



А. Л. Венгер
Е. И. Морозова

**ЭКСТРЕННАЯ
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ**

Учебное пособие

А.Л. Венгер, Е.И. Морозова

ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ

Учебное пособие

В книге излагаются основы психологической помощи детям и подросткам, пережившим различные жизненные катастрофы (экстремальные ситуации). Приводятся эффективные методики экспресс-диагностики и коррекции симптомов психологической травмы. Описывается практический опыт работы с детьми и подростками, пережившими массовые катастрофы (землетрясение, захват в заложники).

Пособие адресовано студентам и аспирантам психологических факультетов. Оно будет полезно также сотрудникам служб психологической помощи населению, психотерапевтам, специалистам по клинической психологии и психологическому консультированию.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	4
Часть I. ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	6
Глава 1. Психологическая травма	-
1.1. Основные понятия	-
1.2. Причины психологических травм	11
1.3. Проявления психологической травмы	12
1.4. Регрессия при психологической травме	18
Глава 2. Диагностика психологической травмы	23
2.1. Рисуночные методы диагностики	-
2.2. Признаки психологической травмы в детском рисунке	27
2.2. Опросники для родителей и педагогов	31
Глава 3. Виды и задачи психологической помощи	34
3.1. Теоретическое введение: культурно-исторический подход в психотерапии	-
3.2. Психологическая помощь на разных этапах переживания психотравмы	39
3.3. Восстановление активной жизненной позиции подростков	43
3.4. Задачи психологической работы с семьей	45
Глава 4. Коррекция грубых нарушений деятельности	46
4.1. Восстановление распавшихся действий	-
4.2. Формы взаимодействия взрослого с ребенком	49
4.3. Восстановление и упорядочение активности	55
4.4. Коррекция нарушений самоконтроля и внимания	60
4.5. Коррекция острой тревоги: работа с талисманом	61
Глава 5. Использование арт-терапии в работе со стрессом	66
5.1. Общая характеристика метода	-

5.2. Художественные материалы и техники	67
5.3. Позиция ребенка	70
5.4. Символическая переработка переживаний	75
5.5. Диалогический стиль общения в арт-терапии	86
Часть II. ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ МАССОВЫХ КАТАСТРОФАХ: ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ	90
Глава 6. Помощь жертвам землетрясения в Армении	-
6.1. Общая характеристика ситуации	-
6.2. Состояние пострадавших	91
6.3. Работа в эвакуационном центре	99
6.4. Работа в лагере «Звенигородка»	100
6.5. Примеры применения методики «Уничтожение страха»	103
Глава 7. Помощь жертвам теракта в московском театре	106
7.1. Общая характеристика ситуации	-
7.2. Состояние пострадавших подростков	107
7.3. Работа в Филатовской больнице	113
Глава 8. Помощь жертвам теракта в Беслане	122
8.1. Общая характеристика ситуации	-
8.2. Состояние пострадавших	124
8.3. Организация работы в Реабилитационном центре	132
8.4. Содержание работы в Реабилитационном центре	136
8.5. Работа в школе-детском саду «Радуга»	141
8.6. Психологическая реабилитация семьи	144
Заключение	150
Литература	152
Словарь терминов	155

Предисловие

Каждый врач должен уметь оказать первую медицинскую помощь пострадавшим при несчастном случае. Так же и каждый психолог должен быть готов при необходимости оказать им экстренную психологическую помощь. Поэтому сейчас во многих университетах мира, в том числе и в нашей стране, для студентов, обучающихся по самым разным психологическим специальностям, вводится учебный предмет «Основы экстренной психологической помощи».

Люди страдают от природных катаклизмов: землетрясений, ураганов, цунами. Все более разрушительными становятся техногенные катастрофы. Не прекращаются региональные конфликты и войны. В последние десятилетия серьезнейшим источником стрессов стал терроризм.

Одна из самых уязвимых категорий населения – это дети и подростки. Психологическая травма, вызванная чрезвычайной ситуацией, может существенно нарушить весь последующий ход их психического развития. Однако службы экстренной психологической помощи для детей и подростков стали создаваться лишь совсем недавно. Сегодня как в нашей стране, так и за рубежом в этом направлении делаются только первые шаги. Научная литература по этой проблеме крайне скудна, учебная вовсе отсутствует. Настоящее пособие призвано отчасти восполнить этот пробел.

Пособие основано на большом практическом опыте авторов по оказанию психологической помощи детям и подросткам, пережившим экстремальные ситуации: катастрофическое землетрясение (Армения, 1988 г.), террористические акты (Москва, «Норд-Ост», 2002 г.; Беслан, 2004 г.), военные конфликты (Южная Осетия, 2008 г.; Израиль, 1991 г.), обрушение здания (Москва, аквапарк «Трансвааль», 2004 г.) и др. В отборе содержания и формы изложения использован опыт чтения авторских

лекционных курсов и проведения тренингов по соответствующей тематике во многих учебных заведениях страны.

Мы выражаем глубокую благодарность главному психиатру Северной Осетии Т.Н. Рыжовой, профессору Галлодетского университета Дж. Беруби, администрации бесланской больницы, сотрудникам бесланского Центра психологической реабилитации детей и подростков и многим другим психологам и врачам, вместе с которыми мы работали и продолжаем работать. Мы признательны также тем благотворительным фондам и организациям, чья финансовая поддержка позволила реализовать многие из программ, описанных в этой книге.

Часть I.

ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Глава 1. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТРАВМА

1.1. Основные понятия

Экстренная психологическая помощь требуется людям, пережившим *экстремальную ситуацию*, т. е. внезапное и неожиданное изменение обстоятельств, угрожающее жизни или жизненно важной деятельности человека. Для характеристики состояний, возникающих в результате воздействия экстремальной ситуации, используется большое количество частично пересекающихся понятий. Из физиологии пришли такие понятия как *стресс*, *дистресс*, *дезадаптация*. В медицине выработаны понятия *реактивное состояние*, *острая реакция на стресс* и *посттравматическое стрессовое расстройство*. Используются и собственно психологические понятия, такие как *личностный кризис*, *психологическая* (или *психическая*) *травма*. Принята также сокращенная форма этого термина: *психотравма*.

Понятие «стресс» ввел Г. Селье (1960). Первоначально оно рассматривалось, по преимуществу, с медицинской точки зрения. В дальнейшем оно было распространено на чрезвычайно широкий круг явлений, связанных с приспособлением организма и психики к изменению условий. *Стресс* – это общий *адаптационный синдром*, представляющий собой совокупность приспособительных реакций организма и психики. Это *неспецифическая* реакция на изменение условий, т. е. ее протекание почти не зависит от того, в чем именно состоит изменение.

На первом этапе развития стресса происходит мобилизация ресурсов организма для приспособления (адаптации) к изменившимся условиям. На психологическом уровне наблюдается повышение тревоги и чувства напряжения. Следующий этап – стадия сопротивления (резистентности), т. е. устойчивого функционирования в новых условиях. На этой стадии достигается новый, более высокий уровень равновесия в отношениях со средой (биологической или социальной) и функционирование индивида наиболее эффективно.

Если интенсивность воздействия превосходит адаптационные возможности ребенка или стрессовая ситуация продолжается слишком долго, то развивается истощение (третья стадия стресса) и возникает *дистресс*. Селье подчеркивает, что стресс – это нормальная реакция на изменение условий. Жизнь без стрессов невозможна. В отличие от этого, дистресс – болезненная реакция, которая часто приводит к психическим и/или физическим отклонениям. В психологической и психиатрической литературе для обозначения состояний, называемых Г. Селье дистрессом, чаще используется термин дезадаптация.

Термин *адаптация* используется для обозначения как процесса, так и результата приспособления индивида к изменению условий. Термин *дезадаптация* (или дизадаптация) применяется для обозначения неудачного результата приспособления. Процесс адаптации, даже если он протекает весьма тяжело, имеет позитивную направленность: его конечным результатом является нормальное функционирование ребенка в новых условиях. В отличие от этого, состояние дезадаптации чисто негативно, так как не содержит в себе оснований для преодоления конфликта между требованиями, предъявляемыми ребенку его окружением, и недостаточными адаптивными возможностями самого ребенка. Для выхода из состояния дезадаптации ребенок нуждается в поддержке извне, в изменении условий своей жизни. Дезадаптация – это патогенное состояние, приводящее к

различным заболеваниям. В частности, она является одной из наиболее частых причин *реактивной депрессии* и *психосоматических расстройств*.

Понятие «психологическая травма» было введено в трудах З. Фрейда и Г. Юнга и рассматривалось в психоаналитическом ключе. Однако в последние десятилетия это понятие стало использоваться представителями самых разных научных школ и направлений. В связи с этим оно приобрело намного более широкое значение. ***Психологической травмой*** (или *психотравмой*) называют особо тяжелые переживания, вызванные острым стрессом и нарушающие нормальную психическую жизнь человека. Психологическая травма может быть следствием как внешних жизненных обстоятельств, так и внутриличностного конфликта (столкновения несовместимых побуждений).

Тяжелая психологическая травма может приводить к пограничным психическим расстройствам, наиболее специфичными из которых являются острая реакция на стресс и посттравматическое стрессовое расстройство.

Острая реакция на стресс (ОРС) развивается в первые минуты или часы после воздействия психотравмирующей ситуации. Ее продолжительность варьирует от нескольких минут до нескольких дней. Главные признаки ОРС – это высокое эмоциональное напряжение, сужение сознания, фрагментарная ориентировка в месте и времени, грубые нарушения организации психической деятельности. Часто возникает ощущение нереальности происходящего (дереализация). Появляются чувства отчаяния, безнадежности, гнева, возмущения, потери контроля над собой. Это состояние сопровождается выраженными физиологическими проявлениями: учащением сердцебиения, потливостью, тошнотой, нарушениями сна и аппетита.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) возникает как отсроченная, отставленная или затяжная реакция на действие длительного и/или особо тяжелого стресса (Horowitz, 1990). Его причиной служат психотравмирующие ситуации, которые могут вызвать психические

нарушения практически у любого человека, такие как природные и техногенные катастрофы, боевые действия, пытки, изнасилование и др. (Тарабрина и др., 2007). Для ПТСР характерны такие симптомы, как:

- повторное переживание травматического события в навязчивых мыслях и воспоминаниях, сновидениях, у детей – в играх;
- нарушения сна, боязнь засыпать из-за ожидания кошмаров;
- ощущение иллюзорного повторения события, непроизвольные яркие визуализации («флэшбэк-эффекты»);
- тяжелое эмоциональное состояние, раздражительность, трудности концентрации внимания, постоянное ожидание угрозы;
- нарушения в социальной, профессиональной, учебной или других важных сферах жизнедеятельности.

ПТСР может развиваться и в том случае, если непосредственно после психотравмы не наблюдалось острого стрессового состояния. Его первые проявления могут быть отставлены на несколько месяцев от психотравмы (до полугода, а в отдельных случаях даже больше). Это хроническое заболевание, которое характеризуется волнообразным течением с периодическими обострениями. Причиной таких обострений часто становятся новые стрессы, а также ситуации, напоминающие о психотравме.

Вероятность возникновения посттравматического стрессового расстройства существенно понижается, если сразу после психотравмы была оказана психологическая помощь. Дети и подростки представляют собой группу риска по отношению к ПТСР, так как у них еще недостаточно развиты личностные ресурсы, позволяющие эффективно справляться с последствиями травматических ситуаций. Такими ситуациями для них могут быть смерть близких, физическое насилие, изнасилование, а также наблюдение за подобными событиями.

Психологическая травма с высокой вероятностью становится источником *личностного кризиса*. Под личностным кризисом мы понимаем такое состояние, когда *перестают эффективно функционировать высшие*

регуляторные психологические инстанции. Речь идет о тех психологических образованиях, которые направляют – или, по крайней мере, должны направлять – жизнь человека в целом, определяют (по крайней мере, должны определять) выбор им своего жизненного пути. Кризис – это временное состояние дезадаптации не на «техническом», а на личностном уровне. Оно характеризуется не просто недостатком ресурсов, обеспечивающих благополучное приспособление к социальной жизни, а отсутствием самого стремления к этому, поскольку человек не представляет себе, в какую именно жизнь и зачем он хотел бы «вписаться».

Чтобы сознательно строить свою жизнь, человеку нужно иметь ответы на такие вопросы как «Кто я?», «Для чего (ради чего) я живу?», «Где (в каком мире) я живу?» и т.п. Психологические инстанции, которые обеспечивают ответы на подобные вопросы, – это *образ Я, образ мира, система ценностей, жизненные смыслы, цели и планы*¹. Именно их распад или неэффективное функционирование и создают картину личностного кризиса у взрослого человека. В детстве эти инстанции еще не сформированы, но имеются их аналоги, обеспечивающие целостность психической жизни ребенка. Соответственно, в зависимости от возраста изменяются и критерии, позволяющие говорить о наличии кризиса. Так, уже в раннем возрасте складывается базовое доверие к миру (Эриксон, 2000), в дошкольном возрасте имеется первичный образ Я и образ мира. Кризис проявляется в их распаде или искажении. В младшем школьном возрасте важнейшей составляющей образа Я становится внутренняя позиция школьника, т. е. представление о себе как школьнике, осознание значимости и необходимости учебы – даже в том случае, если ребенок не испытывает к ней особого

¹ Мы используем множественное число, а не единственное (не «смысл жизни», «цель жизни», «план жизни»), поскольку соответствующие психологические образования, как правило, не единичны, а системны.

интереса (Божович, 1968). При переживании личностного кризиса эта позиция часто распадается, исчезает.

1.2. Причины психологических травм

Причины психологических травм и кризисов почти никогда не лежат целиком вне психики человека или целиком внутри нее. Даже, казалось бы, чисто внешнее, объективное событие приводит к психотравме не само по себе, а в результате его определенного восприятия субъектом. Существует большая или меньшая устойчивость к травмирующим воздействиям. Событие, порождающее кризис у одного человека, может быть относительно легко пережито другим. Однако имеются некоторые типичные причины психологических травм и кризисов (*экстремальные ситуации*).

Экстремальные ситуации могут быть как локальными, так и массовыми. *Локальные экстремальные ситуации* затрагивают отдельного человека или отдельную семью. Это может быть автокатастрофа, пожар, ситуация, угрожающая жизни и здоровью, тяжелая болезнь самого человека или кого-то из его близких, смерть кого-либо из членов семьи. Наиболее травматичные случаи – это насильственная смерть и суицид (самоубийство). Для ребенка особенно травматична смерть кого-либо из родителей. Психотравма бывает особенно глубока в случаях, когда ребенок был непосредственным свидетелем смерти.

Источником тяжелых психологических травм становится насилие – как внутрисемейное, так и внесемейное. Особенно глубокие психологические травмы возникают в результате сексуального насилия (изнасилования). Для ребенка источником психологических травм часто служат семейные конфликты, а особенно – развод родителей. Младенцу тяжелую психотравму может нанести длительная разлука с матерью (Боулби, 2003).

Массовые экстремальные ситуации затрагивают большие группы людей. Иногда это может быть целый город или даже регион. Причинами этого становятся:

- стихийные бедствия (наводнение, землетрясение, ураган, цунами, извержение вулкана и т.п.);
- техногенные катастрофы (крушения транспорта, разрушение зданий, аварии на производстве, крупные пожары и т.п.);
- социальные бедствия (войны, террористические акты, крупномасштабные социально-политические кризисы и т.п.).

Основные проявления психологической травмы сходны, вне зависимости от того, вызвана ли она локальной или массовой психотравмирующей ситуацией, порождена ли она природной, техногенной или социальной катастрофой. Однако в случаях массовых катастроф эти проявления бывают особенно сильно выражены.

В последние десятилетия в нашей стране неоднократно происходили катастрофы, затрагивающие целый город или регион (стихийные бедствия, техногенные катастрофы, военные действия, массовый захват заложников и т.п.). В подобных случаях происходит взаимное заражение отрицательными переживаниями, создающее *вторичную травматизацию*. Источником вторичной (информационной) травматизации может стать и влияние средств массовой информации. Так, после захвата заложников на спектакле «Норд-Ост» было много обращений с детьми, чье неблагоприятное эмоциональное состояние возникло в результате просмотра телепередач с места трагедии. В Израиле во время и после войны в Персидском заливе (1991 г.) признаки психологической травмы наблюдались у многих детей, проживавших в Иерусалиме, который, в отличие от других городов, не подвергался ракетным обстрелам.

1.3. Проявления психологической травмы

Систематическое изучение последствий психологической травмы у детей и подростков началось сравнительно недавно. Еще в 80-х годах XX века высказывалось мнение, что переживание катастрофы не приводит к существенным нарушениям психического развития (Quarantelly, 1985).

Предполагалось, что, благодаря пластичности детской психики, негативное воздействие экстремальных ситуаций может быть сравнительно легко преодолено без специальной психологической помощи. Однако последующие исследования не подтвердили этих предположений. Было установлено, что даже спустя несколько лет после пережитой психотравмы у детей и подростков сохраняются существенные психологические нарушения, интенсивность которых со временем не уменьшается (McFarlane, 1987; Yule et al., 1999; Nader, 2004).

Проявления психологической травмы весьма разнообразны. Во-первых, это **поведенческие проявления**: неадекватные поступки, агрессивность, ненормативное, девиантное и антисоциальное поведение. Подобные формы поведения представляют собой протестные реакции, направленные против окружения, которое воспринимается ребенком как враждебное по отношению к себе. Они могут также служить средством привлечь внимание взрослых к себе и к своим проблемам.

В отличие от адаптивных форм поведения, протестные реакции не способствуют достижению конструктивных целей, а, напротив, приводят к дальнейшему нарушению отношений ребенка с социальным окружением, т. е. еще более углубляют дезадаптацию. Негативные поведенческие проявления ребенка вызывают резко отрицательную реакцию взрослых, тем самым подтверждая детское представление о враждебности окружающего мира. Однако именно это представление и служит источником нежелательных поведенческих проявлений. Наиболее стойкие отклонения в поведении возникают в тех случаях, когда реакции окружающих обостряют ту самую психологическую проблему ребенка, которая порождена или закреплена отношением к ней взрослых. Стараясь устранить трудности в поведении ребенка, взрослые, сами того не осознавая, своим поведением, наоборот, их закрепляют. Так возникает порочный круг (психологический синдром), делающий преодоление дезадаптации особенно трудным (Венгер, 2004).

Важнейшую группу проявлений психотравмы составляют **отклонения в эмоциональной сфере**: вялость эмоциональных реакций, отсутствие эмпатии, низкий порог фрустрации (Боулби, 2003). На этом фоне периодически возникают импульсивные, плохо контролируемые эмоциональные взрывы.

