но все их мысли настолько сосредоточены на нем, что они не могут поверить, что его больше нет рядом. *Поиски* – очень логичная для ребенка особенность переживания горя. Он потерял кого-то, теперь он должен найти его. Невозможность найти порождает страх. Иногда дети переживают эти поиски как игру в прятки, зрительно представляют, как умерший человек входит в дверь.

Отчаяние наступает тогда, когда ребенок осознает невозможность возвращения умершего. Он вновь начинает плакать, кричать, отвергать любовь других людей. Только любовь и терпение помогут преодолеть это состояние. На этой стадии ребенок может выражать *гнев*, сердиться на человека, который его «покинул». Маленькие дети ломают игрушки, устраивают истерики; подростки – перестают общаться с родителями, «ни за что» обижают младших членов семьи, грубят учителям. *Тревога и чувство вины*, также характерные для этой стадии, могут привести к депрессии. Кроме того, ребенка могут тревожить различные практические вопросы («Кто будет провожать меня в школу?», «Кто поможет с уроками?», «Кто даст карманные деньги?»). Для более старших детей смерть отца может означать невозможность продолжить учебу и т.п.

Специфика переживания детьми горя заключается еще и в том, что период острой реакции у них обычно короче, чем у взрослых (слезы часто сменяются смехом), но при столкновении с новыми жизненными ситуациями горе оживает опять: «В первый день в школе я увидел, что все пришли с мамами, и только я пришел с папой».

Следующие отрывки взяты из книги Д.В. Марлат "После похорон", которая может служить практическим руководством по разрешению эмоциональных вопросов.

– насколько это возможно сразу после смерти, найдите время, чтобы поговорить с ребенком;

- объясните ребенку факты простым языком; будьте осторожны, чтобы не зайти слишком далеко в подробностях. Ребенок сам будет задавать вопросы по мере их возникновения, пытаясь осознать ту или иную реальность;
- если вы не в состоянии ответить на появившиеся вопросы, то, вероятнее всего, лучше ответить так: "Я не знаю ответа, но, возможно, мы найдем кого-нибудь, кто сможет помочь нам";
- используйте правильный, точный язык, употребляя также слова "мертвый" и "умер". Избегайте таких фраз как "он спит...", или "Бог забрал ее...", или "он ушел...";
- задавайте вопросы; например такие как: "Что вы чувствуете?", "Что ты услышал от своих друзей?", "Как ты думаешь, что произошло?";
- объясните свои чувства вашему ребенку, особенно если вы плачете. Позвольте детям также плакать. Мы являемся моделью для них. Для детей вполне приемлемо и полезно видеть нашу грусть и разделять наши чувства;
- называйте умершего по имени, когда говорите о нем;
- принимайте во внимание возраст и уровень восприятия вашего ребенка. Ведите разговор на данном уровне;
- в беседе говорите о таких чувствах как гнев, грусть, ответственность, боязнь, угнетенное состояние, желание плакать или даже умереть;
- прочтите ребенку книгу о смерти. Также прочтите для себя книгу о детском горе, для того, чтобы лучше понимать переживания ребенка;
- поговорите о похоронах и периоде прихода посетителей. Объясните, что происходит, и узнайте у ребенка, хочет ли он быть вместе с остальными в семье в данный момент;
- подумайте о том, каким образом ребенок может попрощаться с умершим; это могло бы быть письмо, стихотворение, рисунок, или что-то еще;
- расскажите ребенку о религии, о вере; о том, что происходит с людьми, когда они умирают;
- побудите вашего ребенка к тому, чтобы он всегда приходил к вам, если у него возникнут какие-либо вопросы, или он наслушался слухов. Именно вы должны помочь ему; дать правильную, верную информацию;
- поговорите о воспоминаниях, как о хороших, так и не очень;
- принимайте во внимание сны; часто ли они случаются. Обсуждайте их; это один из путей снятия стресса;
- наблюдайте за изменениями в поведении вашего ребенка. Если они вызывают беспокойство, то обратитесь за профессиональной помощью;
- друзья, члены семьи и школьные товарищи часто находят утешение в том, что делают нечто особенное во имя человека, который умер;
- внезапная, насильственная смерть или смерть молодого человека воспринимаются особенно тяжело. Беспокойный сон, расстройство аппетита, неудачи в делах — это все нормальная реакция на ненормальные или необычные события.

Основные "терапевтические мишени" в работе с ребенком, переживающим горе. Необходимо помочь ребенку:

- понять факт смерти (принять реальность утраты);
- заново пережить отношения с усопшим;
- прочувствовать эмоциональную боль (вспомнить/оживить; пережить и запомнить чувства, связанные с усопшим; реакцию на разлуку);
- эмоционально принять мир без усопшего (найти место усопшего в эмоциях;
- выявить и оплакать вторичные потери; упорядочить мир, в котором его нет);
- построить планы на будущее (найти средства и возможности приспособиться к новому миру и жить в нем, не забывая старый).

Задача психолога – помочь ребенку принять жизнь.

Наряду с этим следует отметить, что работа с процессом горевания и потери может вызывать естественные трудности и дестабилизировать эмоциональное состояние самого специалиста. Поэтому иногда ситуация требует специфических навыков работы с подобными проблемами. Кроме того, принимая решение о начале коррекционной работы с ребенком, следует соотнести степень тяжести данного конкретного случая с собственной эмоциональной готовностью к встрече с такими непростыми переживаниями. Как правило, человек, встречающийся в своей практике с проблемами горевания и потери, нуждается в восстановлении своих ресурсов, а значит - в профессиональной помощи и поддержке.

В силу этого необходимо знакомить и/или обучать по данной проблематике специалистов, работающих с детьми непосредственно на местах (педагогов, психологов и социальных работников школ, поликлиник и детских садов). Это позволит:

- выявлять, диагностировать и оказывать детям посильную психологическую или педагогическую помощь на местах, передавая трудные случаи более опытным в этом деле специалистам;
- снизить уровень тревоги членов педагогических коллективов, связанной, во-первых, с отсутствием четкой информации о проблеме и возможных путях ее разрешения, а во-вторых, с личными переживаниями;
- подготовить педагогов и психологов к возможным трудностям и чрезвычайным ситуациям.

III. МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Необходимость широкого и детального обсуждения вопросов, связанных с диагностикой посттравматического стрессового расстройства у детей, обусловлена рядом причин.

Во-первых, это практическая актуальность и теоретическая значимость проблемы, разработка которой в настоящее время весьма далека от своего завершения.

Во-вторых, существующие методики, направленные на диагностику аналогичного состояния у взрослых не вполне подходят для применения в работе с детьми.

В-третьих, необходимо учитывать специфику психодиагностики травматического стресса: первым этапом при ее проведении является установление в анамнезе испытуемого самого факта переживания им травматического события, т.е. уже на этом этапе происходит актуализация индивидуального травматического опыта и сопутствующей ему постстрессовой симптоматики. Процесс обследования травмированных детей предъявляет к психологу требования, относящиеся не только непосредственно к его компетенции как диагноста, но и к умению оказывать «первую психотерапевтическую помощь».

Наличие травматических переживаний у детей выявляется педагогами, психологами посредством следующих диагностических методов:

- наблюдение;
- индивидуальные беседы с ребенком и его родителями;
- проведение интервью, заполнение карты с показателями симптомокомплекса ПТСР (критерии симптомов описаны в DSM-III-R);
- применение психодиагностических методик.

При подозрении на наличие посттравматического стрессового расстройства психологу целесообразно тактично и сочувственно расспросить ребенка и его родителей об имевших место в прошлом травмирующих событиях. При первом же затрагивании этой темы ребенок может дать аффективную реакцию, которая скажет, по меньшей мере, столько же, сколько можно сказать словами. Эта реакция может состоять в нарастающей слезливости, дополняться избеганием контакта глазами, возбуждением, проявлениями враждебности. Для того, чтобы определить, было или нет это травматическое событие, существует специальная технология расспроса, которая выявляет наличие или отсутствие симптомов ПТСР. Типичные симптомы, как было указано, включают в себя навязчивые переживания, ночные кошмары (для кошмарных снов при ПТСР характерна фотографическая точность воспроизведения событий), чувство отчуждения (эмоциональная черствость, что связано с иррациональным страхом перед сильной привязанностью), эмоциональный уход в себя и потерю интереса к жизни. Отмечаются гиперчувствительность, нервность, агрессивность, бессонница,

неспособность сфокусировать свое внимание на длительный период времени. Нередки злоупотребление алкоголем, антисоциальное поведение, суицидные мысли или попытки к самоубийству, неспецифические соматические жалобы.