Одним из наиболее серьезных следствий психотравмы является **депрессия**. Многие исследователи отмечают, что депрессивные состояния в детском возрасте особенно часты, но трудно диагностируемы, поскольку они очень часто протекают в атипичной форме. Описаны различные поведенческие и соматические депрессивные эквиваленты, включая агрессивные и деструктивные формы поведения, разнообразные ипохондрические проявления и т.п.

В результате психологической травмы **нарушаются социальные и межличностные контакты**. Снижается как широта контактов, так и их глубина. В первую очередь, страдают отношения ребенка с посторонними взрослыми и сверстниками. При более выраженной дезадаптации ослабевает, а иногда и вовсе исчезает эмоциональный контакт с близкими взрослыми. Дети становятся замкнутыми, неконтактными, у них отсутствует стремление поделиться своими переживаниями со сверстниками или со взрослыми. Крайней формой нарушения общения является **мутизм**, т. е. полный или частичный отказ от речевого общения.

Психотравма часто приводит к обострению эмоциональных или поведенческих нарушений, имевшихся раньше. Капризный ребенок становится еще более капризным, замкнутый – еще более замкнутым и т.п.

Весьма многочисленны исследования **психосоматических заболеваний**, вызываемых стрессом и дезадаптацией (Селье, 1960; Исаев, 2004). Показано, что характер заболевания зависит от индивидуальных особенностей организма. Наиболее часто поражается «слабое звено», т. е. орган или система, ослабленные в результате пороков развития или предшествующих заболеваний.

Несмотря на большие индивидуальные различия, имеются определенные этапы переживания психологической травмы, типичные для большинства пострадавших. Это:

- Шоковый этап.
- Этап стабилизации.
- Этап восстановления.
- Этап личностной и социальной интеграции.

1. Шоковый этап. Первой реакцией на тяжелую психологическую травму часто становится шоковое состояние, подверженностью которому особенно высока у детей. Оно может проявляться в форме патологической заторможенности или, напротив, хаотического патологического возбуждения.

В первом случае ребенок бледен, малоподвижен (вплоть до ступора), его движения замедлены. В его позе отражается общая скованность, напряженность. Мимика выражена слабо («маскообразное лицо»). Выражение лица может быть нейтральным, грустным или испуганным. Речь бедная, тихая, вплоть до еле слышного шепота. Иногда наблюдается элективный или тотальный мутизм¹. Реакция на все внешние воздействия резко ослаблена. Ребенок может не отвечать на задаваемые ему вопросы, не обращать внимания на окружающих, пытающихся вступить с ним в контакт.

При патологическом возбуждении наблюдается высокая, но нецеленаправленная двигательная активность. Ребенок может куда-то бежать, метаться по комнате, кричать, громко плакать. Возможны агрессивные или деструктивные (разрушительные) действия. При патологическом возбуждении, так же как и при патологической заторможенности, резко снижена реакция на любые внешние воздействия.

¹ Элективный мутизм – это отказ от использования речи в определенных ситуациях (например, с незнакомыми взрослыми), тотальный мутизм – полный отказ от использования речи, временная немота.

Нередко эти состояния у одного и того же ребенка чередуются: заторможенность сменяется возбуждением, затем снова наступает заторможенность и т.д.

Таким образом, общей характеристикой шокового состояния в обеих его формах является отсутствие целенаправленной активности и снижение контакта с окружающим миром. Для этого этапа типичны также острые вегетативные реакции, грубые нарушения сна, отказ от еды. В медицинской классификации шоковому состоянию соответствует диагноз ОРС.

2. Этап стабилизации. На этом этапе к ребенку возвращается способность к целенаправленной деятельности, хотя ее продуктивность все еще существенно снижена, типичны падение активности, *астения*. В благоприятном случае – если в целом психика ребенка достаточно устойчива, если ему оказана необходимая психологическая помощь и поддержка – начинается возвращение к нормальному состоянию. В более тяжелых случаях этот этап характеризуется появлением симптомов ПТСР.

Детальный анализ психологических последствий психотравм, возникающих у детей и подростков в результате катастроф и масштабных несчастных случаев, провели У. Юл и Р.М. Уильямс (2001). Они называют следующие наиболее распространенные симптомы:

- нарушения сна;
- трудности сепарации (стремление постоянно находиться рядом с родителями, спать вместе с ними и т.п.);
- снижение способности к концентрации (в частности, трудности в сосредоточении на школьной работе);
- временное снижение памяти, а также утрата некоторых навыков, имевшихся ранее;
- навязчивые мысли;
- нарушения общения с родителями и сверстниками;
- повышенная настороженность и подозрительность;
- утрата жизненных перспектив;

- страхи;
- раздражительность;
- чувство вины;
- депрессия;
- повышение уровня тревожности, вплоть до приступов паники.

Для детей на этапе стабилизации характерна регрессия. Иногда регрессия (появление детских форм поведения) встречается и у взрослых.

Многие исследователи указывают, что у детей, испытавших психологическую травму, наблюдается постоянное воспроизведение пережитого в разных формах: в ярких устрашающих визуализациях (флэшбэк), в многократных играх на тему травматического события, в кошмарных сновидениях. Дети ожидают и боятся реального повторения этого события (Terr, 1991; Webb, 2004).

Нередко окружающие взрослые замечают, в первую очередь, нарушения в поведении ребенка, не видя стоящих за ними эмоциональных проблем. Наиболее заметны такие формы поведения как агрессия, деструктивные (разрушительные) действия, негативизм. У подростков нередко наблюдается использование психоактивных веществ (алкоголя, наркотиков), которые способствуют временному повышению настроения, помогают хотя бы ненадолго забыть о травмирующем событии.

3. Этап восстановления. На этом этапе острая симптоматика постепенно исчезает (хотя возможны ее периодические рецидивы). Вместе с тем, по-прежнему сохраняются вызванные стрессом личностные нарушения. Они проявляются в повышенной тревожности, ощущении опасности окружающего мира, эмоциональной неустойчивости. Результатом этого является сниженная социальная активность (по сравнению с уровнем, имевшимся до пережитого стресса). У многих людей, особенно у детей, наблюдаются трудности в общении. Нередки нарушения внутрисемейных отношений. У детей часто остается сниженной учебная мотивация и школьная успеваемость. На этом этапе по-прежнему повышена ранимость,

чувствительность к новым стрессогенным ситуациям. У многих людей, переживших психологическую травму, возникает *виктимность* – поведение, приводящее к тому, что человек часто становится жертвой преступлений.

Этот этап может затягиваться на неопределенно длительный период. В ряде случаев имеется риск появления заболевания, которое определяется как *хроническое изменение личности после переживания катастрофы*. Оно характеризуется такими проявлениями как:

- враждебное или недоверчивое отношение к миру;
- социальная отгороженность;
- ощущение опустошенности и безнадежности;
- хроническое волнение, ощущение постоянной угрозы, существования «на грани»;
- отчужденность.

Это состояние нередко является пожизненным. При наличии своевременной психологической помощи риск его возникновения резко снижается.

4. Этап личностной и социальной интеграции. Достижение этого этапа свидетельствует о полном преодолении нарушений, вызванных психологической травмой. Психотравмирующее событие оказывается интегрировано в жизненный опыт личности. При воспоминании о нем возникает не тягостное переживание, как ранее, а лишь некоторая печаль. Для человека становится возможной жизнь, полноценная во всех отношениях.

1.4. Регрессия при психологической травме

Одним из самых типичных последствий психологической травмы у детей является *регрессия*, т. е. возврат к формам поведения и взаимоотношений с окружающими, типичным для предшествующих возрастных периодов. Например, это стремление подростков играть в «дошкольные» игры, спать с родителями и т.п. Регрессия свидетельствует о

наличии психологического кризиса, преодоление которого является необходимым условием дальнейшего развития личности.

Мы столкнулись с яркими проявлениями регрессии, оказывая психологическую помощь детям и подросткам, пострадавшим в результате террористического акта в Беслане. Наиболее явным проявлением регрессии у бесланских первоклассников был отказ от посещения школы. Многие отвергали и обучение на дому, пытаясь полностью вернуться к дошкольному образу жизни. Между тем, в последний год перед школой они в той или иной мере обучались письму, чтению и счету, посещали подготовительные к школе группы и т.п. Следовательно, полный отказ от обучения означал возврат более чем на год назад.

В качестве центральной характеристики того или иного возрастного этапа Л.С. Выготский (1983b) рассматривал *социальную ситуацию развития*, т. е. систему отношений ребенка данного возраста с обществом. Социальная ситуация развития младшего школьника характеризуется, в первую очередь, именно тем, что он – школьник. Соответственно, отказ от посещения школы становится самым очевидным проявлением возрастной регрессии. Приведем конкретный пример.

1 сентября семилетний Тимур¹ пошел в первый класс и оказался в заложниках вместе со своим четырехлетним братом и отцом. Отца террористы расстреляли, а братья остались живы, получив лишь осколочные ранения во время взрыва. В течение следующего года мать мальчиков находилась в тяжелой депрессии в связи с гибелью мужа, а детей в основном воспитывали бабушка с дедушкой.

В последний год перед школой Тимур охотно посещал прогимназию, научился читать по слогам и писать. По словам родственников, он учился с большим удовольствием. После

¹ Здесь и далее имена изменены в целях сохранения конфиденциальности.

теракта он наотрез отказался посещать школу и резко негативно реагировал на любые попытки родных продолжить его обучение чтению и письму. Вместе с тем, по наблюдениям работавших с ним психологов, у него были слабо выражены какие-либо другие последствия пережитой им психологической травмы. Имелись лишь умеренные ночные страхи и не очень значительное повышение уровня тревоги (в отличие от многих других детей, чье состояние характеризовалось острыми паническими страхами и/или тяжелой депрессией). Таким образом, в данном случае регрессия явилась основным психологическим следствием психотравмы.

Как в этом примере, так и в других случаях оказалась разрушена начавшая складываться система отношений, специфичная для младшего школьного возраста. Большинство детей, причем не только первоклассников, в течение всего следующего года не посещали никаких учебно-воспитательных учреждений или посещали их крайне нерегулярно. Это определялось, прежде всего, психологическим состоянием детей, но также и тем, что различные организации вывозили школьников в российские санатории и за рубеж, надолго отрывая их от учебы (многие выезды не были приурочены к школьным каникулам). Подобные осложнения достаточно типичны и широко распространены: «Слишком часто наблюдается нездоровая конкуренция между желающими предоставить помощь, при этом в проигрыше оказываются пострадавшие и жертвы катастрофы» (Юл, Уильямс, 2001, с. 303).

Если в результате травматической регрессии ребенок перестает посещать школу, то происходит распад социальной ситуации развития, соответствующей данному возрасту. У бесланских детей психотравма была связана именно со школой, поэтому распад социальной ситуации развития выступил особенно явственно. Однако это типично и для любых других психотравм. Демонстрируя инфантильное поведение, ребенок осознанно или,

чаще, бессознательно старается вернуться к предшествующей системе отношений с окружающими. Превенная система отношений для него более безопасна, чем нынешняя, так как она гарантирует ему заботу и защиту. Кроме того, инфантильная позиция, обеспечивая помощь взрослых, предоставляет ребенку возможность максимальной экономии сил, что становится необходимым из-за астенизации, вызванной психотравмой.

Однако окружающие не готовы отнести к ребенку, как к «маленькому». Они ориентируются, во-первых, на его паспортный возраст и, во-вторых, на то, что раньше он уже был «большим», а время не может двигаться вспять. В итоге окружающие взрослые расценивают происходящее либо как «плохое поведение», либо как болезнь. При выраженной регрессии более типична «медицинская» интерпретация. Со временем она обычно принимается и самим ребенком. Отношение к ребенку как к больному и его собственное такое же отношение к себе препятствует его социальной реабилитации. Ребенок не участвует в соответствующих его возрасту формах деятельности и общения с окружающими (взрослыми и сверстниками). Это путь к психологической инвалидизации, которая может грубо нарушить все дальнейшее психическое развитие. Статус «больного» становится эквивалентом распавшейся социальной ситуации развития, однако он не несет в себе той интенции, которая могла бы восстановить социальную ситуацию, соответствующую возрасту ребенка.

Если психологическую травму переживает вся семья, положение становится особенно сложным (McFarlane, 1987). В этом случае восстановлению социальной ситуации развития, адекватной возрасту ребенка, препятствует не только его собственное состояние, но и неспособность родителей построить с ним правильные отношения. В частности, они нередко боятся даже ненадолго отпустить от себя ребенка, поддерживая и культивируя симбиотическую связь с ним. Вместе с тем, иногда родители эмоционально дистанцируются от ребенка, не зная, как реагировать на те или иные его проявления или опасаясь заразить его своими

собственными негативными переживаниями. Таким образом, в семье, пережившей психологическую травму, часто наблюдается противоречивое сочетание бытового симбиоза с эмоциональной отстраненностью. Ребенок постоянно находится около родителей, однако эмоциональное общение между ними резко ослаблено. Можно сказать, что они рядом, но не вместе.

Травматическая регрессия проявляется как в нарушении общей системы отношений ребенка с социальным окружением, с обществом, так и в распаде отдельных действий, которыми ребенок уже овладел ранее. Для понимания механизма распада действий необходимо сначала рассмотреть процесс их формирования.

Каждое новое действие, осваиваемое ребенком, первоначально выступает в совместной форме. На этой стадии оно может выполняться только при участии другого человека – чаще всего, взрослого (хотя в некоторых случаях – другого ребенка). На следующем этапе действие, благодаря процессу *интериоризации*, становится индивидуальным достоянием ребенка. В совместном действии функции разделены между его участниками. Например, взрослый осуществляет функцию планирования и контроля, а ребенок выполняет практические операции. Иногда, наоборот, взрослый выполняет практические операции, реализуя замысел ребенка. Возможны и другие варианты разделения функций.

Действия, которые ребенок может выполнять совместно со взрослым, но не может выполнять самостоятельно, составляют *зону ближайшего развития*. Как указывал Л.С. Выготский, «...то, что лежит в зоне ближайшего развития в одной стадии данного возраста, реализуется и переходит на уровень актуального развития во второй стадии. Иными словами, то, что ребенок умеет делать сегодня в сотрудничестве, он сумеет сделать завтра самостоятельно» (1982, с. 250).

Распад действия совершается в направлении, противоположном его формированию. При частичной, не особенно выраженной регрессии индивидуальное действие распадается, но ребенок остается способен

выполнять его совместно со взрослым (регрессия к зоне ближайшего развития). При более глубокой регрессии происходит полный распад действия, так что его выполнение оказывается невозможным даже при участии взрослого.

Глава 2. ДИАГНОСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

При оказании психологической помощи детям и подросткам, находящимся в остром состоянии, в отличие от других видов детской психотерапии, диагностику обычно не требуется выделять в отдельный, самостоятельный этап работы. Это объясняется особой яркостью и самоочевидностью симптоматики, на которую нацелена терапия, а также недостатком времени в связи с необходимостью экстренной помощи. Оценка состояния ребенка осуществляется на основе наблюдений, беседы, жалоб родителей, анализа реакций на различные воздействия и т.п. Однако имеется две группы диагностических методов, использование которых бывает очень полезно: это рисуночные методы экспресс-диагностики и опросные листы для родителей и педагогов.

2.1. Рисуночные методы диагностики¹

В последние годы все больше подчеркивается психотерапевтическое значение рисования (как и художественной деятельности вообще). Благодаря применению рисуночных методик стирается грань между психологическим обследованием и психотерапевтическим сеансом (Остер, Гоулд, 2000).

В работе со стрессом рисуночные диагностические методы часто становятся основными благодаря своей портативности, высокой информативности, простоте в проведении. Однако признаки рисунков,

¹ Детальное описание процедуры проведения и интерпретации рисуночных тестов см. в книге «Психологические рисуночные тесты» (Венгер, 2007).

типичные для стрессового состояния, не отделены непроходимой границей от тех признаков, которые характеризуют личностные и эмоциональные особенности в целом, специфику когнитивных процессов, семейные и социальные отношения и т.п. Напротив, наиболее ценным в рисуночной диагностике является именно ее комплексный характер, возможность воссоздать на ее основе целостный психологический портрет человека.

Применение рисуночных тестов для выявления личностных и эмоциональных особенностей человека основано на принципе *проекции*, т. е. «вынесения вовне» своих переживаний, представлений, стремлений и т.п. Рисуя тот или иной объект, человек невольно, а иногда и сознательно передает свое отношение к нему. Вряд ли он забудет нарисовать то, что кажется ему наиболее важным и значимым; а вот тому, что он считает второстепенным, будет уделено гораздо меньше внимания. Если какая-то тема его особенно волнует, то при ее изображении проявятся признаки *тревоги*.

Рисунок – это всегда какое-то сообщение, зашифрованное в образах. Задача психолога состоит в том, чтобы расшифровать его, понять, что говорит ему обследуемый. Для диагностического использования рисунков очень важно, что они отражают, в первую очередь, не сознательные установки человека, а его бессознательные импульсы и переживания.

Как и прочие проективные тесты, рисуночные методики очень информативны, т. е. позволяют выявить множество психологических особенностей человека. При этом они просты в проведении и занимают немного времени. Дополнительным достоинством рисуночных методов является их «естественность», близость к обычным видам человеческой деятельности. Тот или иной опыт рисования есть практически у каждого человека. Наиболее близко это занятие детям, поэтому при обследовании детей рисуночные методы применяются особенно часто. Ребенку легко понять тестовую инструкцию, для выполнения методик не требуется высокий

уровень развития речи. Вместе с тем, рисунки – удобный повод для того, чтобы непринужденно завязать клиническую беседу.

В отличие от большинства других тестов, рисуночные методики могут проводиться многократно и сколь угодно часто, не утрачивая своего диагностического значения. Они применимы к клиентам самого разного возраста – от дошкольного до взрослого включительно. Это позволяет использовать их для контроля за динамикой состояния и для наблюдения за ходом психического развития в течение длительного периода.

Разумеется, рисуночные методы не лишены недостатков. Главный из них – относительно низкая надежность получаемых результатов, связанная с субъективностью интерпретации. Поэтому не рекомендуется на основе одних лишь рисуночных тестов делать окончательные выводы о психологических особенностях ребенка. Эти тесты дают основание для обоснованных предположений, но не для безапелляционных суждений. Окончательное заключение может быть вынесено лишь при сопоставлении особенностей рисунков с другими данными – например, с результатами наблюдений, данными клинической беседы или дополнительных, более строгих тестов.

В остром состоянии часто бывают наиболее информативны самые простые методики: «Свободный рисунок» (инструкция: «*Нарисуй, что хочешь*») или «Красивый рисунок» (инструкция: «*Нарисуй красивый цветной рисунок – какой захочешь*»). Они могут выполняться цветными карандашами, пастелью или красками.

Для более детальной характеристики состояния детей и подростков разработаны специализированные тесты (обычно они выполняются простым карандашом, но возможно использование цветных карандашей или пастели):

«*Рисунок человека*» (Ф. Гудинаф; К. Маховер). Инструкция: «*Нарисуй человека – всего, целиком. Постарайся нарисовать как можно лучше – так, как ты умеешь*». После того, как обследуемый закончил рисунок, полезно провести его обсуждение, выяснив, что за человек нарисован – какого он возраста, пола (если это не очевидно по рисунку), какой у него характер, чем

он занимается, что любит и чего не любит, что ожидает его в будущем и т.п. В соответствии с процедурой, разработанной Маховер, по завершении беседы предлагается еще одно задание. Обследуемому дают новый лист бумаги с инструкцией: *«А теперь нарисуй человека другого пола»*). Рисунок человека противоположного пола обсуждается так же, как и первый.

«Дом, дерево, человек» (Дж. Бук). Инструкция: *«Нарисуй дом, дерево и человека»*. Каждый рисунок делается на отдельном листе и обсуждается: какое дерево нарисовано, где оно растет; кто живет в доме и т.п.

«Несуществующее животное» (М.З. Дукаревич). Инструкция: *«Я хочу посмотреть, насколько у тебя развиты воображение, фантазия (вариант для маленьких детей: как ты умеешь придумывать, воображать). Придумай и нарисуй животное, которого на самом деле не бывает, никогда не было и которого до тебя никто не придумывал – которого нет ни в сказках, ни в компьютерных играх, ни в мультфильмах»*. Когда ребенок кончает рисовать, его просят придумать животному название и описать его образ жизни (вариант для маленьких детей: *«Расскажи, как оно живет»*). Затем обследуемому предлагают представить себе, что это животное встретило волшебника, который готов выполнить любые три его желания, и спрашивают, какими могли бы быть эти желания.

Дополнительные задания к тесту *«Несуществующее животное»*, выполняемые после основного задания (А.Л. Венгер): *«Злое животное»* (инструкция: *«Теперь придумай и нарисуй еще одно несуществующее животное. На этот раз – не любое, а самое злое и страшное, которое тебе удастся придумать»*), *«Несчастное животное»* (инструкция: *«Теперь нарисуй самое несчастное несуществующее животное, какое тебе удастся придумать»*), *«Счастливое животное»* (инструкция: *«Нарисуй самое счастливое несуществующее животное, какое тебе удастся придумать»*). По завершении рисунков выясняется, почему нарисованное животное – самое злое и страшное (несчастное, счастливое), в чем это проявляется.

«Рисунок семьи» (К. Аппель; В. Хьюлс; В. Вульф). Инструкция: «Нарисуй на этом листе всю свою семью». По завершении рисунка надо выяснить, кого изображает каждый из нарисованных персонажей.

Рисуночные тесты чувствительны к большому числу различных личностных и эмоциональных особенностей. Кроме того, они позволяют оценить уровень общего умственного развития. В некоторых случаях они дают основания заподозрить наличие органических поражений мозга, задержки психического развития (нарушений обучаемости), умственной отсталости, невротического состояния, психического заболевания.

2.2. Признаки психологической травмы в детском рисунке

При *острой тревоге, высокой эмоциональной напряженности*, типичных при психологической травме, часто появляются изображения, не помещающиеся на листе или буквально «втиснутые» в пространство листа. Иногда даже не очень большой рисунок бывает так неудачно расположен, что какая-либо его часть не помещается на листе. Например, краем листа оказываются «обрезаны» ноги человека, часть крыши или стены дома, верхняя часть кроны дерева. Это происходит из-за *нарушений организации действий*, частых при психотравме: ребенок не планирует свои действия, не думает о том, как правильно разместить рисунок.

Еще один признак тревоги и эмоциональной напряженности – это небрежная штриховка с сильным нажимом (зачернение всего рисунка или его значительной части). О тревоге говорят также многочисленные стирания и исправления, множественные линии вместо одинарной. Если рисунок выполнен в цвете (методики «Красивый рисунок», «Свободный рисунок»), то эмоциональная напряженность проявляется в повышенной напряженности и контрастности цветовой гаммы. Типичны крупные пятна красного или красно-оранжевого цвета. В рассказе об образе жизни «несуществующего животного» подчеркиваются подстерегающие его опасности (недостаток еды, хищники, охотники и т.п.).

Типичная символика *страхов* – изображение глаз с большой зачерненной радужкой или же зачерненных целиком. Иногда, напротив, глаза изображаются пустыми (без радужки и зрачков), но с резко подчеркнутым контуром.

В рисунках детей, перенесших психотравму, часто присутствуют признаки *высокой эмоциональной лабильности*. Она проявляется в значительных колебаниях силы нажима на карандаш, степени детализированности рисунков и степени их аккуратности. Вариации могут наблюдаться как от рисунка к рисунку, так и внутри одного и того же рисунка (когда одни его части сильно отличаются от других). При особо остром состоянии рисунок бывает не завершен. Типичны «рваные» линии, местами с сильным нажимом, а местами исчезающие.

Астенизация, нередко сопровождающая психологическую травму, проявляется в ослабленном нажиме на карандаш, «нитяной» линии. Многие линии не доведены до конца. Рисунок беден деталями. Цветовая гамма обеднена (используется всего два-три цвета, изображения не закрашены). В рассказе об образе жизни «несуществующего животного» упоминаются темы усталости, отдыха, сна, лени, медлительности или слабости.

Для *депрессивного состояния* характерны мелкие рисунки. Они обычно располагаются в углу листа, оставляя всю остальную его часть пустой. Эти признаки бывают особенно ярко выражены в тесте «Несчастное животное». В методиках «Свободный рисунок» и «Красивый рисунок» типично преобладание холодных цветов (синего, голубого, сине-зеленого). При более глубокой депрессии преобладают темные тона (черный, коричневый, темно-синий, фиолетовый). В рассказах о рисунках звучат темы смерти, старости, болезни, разрушения.

Проявлениями *агрессии* служат любые аксессуары, которые могут служить оружием. В рисунке человека это может быть пистолет, сабля, дубина. Об агрессивности говорит также изображение сжатых кулаков – особенно если они большого размера и нарисованы с сильным нажимом.

Нередко встречается подчеркнутая прорисовка мускулатуры, особо широкие («сверхмужественные») плечи. Ветви дерева изображаются заостренными. Для цветовой гаммы свободного рисунка и «красивого рисунка» характерны крупные пятна красного или красно-оранжевого цвета (как и при острой тревоге). «Несуществующее животное» снабжается рогами, когтями, острыми шипами. Если острия направлены в сторону собственного тела (например, направленное на себя жало скорпиона), то это может свидетельствовать об *аутоагрессии*, *чувстве вины*. Агрессия наиболее ярко проявляется в рисунке «злого животного», поскольку в этом тесте сама инструкция дает легитимацию агрессивности (т. е. делает ее дозволенной).

По рисуночным тестам можно увидеть вызванную психотравмой *аутизацию*, проблемы общения. Они отражаются в отсутствии или резко уменьшенном размере кистей рук на рисунке человека, в изображении «пустых» глаз, лишенных зрачка и радужки (в отличие от символики страхов, контур глаз в этом случае обычно не подчеркивается, а, напротив, изображается слабой линией). При описании образа жизни «несуществующего животного» указывается пустынное место жительства (пещера, пустыня, космос и т.п.). Признаком нарушений общения служит также указание на использование в пищу несъедобных вещей (гвоздей, камней, стекла, металла, деревьев, домов, планет и т.п.).

Травматическая *регрессия* приводит к тому, что рисунки не соответствуют возрасту. Они выглядят так, как будто сделаны ребенком значительно младшего возраста. Например, у подростков появляются схематические рисунки вместо типичных для этого возраста пластических.

В *остром состоянии* свободный рисунок нередко становится беспредметным. Он может представлять собой отдельные цветные штрихи и пятна или одно грязно-бурое пятно. Характерна также фрагментарность, когда на одном листе хаотично разбросаны различные изображения, не сочетающиеся между собой. Часто встречаются символические образы (привидения, Смерть с косой, скрещенные кости и т.п.). Об остроте

состояния может говорить также искаженная форма головы (вогнутая, угловатая). На рисунке человека и «несуществующего животного» иногда появляются анатомические детали (кости, кровеносные сосуды, внутренние органы), раны, шрамы. На рисунке дерева – зачерненное или нарисованное с сильным нажимом дупло. В описании образа жизни «несуществующего животного» встречаются противоречия, нарушения логики; описываемый образ жизни противоречит внешнему виду животного (например, утверждается, что животное летает, хотя на рисунке нет ни крыльев, ни каких-либо других приспособлений для полета).

Ни один из указанных признаков не может однозначно свидетельствовать о психотравме. Например, неудачное размещение рисунка, когда он «не помещается» на листе, встречается при импульсивности, вызванной самыми разными причинами. Это может быть гиперактивность, связанная с органическим поражением центральной нервной системы, несформированность самоконтроля из-за педагогической запущенности и т.п. Эмоциональная лабильность, отражающаяся в сильно варьирующем нажиме на карандаш, бывает индивидуально-типологической особенностью ребенка. Очень слабый нажим наблюдается при сильной усталости, при астении после соматического заболевания и т.п. Не специфичны для психотравмы и такие отклонения как депрессивное состояние, повышенная агрессивность, нарушения общения. Инфантильные рисунки и нарушения логики в описании образа жизни «несуществующего животного» часты при когнитивных нарушениях (задержке психического развития, умственной отсталости). Помимо этого, любой из указанных признаков может быть следствием психического заболевания. Если какие-либо из этих особенностей имелись и до психотравмы, то она обычно приводит к их обострению.

2.3. Опросники для родителей и педагогов

При массовых катастрофах важно как можно полнее выявить детей и подростков, чье состояние требует психологической помощи. Для получения предварительных данных о возможных последствиях экстремальной ситуации полезно использовать *опросные листы для родителей и педагогов*, содержащие перечень типичных проявлений психотравмы. Эти опросные листы были составлены нами на основе наиболее распространенных жалоб. Их рекомендуется предлагать родителям и педагогам всех детей, переживших чрезвычайную ситуацию или бывших ее свидетелями.

Опросный лист для родителей или заменяющих их лиц

Опросный лист предваряется *инструкцией*:

«Дорогие взрослые!

Мы хотим помочь Вашему ребенку хорошо учиться и как можно быстрее восстановить эмоциональное равновесие. Для этого мы просим Вас отметить те пункты списка, которые относятся к Вашему ребенку.

Пожалуйста, внимательно прочитайте каждый пункт и оцените, имеются ли у Вашего ребенка соответствующие проявления. Если эти проявления отсутствуют, поставьте слева от этого пункта цифру "0". Если они имеются, но слабо выражены – цифру "1". Если они выражены в средней степени, поставьте цифру "2". Если они очень сильно выражены, поставьте цифру "3".

При оценке выраженности тех или иных проявлений не бойтесь ошибиться, полагайтесь на собственное впечатление».

Далее следует 17 пунктов, описывающих типичные проявления психотравмы, наиболее часто замечаемые родителями:

1. Не может долго заниматься каким-либо делом, начинает и бросает его
2. Беспокойный, возбудимый
3. Агрессивный, драчливый
4. Ко всему равнодушен, пассивен

5. Уединяется, стремится чаще быть в одиночестве
6. Ведет себя как маленький (младше своего возраста)
7. Появились «детские» проявления, которых уже не было (например, сосание пальца, недержание мочи и т.п.)
8. Ребенок стал «слишком взрослым»
9. Часто вспоминает о чрезвычайной ситуации
10. Часто плачет
11. Часто грустит, расстраивается
12. Появились страхи
13. Бывает раздражительным
14. Беспричинно меняется настроение
15. Жалуется, что тошнит, болит живот или голова
16. Появились постоянные мысли о катастрофе и безопасности
17. Стараются все время находиться с кем-то из членов семьи, беспокоится, если этого человека нет рядом

При обработке опросного листа подсчитывается общая сумма баллов. Она может находиться в пределах от 0 (если все 17 пунктов опросного листа отмечены цифрой "0") до 51 (если все пункты отмечены цифрой "3"). Суммарный балл до 9 включительно может рассматриваться как соответствующий норме. Суммарный балл от 10 до 18 говорит о высокой вероятности психологической травмы. Суммарный балл от 19 и выше свидетельствует о явном отклонении от нормы. Однако важно помнить, что это отклонение не обязательно является следствием психологической травмы. Оно может быть вызвано психическим расстройством, не связанным с экстремальной ситуацией. Возможно также, что оно объясняется не столько особенностями ребенка, сколько неадекватной оценкой со стороны родителей. В любом случае, для выявления причин отклонения требуется психологическая консультация.

Опросный лист для педагогов

Учителям и воспитателям детских садов также предлагается заполнить опросный лист на каждого своего ученика или воспитанника. Опросному листу предшествует *инструкция*:

«Уважаемый педагог!

Мы хотим помочь Вашим ученикам (воспитанникам) хорошо учиться и как можно быстрее восстановить эмоциональное равновесие. Для этого мы просим Вас заполнить предлагаемые опросные листы на каждого своего ученика (воспитанника).

Пожалуйста, внимательно прочитайте каждый пункт и оцените, имеются ли у ребенка соответствующие проявления. Если эти проявления отсутствуют, поставьте слева от этого пункта цифру "0". Если они имеются, но слабо выражены – цифру "1". Если они выражены в средней степени, поставьте цифру "2". Если они очень сильно выражены, поставьте цифру "3".

При оценке выраженности тех или иных проявлений не бойтесь ошибиться, полагайтесь на собственное впечатление».

Далее следуют 20 пунктов, описывающих типичные проявления психотравмы, наиболее часто замечаемые педагогом:

1. Беспокоен, чрезмерно возбудим
2. Пассивен, ко всему равнодушен
3. Не может долго заниматься каким-либо делом, начинает и бросает его
4. Бывает раздражительным
5. Берет или портит чужие вещи
6. Слишком разговорчив, навязчив
7. Агрессивен, драчлив
8. Нуждается в постоянной помощи и контроле со стороны учителя
9. Имеются страхи
10. Часто отсутствует в школе (детском саду)
11. Поведение сильно меняется в зависимости от настроения

12. Жалуется, что тошнит, болит живот или голова.
13. Уединяется, стремится чаще быть в одиночестве
14. Часто вспоминает о чрезвычайной ситуации, беспокоится о безопасности
15. Часто грустит, расстраивается, плачет
16. Не принимает помощь учителя
17. Шумно ведет себя в классе (детском саду)
18. На занятиях невнимателен, не может на чем-либо сосредоточиться
19. Чрезмерно молчалив, трудно вытянуть из него слово
20. Беспричинно меняется настроение

Обработка проводится так же, как было описано выше, но границы несколько другие. Минимальный возможный результат, как и в опросном листе для родителей, равен нулю, максимальный – 60. Норме соответствует суммарный балл до 12 включительно. О высокой вероятности психологической травмы свидетельствует суммарный балл от 13 до 20. Суммарный балл от 21 и выше – показатель явного отклонения от нормы.

Глава 3. ВИДЫ И ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Теоретическое введение: культурно-исторический подход в психотерапии

Для самых разных направлений немедицинской психотерапии характерно представление о том, что ее центральной задачей является развитие личности клиента. Это представление наиболее детально разработано в рамках гуманистического направления (Роджерс, 2001). Соответственно, наиболее адекватным теоретическим основанием для психотерапии служит *общая теория развития личности*. Одной из самых разработанных подобных теорий является *культурно-историческая теория*. Вклад этой теории особенно значим для построения работы с детьми и подростками.

Кратко суммируем важнейшие, на наш взгляд, положения культурно-исторической концепции, следуя работе Л.С. Выготского «История развития высших психических функций» (1983а), в которой они изложены чрезвычайно четко и развернуто.

1. Специфика человеческих психических процессов определяется их *опосредованной структурой*. По утверждению Л.С. Выготского, «все эти процессы являются процессами овладения нашими собственными реакциями при помощи различных средств» (с. 273). В более поздних работах учеников и последователей Выготского акцент был сделан на *способе использования* психологических средств. Овладение средством – это овладение способом его использования. Важнейшую роль в использовании средства играет *ориентировка в ситуации* (Леонтьев, 1983; Запорожец, 1986; Гальперин, 1966).
2. Психологические средства выработаны обществом в ходе его исторического развития и усваиваются индивидом благодаря процессу *интериоризации* – «присвоения» социального отношения, превращения его в индивидуальную психическую функцию: «Всякая высшая психическая функция необходимо проходит через внешнюю стадию развития, потому что функция является первоначально социальной. Это – центр всей проблемы внутреннего и внешнего поведения. Многие авторы давно уже указывали на проблему интериоризации, перенесения поведения внутрь» (Выготский, 1983а, с. 144).
3. Применяя интериоризованное психологическое средство, человек приобретает способность *произвольно управлять своим поведением и своими психическими процессами*, организовывать их в соответствии с собственными намерениями. Так, Выготский противопоставляет произвольное внимание человека непроизвольному вниманию животного: «...внимание животного, даже и при дрессировке, уже потому не является произвольным, что этим вниманием овладевает человек, но не само животное. У животных нет перехода от овладения другими к

овладению собой, от подчинения к господству, перехода, который составляет самую характерную черту в развитии произвольного внимания человека» (с. 212).

Указанные положения получили наиболее детальную экспериментальную разработку применительно к развитию когнитивных процессов. Однако они относятся к любым формам человеческого развития. В частности, они полностью приложимы к развитию личности, совершающемуся в процессе психотерапии.

В цитированной работе Л.С. Выготский приводит экспериментальное исследование становления у ребенка волевого действия. В этом исследовании ребенку нужно было сделать выбор между двумя одинаково привлекательными вариантами действий. В качестве способа преодолеть бесконечные колебания ребенку предлагалось использовать жребий: бросание игрального кубика с черными и белыми сторонами. Ребенок заранее решал, какой вариант он выберет при выпадении черной стороны, а какой – при выпадении белой. Этот прием позволял ему легко и быстро выбрать один из вариантов. Это прямой путь к построению психотерапевтической техники для работы с высоко тревожными детьми, у которых проблема произвольного выбора стоит чрезвычайно остро.