Н.В. Тарабриной для диагностики посттравматического стрессового расстройства у детей были разработаны две взаимодополняющие методики: «Полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей» и «Родительская анкета для оценки травматических переживаний детей» (см. ч. 2, 3)

В психодиагностике посттравматических состояний используются и другие методики, с помощью которых можно выявить у ребенка наличие симптомов переживания психической травмы, страхов, преневротического состояния и т.д.:

- тесты, направленные на определение уровней личностной и ситуативной тревожности;

- тесты, направленные на выявление изменений в эмоционально-аффективной сфере ребенка;

- проективные рисуночные тесты для личностной диагностики ребенка ("Дом, дерево, человек", "Несуществующее животное", "Моя семья" и др.). Основная задача проективных рисунков состоит в получении дополнительной информации о состоянии ребенка и выявления труднореализуемых проблем, переживаний.

Полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей

Обоснование методики

Использование методики полуструктурированного интервью имеет ряд преимуществ и, по сравнению с анкетами, заполняемыми письменно, увеличивает точность измерения, поскольку именно непосредственное общение между психологом и испытуемым во время интервью дает предпосылки для возникновения взаимного доверия, безопасности и эмоционального принятия. Вообще, дети имеют тенденцию отвечать более точно, когда психолог задает соответствующие вопросы исследования и когда они могут задавать ему вопросы, если возникает неясность в понимании какого-либо пункта. Интервьюирование детей является более эффективным по сравнению с анализом данных, полученных от родителей (опекунов), преподавателей, воспитателей и других взрослых, поскольку эти данные зачастую касаются только видимых проявлений травматической реакции. Более того, взрослые сами могут быть соучастниками травматической ситуации и поэтому зачастую скрывают или преуменьшают травматическую симптоматику. Кроме того, следует отметить, что, по мнению некоторых исследователей, индивидуальные интервью с детьми, пережившими травматические случаи, могут иметь терапевтическое влияние.

Описание методики

Методика полуструктурированного интервью для исследования выраженности симптомов ПТСР у детей 10-13 лет. Интервью включает скрининговую часть и набор из 42 вопросов. Вопросы интервью построены на основании симптомов критериев *A, B, C, D* и *F* шкалы для клинической диагностики ПТСР *DSM III - R*. Для ответов детей используются трехпунктные шкалы («да — не знаю — нет» либо «никогда — один раз за последний месяц — более одного раза за последний месяц»).

Процедура проведения интервью

В ходе проведения интервью можно выделить пять этапов.

1. *Установление психологического контакта с испытуемым.*

2. *Вводная часть.* На этом этапе с ребенком проводится беседа о травматических событиях, которые случаются с детьми. Целью данного этапа является настрой ребенка на тему дальнейшего разговора и снятие тревожности по поводу того, что несчастья случаются не только с ними. Также на этом этапе проводится предварительное получение информации о травматическом опыте ребенка. Примерное содержание беседы: «Давай поговорим с тобой о неприятных событиях, которые случаются с людьми. Ведь в жизни каждого взрослого человека и ребенка иногда случаются неприятности, большие или не очень большие, правда? И с тобой, наверное, случалось что-то подобное, да? Ты можешь вспомнить самое неприятное событие, которое с тобой случалось?». Если ребенок не рассказывает о таком событии, можно переходить к следующему этапу. Если же ребенок рассказывает о своем самом неприятном событии, то после выяснения некоторых подробностей случая («Ты помнишь, когда это произошло?», «С тобой был кто-нибудь в это время?», «Расскажи, пожалуйста, об этом подробнее», и т. д.) данные заносятся в протокол. В том случае, если событие, названное ребенком, соответствует критерию *A* шкалы для клинической диагностики ПТСР *DSM-IV* (ребенок испытал, был свидетелем или столкнулся со случаем или событиями, которые включали фактическую или воспринимаемую угрозу жизни или серьезного повреждения или угрозу физической неприкосновенности по отношению к себе или другому), можно переходить сразу к опросу, минуя скрининг.

3. *Скрининг.* Цель данного этапа — получение более полных сведений о травматическом опыте ребенка. Если ребенок не смог вспомнить ни одного травматического события, либо случай, рассказанный ребенком, не соответствует критерию *A* шкалы для клинической диагностики ПТСР *DSM-IV*, ребенку предлагается список травматических событий, которые могли бы привести к развитию симптомов ПТСР: «Давай я расскажу тебе, какие большие неприятности могут случиться с ребенком. Может быть, ты вспомнишь, что с тобой случалось что-то такое. Большие неприятности — это когда, например, ребенок тяжело заболел, или долго лежал в больнице, или кто-то, кого ребенок любит, умер или уехал далеко и больше с ним не живет. Или когда кто-то

обижает, бьет ребенка, издевается над ним или делает вещи, которые ему неприятны, или заставляет его делать такие вещи. Или когда ребенок попадает под машину или в аварию. Или когда случается пожар, землетрясение или ураган. Или когда ребенок оказывается в том месте, где идет война. С тобой случалось что-нибудь похожее? Сколько тебе было тогда лет? Если можешь, расскажи об этом подробнее». Информация заносится в протокол.

4. *Опрос.* Это — основная часть интервью. Она направлена на измерение посттравматической симптоматики. Из 42 вопросов первые 4 относятся к критерию А (интенсивные негативные эмоции в момент травмы: страх, беспомощность

или ужас). Если в жизни ребенка не было травматических переживаний, эти вопросы не задаются. Если ребенок рассказал о событии, которое могло бы привести к развитию симптомов ПТСР, то остальные вопросы (по критериям В, С, D, F) задаются относительно этого события. В противном случае вопросы фокусируются на чувствах и переживаниях ребенка за последний месяц безотносительно к какому-то событию.

5. *Стадия завершения.* Цель этой стадии — устранение негативных эмоций, вызванных воспоминаниями о травматическом эпизоде.

Обработка результатов

Проводится подсчет баллов по каждому из критериев.

Вопросы 1-5, 8, 20-40, 42 оцениваются: 2 балла за ответ «да», 1 балл за ответ «не знаю» и 0 баллов за ответ «нет».

Вопросы 6, 7, 9-19 оцениваются: 2 балла за ответ «да, чаще, чем один раз за последний месяц», 1 балл за ответ «да, один раз за последний месяц» и 0 баллов за ответ «нет, никогда».

Вопрос 41 оценивается: 2 балла за ответ «нет», 1 балл за ответ «не знаю» и 0 баллов за ответ «да».

Критерию А соответствуют вопросы: 1; 2; 3; 4; 5.

Критерию В соответствуют вопросы: 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 18.

Критерию С соответствуют вопросы: 23; 25; 28; 29; 30; 31; 32; 33; 40; 41; 42.

Критерию D соответствуют вопросы: 14; 15; 16; 17; 20; 21; 22; 37; 38; 39.

Критерию F соответствуют вопросы: 19; 24; 26; 27; 34; 35; 36.

Общий индекс посттравматической реакции оценивается суммированием баллов по критериям В, С, D и F.

*Полуструктурированное интервью для оценки
травматических переживаний детей*

ФИО _____
 Возраст _____ Пол _____ Дата « ____ » _____ 200__ г.