Д.Б. Эльконин (1989), анализируя происхождение культурно-исторической психологии, видит ее источник в ранних исследованиях Выготского, посвященных психологии искусства. А.В. Запорожец (1986), также ссылаясь на книгу Выготского «Психология искусства», выдвигает тезис о том, что «...в формировании психической деятельности, которая необходима... для эмоционального предвосхищения последствий собственных действий, существенное значение имеют образно-выразительные средства... Эти выразительные средства, этот *язык чувств* имеют социальное происхождение. Наиболее совершенные его формы представлены в искусстве» (т. 1, с. 270; курсив автора).

Эти положения полностью соответствуют современной тенденции все шире использовать в психотерапии выразительные средства искусства. В последние десятилетия получили развитие такие направления как арт-терапия, музыкотерапия, драмотерапия, библиотерапия, сказкотерапия. Однако, не будучи включены в серьезный теоретический контекст, эти методы зачастую используются «вслепую». Из-за этого их применение обычно ограничивается преодолением отдельных неблагоприятных симптомов. В отличие от этого, подход с позиций культурно-исторической концепции позволяет с помощью подобных методов решать значительно более существенную задачу *нормализации общего хода психического развития ребенка*. Условием этого является включение методов арт-терапии в целостную систему взаимоотношений ребенка с социальным окружением: родителями, другими взрослыми, сверстниками.

Методы арт-терапии для культурно-исторического подхода наиболее органичны, поскольку самые мощные и универсальные социально выработанные средства переработки переживаний представлены в искусстве. Вместе с тем, нередко оказывается продуктивным использование и более простых психологических средств.

С точки зрения культурно-исторического подхода, важнейшей задачей психологической коррекции является восстановление *социальной ситуации развития* ребенка. Это достигается благодаря организации ряда «промежуточных», *замещающих* ситуаций развития, последовательно и постепенно возвращающих ребенка в нормативную для его возраста систему отношений с обществом (т. е. со взрослыми, сверстниками, социальными институтами – прежде всего, школой).

Культурно-исторический подход предусматривает следующие основные принципы построения работы:

1. Психолог предлагает ребенку определенные *психологические средства*, наиболее эффективные для преодоления имеющейся проблемы.

Преимущество отдается общекультурным средствам (а не специально изобретенным для целей психотерапии).

2. В процессе психотерапии ребенку раскрывается *способ использования* предложенных средств, психологический механизм их действия. Это обеспечивает произвольность их последующего применения, предотвращает возникновение зависимости от психолога.
3. Целенаправленно организуется процесс *интериоризации*, «присвоения» ребенком психологических средств и способов их использования.
4. При выборе психологических средств и построении системы терапевтических отношений обращается особое внимание на *особенности культуры*, к которой принадлежит ребенок.
5. В коррекционной работе создаются *замещающие ситуации развития*, позволяющие восстановить социальную ситуацию развития ребенка, нормативную для его возраста.

В последующих главах приводятся отдельные техники, полезные при работе с психологической травмой. Мы не ставим своей целью предложить полную систему психотерапевтической работы. Такая система всегда строится индивидуально, применительно к возрасту, состоянию и индивидуальным особенностям конкретного ребенка. Однако для ее построения нужен материал: набор методик, техник, приемов. Именно такие техники и приемы будут описаны далее. Некоторые из них применимы только к детям определенного возраста (например, к подросткам или же к детям раннего возраста), другие более универсальны. Но, конечно, абсолютно универсальных методов не существует. Поэтому только опыт и профессиональная интуиция смогут подсказать психологу, какой из описываемых нами приемов полезно использовать в каждом конкретном случае.

3.2. Психологическая помощь на разных этапах переживания психотравмы

Эффективность психологической помощи тем выше, чем раньше она была начата. Желательно, чтобы острая симптоматика была преодолена там же, где была получена психотравма (разумеется, при обеспечении физической безопасности, а в случае необходимости – лечения). Если человека сразу увозят подальше от места трагедии, то у него остается чувство, что его проблемы поджидают его там, откуда он уехал. Еще одно важное условие – это как можно более раннее возвращение к привычной деятельности, для детей школьного возраста – к посещению школы. Затянувшееся пребывание в статусе «пострадавшего» приводит к психологической инвалидизации, порождает ощущение своей беспомощности.

В зависимости от времени оказания помощи и от решаемых задач, можно выделить *экстренную, краткосрочную и пролонгированную* психологическую помощь.

Экстренная помощь необходима непосредственно после травмирующего события – в первые несколько дней или недель (в зависимости от тяжести психотравмы). Она оказывается также при оживлении острой симптоматики, происходящем в результате дополнительных стрессов. В частности, такими стрессами нередко становятся годовщины трагических событий.

Краткосрочная помощь оказывается в течение первых месяцев после психотравмы. Если ребенок не получил такой помощи своевременно, то нередко приходится оказывать ее отсроченно. В этом случае она оказывается менее эффективной и может занимать больше времени.

Пролонгированная помощь осуществляется в течение нескольких лет после психотравмы.

Предлагаемое членение в значительной мере условно. В реальности эти виды помощи нередко оказываются параллельно. Так, экстренная помощь

начинается сразу после психотравмы, на кризисном этапе, но продолжается также на этапе стабилизации. Краткосрочная помощь начинается на этапе стабилизации и продолжается на этапе восстановления. Пролонгированная помощь начинается на этапе восстановления и продолжается на этапе интеграции.

Задачи психологической реабилитации детей и подростков, переживших тяжелую психологическую травму, принципиально различны непосредственно после нее и несколько месяцев спустя. На первом этапе реабилитационная работа в целом может быть охарактеризована как *медико-психологическая*, на втором – как *собственно психотерапевтическая* и *психолого-педагогическая*. Этим определяется и подбор специалистов, осуществляющих такую работу.

Для купирования *острой реакции на стресс* требуются не только специфически психологические или медицинские меры, но, в первую очередь, проявления общечеловеческой заботы:

- Удаление пострадавших из опасной зоны, помещение их в безопасную обстановку. Покой, тепло, обеспечение питьем и едой.
- Нельзя оставлять пострадавших в одиночестве и неизвестности. Им необходимо «выговориться». Надо выслушать их, не перебивая, не торопя, не возражая, с полным сочувствием¹.
- Пострадавшие нуждаются в информации. Она должна быть правдивой, с перечислением принимаемых мер.

Сразу после психотравмы основной задачей *экстренной психологической помощи* пострадавшим детям и подросткам является

¹ Бывает, что ребенок и на этом, и на последующих этапах переживания психотравмы многократно, навязчиво рассказывает о произошедшем. Его обязательно нужно *каждый раз* внимательно и сочувственно выслушивать, но не следует специально провоцировать расспросами такие рассказы.

экспресс-коррекция наиболее острой симптоматики, препятствующей нормальному функционированию ребенка:

- восстановление нормального сна и питания (что создает благоприятные условия для восстановления центральной нервной системы);
- обеспечение нормального уровня общей активности;
- преодоление острых фобий, депрессивных состояний, острой тревоги, флэшбэк-эффектов;

Снятие этих симптомов способствует дальнейшей нормализации психологического состояния, активизирует использование ребенком имеющихся у него стратегий преодоления (*coping strategies*). Подобные задачи типичны для кратковременного психологического вмешательства, которое, в отличие от продолжительных форм психотерапии, направлено не на обеспечение глубоких личностных преобразований, а на «избавление от негативных переживаний, дискомфорта или депрессии» (Гарфилд, 2002, с. 24). Показано, что существенное повышение уровня субъективного благополучия может быть достигнуто уже за один – два сеанса психотерапии (Нардонэ, Вацлавик, 2006; Howard et al., 1993).

Преодоление или снижение эмоционального дискомфорта важно не только само по себе, но и как профилактическая мера, снижающая риск последующего развития посттравматического стрессового расстройства. Установлено, что при отсутствии специальной профилактической работы это расстройство в ряде случаев проявляется у 70 и более процентов детей и подростков, переживших тяжелую психотравму (Nader et al., 1990).

Специфика работы на этапе экстренной помощи состоит в том, что:

- Инициатива обращения часто не принадлежит клиенту, требуется *активность и настойчивость специалиста*.
- Отсутствует строгая регулярность встреч, четкая регламентация отношений.

- В некоторых случаях работа может проводиться на дому у ребенка. *Источниками информации* для посещений на дому служат вызовы по «горячей линии», данные участковых врачей и социальных служб, сведения, полученные от соседей и т.п.

Краткосрочная психологическая помощь осуществляется, преимущественно, по запросу клиента.

Восстановление активности, достигнутое на этапе экстренной помощи, служит эффективным средством преодоления детской депрессии. Вместе с тем, оно нередко сопровождается актуализацией симптоматики, которая ранее не наблюдалась именно вследствие общей заторможенности ребенка. Появляются хаотические, мало целенаправленные действия, деструктивные и агрессивные проявления. У большинства детей, уровень активности которых исходно не был снижен, подобное поведение наблюдается сразу на момент обращения. Как правило, в результате психотравмы существенно нарушается общение со взрослыми и сверстниками, причем эти нарушения в большинстве случаев являются довольно длительными.

Из всего сказанного вытекают основные задачи работы на этапе краткосрочной психологической помощи:

- дальнейшая нормализация эмоционального состояния;
- упорядочение активности;
- отреагирование травматических переживаний и агрессии;
- преодоление грубых нарушений общения.

Основной задачей **продолженной помощи** (т. е. работы с отсроченными последствиями психотравмы) становится *восстановление нормального социального и внутрисемейного функционирования* детей. Очень важно обеспечить регулярное посещение школы (детского сада). Одну из важных задач работы на этапе продолженной помощи составляет также коррекция тех неблагоприятных психологических особенностей ребенка, которые существовали уже до психотравмы и обострились после нее.

Поскольку в результате психотравмы возникают нарушения общения с родителями и сиблингами (братьями/сестрами), требуется специальная работа по преодолению этих нарушений. Для восстановления нормального состояния и функционирования детей необходима психологическая работа с ближайшим окружением ребенка – в первую очередь, с родителями и педагогами.

Пролонгированная психологическая помощь детям, пережившим психологическую травму, как по своим задачам, так и по формам приближается к другим видам психотерапии, не связанным с преодолением стрессовых состояний. Как было сказано выше, экстренная и краткосрочная помощь имеют, преимущественно, симптоматическую направленность. Это своего рода «психологическая скорая помощь». В отличие от этого, пролонгированная помощь предполагает значительно более глубокую проработку личностных проблем ребенка.

На всех этапах работы при оказании психологической помощи могут использоваться самые разнообразные концептуальные подходы и техники. На сегодняшний день одним из наиболее разработанных направлений в работе с детьми является игровая терапия (Schaefer & O'Connor, 1994; Webb, 1999). Однако чрезвычайно большие возможности предоставляют и другие виды терапии: арт-терапия, двигательная терапия, релаксационные техники.

3.3. Восстановление активной жизненной позиции подростков

В результате массовой катастрофы психологическую травму получают не только те, кто в ней непосредственно пострадал, но и многие другие люди, прямо не пострадавшие. Так, после террористического акта в Беслане травмированным оказался практически весь город. Как одно из последствий этого, у бесланских подростков резко нарушился процесс становления личности, оказались утеряны жизненные перспективы и планы. Обычной для старшеклассников Беслана стала пассивная жизненная позиция, широко

распространились *рентные установки*. Аналогичные проблемы возникают и в случае стихийных бедствий, масштабных техногенных катастроф и т.п.

Типичным является разделение общества на «пострадавших» и «не пострадавших». Между этими группами населения часто возникает серьезная напряженность, вплоть до открытых конфликтов. Одним из наиболее серьезных источников конфликтов служит проблема распределения гуманитарной помощи. Яркий пример этого – высказывание одной из «не пострадавших» жительниц Беслана спустя примерно полгода после трагедии: «У них (т. е. у «пострадавших») теперь все есть. Вот когда в следующий раз будут захватывать заложников, я туда первая побегу и всех родственников с собой возьму. Тогда и у нас все будет». Вместе с тем, какая-то гуманитарная помощь обычно достается и «не пострадавшим», что вызывает возмущение у «пострадавших»: «А им-то за что?!».

Еще один побочный психологический эффект гуманитарной помощи – это формирование иждивенческой позиции, рентной установки. Такая установка приводит к пассивности, снижению самооценки и самоуважения – и в конечном итоге к существенному снижению уровня эмоционального комфорта, углублению личностного кризиса.

Указанные проблемы мало затрагивают дошкольников и младших школьников, но начинают сильно сказываться, начиная с подросткового возраста. Отсюда вытекают такие задачи психологической работы с подростками как:

- возвращение подросткам ощущения нормальной жизни;
- преодоление пассивности и рентной установки, пробуждение социальной активности;
- преодоление разобщенности подростков, конфликтов между «пострадавшими» и «не пострадавшими».

Для решения этих задач наиболее эффективна групповая работа.

3.4. Задачи психологической работы с семьей

Для восстановления нормального психологического состояния ребенка после пережитой психотравмы большое значение имеет психокоррекционная работа с семьей в целом (Юл, Уильямс, 2001). В результате травмы нарушаются нормальные детско-родительские связи, возникают симбиотические либо вынужденно дистанцированные отношения между ребенком и родителями. При появлении у ребенка нарушений поведения родители ощущают свою некомпетентность и беспомощность и невольно способствуют закреплению негативных поведенческих стереотипов: потакают детским капризам, чрезмерно остро реагируют на ипохондрические жалобы, оберегают от столкновений с малейшими жизненными трудностями.

Если психологическую травму пережили и родители, и ребенок (что типично для массовых катастроф), то *темпы восстановления их психологического состояния существенно различаются*. Обычно дети быстрее возвращаются к нормальному эмоциональному уровню благодаря большей психической гибкости и адаптивным возможностям. Состояние родителей изменяется медленнее и препятствует нормализации психического развития детей. Несмотря на то, что родители озабочены оказанием помощи своим детям, недостаточная критичность к собственному психологическому состоянию нередко заставляет их самих избегать психологической помощи. В связи с этим специальное внимание следует обратить на привлечение родителей к работе над собственными психологическими проблемами и трудностями.

Особенно важна работа с семьями в тех случаях, когда структура семьи нарушается вследствие гибели отца или матери. При этом резко обрываются связи, функции умершего родителя не переходят к оставшемуся в живых. Наиболее тяжелой категорией являются мужчины-вдовцы, воспитывающие маленьких детей. Проявление каждодневной заботы о ребенке – непривычная для них функция. Их эмоциональное состояние может надолго оставаться очень тяжелым. Это усугубляется широко распространенным

представлением о том, что обращение за психологической помощью унижительно для мужчины и свидетельствует о непростительной слабости. Часто большую нагрузку берут на себя прародители (бабушки и дедушки), которые, однако, не всегда готовы к выполнению этой роли и также переживают психологическую травму.

Глава 4. КОРРЕКЦИЯ ГРУБЫХ НАРУШЕНИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

4.1. Восстановление распавшихся действий

Психокоррекция строится с учетом уровня регрессии. При полном распаде действия первой задачей становится восстановление его в совместной форме (т.е. его возвращение в зону ближайшего развития). Если же действие осталось в зоне ближайшего развития, то психокоррекция направляется на его возврат в зону актуального развития. Восстановление способности самостоятельно выполнять действия, освоенные ранее, служит важным условием нормального социального функционирования ребенка.

Как и любое обучение, психокоррекция основана на использовании *психологических средств*, включающихся в качестве «регуляторов» действий ребенка. Типичным примером такого средства является слово в его регуляторной функции (Выготский, 1982). В ходе онтогенеза сначала взрослый с помощью слова управляет поведением ребенка (например, спрашивает: «Где лампа?» – и ребенок показывает на лампу). Затем ребенок начинает использовать слово для управления поведением взрослого (например, просит: «Дай!», – и взрослый дает ему желаемый предмет). И, наконец, ребенок научается с помощью слова управлять собственным поведением (дает себе *самоприказы*).

Наряду со словом – наиболее универсальным психологическим средством – Выготский называл и другие виды подобных средств, обеспечивающих организацию поведения. Это, например, указательный

жест; узелок «для памяти»; бросание жребия, помогающее принять решение, когда человек затрудняется в выборе из двух имеющихся альтернатив, и т.п. (Выготский, 1983а). Человек не изобретает психологические средства самостоятельно. Они выработаны обществом в процессе его исторического развития и сохраняются в человеческой культуре. Ребенок овладевает ими в процессе общения и совместной деятельности со взрослыми.

Размышляя о том, как ребенок овладевает психологическими средствами (или *знаками*, как часто называл их Выготский), Д.Б. Эльконин (1989) писал: «Значение знака в той *функции* другого человека, в которой он вводится в организацию поведения. Они могут быть различны (решающий, контролер, вообще помогающий, напоминающий о ком-то). Знак – нечто вроде подарка. Ведь подарок – напоминание о том, кто его сделал. Именно поэтому знак социален, именно поэтому он организует поведение» (с. 514). Если продолжить аналогию Д.Б. Эльконина, то можно сказать, что тот «магазин», в котором взрослый приобретает свой «подарок» (знак) – это человеческая культура.

Этот механизм может быть проиллюстрирован на примере работы с семилетней Аминой.

В период работы в Беслане, в середине сентября 2004 г. сотрудники телефонной «горячей линии» передали нам вызов на дом с просьбой оказать помощь девочке, которая в результате тяжелой психотравмы потеряла возможность самостоятельно засыпать. Амина находилась в заложниках вместе с родителями и старшим братом. Отец и брат погибли, мать с тяжелыми ранениями несколько месяцев лежала в больнице. Сама Амина получила ожоги и легкие осколочные ранения. Согласно записи в медицинской карте, у нее наблюдались посттравматическое стрессовое расстройство, депрессивное состояние. Отмечались выраженные страхи, панические реакции.

Во время посещения Амины на дому ее бабушка рассказала, что девочка отказывается есть, спать, подолгу громко кричит, особенно когда наступает вечер и приходит пора ложиться спать. Когда Амину удается уложить в кровать, она боится закрыть глаза, испуганно кричит и плачет. В итоге девочка спит не более 3-4 часов в сутки. Во время нашего визита, после непродолжительного знакомства, Амина как кавказская гостеприимная хозяйка пригласила нас к накрытому столу. Затем согласилась «покормить» игрушечную собачку и понемногу сама начала есть «за нее». После ужина Амина прослушала сказку вместе с собачкой и согласилась уложить ее спать.