Неполная семья
 Развод родителей

Дисгармоничная семья _____

Автомобильная катастрофа _____ (возраст)
 Другая катастрофа (несчастный случай) _____ (возраст)
 Пожар _____ (возраст)
 Стихийное бедствие _____ (возраст)
 Серьезное физическое заболевание _____ (возраст)
 Длительная или повторные госпитализации _____ (возраст)
 Физическое насилие _____ (возраст)
 Сексуальное домогательство или насилие _____ (возраст)
 Смерть близкого человека _____ (возраст)
 Пребывание в зоне военных действий _____ (возраст)
 Пребывание в качестве заложника _____ (возраст)
 Другое травмирующее событие _____ (возраст)

Критерий А _____

Критерий А	1	2	3	4	5						
Критерий В	6	7	8	9	10	11	12	13	14	18	
Критерий С	23	25	28	29	30	31	32	33	41	42	43
Критерий D	15	16	17	20	21	22	38	39	40		
Критерий F	19	24	26	27	34	35	36	37			

Таблица 1

	<i>Критерий</i>	Вопрос	Допустимые объяснения	Кодировка ответов
1.	<i>A</i>	Чувствовал ли ты ужас, когда это происходило?	Очень сильный страх.	Нет - 0 Не знаю - 1 Да - 2
2.	<i>A</i>	Чувствовал ли ты, что ты не можешь ничего изменить?		Нет - 0 Не знаю - 1 Да - 2
3.	<i>A</i>	Чувствовал ли ты, что никто не может тебе помочь в этой ситуации?		Нет - 0 Не знаю - 1 Да - 2
4.	<i>A</i>	Чувствовал ли ты отвращение, когда это происходило?	Казалось ли тебе происходящее в тот момент неприятным, противным?	Нет - 0 Не знаю - 1 Да - 2
5.	<i>A</i>	Был ли ты более раздражительным, подвижным сразу после того, как это произошло?		Нет - 0 Не знаю - 1 Да - 2
6.	<i>B</i>	Вспоминаешь ли ты о каких-то неприятных ситуациях, которые с тобой произошли? Если да, то как часто?	С большинством людей в жизни случаются неприятные ситуации, а с тобой случались?	Нет - 0 1 раз - 1 Более 1 раза - 2
7.	<i>B</i>	Ты рассказываешь кому-то об этих воспоминаниях? Если да, то как часто? Если нет, то не рассказываешь, потому, что не вспоминаешь?	Ты не рассказываешь об этих ситуациях, потому что не вспоминаешь или тебе не хочется кому-то о них рассказывать?	Нет - 0 1 раз - 1 Вспоминает, но не рассказывает - 1 Более 1 раза - 2
8.	<i>B</i>	Ухудшается ли твое самочувствие, когда что-то напоминает тебе о неприятном событии?	Например, у тебя начинает сильнее биться сердце, учащается дыхание, потеют руки, болит голова.	Нет - 0 Не знаю - 1 Да - 2

9.	<i>В</i>	Ты думал когда-нибудь о какой-то неприятной ситуации, когда тебе совсем не хотелось о ней думать? Если да, то как часто?		Нет - 0 1 раз - 1 Более 1 раза - 2
10.	<i>В</i>	Ты представлял какую-то неприятную ситуацию, случившуюся с тобой? Если да, то как часто?		Нет - 0 1 раз - 1 Более 1 раза - 2
11.	<i>В</i>	Ты рисовал какую-то неприятную ситуацию, случившуюся с тобой? Если да, то как часто?		Нет - 0 1 раз - 1 Более 1 раза - 2
12.	<i>В</i>	Бывает ли так, что, неприятные чувства, которые ты когда-либо переживал, возникали у тебя снова, как если бы та ситуация повторилась, как будто ты опять вернулся в то время? Если да, то как часто?		Нет - 0 1 раз - 1 Более 1 раза - 2
13.	<i>В</i>	Случалось ли, что ты начинал вести себя так, как если бы неприятная ситуация, которая с тобой когда-то происходила, повторилась вновь? Если да, то как часто?	Бывает ли, что ты ведешь себя так, как будто какая-то неприятная ситуация, которая с тобой когда-то происходила, повторяется?	Нет - 0 1 раз - 1 Более 1 раза - 2
14.	<i>Д</i>	Бывает ли тебе трудно заснуть? Если да, то как часто?		Нет - 0 1 раз - 1 Более 1 раза - 2
15.	<i>Д</i>	Бывает ли, что ты просыпаешься ночью? Если да, то как часто?		Нет - 0 1 раз - 1 Более 1 раза - 2

16.	D	Бывает ли, что ты просыпаешься слишком рано утром? Если да, то как часто?		Нет - 0 1 раз - 1 Более 1 раза - 2
17.	D	Стали ли тебе сниться неприятные сны, кошмары? Если да, то как часто?		Нет - 0 1 раз - 1 Более 1 раза - 2
18.	B	Мнились ли тебе сны о неприятном событии, которое с тобой когда-то произошло? Если да, то как часто?		Нет - 0 1 раз - 1 Более 1 раза - 2
19.	F	Приходишь ли ты иногда ночью спать к родителям? Если да, то как часто?		Нет - 0 1 раз - 1 Более 1 раза - 2
20.	D	Вскакиваешь ли ты, когда слышишь неожиданный или громкий звук?		Нет - 0 Не знаю - 1 Да - 2
21.	D	Стал ли ты более раздражительным?		Нет - 0 Не знаю - 1 Да - 2
22.	D	Стал ли ты чаще ссориться с другими людьми?		Нет - 0 Не знаю - 1 Да - 2
23.	C	Стараешься ли ты держаться на расстоянии от друзей и одноклассников?	Бывает ли так, что ты стараешься держаться отдельно от своих друзей?	Нет - 0 Не знаю - 1 Да - 2
24.	F	Трудно ли тебе оставаться наедине с друзьями и одноклассниками?	Когда, например, в классе или в каком-то другом месте остаются только один человек и ты.	Нет - 0 Не знаю - 1 Да - 2
25.	C	Стараешься ли ты держаться на расстоянии от взрослых?	Бывает ли так, что ты стараешься держаться отдельно от родителей и учителей?	Нет - 0 Не знаю - 1 Да - 2
26.	F	Трудно ли тебе оставаться наедине с	Когда, например, в классе или в каком-	Нет - 0 Не знаю - 1

		учителями?	то другом месте остаются только учитель и ты.	Да - 2
27.	<i>F</i>	Трудно ли тебе оставаться наедине с родителями?		Нет - 0 Не знаю - 1 Да - 2
28.	<i>C</i>	Стараешься ли ты избежать чего-либо, что напоминает тебе о каком-то неприятном происшествии?		Нет - 0 Не знаю - 1 Да - 2
29.	<i>C</i>	Стараешься ли ты избегать действий, которые напоминают тебе о чем-то неприятном в твоём прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)?	Делаешь ли ты для этого что-нибудь специально?	Нет - 0 Не знаю - 1 Да - 2
30.	<i>C</i>	Стараешься ли ты избежать мест, которые напоминают тебе о чем-то неприятном в твоём прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)?	Делаешь ли ты для этого что-нибудь специально?	Нет - 0 Не знаю - 1 Да - 2
31.	<i>C</i>	Стараешься ли ты избегать общения с людьми, которые напоминают тебе о чем-то неприятном в твоём прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)?	Делаешь ли ты для этого что-нибудь специально?	Нет - 0 Не знаю - 1 Да - 2
32.	<i>C</i>	Стараешься ли ты не думать о чем-то неприятном в твоём прошлом (прилагаешь ли	Делаешь ли ты для этого что-нибудь специально?	Нет - 0 Не знаю - 1 Да - 2

		какие-то усилия для этого)?			
33.	<i>C</i>	Стараешься ли ты избегать разговоров, которые напоминают тебе о чем-то неприятном в твоём прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)?	Делаешь ли ты для этого что-нибудь специально?	Нет Не знаю Да	- 0 - 1 - 2
34.	<i>F</i>	Стало ли тебе сложнее выполнять свои обязанности (работу по дому)?	Было ли тебе раньше легче, например, убирать за собой свои вещи, помогать родителям?	Нет Не знаю Да	- 0 - 1 - 2
35.	<i>F</i>	Требуется ли тебе больше времени, чем раньше, чтобы выполнить свои обязанности (работу по дому)?		Нет Не знаю Да	- 0 - 1 - 2
36.	<i>F</i>	Стало ли тебе сложнее понимать, узнавать новые вещи (учиться)?		Нет Не знаю Да	- 0 - 1 - 2
37.	<i>D</i>	Изменилась ли в последнее время твоя память? Может быть, она стала лучше или хуже?	Стало ли тебе сложнее запоминать разные вещи?	Нет Не знаю Да	- 0 - 1 - 2
38.	<i>D</i>	Стало ли тебе сложнее сосредоточиться?		Нет Не знаю Да	- 0 - 1 - 2
39.	<i>D</i>	Стало ли тебе сложнее долго сидеть спокойно на одном месте?		Нет Не знаю Да	- 0 - 1 - 2
40.	<i>C</i>	Кажется ли тебе, что окружающий мир стал выглядеть или звучать по-другому?	Вещи, к которым ты привык, кажутся тебе не такими, как раньше.	Нет Не знаю Да	- 0 - 1 - 2

41.	С	Можешь ли ты себя представить взрослым, старым?		Нет - 0 Не знаю - 1 Да - 2
42.	С	Изменились ли в последнее время твои представления о будущем?	Не так, как раньше.	Нет - 0 Не знаю - 1 Да - 2

Родительская анкета для оценки травматических переживаний детей

Теоретическое обоснование методике

Использование заполняемых самостоятельно анкет позволяет охватить большее количество семей, чем метод интервью, так как не требует непосредственного присутствия психолога при ее заполнении. Кроме того, этот способ позволяет охватить те категории родителей, которые не проявляют достаточной социальной активности (не приходят в школу или не посещают сами психолога), так как анкета может быть передана в этом случае через ребенка.

Описание метода

Анкета для родителей была составлена нами на основе анкеты для изучения стрессовых реакций у детей (*Child Stress Reaction Checklist — National Center for PTSD, Boston VAMC; Boston University School of Medicine; Shriners Bum Institute; Harvard Medical School; National Center of PTSD, White River Junction, VM*). Анкета предлагается родителям для самостоятельного заполнения и поэтому содержит необходимые инструкции.

Порядок проведения

Перед началом исследования с родителями проводится беседа, основной целью которой является мотивирование родителей на ответственное и точное заполнение анкеты.

Далее каждому родителю выдается пакет, в котором содержится подробная инструкция о порядке заполнения анкеты, собственно анкета и карточка с телефонами, по которым они могут задать необходимые вопросы. На другой стороне этой карточки — напоминание о том, что вся полученная от родителей информация конфиденциальна и не будет разглашаться.

Анкета состоит из трех частей:

1. *Биографические данные.* Эта часть содержит необходимый минимум данных о ребенке: ФИО, возраст, пол. Здесь же отмечается, кто именно из родителей или опекунов заполнял анкету.

2. *Скрининг.* Эта часть направлена на определение типа травмы и возраста травматизации ребенка. Родителям предлагается отметить в списке возможных травматических ситуаций, пережитые ребенком, и его возраст во время травмы. Дается инструкция; «Возможно, что ваш ребенок пережил какое-либо событие, которое могло травмировать его психику. Пожалуйста, отметьте галочкой каждое из событий (и напишите возраст вашего ребенка во время каждого из случаев), в списке, приведенном ниже». Затем приводится список возможных травматических ситуаций. Список, используемый в анкете достаточно подробный, некоторые типы травм вынесены отдельно, поскольку в таком виде анкета более понятна для родителей и более полно отражает реальную ситуацию. Далее для уточнения характера, степени тяжести травмы и непосредственной реакции ребенка на нее родителям предлагается рассказать о травматической ситуации более подробно: «Пожалуйста, опишите это событие (например, где это произошло, кто был с вашим ребенком во время происшествия, насколько часто это происходило, как долго это продолжалось, насколько тяжелыми были последствия для ребенка, обращались ли вы за медицинской или психологической помощью по этому поводу и т. д.)».

3. *Утверждения.* Эта часть состоит из двух таблиц, перед заполнением которых дается инструкция: «Пожалуйста, отметьте в следующем списке (поставьте крестики в соответствующие столбцы) насколько характерны данные чувства или подобное поведение для вашего ребенка. Если ребенок пережил несколько травмирующих случаев, то отвечайте о наиболее тяжелом из них».

Первая таблица содержит 5 вопросов, касающихся непосредственной реакции на травматическую ситуацию — критерий А. Перед таблицей уточняется, что речь идет о поведении ребенка непосредственно после травмы.

Затем следует вторая таблица из 30 вопросов, относящихся к четырем шкалам (навязчивое воспроизведение, избегание действий, мыслей, мест и людей, напоминающих о травматическом событии, возросшая возбудимость и нарушения функционирования), которые соответствуют критериям *B, C, D и F* шкалы для клинической диагностики ПТСР *DSM-IV* соответственно. Эти вопросы описывают поведение ребенка в течение последнего месяца. Вопросы, относящиеся к одному и тому же критерию, были разнесены нами для большей достоверности результатов.

Обе таблицы содержат по три варианта ответов: «да», «нет», «скорее да». Такое смешение вариантов ответов было использовано для того, чтобы уравновесить стремление родителей предоставить социальное желаемое описание ребенка, отвечая отрицательно на большинство вопросов. Ответ же «скорее да» не является слишком категоричным и более охотно используется родителями.

Обработка результатов

Проводится подсчет баллов отдельно по каждой из шкал, а также отдельно по вопросам первой и второй таблиц. Ответы родителей оцениваются следующим образом: 2 балла за ответ «да», 1 балл за ответ «скорее да» и 0 баллов за. ответ «нет».

Критерию А (интенсивность негативного переживания в момент травмы: страх, беспомощность, ужас) соответствуют вопросы: 1-5 таблицы 2.

Критерию В (навязчивое воспроизведение) соответствуют вопросы: 1,3,12,19, 22, 23,25 таблицы 3.

Критерию С (избегание) соответствуют вопросы: 4, 5, 7, 9,14, 16,18, 20, 21,26, 27,28,30 таблицы 3.

Критерию D (возросшая возбудимость) соответствуют вопросы: 2,6, 8,13,17, 29 таблицы 3.

Критерию F (нарушения функционирования) соответствуют вопросы: 10,11,15, 24 таблицы 3.

Общий уровень посттравматических симптомов: вопросы 1 -30 таблицы 3.

Родительская анкета для оценки травматических переживаний детей

Уважаемые родители!

Заполнение анкеты начните с указания вида психологической травмы, возможно, перенесенной вашим ребенком. *Независимо от того, были ли в жизни вашего ребенка травматические случаи, перейдите к заполнению следующей части анкеты.* Она состоит из двух таблиц. Первая включает 5 вопросов, описывающих поведение ребенка непосредственно после травмы. Если в жизни вашего ребенка не было травматических случаев, то вам ее заполнять не надо. Вторая таблица, состоящая из 30 вопросов, описывает поведение ребенка в течение последнего месяца. *Даже если Ваш ребенок не переживал травматических случаев, тем не менее, пожалуйста, заполните эту часть анкеты.*

На каждое утверждение выберите один из трех вариантов ответов. Если вы считаете, что утверждение не отражает поведение вашего ребенка, то поставьте галочку напротив этого утверждения в колонке «Нет». Если вы сомневаетесь или не можете точно вспомнить, то поставьте галочку напротив этого утверждения в колонке «Скорее да». Если вы считаете, что утверждение точно описывает поведение вашего ребенка, то поставьте галочку напротив этого утверждения в колонке «Да».

Спасибо за сотрудничество.

Ф. И. О. ребенка _____

Возраст _____

Пол: М Ж

Кто заполнял (отец, мать, другой воспитатель)

Возможно, что ваш ребенок пережил какое-либо событие, которое могло травмировать его психику? Пожалуйста, отметьте галочкой каждое из событий (и возраст вашего ребенка во время каждого из случаев) в списке, приведенном ниже:

Автомобильная катастрофа _____ (возраст)

Другая катастрофа (несчастный случай) _____ (возраст)

Пожар _____ (возраст)

Стихийное бедствие _____ (возраст)

Серьезное физическое заболевание _____ (возраст)

Длительная или повторные госпитализации _____ (возраст)

Физическое насилие _____ (возраст)

Сексуальное домогательство или насилие _____ (возраст)

Смерть близкого человека _____ (возраст)

Пребывание в зоне военных действий _____ (возраст)

Пребывание в качестве заложника _____ (возраст)

Другое травмирующее событие (уточните) _____

Пожалуйста, опишите это событие (например, где это произошло, кто был с Вашим ребенком во время происшествия, насколько часто это происходило, как долго это продолжалось, насколько тяжелыми были последствия для ребенка, обращались ли Вы за медицинской или психологической помощью по этому поводу и т. д.) _____

Пожалуйста, отметьте в следующем списке (поставьте крестики в соответствующие столбцы), насколько характерны данные чувства или подобное поведение для Вашего ребенка. Если ребенок пережил несколько травмирующих случаев, то отвечайте о наиболее тяжелом из них.

Сразу после травмы:

Таблица 2

№	Утверждение	Нет	Скорее да	Да
1.	Ребенок чувствовал ужас (очень сильный страх).			
2.	Ребенок чувствовал отвращение.			
3.	Ребенок чувствовал себя беспомощным.			
4.	Ребенок был возбужденным. Он был гиперактивен, трудно контролируем, импульсивен.			
5.	Поведение ребенка стало отличаться от обычного: оно стало менее организованным, менее осмысленным.			