С девочкой был проведен сеанс релаксации. Собачка осталась на подушке рядом с ней «охранять ее и оберегать от страшных снов». Амине сразу было сообщено, что собачка чужая и ее обязательно надо вернуть в Москву. В дальнейшем девочка стала ходить днем в Реабилитационный центр при поликлинике. По вечерам Амина еще два раза сама звонила по телефону и просила: «Пришлите, пожалуйста, психолога уложить меня спать». В дальнейшем она стала засыпать сама, без визитов психолога, но с собачкой. Каждый день, приходя в игровую, Амина сообщала психологам, что «собачка не нагостила у нее и просится еще немного побыть в гостях». Перед самым нашим отъездом, о котором Амина была предупреждена, она по собственной инициативе вернула полюбившуюся собачку, а взамен получила другую «защитницу» – большую плюшевую собаку.

На этом примере хорошо видно, что даже такое простое действие, как самостоятельное укладывание спать, может полностью распасться в результате психотравмы. На первом этапе коррекционной работы действие возвращается в зону ближайшего развития: девочка, ранее вовсе не способная укладываться спать, смогла совершать это действие совместно со

взрослым (психологом). В данном случае ее собственная функция состояла в проявлении инициативы (телефонные звонки). Остальное – проведение релаксации, укладывание в постель и т.п. – обеспечивал взрослый. На следующем этапе действие стало самостоятельным. Девочка начала укладываться сама с помощью игрушечной собачки, выступившей в роли психологического средства. В полном соответствии с соображениями Д.Б. Эльконина, это средство было преподнесено Амине как «подарок» взрослого. Само же оно выработано исторически: в культуре давно зафиксировано использование мягкой игрушки в качестве средства, успокаивающего ребенка и охраняющего его сон.

Показательна высокая степень привязанности Амины к игрушке. В течение длительного времени девочка не могла с ней расстаться, хотя понимала, что это необходимо. В конечном итоге она сумела это сделать: это был результат следующего этапа интериоризации действия, когда оно уже стало доступным и в отсутствие исходного внешнего средства.

4.2. Формы взаимодействия взрослого с ребенком

В настоящем разделе мы остановимся на особенностях работы с детьми раннего и дошкольного возраста. К сожалению, в литературе эта тема освещена крайне слабо. Большинство методов коррекции стрессовых состояний рассчитаны на взрослых людей и подростков. Значительно реже обсуждаются вопросы работы с детьми младшего школьного возраста. Дети же раннего и дошкольного возраста чаще всего остаются «за бортом», хотя они не меньше других нуждаются в психологической помощи.

Работа с маленьким ребенком не может осуществляться на основе речевого общения. В данном возрасте речь может служить лишь средством организации деятельности и закрепления некоторых ее результатов. Способы, которые используются в общении с ребенком, должны соответствовать его психическому развитию, состоянию, возрастным и индивидуальным возможностям. Они определяются уровнем развития

восприятия, деятельности, мышления и речи ребенка. Этих способов не так много:

- совместные действия взрослого и ребенка;
- действия по жестовой инструкции (по указательному жесту);
- подражание действиям взрослого;
- действия по образцу;
- самостоятельные действия (пробы и ошибки, примеривание, зрительное соотнесение);
- действия по речевой инструкции.

Указанные способы имеют свою иерархию. С возрастом ребенок переходит от самых простых (совместные действия) к наиболее сложным и совершенным способам (действия по речевой инструкции). Однако в результате острого стресса нередко распадаются уже освоенные ребенком способы взаимодействия со взрослым. К этому приводят как нарушения внимания вследствие стрессового состояния, так и *защитная регрессия* (типичная реакция ребенка на психологическую травму).

В этих случаях уместен возврат к таким формам общения, которые, вообще говоря, характерны для более младших детей. Иначе может возникнуть дефицитарность фундамента, на котором не смогут строиться более зрелые уровни поведения, общения со взрослыми и сверстниками, познания окружающей действительности.

На каждом возрастном этапе не только возникают новые способы действия, но и совершенствуются уже имеющиеся. Кроме того, характер задачи, которую ребенок решает, позволяет ему осуществлять переход от одного способа к другому в поисках наиболее адекватного для выполнения конкретного задания. Наряду с этим ребенок может возвращаться от самого высокого к самому простому способу. В зависимости от выраженности возрастной регрессии, от сложности задания и от степени знакомства ребенка с данным материалом, происходит не только переход от простых способов к более сложным, но и, наоборот, от более совершенных – к элементарным.

Нормально развивающиеся дети овладевают способами усвоения общественного опыта спонтанно и постепенно, и для этого не требуется специального обучения. Уже в дошкольном возрасте для них становятся основными способами: показ (подражание действиям взрослого), образец и словесная инструкция. В отличие от нормально развивающихся малышей, дети с отклонениями в развитии (как органическими, так и вызванными психологической травмой) самостоятельно, без специального обучения не овладевают даже наиболее простыми действиями. Их приходится целенаправленно обучать совместным действиям (психолог обхватывает ручки малыша и действует ими), употреблению выразительных жестов, особенно указательного (жестовая инструкция), подражанию действиям взрослого, действиям по образцу, который задает взрослый.

Самые простые способы – это совместные действия и жестовая инструкция. Маме малыша также необходимо показать и подсказать, как пользоваться данными способами в повседневном общении с ребенком дома и в специальных занятиях.

Обучение способам взаимодействия со взрослым ускоряет развитие познавательных процессов, способствует личностному развитию ребенка, преодолению коммуникативных и поведенческих проблем, вызванных психологической травмой.

В раннем возрасте ребенок, как правило, может овладеть лишь тремя способами: совместными действиями со взрослыми, действиями по инструкции (по указательному жесту) и по подражанию действиям взрослых. Для того чтобы эти три способа были усвоены ребенком и могли использоваться им не только в хорошо знакомых ситуациях, но и в новых, эти способы нужно специально формировать. Так, например, работая с нормально развивающимся ребенком, мы можем к концу первого года жизни приучить его к совместным со взрослым действиям со знакомыми предметами и в знакомой ситуации, т. е. там, где способ действия может быть правильно воспринят ребенком. Это может быть, например,

постукивание пластмассовой трубочкой по столу. Сначала ребенок берет ее с помощью взрослого, а затем и самостоятельно охватывая ее ладонью. При этом взрослый направляет руку ребенка на объект хватания, помогает правильно распределить пальцы на объекте и совместно производит постукивание.

У ребенка, пережившего тяжелую психотравму, этот процесс окажется более длительным, а действия более хаотичными, но в итоге можно и здесь получить желаемый результат. В дальнейшем действие схватывания может варьироваться благодаря изменению объема трубочки, материала, из которого она сделана, и т.п. (например, металлическая трубочка может вначале отвергаться ребенком, так как она холоднее пластмассовой).

Естественно, что действия по указательному жесту много сложнее, чем совместные действия. Они требуют уже не только тактильно-двигательной ориентировки в сочетании со слуховой, но и зрительной ориентировки: прослеживания пути, который должен проделать предмет в руках у ребенка. Соответственно, и нарушения внимания более негативно сказываются на действиях по указательному жесту, чем на выполнении совместных действий.

Если ребенок при обучении не может произвести нужное перемещение по указательному жесту (например, взять куклу, перенести с одного места на другое и посадить на определенный стульчик), то взрослый берет руку ребенка в свои и, продолжая указывать путь перемещения предмета одной рукой, другой вместе с ребенком осуществляет этот путь.

В норме такое задание доступно ребенку второго года жизни. Если в результате психотравмы возникли отклонения в развитии, то все зависит от степени их выраженности. В любом случае, нужно обеспечить ребенку достаточное количество повторений для того, чтобы действие было усвоено. Несмотря на то, что от ребенка еще не требуется понимания речи и ориентировки на речевую инструкцию, взрослый обязательно сопровождает

свои действия короткой и очень четкой речевой инструкцией («Возьми трубочку... Постучи по столу... Возьми куклу... Посади на стул...» и т. д.).

К концу второго года жизни нормально развивающемуся ребенку становятся доступны простые действия по подражанию действиям взрослого – например, катание мяча в цель. Целью могут служить плотно поставленные друг к другу кегли или кубики. Взрослый берет в руки один мяч и дает ребенку другой со словами: «Возьми мяч». При этом ребенок сидит, раздвинув ножки, на расстоянии 50 см от кеглей. Взрослый катит мяч, сбивает кегли со своей стороны и говорит ребенку: «Кати!».

Если ребенок не катит мяч, то взрослый призывает воспроизвести свои действия. Если ребенок этого не делает, взрослый берет его ручки в свои и толкает ими его мяч. Кегли падают. Взрослый гладит ребенка по головке. Ребенок хлопает в ладоши по подражанию или с помощью совместных действий со взрослым.

У детей с регрессией, вызванной психотравмой, мы можем столкнуться с тем, что способы (совместные действия и подражание, действия по указательному жесту) будут формироваться при большем количестве повторений, чем в норме. Однако взрослый ни в коем случае не должен выражать недовольства, раздражения. Напротив, помогая ребенку совершить нужное действие, он должен постоянно хвалить его и поддерживать положительные эмоции.

Иерархия способов выделена для коррекционной работы и не является обязательной в повседневной игре и общении. Ребенок второго года жизни может использовать освоенные им на первом и втором году способы действия уже в самостоятельной деятельности (например, взять трубочку и постукивать по столу). Он может также воспроизводить знакомые действия и ситуации по словесной инструкции, усвоенной в процессе обучения (например, ребенку можно сказать: «Возьми мишку и посади на этот стул»). При этом указательный жест используется только для определения цели перемещения («На *этот* стул»).

На третьем году жизни в игре с ребенком можно использовать все три способа: совместные действия, указательный жест и подражание, а также знакомую словесную инструкцию в знакомой ситуации. Все это может уже привести к самостоятельной игре ребенка с различными предметами и игрушками. При этом ребенок может использовать все способы действия с игрушками, усвоенные им в процессе обучения. Он способен даже расширить пределы игры, основанной на уже имеющихся усвоенных способах действия. Однако помощь ребенку там, где он испытывает затруднения, должна быть оказана знакомыми способами усвоения общественного опыта (совместными действиями, указательным жестом, включением в игру, подражанием).

Использование всех знакомых способов должно сопровождаться словом, конкретно и точно определяющим условия, цель и способы действия. Мы начинаем с подражания, затем переходим к указательному жесту, а при необходимости – и к совместным действиям. Например, ребенок пытается построить домик из деревянного конструктора, но он еще плохо знает соотношение частей. Какие-то элементы у него падают, не стыкуются друг с другом; элементы ложатся хаотически. В этом случае лучше предложить ребенку построить домик вместе, по подражанию действиям взрослого (взрослый строит свой домик, а ребенок – точно такой же свой).

Если ребенку оказывается недоступным и этот уровень, то взрослый использует указательный жест, который помогает ребенку выделять элементы конструкции и перемещать их на нужное место, учитывая направления и цели их перемещения. Предположим, и этот уровень оказался слишком сложным – тогда можно перейти к совместным действиям. Окончательный результат может при этом оцениваться по-разному: «МЫ построили домик, хороший домик, ты молодец!». Если же ребенок постарше, то ему важно ощутить себя единственным создателем домика – и тогда мы говорим: «ТЫ построил хороший домик. Молодец, я тебе только немножко помогла».

Признание заслуг ребенка в достижении цели очень важно для того, чтобы малыш получил удовлетворение от выполнения своего замысла и желание в будущем самостоятельно ставить перед собой разные задачи. Одновременно ребенок начинает понимать, что ему нужна помощь взрослого: она дает ему возможность реализовать свой собственный замысел, а потому он будет прибегать к ней и в будущем. При этом взрослый должен проявлять терпение и лишь при необходимости возвращаться к более простым способам руководства деятельностью ребенка. Не нужно торопиться приходить на помощь ребенку там, где он пытается справиться самостоятельно. Но в том случае, если вы видите, что словесная инструкция не направляет действий ребенка, то нужно вернуться к указательному жесту или даже к совместным действиям.

Возрастная регрессия нередко делает необходимым и в работе со старшими детьми возвращаться к тем задачам и прибегать к тем методам, которые типичны для раннего возраста. Не нужно торопиться с переходом к более «взрослым» способам общения, пока ребенок к этому эмоционально не готов. Главное, чтобы сохранялся контакт с ребенком и поддерживалась его малейшая активность.

4.3. Восстановление и упорядочение активности

Восстановление активности и витальных функций

На первом этапе работы с психологической травмой необходимо уделить особое внимание *преодолению нарушений сна*, чтобы обеспечить благоприятные условия для восстановления нервной системы. Улучшению сна способствуют различные формы релаксации и контроля за ритмом дыхания. Одним из вариантов такого контроля является задание на подстройку дыхания к ритму, непосредственно задаваемому психологом (психолог неторопливо считает, а ребенок делает вдох на каждый счет). Можно задавать ритм, взяв ручки ребенка в свои и медленно, равномерно поднимая (вдох) и опуская их (выдох), подобно тому, как это делается при

искусственном дыхании. Еще один вариант контроля – это сосредоточение внимания ребенка на дыхании («Прислушайся к тому, как ты дышишь, но не старайся ничего делать со своим дыханием, не старайся управлять им»). Благодаря этому дыхание становится ровнее и глубже.

Описанные занятия способствуют не только восстановлению нормального сна, но и снижению общей напряженности. Они помогают преодолеть состояние острой тревоги, типичное для первого этапа переживания психотравмы.

Еще одна важная задача первого этапа работы – *восстановление общего уровня активности*. Формы, в которых оно проводится, зависят от степени исходной заторможенности ребенка. При особо выраженной пассивности психолог предлагает разные простые задания на выбор: рисование, собирание пазлов или простейшей модели из конструктора, игру в куклы и т.п. Он поощряет малейшие проявления детской инициативы и сам активно участвует в деятельности – но так, чтобы его активность не подавляла и не подменяла нарождающихся ростков активности ребенка.

В случае отказа ребенка от всех этих видов деятельности психолог начинает сам играть или рисовать на глазах у ребенка, периодически побуждая его принять в этом участие. Для установления первоначального контакта можно использовать куклу бибабо. Надев куклу на руку, психолог говорит с ребенком от ее имени, гладит ребенка рукой куклы и т.п. Иногда на начальном этапе, чтобы включить ребенка в деятельность, можно использовать совместное действие. Например, взяв его руку в свою, начать рисовать с ним вместе небо или море широкими равномерными движениями. Это успокаивает и активизирует ребенка.

При менее выраженной заторможенности можно стимулировать двигательную активность ребенка, побуждая его упражняться на тренажере, лазить по шведской стенке, прыгать с нее в сухой бассейн, заполненный мягкими игрушками. Большую роль в восстановлении общей активности играет арт-терапия. Полезно организовать какую-либо совместную

деятельность детей, хотя бы на уровне так называемой «игры рядом». Хотя в норме такое общение типично для раннего (двухлетнего) возраста, при выраженной психотравме оно нередко является единственной доступной формой коммуникации и для значительно более взрослых детей (вплоть до подросткового возраста).

Упорядочение активности и отреагирование переживаний

На этапе восстановления активности не вводилось никаких ограничений, а, напротив, поощрялись любые проявления активности ребенка. На следующем этапе работы центральное место занимает *упорядочение* активности. Этой цели служит постепенное введение правил и ограничений (например, «поиграл – убери за собой игрушки, только после этого можно переходить к другому занятию»). Полезны игры с правилами – как настольные (например, с бросанием кубика), так и подвижные (прятки, «ручеек», «каравай» и т.п.).

На этом этапе работы, как и на предыдущем, широко применяются различные формы арт-терапии. Предпочтение отдается заданиям, требующим выполнения определенных правил. Например, может использоваться групповое рисование с передачей кисточки по кругу: каждый участник группы набирает краску, рисует до тех пор, пока краска на кисточке не кончится, затем моет кисточку и передает ее следующему участнику¹.

Необходимо предоставить ребенку возможность для отреагирования переживаний. Возможно, он отразит психотравмирующую ситуацию в свободном рисунке (так, многие бесланские дети в первые дни после освобождения рисовали террористов, взрыв здания, штурм). Может быть, ему захочется воспроизвести эту ситуацию в игре. На этот случай необходимо иметь соответствующие игрушки. Например, работая с

¹ Задание разработано Ю.А. Полуяновым.

ребенком, пережившим крушение поезда, полезно иметь игрушечную железную дорогу.

Если ребенок воспроизводит в игре пережитую им чрезвычайную ситуацию, то психолог старается привести ее к позитивному разрешению.

Шестилетний Андрей был приведен к психологу после катастрофы в аквапарке «Трансвааль». Когда обрушилась крыша аквапарка, он находился в детском бассейне и около получаса дождался спасения. Андрей не получил физических травм, но после катастрофы у него усилился энурез, имевшийся и раньше, а также начался энкопрез, ранее отсутствовавший.

На первых двух сеансах игровой песочной терапии Андрей упорно закапывал в песок фигурки людей и животных, домики, шишки, камешки, – все, что попадалось ему под руку. По-видимому, это символизировало ситуацию, когда он находился под обломками обрушившейся крыши. Психолог принял участие в игре: взял игрушечную собачку, которая стала «спасателем»: она находила и откапывала зарытые в песок игрушки. Андрей снова раз за разом зарывал их в песок, а собачка снова откапывала.

На втором сеансе Андрей сам начал воспроизводить полный цикл: зарывал игрушку в песок, а потом с помощью собачки откапывал ее. Начиная с третьего сеанса, его игры стали разнообразнее: он строил постройки из песка, разыгрывал простые сюжеты с куклами. По словам мамы, симптоматика к этому времени заметно ослабела: энурез стал реже, энкопрез прекратился.

Помимо отреагирования травматических переживаний, во многих случаях требуется также отреагирование агрессии. Для этого детям предлагаются такие занятия как фехтование надувными мечами, удары по боксерской груше или по картонной коробке, прокалывание воздушных шариков, марширование, топание ногами, разрывание бумаги или картона и

т.п. Необходимо тщательно следить за тем, чтобы агрессия не направлялась непосредственно на другого человека. Так, даже при фехтовании разрешается ударять мечом только по другому мечу, но не по человеку (к тому же это правило, как и прочие, способствует упорядочению активности). Отреагированию агрессии способствуют также создаваемые детьми рисунки с агрессивным содержанием. Отреагирование агрессии может проводиться как в индивидуальной, так и в групповой форме в отдельном помещении, чтобы производимый при этом шум не пугал других детей.