В течение последнего месяца:

Таблица 3

№	Утверждение	Нет	Скорее да	Да
1.	Ребенок рассказывает о неприятных воспоминаниях о событии.			
2.	Ребенок легко пугается. Например, сильно вздрагивает, когда слышит неожиданный или громкий звук.			
3.	Ребенок расстраивается, когда вспоминает о событии.			
4.	Ребенок кажется «оцепеневшим» (его эмоции не видны).			
5.	Ребенок избегает действий, которые напоминают ему о событии.			
6.	Ребенок кажется злым или раздражительным.			
7.	Ребенку трудно вспомнить детали случившегося.			
8.	У ребенка появились проблемы со сном или засыпанием.			
9.	Кажется, что ребенок старается держаться на расстоянии от других людей.			
10.	Ребенку трудно оставаться наедине с друзьями, одноклассниками, учителями.			
11.	Ребенок делает вещи, которые были свойственны ему в младшем возрасте: например, сосет большой палец, просится спать с родителями, появился энурез и т. д.			
12.	Ребенок говорит, что у него возникают такие же чувства, как если бы событие произошло снова.			
13.	Ребенок суетлив и не может сидеть спокойно.			
14.	Ребенок избегает мест, которые напоминают ему о случившемся.			
15.	Ребенку трудно оставаться наедине с членами			

	семьи.			
16.	Ребенок стал сильно смущаться, когда в его присутствии обсуждают проблемы пола.			
17.	Кажется, что ребенок находится на грани нервного срыва.			
18.	Кажется, что ребенок ошеломлен или одурманен.			
19.	Бывает, что ребенок ведет себя так, как если бы событие произошло снова.			
20.	У ребенка проблемы с оценкой времени. Он может спутать время суток, день недели или перепутать время, когда произошло какое-то событие.			
21.	Ребенок избегает разговоров о случившемся.			
22.	Ребенку снятся плохие сны.			
23.	Ребенок жалуется на плохое физическое самочувствие, когда что-то напоминает ему о событии. Например, у него возникает головная или зубная боль, затрудненное дыхание и т. д.			
24.	Ребенку стало трудно справляться с обычной деятельностью (школьные занятия, работа по дому).			
25.	Ребенок играет в случившееся (он проигрывает событие, рисует или придумывает).			
26.	Ребенок кажется заторможенным. Ему требуется больше времени, чем раньше, на обычные действия.			
27.	Ребенок говорит о том, что окружающий мир выглядит непривычно. Например, вещи стали выглядеть или звучать по-другому.			
28.	Ребенок избегает людей, которые напоминают ему о событии.			
29.	У ребенка возникли проблемы с концентрацией внимания.			
30.	Ребенок говорит, что не хочет думать о случившемся.			

IV. ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ ПОСЛЕДСТВИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

В настоящее время не существует единой точки зрения на проблему преодоления последствий психической травмы. Безусловно, оно должно быть индивидуальным и комплексным. Необходимо создание обстановки безопасности; ребенок должен верить, что лечение поможет преодолеть ненужный страх.

Прогноз зависит от выраженности травмы и уровня развития личности к моменту нанесения травмы. Те дети, которые сумели найти цель в жизни, которые считают, что человек способен контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в действии, успешно преодолевают тяжелые последствия травмы. Изменяют состояние ребенка и стереотипы его поведения также такие ситуации, в которых он глубоко переживает происходящее: ситуации, где он является не наблюдателем или читателем, а активным участником.

Эффекты травматического опыта быстро минимизируются, когда у ребенка дома и в школе сложились хорошие стабильные отношения. В иных же условиях травмированная личность испытывает и сообщает о чувстве полного одиночества как во время, так и после травматического события.

При осуществлении социальной поддержки особенно важно создавать такие ситуации, которые стимулировали бы травмированного ребенка говорить о своих переживаниях. Если же травматическое событие произошло с группой людей, то рекомендуется обсудить его вместе с этой же группой. Обсуждение события должно осуществляться в соответствии с заданными правилами, которые обеспечивают травмированному человеку безопасную ситуацию, в этом случае он сможет проявить свои чувства и получить психологическую поддержку со стороны других членов группы.

Важно помнить, что **ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС - ЭТО НОРМАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ НА НЕНОРМАЛЬНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА.**

Следует обучить травмированного ребенка способам саморегуляции и самопомощи, которые способствуют преодолению постстрессовых нарушений и направлены на:

- 1) минимизацию негативных последствий;
- 2) улучшение самочувствия;
- 3) переработку травматического переживания и интегрирование его в позитивный жизненный опыт личности.

Чем больше времени прошло с момента получения травмы, тем более высокий уровень квалификации требуется при оказании психологической помощи, из-за того, что посттравматический стресс все более оказывается включенным и связан с другими психологическими проблемами. Однако есть сфера, где возможна самопомощь. Это сфера переживаний, когда ребенок отмечает, что:

- 1) ему не спится, потому что в голову лезут неприятные мысли;

2) внезапно, помимо его воли, перед внутренним взором возникают эпизоды из его опыта;

3) он ловит себя на том, что пытается избежать всего, что напоминает о событии.

Такие состояния чрезвычайно тягостны, так как со временем неприятные воспоминания приобретают все большую назойливость, и ребенку все больше сил требуется, чтобы защитить свое сознание от них.

Как правило, возникновение таких состояний связано с применением одной из неправильных стратегий преодоления:

1. Попытка отвлечься или думать о другом. Через некоторое время после применения этого способа ребенку начинают напоминать о нежелательных впечатлениях даже те ситуации, которые, на первый взгляд, совершенно не связаны с самим происшествием. Ассоциативный процесс становится фиксированным на травматических переживаниях. И о чем бы он старался не думать, его ассоциации все равно приводят к тому, чего он так стремится избежать.

2. Использование своего тела как средства саморегуляции. Это может быть мышечное напряжение всего тела или его частей, сжимание век, губ, зубов и т.п., причиненная себе боль (например, заламывание пальцев, кусание губ, руки и т.п.). Этот способ также на короткое время позволяет избавиться от неприятных впечатлений, но вскоре они возникают вновь.

3. Достижение тем или иным способом состояния транса, когда становится все безразлично. Этот способ может быть реализован и путем применения психотропных препаратов, алкоголя и т.п. В более легкой форме гипноидных состояний достигают, например, считая верблюдов перед сном или проговаривая про себя ритмические считалки, или ритмически покачиваясь либо же за счет избыточной фокусированности на каком-либо предмете и сверхвовлеченности в выполнение каких-нибудь дел.

Все эти способы позволяют лишь на какое-то время защитить сознание. Однако они не решают проблемы и даже через некоторое время приводят к ухудшению состояния и самочувствия, хотя и направлены на избегание нежелательных впечатлений.

Общая стратегия преодоления нежелательных переживаний – техника парадоксального намерения – была предложена В. Франклом.

Вот как описывает применение данной техники Ф. Василюк:

"Внутренний опыт показывает, что переживания возникают в нас произвольно, независимо от нашего решения. Попробуйте прямо сейчас вызвать в себе тревогу, старайтесь изо всех сил, говорите себе: ты должен ужасно растрогаться, волнуешься, тревожьтесь, еще сильнее! Думаю, тревоги не возникло. Прямое намерение ощутить какое-то чувство как бы парализует на время способность испытывать его ..."

На основании этого было сформулировано одно из правил психотехники переживания: "Если вы хотите избавиться или ослабить какое-то нежелательное состояние, попытайтесь сделать прямо противоположное – вызвать или усилить его ощущение".

V. МЕТОДИКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ПЕРЕЖИВШИМ ПСИХИЧЕСКУЮ ТРАВМУ

После того, как человек подвергся воздействию травматических событий, его мысли и чувства могут быть болезненными и не совсем понятными ему самому, а реакции на обычные ситуации – необычными и пугающими. В связи с этим можно выделить следующие основные принципы психологической помощи при ПТСР:

1. *Принцип нормализации.* Основной акцент делается на том, что нормальный индивид, столкнувшись с ненормальными обстоятельствами, переживает экстраординарные чувства. Началом коррекции становится обсуждение переживаемых чувств и объяснение их нормальности. Это может помочь пострадавшему понять причины своих симптомов, их динамику и более активно участвовать в процессе терапии.

2. *Принцип партнерства и повышения достоинства личности.* Люди, страдающие ПТСР, ранимы, сензитивны, склонны к самообвинению, чувству бессилия или повышенной агрессивности. Особенно это касается жертв сексуального насилия (необходимо учитывать, что лица мужского пола переживают это значительно болезненнее), тяжких преступлений. Мигрантов. Пострадавших в местах своего прежнего проживания от национальных преследований и жертв тоталитарных сект. Подобный стиль реагирования вызывает отторжение окружающих, усиливая ощущение собственной неадекватности и вины, приводит к снижению самооценки. Поэтому установление сотрудничества необходимо.