Многие занятия, способствующие отреагированию агрессии, помогают также преодолеть акузофобию (боязнь громких звуков), которая является одним из типичных последствий массовых катастроф, почти всегда сопровождающихся громким шумом, взрывами и т.п. Так, хорошим средством преодоления акузофобии становится прокалывание воздушных шариков. Страх преодолевается благодаря двум факторам. Во-первых, ребенок уже *заранее готов* к тому, что сейчас (как только шарик лопнет) раздастся «взрыв». Во-вторых, он сам *контролирует ситуацию*, намеренно вызывает этот «взрыв». Той же цели может служить шумовой оркестр (в нашей практике вместо барабанов использовались картонные коробки, а вместо барабанных палочек – полые пластмассовые булавы). Полезно дополнительно закрепить эффект, обсудив с ребенком, почему раньше он боялся громких звуков (они напоминали ему о катастрофе), а теперь не будет бояться (так как теперь они будут напоминать ему о веселом шумовом оркестре). Описанная техника реализует стратегию *искусственного установления новых, позитивных ассоциативных связей*, замещающих прежние, негативные.

Для преодоления страхов большое значение имеют игры с игрушками, изображающими агрессивных персонажей (волк, крокодил, баба-яга). В зависимости от желания ребенка, он может либо «побеждать» этих персонажей, либо сам выступать от их имени. В обоих случаях преодолению страха способствует ощущение своего контроля над агрессором. В последнем

случае подключается также защитный механизм идентификации с агрессором (Фрейд, 2003).

При построении психокоррекционного занятия выдерживается «принцип волны»: активность ребенка сначала повышается, достигает кульминации, а затем снижается. Перед окончанием сессии проводятся спокойные игры или занятия рисованием (лепкой, конструированием). В заключение каждой сессии рекомендуется проведение сеанса релаксации (уставшие походники или солдаты ложатся на отдых).

4.4. Коррекция нарушений самоконтроля и внимания

Нарушения внимания и самоконтроля служат наиболее частой причиной школьных неудач ребенка, пережившего психологическую травму. Эти неудачи, в свою очередь, становятся причиной вторичной травматизации, дополнительно осложняющей его психологическое состояние. Поэтому в работе с отсроченными последствиями психологической травмы восстановление функций внимания и самоконтроля является одной из важнейших задач.

Основное направление коррекции при расстройствах внимания и нарушениях самоконтроля – это техники формирования операций проверки и оценки своей работы. Приведем схему одного из простейших приемов формирования контрольных операций у ребенка с нарушениями внимания, основанного на работе П.Я. Гальперина и С.Л. Кабыльницкой (1974).

Сначала взрослый пишет короткие тексты с большим количеством грубых ошибок. Нельзя делать ошибки на орфографические правила, еще неизвестные ребенку. Можно использовать не только орфографический, но и математический материал: выписывать столбики примеров с решениями, примерно треть которых неверна. Ребенок должен выполнить функцию учителя: красным карандашом исправить ошибки.

После того как ребенок научится находить, по крайней мере, половину ошибок, сделанных взрослым, ему предлагается взять на себя его роль:

теперь ребенок сам пишет тексты с нарочитыми ошибками и на несколько дней откладывает эти задания самому себе, а потом проверяет собственную работу.

На третьем этапе самоконтроль, организованный в шутивно-игровой форме, переходит в серьезный, деловой самоконтроль домашних заданий (до этих пор домашние работы проверяют родители). Поручить ребенку проверить собственное домашнее задание следует лишь после того, как будут хорошо отлажены игровые приемы проверки. Самоконтроль должен быть сформирован заранее: привычку к постоянному контролю следует прививать лишь на фоне достаточно сформированной техники.

4.5. Коррекция острой тревоги: работа с талисманом

В настоящем разделе будет продемонстрирована реализация культурно-исторического подхода на примере работы с одним из традиционных психотехнических средств: талисманом. Традиционно талисманы использовались, прежде всего, людьми, чья деятельность была связана с повышенной опасностью – в частности, воинами. Очень многие люди опасных профессий – летчики-испытатели, каскадеры, моряки-подводники и т.п. – и сегодня широко используют различные талисманы.

Психологическая функция талисмана состоит в создании чувства защищенности, уверенности в благополучном исходе опасного предприятия – т. е., выражаясь научным языком, в *снижении уровня тревоги*. Это позволяет использовать талисман в психотерапии при работе с высоко тревожными людьми. Таким образом, культуральное средство, призванное помогать справиться с собой представителям опасных профессий, переносится в другую сферу. Оно начинает использоваться для помощи ребенку, у которого состояние острой тревоги вызвано пережитой психотравмой.

В своей полной форме работа с талисманом может проводиться, начиная с младшего подросткового возраста. Эта форма работы и будет

описана ниже. Однако в упрощенной и несколько модифицированной форме она может успешно применяться и в работе с детьми младшего школьного и дошкольного возраста.

Работа начинается с обсуждения психологической функции талисмана. Его возможная магическая функция заранее «выносится за скобки» как не относящаяся к компетенции психолога. В результате обсуждения подросток приходит к выводу о том, что талисман помогает человеку справляться с волнением, беспокойством (бытовые синонимы термина «тревога»). Поскольку тревожным людям хорошо знакомо разрушительное влияние тревоги на результаты деятельности, они сразу понимают, что, снижая тревогу, талисман действительно помогает снизить риск гибели или других крайне неблагоприятных исходов. Так, достаточно широко известно, что паника – одна из наиболее распространенных причин гибели людей при массовых катастрофах (например, при пожаре в общественном здании).

Далее следует выяснение того, какие предметы традиционно использовались в качестве талисманов. Важно подвести подростка к пониманию того, что это совсем не обязательно были символы религиозного культа (крестик, образок, мощи святого) или предметы, предположительно обладающие магической силой. Это вполне мог быть медальон с локоном ребенка или любимой женщины. Таким образом подчеркивается именно *психологическая* функция талисмана. Решающим является то, что талисман напоминает человеку о чем-то очень значимом и дорогом для него. Это воспоминание и служит основным успокаивающим фактором, что замечательно иллюстрируют слова одной из песен военных лет:

Ты меня ждешь и у детской кроватки не спишь,
И поэтому верю, со мной ничего не случится.

Дополнительные позитивные ассоциации определяются воспоминанием о человеке, подарившем талисман. Как правило, это бывала мать, жена или возлюбленная. Но и этого еще недостаточно. Подлинную психологическую силу талисман набирает постепенно, по мере того как в его

присутствии раз за разом благополучно разрешаются опасные ситуации. Теперь уже он напоминает обо всех этих успешно разрешившихся ситуациях. Обсуждение с подростком всех этих тем – это, по сути, организация его *ориентировки в способах использования талисмана*.

Следующим шагом является обсуждение возможных осложнений. Подросток сам придумывает те сложности, которые могут возникнуть при использовании талисмана, а психолог помогает ему вспомнить зафиксированные в культуре способы справиться с этими сложностями. Если подросток чересчур пассивен, то психолог сам называет дополнительные возможные осложнения.

Наиболее очевидное осложнение – потеря талисмана. В культуре зафиксировано, по меньшей мере, два возможных значения этого события. Один вариант: потеря талисмана означает, что он больше не нужен, что человек уже чувствует себя достаточно спокойно и без него. Другой вариант (если без талисмана человек все же чувствует себя неудобно): человеку грозила какая-то крупная неприятность и, предотвратив ее, талисман растратил всю свою силу. В этом случае нужно завести новый талисман. То же относится и к случаю, если талисман сломался. Если он украден, то это всего лишь та же потеря: ведь нельзя украсть связанные с ним воспоминания!

Иногда подросток формулирует ту или иную негативную версию, например: «А может быть, потеря талисмана означает, что мне грозит какая-то беда!». Подобные идеи психолог энергично отвергает, подчеркивая, что подросток может произвольно устанавливать для себя символическое значение тех или иных событий, что он волен выбирать то толкование, которое ему больше подходит. Можно сказать: «Наверное, какой-нибудь твой враг попытался бы внушить тебе как раз такую мысль. Но самому тебе, наверное, больше нравится что-то из того, о чем мы с тобой говорили раньше. А что выбрать, решаешь только ты сам».

Более серьезная проблема: талисман был при мне, но все равно случилась серьезная неприятность. Если такое произошло несколько раз, то

не помогут никакие позитивные истолкования (типа «без него могло бы оказаться еще хуже»). Ведь главная психологическая сила талисмана – в связанных с ним положительных ассоциациях, а теперь с ним связаны негативные ассоциации. Культура и на эти случаи предусмотрела ритуальные действия, направленные на «обновление» талисмана, т. е. на оживление позитивных ассоциаций и оттормаживание негативных. Так, крестик или образок следует переосвятить. Камни, часто используемые в качестве талисманов в восточных культурах (а в последние десятилетия – и у нас), для возвращения силы рекомендуется на сутки положить в проточную воду. Подростку надо объяснить, что он сам почувствует, «сработали» ли подобные ритуалы, или же талисман потерял для него силу окончательно. В последнем случае он требует замены.

Психолог демонстрирует подростку, что предлагаемая техника основана на своеобразных «играх с собой», но это ничуть не умаляет ее серьезности. Если, желая подбодрить себя, я запеваю веселую песню, то это тоже игра с собой, однако мое настроение действительно улучшается. Подобные «игры с собой» – основа любой психотехники. Раскрытие психологического механизма управления собой с помощью внешнего средства – важный шаг в направлении интериоризации этого средства, его «присвоения» подростком.

Некоторые клиенты видят опасность в том, что может возникнуть зависимость от талисмана. Это абсолютно верно. Но так уж функционирует человеческая культура: каждое новое достижение приводит к появлению новой зависимости. Когда у меня ломается компьютер, то я совершенно не в состоянии работать, хотя пятнадцать лет назад я прекрасно обходился без него. Если выключается электричество, то это вообще почти катастрофа.

И еще одно опасение – чрезвычайно полезное. Талисман можно забыть дома. Его даже *нужно* периодически забывать дома, так как это – следующий шаг к интериоризации, снижающей зависимость от талисмана. Важно научиться вспоминать о нем, не имея его при себе: тогда автоматически

всплывут в памяти (возможно, не вполне осознанно) и все те успокаивающие ассоциации, которые с ним связаны. Поначалу не стоит делать это в наиболее ответственных ситуациях: физическое присутствие талисмана делает ассоциации более яркими и потому более эффективно снижает тревогу, чем воспоминание о нем. Однако в дальнейшем можно будет и вовсе отказаться от ношения талисмана при себе.

Напрашивается вопрос: а зачем вообще нужен талисман? почему бы не вспоминать непосредственно о тех доброжелательных отношениях и благоприятных событиях, которые с ним ассоциированы? Ответ прост: когда человек взволнован, обеспокоен, встревожен, то он не в состоянии произвольно вызвать у себя положительные воспоминания. Скорее, наоборот, начнут против его воли вспоминаться неприятности и неудачи. А одно прикосновение к талисману или только воспоминание о нем, вполне доступное даже в состоянии острой тревоги, пробуждает всю совокупность связанных с ним позитивных ассоциаций.

Таким образом, в напряженной ситуации, чреватой повышением тревоги, используется психологическое орудие, заранее заготовленное подростком совместно с психологом. Это соответствует образному описанию волевого действия, данному Л.С. Выготским: «Борьба, таким образом, переносится вперед, она разыгрывается и решается до самого сражения, она составляет как бы предвосхищенный полководцем стратегический план сражения» (1983а, с. 286).

В описанном варианте работа с талисманом ни в коей мере не апеллирует к его магической сущности и не предполагает использования соответствующего внушения – ни прямого, ни косвенного. Однако, если подросток верит в его магическую силу, то нет никаких оснований подрывать эту веру, особенно если это религиозный человек, а талисман связан с религиозным культом. Поэтому не нужно убеждать подростка в отсутствии у талисмана магической силы. Надо лишь объяснить, что этот вопрос находится вне компетенции психолога.

Дарителем талисмана, как правило, должен быть не психолог, а кто-либо из близких ребенка. Исключение составляют случаи, когда работа начала проводиться достаточно давно и психолог успел стать для ребенка высоко значимой личностью. Например, при нашем отъезде из Беслана (через месяц после трагедии) многим детям были оставлены в качестве талисманов мелкие игрушки, пуговицы и т.п. Детям было объяснено, что эти предметы будут напоминать им о том, «как мы с тобой играли, занимались, учились справляться со своими страхами». При наших последующих приездах в Беслан выяснилось, что дети отнеслись к своим талисманам очень серьезно, хранили их, часто носили с собой. Наш опыт показал, что использование талисмана помогает детям и подросткам, пережившим тяжелую психотравму, легче справляться с тревогой и страхами.

Глава 5. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРТ-ТЕРАПИИ В РАБОТЕ СО СТРЕССОМ

5.1. Общая характеристика метода

Арт-терапия в широком смысле слова – это использование в терапевтических целях средств искусства. Под арт-терапией в более узком смысле слова понимают использование в терапевтических целях средств *изобразительной деятельности*: рисования, лепки, аппликации. В рамках магического сознания, типичного для ребенка, но в каких-то рудиментарных формах сохраняющегося и у взрослого, рисунок воспринимается как средство воздействия на изображенный объект. Психологически же он является мощным средством воздействия на *переживание*, связанное с объектом.

Арт-терапия представляет собой один из наиболее эффективных методов работы с последствиями психологической травмы у детей и

подростков. Различные арт-терапевтические техники позволяют успешно решать широкий круг задач, таких как:

- восстановление активности;
- упорядочение активности, восстановление нарушенных функций планирования, самоконтроля;
- снижение эмоционального напряжения, преодоление тревоги, страхов и других неблагоприятных переживаний и эмоциональных состояний;
- повышение самооценки, уверенности в себе;
- проработка представлений о будущем;
- преодоление коммуникативных проблем, восстановление нарушенных семейных контактов.

Многие техники арт-терапии предоставляют большие возможности не только для индивидуальной работы, но и для организации группового взаимодействия. Формы работы в арт-терапии различаются по многим параметрам, что делает ее гибким инструментом в руках психотерапевта.

Укажем некоторые из этих параметров:

- предлагаемые ребенку художественные материалы;
- техника создания изображения;
- позиция, занимаемая ребенком;
- формы организации деятельности;
- предложенная тема.

5.2. Художественные материалы и техники

Наиболее часто используемые в арт-терапии краски – это гуашь и акварель. Применяются также акриловые краски, но они стоят дороже и быстро высыхают на кисточке, делая ее непригодной для дальнейшей работы.

Гуашь позволяет создавать яркие плотные цветовые пятна, быстро сохнет, легко смывается. Удобно также, что это кроющаяся краска, поэтому

изображение легко поддается исправлению: можно «перерисовать» его, нанеся сверху новый слой краски (в этом ее преимущество перед акварелью, почти не допускающей каких-либо исправлений).

Гуашь, как и акварель, позволяет использовать разные техники. Рисование по сухому обеспечивает четкие границы цветового пятна. Рисование по мокрому способствует мягким переходам между разными участками рисунка. Для работы по мокрому бумагу предварительно обильно смачивают водой с помощью губки. Той же губкой, используя ее вместо кисточки, можно наносить жидкую краску. Пастозное нанесение (т. е. создание толстого слоя густой краски) порождает цветные пятна высокой плотности и позволяет в дальнейшем создавать своеобразный эффект с помощью процарапывания краски палочкой или ногтем.

И гуашь, и акварель позволяют использовать технику *монотипии*. Краска наносится на керамическую плитку, стекло или лист плотной бумаги. Затем к ней плотно прижимают чистый лист бумаги, и на нем зеркально отпечатывается исходное изображение. Обычно отпечаток довольно сильно отличается от исходного рисунка, что создает различные неожиданные эффекты, всегда вызывающие живую реакцию у рисующего. Полученный отпечаток можно дополнительно дорисовать.

Примерно тот же прием позволяет получать частично симметричные изображения, нередко напоминающие пятна из теста Роршаха. Для этого краска наносится на одну половину листа, который затем складывается пополам: благодаря этому на чистой половине листа образуется зеркальный отпечаток окрашенной половины. Увидев в получившемся изображении сходство с каким-либо объектом (подобно тому, как это предлагается в тесте Роршаха), можно дорисовать его, усилив сходство.

Удобным материалом для арт-терапии служит также *пастель*. Она, как и гуашь, позволяет создавать яркие цветные пятна, достигая тонкого варьирования оттенков. Пастель проще гуаши в обращении и не требует разведения водой (а, следовательно, постоянной заботы о наличии чистой

воды). Цветные карандаши менее удобны, так как они не позволяют создавать яркие, насыщенные цветовые пятна. Для рисования пастелью часто используют цветную бумагу. Она обеспечивает выразительный фон и способствует колористическому единству рисунка.

Дети часто предпочитают всем прочим материалам фломастеры. Их преимущество – в простоте использования и в яркости цвета. Однако у фломастеров есть и очень существенный недостаток по сравнению с пастелью или цветными карандашами: они не дают возможности варьировать светлоту тона, изменяя силу нажима. Кроме того, у них часто бывает резкий, «химический» цвет.

Очень оживляет занятия использование *красок для рисования руками*. Эти краски безопасны, даже если ребенок оближет испачканную руку. Для рисования руками нельзя использовать обычные краски, так как некоторые из них ядовиты.

Однотонный рисунок применяется в арт-терапии реже, чем многоцветный, из-за его меньшей эмоциональной выразительности. Если все же задание предусматривает создание однотонных рисунков, то можно использовать мягкий графитный карандаш (желательно, с толстым грифелем), уголь, сангину, тушь.

Для изготовления *аппликаций* или *коллажа* отдельные детали изображения вырезаются из цветной бумаги и затем наклеиваются на лист, служащий основой. Если вместо обычной цветной бумаги взять глянцевый журнал, то в нем можно находить готовые рисунки и фотографии людей, автомобилей, домов, животных и т.п. Благодаря этому даже ребенок, плохо умеющий рисовать, может сделать сложную и выразительную композицию. Х. Ландгартен рекомендует эту технику для работы с клиентами, воспитанными в другой культурной среде (Landgarten, 1993).

Большие возможности для арт-терапии предоставляют такие материалы как *пластилин, глина, соленое тесто, пластика* и другие современные *материалы для лепки*. Они позволяют создавать объемные изображения и

барельефы, что дополнительно обогащает спектр используемых ребенком выразительных средств. Кроме того, лепка предоставляет большие возможности для трансформации, видоизменения создаваемых изображений, преобразования одних вылепленных объектов в другие. Типичные для лепки монотонные мелкие движения (разминание пластилина, выкатывание шарика или «колбаски») обладают успокаивающим, релаксирующим действием.

При изготовлении сложных композиций удобно использовать также **природные материалы**: шишки, желуди, камешки, веточки и т.п. Их можно скреплять с помощью пластилина, комбинировать со стандартными материалами для лепки.

5.3. Позиция ребенка

Мы считаем позицию, занимаемую ребенком в процессе арт-терапии, важнейшей характеристикой той или иной техники, используемой психологом. На основе анализа различных техник нами выделены следующие основные позиции:

- свободная позиция;
- художественная позиция;
- исполнительская позиция;
- учебная позиция;
- коммуникативная позиция.

Свободная позиция предполагает самовыражение, не адресованное какому-либо стороннему человеку. Ребенок, занимающий свободную позицию, изображает то, что ему хочется, и так, как ему хочется. В дальнейшем он по собственному усмотрению распоряжается результатами своей деятельности (рисунком, получившейся аппликацией или вылепленной фигуркой).

Свободная позиция благоприятна для начального этапа психотерапии, особенно в случаях заторможенности, при высокой стеснительности или замкнутости ребенка. Она удобна для установления первоначального

терапевтического контакта. Эта позиция помогает создать у ребенка ощущение безопасности, защищенности, доверия к психологу. Она также предоставляет большие возможности для отреагирования актуальных переживаний, выражения своего эмоционального состояния. Эта позиция особенно естественна для дошкольников, так как в этом возрасте рисование обычно является привычной и любимой детьми деятельностью. Взрослые клиенты, напротив, нередко отказываются принять свободную позицию, поскольку не любят или стесняются рисовать.

Для создания свободной позиции важно предоставить ребенку как можно более широкий выбор изобразительных материалов, не ограничивать его самостоятельность в выборе сюжета и используемых изобразительных средств. Полезно заранее предупредить его, что он может делать со своим рисунком, что захочет. Он может показать его психологу или – при групповой работе – другим участникам группы, а может никому не показывать. Может подарить его психологу, а если захочет, то может забрать его с собой.

Для обеспечения свободной позиции психологу не следует открыто наблюдать за процессом рисования, заглядывать через плечо ребенка. Если психолог считает нужным задать какие-либо вопросы о рисунке, то это делается в непринужденной, не обязывающей форме. По завершении рисования психолог просит (но не требует!) показать ему рисунок. В нашем опыте практически отсутствовали случаи, когда клиент (взрослый или ребенок) отказался бы выполнить эту просьбу.

Принятие *художественной позиции* означает, что ребенок выступает в роли художника, пишущего картину, создающего произведение искусства. Художественная позиция способствует повышению самооценки, преодолению неуверенности в себе, обеспечивает ребенку ощущение своей ценности, значимости. Она полезна также для преодоления чувства неспособности справиться с собой, со своими переживаниями и эмоциональными состояниями. Если свободная позиция требуется, как

правило, при *отреагировании* переживаний, то художественная более уместна на следующем этапе, когда основной задачей становится их образная *переработка*. Эта позиция уместна в работе с клиентами самого разного возраста – начиная с 5 – 6 лет и кончая взрослыми.

Художественная позиция задается как организацией самого процесса деятельности, так и отношением к результату – готовому рисунку или картине. Ее принятию способствует «профессиональная» организация изобразительной деятельности: рисование за мольбертом, с использованием палитры, набора кистей разного размера и т.п.

Отвечая на вопросы ребенка, психолог старается подчеркнуть его «статус»: «Ты художник – значит, сам можешь решить, как захочешь». При оценке работы психолог подчеркивает использованные ребенком выразительные средства, находки (например: «Ты очень хорошо придумал нарисовать траву здесь – посветлее, а тут – потемнее»). Художественная позиция предполагает отсутствие жесткого руководства и подчеркивание своей (психолога) зрительской позиции.

Для создания художественной позиции нужно подчеркнуть значимость продукта деятельности – рисунка, аппликации, пластилиновой скульптуры и т.п. Можно заранее обсудить, где будет впоследствии повешена (поставлена) готовая работа. Независимо от того, было ли проведено такое обсуждение, готовый рисунок надо постараться повесить на видное место. Полезно взять его в рамку, представить на выставке и т.п. Эту позицию закрепляет и то, что ребенок ставит на рисунке свою подпись.

Принятие *исполнительской позиции* предполагает, что ребенок осознает терапевтическую направленность осуществляемых процедур. Художественная деятельность выступает для него как форма работы со своими психологическими проблемами. Эта позиция наиболее уместна при коррекции отдельных симптомов – таких как фобии, флэшбэк-эффекты, повышенная импульсивность, острая тревога и т.п.

Исполнительская позиция задается посредством развернутого объяснения ребенку целей проводимого занятия (разумеется, с учетом возраста ребенка). Если это подросток, то полезно в понятных ему выражениях описать психологический механизм действия предлагаемых заданий. Работа в исполнительской позиции хорошо сочетается с применением дополнительных психотерапевтических техник, не относящихся к области арт-терапии: вербальных, двигательных, релаксационных, медитативных и др.

Исполнительская позиция легко принимается взрослыми, а также теми подростками, которые сознательно обращаются за психологической помощью. Она доступна младшим школьникам, а иногда и старшим дошкольникам. Дети младшего и среднего дошкольного возраста, как правило, не принимают эту позицию из-за недостаточного уровня развития рефлексии.

Учебная позиция близка к исполнительской, но в этом случае акцент делается не на терапевтическом воздействии, а на обучении ребенка определенным умениям и навыкам. В частности, она удобна для формирования навыков самоконтроля, для обучения планированию своих действий, умения эффективно организовывать работу.

Учебная позиция наиболее естественна для младших школьников, однако она может приниматься и старшими дошкольниками, и подростками, и взрослыми клиентами. Для ее создания психолог, выступая в роли учителя, объясняет задачи обучения и дает четкие указания относительно способов выполнения заданий.

Коммуникативная позиция складывается в тех случаях, когда ребенок в своих действиях ориентируется на других людей. Она позволяет использовать арт-терапию для развития эмпатии, децентрации, умения понимать другого человека и выражать себя так, чтобы быть понятым другими. Эта позиция может способствовать преодолению различных

проблем общения: замкнутости, стеснительности, повышенной конфликтности, негативизма и т.п.

Коммуникативная позиция естественно возникает в групповой работе, но может быть задана и в индивидуальной арт-терапии. В этом случае психолог выступает в качестве партнера по общению, акцентируя свое стремление «прочитать» рисунок, понять выраженные в нем переживания. Коммуникативная позиция доступна клиентам любого возраста – как взрослым, так и детям.

Максимальную свободу самовыражения предоставляет сочетание *свободной позиции*, свободного выбора темы и отсутствия каких-либо ограничений на выбор художественных материалов и выразительных средств. Подобное сочетание полезно при выраженных трудностях в принятии задания, при негативистической установке ребенка, на начальном этапе работы по преодолению острых состояний и т.п.

Как указывалось выше, важнейшая задача психокоррекции на первом этапе работы со стрессовыми состояниями – восстановление активности ребенка. При особо глубоком снижении активности наиболее уместна деятельность в свободной позиции. Однако однократного предложения что-либо нарисовать часто оказывается недостаточно: ребенок либо отвечает, что не хочет рисовать, либо говорит, что не умеет, а нередко просто ничего не отвечает, но и не приступает к рисованию. В этих случаях можно предложить ему выбрать мелок или карандаш наиболее понравившегося ему цвета. Следующий шаг – попросить «попробовать» этот цвет на бумаге. Затем можно спросить, на что похоже получившееся цветовое пятно, о чем оно напоминает. После того как ребенок назовет какую-нибудь ассоциацию, его просят дорисовать образ, сделав его более узнаваемым.

Иногда на начальном этапе ребенок охотнее соглашается рисовать губкой, смоченной в краске (прием «примакивания»). Для этого лучше всего использовать цветную бумагу: например, можно таким образом нарисовать желтые звезды на темно-синем «ночном небе». Нередко самым

привлекательным для ребенка оказывается рисование руками. Однако бывает, что ему не хочется пачкать руки – в этом случае не надо его уговаривать: лучше предложить другое занятие.

Далее будут представлены некоторые примеры техник из арсенала арт-терапии. Мы не ставим перед собой задачи привести сколько-нибудь полный перечень методик арт-терапии (количество которых чрезвычайно велико), а ограничиваемся лишь несколькими иллюстрациями. При этом мы хотим особо обратить внимание читателя на то, что каждая из техник не сводится к отдельному приему, а представлена совокупностью последовательных этапов.

5.4. Символическая переработка переживаний

Техники, обеспечивающие символическую переработку переживаний, позволяют преодолевать различные неблагоприятные эмоциональные состояния: острую тревогу, страхи, депрессию, раздражение, злость и т.п. Они высоко эффективны в работе с последствиями психологической травмы, с острым стрессовым расстройством (ОСР) и посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Они помогают также изжить негативные или амбивалентные чувства к отдельным людям, что особенно важно при работе с семейными отношениями.

Эти техники включают три основных этапа:

- I. Объективация ребенком своего переживания в форме рисунка, коллажа или скульптурного изображения. Этот этап имеет и самостоятельное значение, помогая осознанию и отреагированию эмоций.
- II. Преобразование изображения. В процессе такого преобразования происходит соответствующая ему перестройка переживания, объективированного в изображении.
- III. Обсуждение с ребенком освоенных им психологических средств. Это обсуждение помогает ребенку почувствовать себя «хозяином» своих

психических состояний, возвращает ощущение способности контролировать себя.

В некоторых случаях процедура может включать в себя и какие-либо дополнительные этапы, повышающие ее эффективность. Приведем некоторые примеры техник, обеспечивающих символическую переработку переживаний.

В качестве примеров опишем три техники арт-терапии, доказавшие свою полезность в работе с последствиями тяжелой психологической травмы. Это методики «Уничтожение страха», «Гармонизация рисунка» и «Восстановление города». Все они были разработаны нами для работы с детьми, перенесшими катастрофическое землетрясение в Армении в декабре 1988 г. (Венгер, 1992). Впоследствии методики «Уничтожение страха» и «Гармонизация рисунка» успешно использовались в работе с детьми, пострадавшими в результате катастрофы в аквапарке «Трансвааль» в Москве, с жертвами теракта в Беслане и во многих других случаях. «Восстановление города» – это специализированная методика для работы с психотравмой, вызванной землетрясением. В 2008 г. методика была передана нашим китайским коллегам, которые перевели ее на китайский язык и успешно использовали в работе с детьми, пережившими катастрофическое землетрясение в провинции Сычуань.

Методика «Уничтожение страха» требует *исполнительской* позиции. В методике «Гармонизация рисунка» используется сочетание *свободной* и *исполнительской* позиций. Методика «Восстановление города» основана на *коммуникативной* позиции.

Методика «Уничтожение страха»

Назначение методики – редукция страхов, предупреждение и преодоление фобобобии¹. Методика эффективна в работе с детьми, начиная с пятилетнего возраста.

Редукция страхов достигается благодаря действию нескольких взаимосвязанных факторов:

- переключению внимания со своих страхов на изобразительную деятельность;
- деятельности переживания (по терминологии Ф.Е. Василюка, 1984), осуществляемой посредством символической процедуры объективации своего страха в рисунке с последующим его уничтожением (в качестве одной из составляющих этого процесса выступает отреагирование);
- осознанию ребенком того, что он владеет техникой преодоления собственных страхов.

Последний фактор наиболее важен для преодоления и предупреждения фобобобии.

Форма проведения: индивидуальная или групповая. При работе с группой эффект усиливается благодаря взаимному эмоциональному заражению. Важно, чтобы дети, составляющие группу, были близки друг другу по возрасту и психическому складу. Если группа включает слишком большое количество детей (более пяти – шести), то проведение методики осложняется трудностями в поддержании достаточно тесного эмоционального контакта между психологом и каждым из детей.

Проведение методики включает четыре этапа: обсуждение и создание изображения; уничтожение изображения; рациональное объяснение ребенку

¹ Фобобобия – боязнь возникновения страха, типичное последствие острого стресса; многие дети, пережившие экстремальные ситуации, не засыпают из опасения, что во сне придет страх.

смысла показанного приема и последующую релаксацию (последний этап повышает действенность методики, но не является обязательным). Проведение каждого из этапов должно варьироваться в соответствии с возрастом и психическим складом детей, их состоянием, отношением к заданию и т. п.

I этап начинается с беседы о том, бывает ли ребенку страшно; если да, то чего именно он боится, не мешает ли ему что-либо спать и т.п. Со стороны психолога не должно быть никакого давления во избежание появления наведенных страхов; беседа ведется в свободном непринужденном тоне.

Если ребенок признает наличие у него страхов, то (независимо от того, конкретизирует он их или нет) психолог предлагает научить его, как с ними бороться. Дошкольникам достаточно объяснить, что свой страх нужно нарисовать. Старшим детям желательно дать мотивировку типа: «Если хочешь прогнать страх, то нужно сделать, чтобы он был не в тебе, а снаружи – вот на этом листе. Для этого его надо нарисовать».

Если ребенок не признает наличия у себя страхов, но они выявляются по рассказу родных или по данным психологического обследования, то для постановки задачи можно использовать игровую (в работе с дошкольниками) или литературную (со школьниками) преамбулу. В первом случае психолог говорит ребенку, что кукла (или нарисованный самим ребенком человек) очень боится и надо помочь ей прогнать страх. Во втором случае таким персонажем становится герой истории, сочиняемой ребенком под руководством психолога.

Далее следует обсуждение того, как можно изобразить страх, и последующее создание самого изображения. На этом этапе могут возникать следующие трудности.

1. Ребенок отказывается рисовать, утверждая, что он не сумеет нарисовать то, что нужно. В этом случае надо объяснить, что рисунок вовсе не должен быть хорошим – наоборот, страхи лучше рисовать плохо, так как они сами плохи и незачем их украшать.

2. Ребенок не называет конкретных страхов, так что не ясен предмет изображения. В этом случае можно рекомендовать один из двух приемов: а) персонификация страха в виде какого-либо очень неприятного, страшного животного, черта и т.п. (этот прием целесообразен при работе с рационалистичными детьми); б) рисунок, непосредственно выражающий эмоциональное состояние (при работе с эмоциональными детьми); ему может предшествовать обсуждение типа: «Как ты думаешь, какого цвета должен быть страх, какой цвет ему больше подойдет?» и т.п.; при продолжающихся затруднениях может быть дан образец рисунка: «Я бы, наверное, стал рисовать страх вот так», — с этими словами психолог проводит несколько резких черных штрихов, или сажает на лист кляксу черной туши, или еще как-либо создает бесформенное черное пятно.

Если у ребенка во время рисования актуализируется остро выраженное состояние страха, то следует на несколько минут прервать работу и провести короткий сеанс релаксации. Однако некоторая, не слишком сильно выраженная эмоциональная напряженность допустима и даже желательна. Если она полностью отсутствует, то в то время, пока ребенок рисует, психолог старается поддержать у него сосредоточенность, серьезное отношение к деятельности, используя невербальные средства общения и отдельные незначимые слова («так... да, вот так...»), провоцирующие частичную актуализацию чувства страха.

Если рисунок получается эмоционально невыразительным, то можно воспользоваться приемом задания образца, описанным выше («Давай я немного тебе помогу, чтобы сразу было видно, что мы рисуем страх. Ну что — теперь так, как нужно?»).

II этап — уничтожение рисунка. Прежде всего, нужно получить от ребенка признание того, что на рисунке действительно изображен его страх (или страх игрового персонажа) — и, следовательно, теперь этот страх не внутри (в голове, или в сердце, или в груди), а снаружи. А раз он тут,

снаружи, то теперь его легко прогнать, уничтожить: для этого достаточно разорвать рисунок. Ребенку предлагают проделать это.

В то время, когда ребенок разрывает рисунок, психолог на высоком уровне эмоциональности проводит косвенное внушение: «Вот так, рви на мелкие кусочки – чтобы ничего не осталось! Чтобы страх совсем ушел и никогда больше не возвращался. Рви еще мельче – чтобы все страхи сами тебя испугались и убежали. Да, вот так! Чтобы не осталось совсем никакого страха!» и т. п. Затем обрывки выбрасываются.

В случае если ребенок скован, заторможен, то в разрывании рисунка может принять участие психолог («Я тебе помогу выгнать страх, чтобы он ушел и никогда больше к тебе не возвращался»).

После того как рисунок разорван ребенком (возможно, при участии взрослого), психолог собирает обрывки, специально подчеркивая, что собирает их все до единого, чтобы ни одного не осталось. Скомкав обрывки, он энергично выбрасывает их («Вот так! Чтобы совсем ничего не осталось!»). Все это проделывается очень эмоционально, серьезно и сосредоточенно.

Иногда рисунок, сделанный ребенком, не отражает испытываемого им чувства страха. Это можно заметить как по поведению ребенка во время рисования, так и по впечатлению, производимому самим рисунком. В этих случаях лучше всего не рвать рисунок, а просто отложить его в сторону и перевернуть, не давая специального внушения. Последующие этапы в этом случае проводятся так же, как и в других случаях.

III этап – рациональное объяснение ребенку смысла показанного приема. Ребенку объясняют, что теперь он знает, как прогонять страх. Значит, если ему вдруг снова станет страшно, он не будет бояться, а просто нарисует свой страх и прогонит его так, как он сделал это только что. Для этого даже не обязательно на самом деле рисовать и рвать рисунок – достаточно только представить себе, как ты это делаешь.

Школьникам дается более подробное объяснение с напоминанием о том, как сначала страх превратили из настоящего в нарисованный, а потом

уже легко смогли уничтожить. Рационалистичным детям, склонным к рефлексии (особенно подросткам), полезно представить всю процедуру как психотехническое средство, сделав акцент на том, что это процедура, помогающая человеку управлять самим собой, своим душевным состоянием.

IV этап (дополнительный) – релаксация, сопровождаемая внушением (оно проводится в бодрствующем или дремотном состоянии в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка и его отношения к ситуации). Внушение включает две основные темы:

1) страх преодолен и больше не вернется; теперь ребенок будет спокойно спать, ничего не будет бояться;

2) ребенок знает, что делать, если ему вдруг снова станет страшно: он легко сможет прогнать страх, нарисовав его и разорвав рисунок или только представив себе, как он это делает.

Обе темы повторяются несколько раз в разных вариациях. Не следует бояться того, что они противоречат друг другу. Это противоречие детьми не замечается. Указать на возможность возвращения страха необходимо, так как иначе первое же появление этого чувства снимает эффект коррекционной работы.