3. *Принцип индивидуальности.* Каждый человек проходит свой собственный путь восстановления после стресса.

Основные подходы к психологической коррекции последствий психической травмы можно разделить на две группы:

I. *Непосредственное вмешательство после травмы.* Эти непосредственные вмешательства на месте травматизации (debriefing) предлагаются с профилактической целью. Даже, если некоторые из них оказываются спорными по эффективности, они рекомендуются и хорошо воспринимаются детьми и их родителями. Дебрифинг позволяет протагонистам выразиться в отношении стресса, выявить ошибочные восприятия, изучить прочувствованные и пережитые аффекты, а также проинформировать об эволюции и возможности лечения. С профилактической целью следует также думать об объединении членов семьи, если таковые оказались разъединенными катастрофой.

II. *Отсроченное психокоррекционное вмешательство.* В настоящее время предложено большое количество подходов к этой проблеме, но к сожалению, очень мало есть работ рассматривающих их сравнительные преимущества.

1. Индивидуальная терапия.

Доверительное отношение с ребенком с целью прогрессивного выявления травматизма, который он надеется забыть, представляет первый этап лечения. Из-за сдерживаемости к «рассказу» о том, что он пережил, нужно чаще пользоваться техникой экспрессии в игре, обращаться к рисунку или другой художественной технике. Отклоняющееся осознание следует выявлять и корректировать: например, нужно сделать так, чтобы ребенок выживший один при катастрофе не чувствовал себя виноватым и помочь ему репозиционировать как жертве. При этом травматизм включает и похороны близкого существа, ребенку следует помочь справиться и с этим.

2. Групповая терапия.

Если при травматизме пострадало достаточное количество детей, то возможно проведение групповой терапии, так как ребенок может поделиться своими переживаниями со своими компаньонами по несчастью: он чувствует понимание с их стороны, так как они пережили такое же. Можно приводить примеры реакций адаптации других детей. Но группы не подходят для всех детей: некоторые не хотят снова видеть других жертв и/или предпочитают индивидуальный подход.

3. Семейная терапия.

Поддержка семьи, когда это возможно, необходима для ребенка. Так, чтобы защитить его, некоторые родители отрицают его скорбь, переживания: «не нужно об этом думать», «нужно сменить мысли». У ребенка как бы отнимается право выражать свои страдания. Поэтому психолог, с одной стороны, помогает семейному окружению вступать в контакт при травматизме, с другой же стороны, восстанавливает атмосферу безопасности, не отрицая страхов и опасений ребенка.

Терапевтический процесс может быть условно разделен на три стадии:

1) установление доверительного, безопасного контакта с клиентом, дающего право на «получение доступа» к тщательно охраняемому травматическому материалу;

2) терапия, центрированная на травме; с исследованием травматического материала, с работой с избеганием, отрешенностью и отчужденностью;

3) помощь клиенту в «отделении» от травмы и воссоединении с семьей, друзьями, обществом.

Программы психокоррекционной и психотерапевтической помощи в основном направлены на:

- коррекцию образа «Я»;
- достижение объективности собственной оценки;
- реабилитацию «Я» в собственных глазах и достижение уверенности в себе;
- коррекцию системы ценностей, потребностей и их иерархии; приведение притязаний в соответствие со своими психофизическими возможностями;

- коррекцию отношения к другим; достижение способности к эмпатии и пониманию переживаемых другими эмоциональных состояний и их интересов;
- приобретение навыков равноправного общения, способности к предотвращению и разрешению межличностных конфликтов;
- коррекцию неадекватного образа жизни и подавленности.

5.1. МЕТОДЫ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ¹

Поведенческая психотерапия заслуженно признается одной из самых эффективных и результативных форм психологической помощи в кризисных ситуациях.

В настоящее время под поведенческой психотерапией понимается любая форма основанного на экспериментальных данных и контролируемого обучения новым, более эффективным и здоровым формам поведения, *изменения* (модификации) или *устранения* доставляющих страдания болезненных форм поведения. В этом процессе психолог, чтобы улучшить самочувствие клиента, влияет на его установки, ход мыслей и регуляцию поведения. Результатом такого вмешательства должно стать изменение баланса позитивных и негативных мыслей и чувств в сторону позитивных.

Принципиальные отличия поведенческой психотерапии состоят в следующем:

1. Поведенческая психотерапия концентрируется в первую очередь на изменении поведения. Причем, в современной поведенческой психотерапии по «поведением» понимают не только внешние, явные его формы, но и всю гамму мыслительных (когнитивных) и эмоциональных процессов, участвующих в его регуляции. Именно нацеленность на изменения поведения путем сложной многоуровневой работы можно отнести к числу наиболее значимых «родовых черт» поведенческой психотерапии.

2. Контроль процесса и результатов. Психолог старается иметь дело только с четко фиксируемыми когнитивными, эмоциональными и поведенческими проявлениями и стремится получить очевидны и воспроизводимый результат.

3. Опора на экспериментальные данные и психологические теории. Психолог стремится использовать методы, прошедшие тщательную экспериментальную оценку и опирающиеся на ясные теоретические концепты.

4. Множественность отдельных техник и многообразие терапевтических подходов, объединенных одной целью и ориентированных на изменение или модификацию болезненного поведения. При осуществлении психотерапевтических мероприятий психотерапевт, исходя из картины поведенческих нарушений, каждый раз заново выбирает из многообразия методов наиболее подходящие. Речь идет, таким образом, о разных

¹ Крукович Е.И., Ромек В.Г. Кризисное вмешательство. – Мн., 2003.

технологиях, объединенных общей терапевтической ориентацией и рассчитанных на мультимодальное воздействие, нежели о едином стандартизированном методе.

Психолог, использующий поведенческую психотерапию, ориентируется на психологическую модель проблемного поведения.

Психологическая модель проблемного поведения опирается на несколько базовых предположений:

1. Многие особенности поведения, которые раньше считались болезнями, рассматриваются в поведенческой психотерапии как «психологические трудности» или «жизненные проблемы».

2. Признается, что проблемное поведение в основном приобретается по тем же законам, что и нормальное. Принципы изменения здорового и болезненного поведения одинаковы, поэтому на болезненное поведение можно воздействовать методами научения.

3. Поведение человека в большей степени зависит от ситуативных переменных и поэтому должно рассматриваться во взаимосвязи с актуальной ситуацией и исходя из ее особенностей. Анализу событий в далеком прошлом, приведших к возникновению болезненного поведения, уделяется совсем не много внимания.

4. Для того чтобы изменить поведение, не обязательно понимать причины его возникновения и происхождение проблемы. Эти данные либо недоступны, либо требуется слишком много времени и усилий, чтобы их получить. Кроме того, мы еще очень мало знаем о причинно-следственных связях психических явлений.

5. Для терапии необходимо предварительно проанализировать проблему с учетом многих модальностей и затем выбрать методы, подходящие для применения в условиях выявленных особенностей.

6. Способы и приемы терапии подбираются строго индивидуально, применительно к разным людям и их специфическим личностным проблемам.

Кризисная ситуация как внутренний и внешний стимул. В кризисной помощи пострадавшим в результате травматических событий психолог может иметь дело часто не с внешними стимулами (хотя такой кризис связан именно с внешними событиями), а с внутренними – отражением внешнего бед и катастроф.

И здесь следует четко различать индуцированные событием изменения в поведении (например, нервный тик или заикание), для сохранения которых сам внешний стимул уже не имеет особого значения, и изменения в поведении и настроении под постоянным влиянием трансформированного внешнего стимула в форме навязчивых образов и мыслей.

В первом случае цель состоит в устранении болезненных форм поведения. Во втором случае можно попытаться либо устранить внутренний стимул, либо научить пациента контролировать его, тем самым повлияв на снижение вероятности проявления болезненных реактивных форм поведения.

Методы поведенческой терапии последствий кризисных ситуаций. В зависимости от того, имеет ли психолог время для детального анализа ситуации или он вынужден оказывать экстренную психологическую помощь, различают краткосрочную и долгосрочную кризисную поведенческую терапию. Разница между этими двумя подходами достаточно условна, поскольку часто «беда не приходит одна» и приходится комбинировать эти два подхода.

Экстренная психологическая помощь. При работе в чрезвычайных ситуациях часто используется так называемая «скорая психологическая помощь».

Правила первой психологической помощи (Б. Гаш, Ф. Ласогга)¹:

Правило 1. В кризисной ситуации пострадавший всегда находится в состоянии психического возбуждения. Это нормально. Оптимальным считается средний уровень возбуждения. Сразу скажите пациенту, что вы ожидаете от терапии и как скоро можно ожидать успеха. Надежда на успех лучше, чем страх неуспеха.

Правило 2. Не приступайте к действиям сразу. Осмотритесь и решите, какая помощь, кроме психологической, требуется; кто из пострадавших больше всего нуждается в помощи. Уделите этому секунд 30 при одном пострадавшем, около 5 минут при нескольких пострадавших.

Правило 3. Точно скажите, кто вы и какие функции выполняете. Узнайте имена нуждающихся в помощи. Скажите пострадавшим, что помощь скоро придет: что вы об этом позаботитесь.

Правило 4. осторожно установите телесный контакт с пострадавшим. Возьмите его за руку или похлопайте по плечу. Прикасаться к голове или иным частям тела не рекомендуется. Займите положение на том же уровне. Что и пострадавший. Не оборачивайтесь к пострадавшему спиной.

Правило 5. Никогда не обвиняйте пострадавшего. Расскажите, какие меры потребуются для оказания помощи в его случае.

Правило 6. Профессиональная компетентность успокаивает. Расскажите о вашей квалификации и опыте.

Правило 7. Дайте пострадавшему поверить в его собственную компетентность. Дайте ему поручение, с которым он справится. Используйте этот факт, чтобы убедить его в его собственных возможностях, чтобы у пострадавшего возникло чувство самоконтроля.

Правило 8. Дайте пострадавшему выговориться. Слушайте его активно, будьте внимательны к его мыслям и чувствам. Пересказывайте позитивное.

Правило 9. Скажите пострадавшему, что вы останетесь с ним. При расставании найдите себе заместителя и проинструктируйте его о том, что нужно делать.

Правило 10. Привлекайте людей из ближайшего окружения пострадавшего для оказания помощи. Инструктируйте их и давайте простые

¹ Lasogga F. Gasch B. Psychische erste Hilfe bei Unfällen. Wien: Stumpf und Kossendey, 1997.

поручения. Избегайте любых слов, которые могут вызвать у кого-либо чувство вины.

Правило 11. Постарайтесь оградить пострадавшего от излишнего внимания. Дайте любопытным конкретные задания.

Методы долгосрочной поведенческой психотерапии. Очень условно можно разделить все методы поведенческой психотерапии кризисных состояний на приемы кратковременного облегчения и способы долгосрочного овладения кризисом (рис. 1).



Рис. 1. Методы поведенческой психотерапии кризисных состояний

К методам кратковременного облегчения переживания кризиса относятся следующие приемы поведенческой психотерапии:

1. *Спонтанное расслабление.* Пациенту предлагается каждый раз, когда встречаются объекты, которые напоминают ему о причиненном страдании, или же приходят мысли о травмирующем событии, несколько раз глубоко вздохнуть и расслабиться, встряхнуть опущенными руками, сделать круговые движения плечами, дать себе инструкцию на расслабление («я

совершенно спокоен, я расслаблен»). В результате должна уменьшиться доза стресса, провоцируемого болезненными внутренними и внешними стимулами.

2. *Внутреннее отвлечение.* Пациенту предлагается представить себе картину событий, вызывавших в прошлом позитивные чувства, или пофантазировать по поводу ожидаемых в будущем приятных вещей. Ожидается замещение этими мыслями или фантазиями мыслей и образов травмировавшего события.

3. *Внешнее отвлечение.* Вместе с пациентом выявляются занятия, которые обычно доставляют ему удовольствие. Дается задание заниматься как можно чаще этими приятными делами. Если уже давно планируется какое-либо приятное мероприятие, то этим рекомендуют заняться незамедлительно. В качестве внешнего отвлечения могут использоваться и не очень приятные, но полностью занимающие внимание дела (ремонт, механическая работа, помощь кому-либо в сложном деле и т.п.).

4. *Интенсивная внешняя деятельность,* особенно безусловно приятная клиенту, выступает в качестве замещения болезненного поведения.

5. *Позитивная самоинструкция* может быть использована, если кризисные события мешают пациенту выполнять его прямые обязанности, выступают внутренним барьером. Пациенту рекомендуют произносить про себя простые, направленные на успех инструкции: «Сейчас я сяду за компьютер и продолжу работу над статьей» и т.п.

6. *Отреагирование.* Ярость и злость, обида и негодование могут быть выражены с помощью физических упражнений, особенно из разряда восточных практик или боевых искусств. Как и в психодраме, пациенту можно помочь выплакаться, покричать, сказать громко, допуская любые выражения, о том, что он думает об обидчике.

7. *Уменьшение дозы стресса.* Если кризис был вызван каким-либо событием или учреждением, лицом или объектом и эти стимулы постоянно попадают на глаза, то степень страдания можно уменьшить, если придумать способ уменьшения количества или степени конфронтации с этими стимулами.

Эти методы кратковременного облегчения имеет смысл дополнять методами долговременных изменений.

1. *Систематическое расслабление.* Отличается от спонтанного расслабления тем, что клиенту дают задание регулярно посещать занятия для тренировки релаксации. В целях систематического расслабления используется аутотренинг, мышечная релаксация по Джекобсону, йога, массаж и др.

2. *Решение проблем.* Многим пациентам дает чувство безопасности осуществление мероприятий по предотвращению критических событий в будущем (например, оборудование квартиры охранной сигнализацией или переезд из сейсмоопасного региона).

3. *Изменение установок.* Если центр тяжести проблем стоит в искаженном представлении о долге и чрезмерном чувстве вины, то имеет смысл

предпринят анализ установок и провести курс когнитивной терапии, например, рационально-эмоциональный тренинг (РЭТ) по А. Эллису¹.

4. *Беседа*. Открытая беседа или коммуникация в поведенческой психотерапии считается наиболее цивилизованным способом решения проблем. Пациенту предлагается составить список лиц, с которыми он может обсудить свою беду. Не обязательно эти беседы должны быть приятными, но обязательно – честными и открытыми. Ожидается, что прямой разговор «снимет камень с души» и позволит проверить некоторые, возможно, ошибочные предположения.

5. *Систематическая десенсибилизация* по отношению к травмирующим стимулам заключается в предъявлении вызывающего неприятные эмоции стимула на фоне релаксации. При правильном применении метода достигается то, что стимулы, вызывавшие ранее негативные чувства, после тренинга автоматически вызывают релаксацию.

6. *Мысленный стоп*. Каждый раз, когда в голову клиента приходят тревожные мысли о пережитом, ему предлагается говорить себе «стоп» (или представлять соответствующий образ, например, знак «Проезд закрыт», шлагбаум и пр.), делать небольшую паузу и переходить к внешнему или внутреннему отвлечению.

5.2. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ЖЕСТОКГО ОБРАЩЕНИЯ И ПРЕСТУПНЫХ ПОСЯГАТЕЛЬСТВ

«Верёвочка»

Психолог раскладывает на полу веревки разной длины (как хочет клиент). Психолог с клиентом стоят на одном конце верёвки. Клиент рассказывает о каком-то соматическом симптоме или о травматическом опыте, и выбирает в комнате предмет, символизирующий симптом. Если работа с травматическим событием – символ ставится не на саму верёвку, чуть подальше, если с психосоматическим состоянием – на верёвочку. Дальше идёт работа на поиск ресурса: что тебе поможет справиться с этой ситуацией (колет, стреляет, поёт и т.д.). Ощущения в теле отслеживаются по системе SIBAM (проживание этого ресурсного состояния, ощущение радости). Психолог стоит рядом. Задача клиента: потихоньку двигаться к травме. Полностью свободен в движении. Клиент делает шаг, и даёт отчёт, что происходит с телом. И как только готов делать шаг – делает, может вернуться назад. Работаем с ресурсами. Клиент продвигается в сторону травматического события. Если клиент идёт быстро, попадает в диссоциацию. Если клиент говорит на полпути, что устал, то останавливаемся».

«Безопасное место»

Клиенту предлагается представить хорошее безопасное место, где могут быть вещи, люди, животные, место, которое сочетается с четырьмя временами года, которые в реальности не сочетаются. Там могут быть персонажи из книг, сказок, нереально существующие животные не знакомые люди – абсолютно безопасные. Всё позитивное на 100%. Это место, которое не замечают другие, оно невидимо

для чужих глаз. Клиент должен связать это с каким-то цветом, камнем и т.д. В конце упражнения психолог спрашивает у клиента о мелком незаметном движении. Стоит расспросить какая мебель, дом, деревья и т.д. Место должно быть полностью безопасным во всех аспектах. Про ощущения не спрашиваем.

«Образы»

На большом листе бумаги (штук 5-6) клиент рисует любые, приходящие в голову образы, совершенно разные. Можно рисовать левой рукой, клиент рисует на следующем листе и так до того момента, когда у него появится внутреннее понимание изменения состояния. Очень продуктивно для работы с людьми, пережившими травматический опыт.

«Талисман»

Данное упражнение подходит детям, которым в актуальной жизни нужен ресурс или ребёнок больше не придёт к психологу (разовая консультация), неблагоприятные условия дома. Психолог клиенту: «Я буду рассказывать тебе сказку (начало). У меня так получается, что какие-то моменты я забываю, ты должен мне помочь». Жили-были король с королевой – обязательные персонажи, дети – количество, возраст, пол, имена. Отсылаем человека далеко. Сложности возникают с кем-то из детей. Психолог спрашивает, что с ним случилось? Путешествие в лес или море. Дальше должна произойти встреча с персонажем, которая просит помощи. Важно описание процедуры спасения. Благодарность за спасение – исполнение желания (талисман). Желание должно быть более-менее реалистичное. После этого – возвращение домой: обязательна позитивная эмоциональная встреча с родителями.

Работа с границами. Комплекс упражнений.

А). Психолог даёт инструкцию клиенту: «Ощути себя, своё тело, и свой энергетический центр (4 пальца снизу пупка). Какие ощущения в энергетическом центре?» Если клиент почувствовал тепло, то стоит у него спросить какого оно цвета и т.д. Максимальная включённость в своё тело у клиента. Далее клиент встаёт к стене, психолог уходит в противоположную сторону. Клиент всё время стоит на одном месте, психолог медленно начинает приближаться к клиенту. В тот момент, когда психолог дошёл до границы, клиент говорит чётко: «Стоп». Психолог исследует точку «стоп», удаляясь на пол шага назад, далее чуть вперёд. Исследуется точка, где у клиента напряжение возникает. Обсуждение, что происходит.

Б). Клиент опять становится около стенки, психолог отходит и опять подходит с разными эмоциями (весёлый, агрессивный, на полусогнутых). Наблюдается как и когда изменяются границы: где сложнее, где проще пропустить. Обсуждение.

В). Клиент опять становится около стенки, психолог подходит на разной скорости и под разным углом. Обсуждение.

Г). Психолог просит клиента настроиться в свой энергетический центр, после этого взять верёвочку, на полу выложить ощущение собственных энергетических границ. Далее, клиент садится в это пространство, психолог садится за границами. Обсуждение: комфортно, хочет изменить? Предлагается походить по краю, максимально ощутить эти границы.

Д). Психолог провоцирует нарушение границ, а клиент возвращает. Психолог: «Я буду нарушать ваши границы, а вы отстаивайте, главное с удовольствием. Если есть желание пригласить меня в свои границы, давайте договоримся, где я буду сидеть». После этого психолог благодарит клиента, клиент замыкает границы, настраивается на них, ощущает энергетическое пространство. Психолог: «Запомните ваши энергетические границы, представьте, что границы собираются, концентрируются». После клиент убирает верёвку. Клиент обязательно должен смотреть в глаза психолога.

«Выявление ресурсов»

Все люди обладают какими-либо ресурсами – это навыки, способности, интересы, достойные восхищения черты характера и т.д. Они могут быть в той или иной степени использованы при разрешении проблемы. Однако они могут остаться и незамеченными, если психолог намеренно не сфокусирует внимание на них. Можно задавать прямые вопросы: «Есть ли что-то такое, что вам хорошо удаётся? Как можно было бы использовать это ваше умение для разрешения данной проблемы? Техника подобных вопросов позволяет выявить, каким образом человеку удаётся совладать со своими проблемами, противостоять их давлению.

«Карта ресурсов»

Перед клиентом на столе выкладывается лист бумаги формата А3, камешки. Клиент описывает какую-то ситуацию, место, предмет, человека, ассоциирующегося с спокойствием. Психолог просит клиента зарисовать или выбрать камешек для каждого ресурса. Далее раскладывается на листе ресурсы (камешки) – рассказ и т.д. Клиенту задаются следующие примерные вопросы:

1. Какие ощущения испытываете в теле?
2. Какое внутреннее состояние?
3. Какое позитивное послание от этого человека к тебе? Когда клиент описывает какое-то ощущение, психолог просит показать в движении, даёт время побыть в этом ресурсном состоянии.

Упражнение «Проблема»

Управление направлено на снижение значимости проблемной ситуации для человека, достижения им внутреннего спокойствия и адекватного отношения к существующей проблеме. Инструкция клиенту:

1. Займите удобную позу, закройте глаза.
2. Подумайте о своей проблеме, которая в последнее время волнует и мучает вас больше всего. Кратко сформулируйте эту проблему для себя в двух-трёх словах.
3. Представьте лицо человека, с которым вы недавно обсуждали свою проблему. Вспомните, о чём он говорил и что вы ему отвечали. Воспроизведите в своём воображении обстановку комнаты, время и содержание беседы.
4. При помощи своего воображения постарайтесь увидеть ситуацию со стороны, как будто вы стали внешним наблюдателем. Например, вы видите

себя и своего собеседника отражёнными в зеркале. Включите в эту «картинку» ваших ближайших соседей, знакомых или родственников. Какие проблемы и нерешённые вопросы есть у них? Что их мучает, и какие препятствия им приходится преодолевать в жизни? Представьте дом, в котором вы живёте, и людей, которые живут вместе с вами.

5. Когда ваша «картинка» расширится и станет для вас отчётливой, включите в неё представление о городе, в котором вы живёте, подумайте также обо всей стране, её огромных пространствах и людях, населяющих города, сёла, деревни. Расширяя своё воображение, представьте теперь всю нашу планету Земля с её материками, океанами и миллиардами живущих на ней людей.
6. Двигайтесь дальше к расширению «картинки»: подумайте о всей нашей Солнечной системе – огромном пылающем Солнце и планетах, вращающихся вокруг него. Постарайтесь почувствовать бесконечность Галактики и её равнодушное «спокойствие» и даже безразличие к существованию каких-то маленьких человеческих существ, населяющих Землю...
7. Продолжая удерживать в своём воображении это переживание необъятной глубины Космоса, снова подумайте о своей проблеме. Постарайся сформулировать её в двух-трёх словах.

После выполнения упражнения обсуждение.

Упражнение на релаксацию

Закройте глаза, сосредоточьтесь на своём дыхании, представьте себе, что в руках у вас сильно зажатая в кулак обида. Напрягите руки. Почувствуйте напряжение в кисти, и во всей руке. Разожмите кулак, расслабьте мышцы, отпустите обиды, чтобы они упали и рассыпались на мелкие части. Расслабьте руки. Ваша обида исчезла.

Литература

1. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства. – М., 1993.
2. *Китаев-Смык Л.А.* Психология стресса. – М., 1983.
3. *Колодзин Б.* Как жить после психической травмы. – М., 1992.
4. *Котенев И.О.* Психологическая диагностика постстрессовых состояний. – Пермь, 1998.
5. *Крукович Е.И., Ромек В.Г.* Кризисное вмешательство: Учеб.-метод. пособие. – Мн., 2003.
6. *Лидеманн Э.* Клиника острого горя / Психология эмоций. – М., 1984.
7. *Меновщиков В.Ю.* Психологическое консультирование: Работа с кризисными и проблемными ситуациями. – М., 2002.
8. *Практическая психология образования / Под ред И.В. Дубровиной.* – М., 2000.
9. *Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г.* Посттравматическое стрессовое расстройство. – М., 2000.
10. *Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И.* Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – СПб., 2004.
11. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб., 2001.
12. *Тарабрина Н.В., Лабезная Е.О.* Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние проблемы // Психологический журнал, 1992. - № 2.
13. *Суицидология: прошлое и настоящее / Сост. А.Н.Моховиков.* – М., 2001.
14. *Фонтана Д.* Как справиться со стрессом. – М., 1995.
15. *Черепанова Е.М.* Психологический стресс: помощи себе и ребенку. – М., 1997.
16. *Шапиро Ф.* Психотерапия эмоциональных травм с помощью движения глаз. – М., 1998г.