Первая тема (исчезновение страха) будет поддержана чувством удовольствия, испытанным ребенком во время релаксации (особенно по контрасту с эмоциональной напряженностью во время рисования).

Вариация методики с использованием лепки. Сходная методика (мы назвали ее «*Преобразование страха*») может проводиться также на материале лепки. Это особенно уместно, когда ребенок боится каких-то конкретных объектов, которые легко вылепить, например, собак. Методика проводится примерно так же, как и на материале рисования. Отличие в том, что после уничтожения объекта страха пластилин, из которого он был вылеплен, не выбрасывается, а используется для создания чего-либо приятного для ребенка (цветка, дерева и т.п.).

Методика «Гармонизация рисунка»

Назначение методики – повышение уровня эмоционального комфорта, преодоление апатических, депрессивных и тревожных состояний у детей. Она предоставляет возможности также для преодоления поздних последствий пережитого стресса и эффективна для детей, начиная с четырехлетнего возраста. Показаниями к применению методики являются такие особенности спонтанного рисунка ребенка (или выполнения методики «Красивый рисунок») как:

- обедненность цвета, использование всего одного-двух цветов;
- преобладание темных тонов;
- снижение психомоторного тонуса (очень слабый нажим на карандаш);
- повышенная плотность и напряженность цвета, особо высокая контрастность используемой цветовой гаммы;
- крупные пятна локального ярко-красного или красно-оранжевого цвета.

Психокоррекционное действие методики основано на актуализации широкого спектра эмоциональных представлений, ассоциированных с тем или иным цветом или сочетанием цветов.

Форма проведения – индивидуальная или групповая (с группой до пяти – шести детей).

Проведение методики. Детям предлагают нарисовать цветными карандашами или красками то, что они хотят. По ходу рисования задаются вопросы, побуждающие детей развивать сюжет рисунка. Задача состоит в возможно более детализированном развертывании сюжета. Если вопросы не помогают достичь этого результата, то даются прямые указания («Давай рядом с домом нарисуем мальчика, который вышел погулять»; «Давай нарисуем на поляне цветы» и т.п.).

На следующем этапе работы психолог побуждает детей видоизменить рисунок, сделав его более гармоничным. Так, если цвет обеднен, то он

предлагает обогащать палитру используемых цветовых тонов («Давай раскрасим на мальчике одежду»; «Давай сделаем одежду яркой, разноцветной» и т. п.). В этом случае задача состоит в повышении плотности и яркости цвета, усилении контрастности и выразительности цветовых сочетаний.

Если, напротив, исходный рисунок получился чрезмерно ярким, то психолог предлагает смягчить цвет, используя белила («Пускай у нас будет туман»). Тот же прием можно использовать, если в исходном рисунке преобладают темные, мрачные тона.

Методика может с успехом использоваться многократно в ходе систематических коррекционных занятий. Ее эффективность можно повысить благодаря предшествующей релаксации, создающей благоприятный исходный эмоциональный фон. В свою очередь, «гармонизация рисунка» способствует стабилизации этого фона.

Методика «Восстановление города»

Методика используется в работе с детьми, начиная со старшего дошкольного и кончая подростковым возрастом. Она направлена на преодоление сейсмофобии и восстановление общения со сверстниками, нарушенного в результате психологической травмы. Форма проведения – групповая. Материалом служит большой лист плотной бумаги (формата А2), набор цветной бумаги, ножницы (по числу детей в группе), набор цветных карандашей, пастели или фломастеров, клеевые карандаши (первоначально они детям не показываются). Методика включает 4 этапа.

I этап – «сооружение города». Детям предлагают вырезать из цветной бумаги дома и выложить на большом листе город. Дома вырезаются в виде больших прямоугольников, окна и двери – в виде маленьких. При желании дети могут украсить свой город, вырезав и расположив на листе фонари, деревья, цветы, нарисовать небо и т.п.

В процессе вырезывания и выкладывания психолог организует сотрудничество между детьми. Например, один ребенок вырезает дом, другой – окна для *того же* дома, третий – дверь, четвертый – крышу. Дети совместно обсуждают, какого цвета будет та или иная часть. Наиболее пассивным, заторможенным детям психолог предлагает виды работы, не требующие инициативы: например, нарисовать в верхней части листа небо и солнышко, в нижней – траву.

Основные задачи этого этапа – восстановление нормальной регуляции активности детей и преодоление нарушений общения.

II этап – «ураган». Когда заканчивается выкладывание «города», психолог говорит, что начался ураган. Все вместе как можно сильнее дуют на построенный город до тех пор, пока все дома не разлетятся с листа. Психолог сопровождает «ураган» комментариями, вызывающими у детей скрытые ассоциации с землетрясением: «Вот какой сильный ветер! Все наши дома рушатся, падают, рассыпаются! Вот как они все разваливаются, разлетаются!». Эмоциональный тон этих комментариев – веселый, игровой, заразительный.

На этом этапе работы тема землетрясения не задается напрямую, чтобы не вызвать чрезмерную эмоциональную реакцию и не породить у кого-то из детей вторичную травматизацию. Вместе с тем, даже в такой косвенной форме происходит отреагирование переживаний, связанных с катастрофой. Кроме того, активная роль самих детей в устройстве «урагана» способствует появлению чувства контроля над ситуацией.

III этап – «восстановление и укрепление города». Когда все дома разлетались, психолог предлагает снова их собрать. Дети поднимают с пола упавшие «дома», «окна» и другие детали и снова раскладывают их на листе. Если какие-либо детали не удастся найти, они вырезаются заново. Когда город «отстроен заново», психолог задает детям вопрос, хорошо ли жить в городе, который так легко рассыпается. Получив отрицательный ответ, он спрашивает, как сделать, чтобы дома больше не рассыпались. Обычно дети

сами догадываются, что их нужно приклеить. Психолог поддерживает это предложение и дает детям клеевые карандаши, «случайно» оказавшиеся у него в сумке (если дети сами не догадываются использовать клей, то эту идею подает психолог).

Начинается приклеивание домов к большому листу. По ходу работы психолог следит за тем, чтобы все они были приклеены достаточно надежно, комментируя свои действия: «Да, этот дом теперь очень прочный. Наверное, никакой ураган его не разрушит!».

IV этап – «проверка города на прочность и его украшение». Когда все дома приклеены к листу, снова начинается «ураган». Теперь проводится более полная имитация землетрясения. Психолог с помощью детей наклоняет лист в разные стороны, изгибает его, трясет, сопровождая это соответствующими комментариями: «Вот как у нас трясется земля, какое сильное землетрясение! А наш город стоит, дома не падают». Так же как и в прошлый раз, комментарии даются бодрым, веселым тоном.

Дети убеждаются, что дома стоят прочно, что теперь им ничего не страшно. После этого психолог предлагает дополнительно украсить город и заселить его: в таком городе всем понравится жить. Дети вырезают и наклеивают на дома разноцветные орнаменты, балконы. Рядом с домами приклеиваются фигурки людей и животных, вырезанные из журнала. По завершении этой работы психолог обращает внимание детей на то, каким замечательным стал теперь город: он не только устойчив и надежен, но и очень красив, в нем приятно жить.

В последующих занятиях разрушение города не повторяется, но может быть продолжено его украшение. Совместно сочиняются какие-либо истории про него и его жителей (обычно в них фигурируют события, происходившие на предыдущем занятии). Иногда «строится» еще один город – но на этот раз дома сразу прочно приклеиваются к листу.

С помощью описанной методики детям в символической форме передается идея о том, что, хотя человек не может контролировать

стихийные бедствия, но он способен предупредить их *последствия* – такие как разрушение домов и гибель людей¹. Благодаря таким занятиям постепенно преодолевается страдательная позиция, ощущение себя беспомощной жертвой непредсказуемой и враждебной стихии. У детей улучшается настроение, повышается уверенность в себе, исчезают грубые нарушения регуляции поведения.

5.5. Диалогический стиль общения в арт-терапии

Во многих случаях наиболее подходящим оказывается стиль работы, который можно назвать *диалогическим*. «Высказывания» в таком диалоге могут делаться в разной форме: речевой, мимической, жестовой, изобразительной (т.е. в виде рисунка, аппликации или глиняной фигурки). Сущность диалогического стиля в том, что психолог непосредственно отвечает на «высказывания» клиента, а не интерпретирует их, не отзеркаливает, не реализует заранее запланированную программу и т.п. Диалогический стиль общения особенно естественен при коммуникативной позиции. В этом случае соответствующая установка может быть в явном виде сформулирована психологом. Сходный стиль возможен и при других позициях клиента (свободной, художественной), но без его оговаривания в явном виде. Для пояснения приведем два примера.

Пример 1. Инга, 8 лет, была заложницей в бесланской школе. У нее на глазах погибли старшие брат и сестра. На момент обращения (спустя 12 дней после освобождения) наблюдались ярко выраженные признаки депрессивного состояния: глубокая общая заторможенность, маскообразное лицо, тотальный мутизм (полный отказ от использования речи). В ответ на все предложения психолога (поиграть,

¹ При работе с подростками полезно подчеркнуть, что с помощью клея мы обеспечили сейсмостойкое строительство.

порисовать, собрать пазл) Инга только отрицательно качала головой.

Психолог на некоторое время оставила ее посидеть в одиночестве, чтобы девочка привыкла к обстановке. Затем ей снова были предложены бумага и различные материалы для рисования. На этот раз она молча согласилась рисовать и исчеркала весь лист красным и оранжевым фломастерами.

После того, как Инга закончила рисунок, психолог дала ей воздушный шарик и предложила нарисовать что-нибудь на нем. Инга нарисовала на шарике угрожающее бородатое лицо (видимо, изображающее террориста), затем по собственной инициативе взяла еще несколько шариков и на них тоже нарисовала лица. Психолог предложила ей сделать с шариками, что она захочет. Инга взяла один из шариков с нарисованным лицом и проткнула его острым концом карандаша. Затем она так же проткнула все остальные шарики, кроме последнего. Последний она вместе с карандашом передала психологу, жестом попросив ее проткнуть и этот шарик.

Когда психолог выполнила ее молчаливую просьбу, Инга сказала: «Хорошо, что ты его убила». После этого она начала периодически использовать в общении речь, согласилась нарисовать еще один рисунок. В отличие от первого, он оказался сюжетным: Инга нарисовала красками на большом листе бумаги дерево, траву и солнце. Далее она приняла активное участие в украшении игровой комнаты: помогла развесить на стенах рисунки и воздушные шарики, разложить на ковре и на подоконниках игрушки и т.п.

Пример 2. Шестилетний Сослан в течение трех дней находился в качестве заложника в бесланской школе № 1. После этого родители увезли его в другой город, надеясь, что это поможет ему преодолеть психологическую травму. Этого не произошло, и через полгода они обратились в

Реабилитационный центр за получением психологической помощи. На момент обращения состояние Сослана характеризовалось тревогой, неупорядоченностью, высокой агрессивностью. Психиатр диагностировал у него тяжелое *посттравматическое стрессовое расстройство*.

Об *остроте состояния* свидетельствовал и сделанный Сосланом рисунок. Ему было предложено нарисовать гуашью «красивый цветной рисунок». Сослан изобразил скрещенные кости на фоне хаотичных красных и темно-синих мазков. Цветовая гамма свидетельствовала о сочетании *тревоги, возбуждения* (крупные пятна ярко-красного цвета) с *депрессивным фоном настроения* (мрачные темные тона, составляющие фон рисунка).

Свой рисунок он назвал «Страшная смерть» и пояснил:

– Тут был динозавр, он всех съел и ушел. Вот пятна крови, а вот его следы.

Психолог предложил:

– Давай-ка найдем этого динозавра и нарисуем его.

Однако Сослан наотрез отказался «искать динозавра». По-видимому, он боялся встретиться со своим страхом лицом к лицу. Психолог не стал настаивать и завершил встречу сеансом релаксации.

Через три дня, когда Сослан снова пришел в Реабилитационный центр, психолог, не показывая ему прошлый рисунок, напомнил:

– В прошлый раз мы с тобой собирались нарисовать страшного динозавра, но не успели. Давай нарисуем его сегодня.

На этот раз Сослан согласился и изобразил чудовище довольно безобидного вида. Психолог поинтересовался:

– А что, разве он такой уж страшный?

– Очень страшный! – ответил Сослан. – Он всех съедает!

– Но ведь есть кто-то, кто его не боится?

– Ниндзи его не боятся.

– Давай их нарисуем.

Сослан сделал рисунок черным карандашом. Потом он по собственной инициативе сделал еще один рисунок красками и назвал его «Конец смертельного поединка». Возникло хаотическое сплетение энергичных мазков: по-видимому, ход поединка воспроизводился самим процессом рисования. Несмотря на сумбур, новый рисунок оказался по цвету намного благоприятнее первого. В нем не было такой высокой напряженности, цвета были значительно светлее.

– И кто же кого победил? – поинтересовался психолог.

– Ниндзи победили. Убили динозавра и ушли к себе домой.

– Значит, теперь надо нарисовать, где они живут.

Сослан нарисовал дом на зеленой поляне. Вокруг нее, как и на предыдущих рисунках, возникло множество хаотических мазков. Внизу мальчик написал: «городок».

Конечно, этот рисунок нельзя было бы назвать благоприятным, но он, во всяком случае, был намного более структурирован, чем «Страшная смерть» и «Конец смертельного поединка». Цвета стали разнообразнее, рисунок четче. Можно сказать, что среди эмоционального хаоса возник «островок безопасности».

Часть II.

ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ МАССОВЫХ КАТАСТРОФАХ: ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ

Глава 6. ПОМОЩЬ ЖЕРТВАМ ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЯ В АРМЕНИИ

6.1. Общая характеристика ситуации

7 декабря 1988 года в Армении произошло катастрофическое землетрясение. Город Спитак, находившийся в его эпицентре, был полностью разрушен. Серьезно пострадали города Степанаван и Ленинакан. Погибло несколько десятков тысяч человек.

Наша группа¹ – 11 психологов под руководством профессора В.С. Мухиной – вылетела в Ереван 12.12.1988, на 6-й день после катастрофы. Группа работала в течение двух недель. В дальнейшем нам на смену прибыла следующая бригада московских психологов.

В качестве наших ассистентов выступали армянские психологи, у которых была хорошая теоретическая подготовка, но к тому времени не было опыта практической работы. В описываемый период практическая психология в СССР была чрезвычайно слабо развита. Впоследствии ассистировавшие нам местные психологи составили основной костяк психологической службы Армении.

Психологическая помощь оказывалась в г. Ереване, куда были эвакуированы жертвы землетрясения из пострадавших районов. Работа проводилась в одном из эвакуационных центров (Молодежном центре) и в ереванских больницах, в которых находились дети с физическими травмами различной тяжести. В Молодежном центре мы старались использовать,

¹ В оказании помощи жертвам спитакского землетрясения участвовал один из авторов – А.Л. Венгер.

преимущественно, групповые формы работы, чтобы увеличить количество детей, охваченных психологической помощью. В больнице психокоррекционные занятия приходилось проводить индивидуально, так как большинство больных не могли вставать с постели. По вечерам, после окончания основной работы, проводились занятия для ассистировавших нам местных психологов и взаимная групповая супервизия с разбором случаев, имевших место за день.

6.2. Состояние пострадавших

Состояние пострадавших детей и подростков характеризовалось *острой тревогой*. Были типичными *нарушения регуляции активности* различного рода: у одних детей наблюдалась глубокая пассивность, заторможенность, у других – напротив, особо высокая, но хаотическая, неупорядоченная активность. У некоторых эти формы поведения чередовались. У большинства детей отмечались *нарушения сна*. Многие дети практически не спали по нескольку суток. Помимо общей эмоциональной напряженности, заснуть им мешал страх, что во время сна снова произойдет землетрясение. У некоторых детей было нарушено питание, резко снижен аппетит. Практически всеобщим было чувство утраты контроля над ситуацией и над собственными психическими состояниями.

У большинства детей и подростков наблюдались ярко выраженные множественные *фобии*: сейсмофобия (страх повторного землетрясения), страх при наблюдении за любыми качающимися предметами, боязнь высоты, клаустрофобия (боязнь замкнутых пространств), акузофобия (страх громких или неожиданных звуков) и др. Массовый страх возникал при звуке пролетающих самолетов. Как объяснили сами дети, он был очень похож на подземный гул, раздававшийся во время землетрясения. У детей, потерявших родителей, родных и близких, проявлялись *депрессивные реакции*. Депрессия была ярко выражена также у детей с тяжелыми физическими травмами, инвалидизацией.

Очень высокий уровень невротизации был типичен и для взрослых, причем отнюдь не только для тех, кто непосредственно пострадал от землетрясения или потерял близких. Многие люди восприняли землетрясение как продолжение геноцида армянского народа, начатого незадолго перед тем массовыми убийствами армян в Нагорном Карабахе. Ходили упорные слухи о том, что землетрясение вызвано искусственно, что под Спитаком находился подземный полигон, на котором то ли неудачно испытывали, то ли сознательно применили геофизическое оружие. Степень убежденности в этом населения была очень высока.

Общее напряжение усиливалось тем, что в этот период Армения фактически находилась на военном положении. В Ереван были введены войска, включая большое количество танков; в городе был установлен комендантский час (появляться на улице после 11 часов вечера было запрещено). Эти меры были связаны с армяно-азербайджанским конфликтом, спровоцированным событиями в Нагорном Карабахе.

Деморализация взрослых служила дополнительным фактором, негативно действующим на психологическое состояние детей. В отдельных (хотя немногочисленных) случаях нам пришлось столкнуться с негативным отношением к себе как «представителям Москвы». Чаше на нас, напротив, возлагались чрезмерные надежды, что вызывало у нас естественное чувство неловкости, но, вероятно, повышало психологический эффект нашей работы.

Приблизительно через месяц после землетрясения большая группа армянских детей (около 400 детей в возрасте от 7 до 16 лет) была вывезена на новогодние праздники в подмосковный пионерский лагерь «Звенигородка». В лагере им оказывалась психологическая помощь бригадой из 4 московских психологов под руководством В.С. Мухиной (ранее эти дети психологической помощи не получали).

Дети внешне производили благополучное впечатление. Их поведение носило характер, естественный для их возраста. Несколько настораживало *повышенное возбуждение*, которое, впрочем, можно было объяснить

переменной обстановки и перенасыщенностью программы зрелищно-развлекательными мероприятиями.

Однако с первых же дней мы столкнулись с многочисленными жалобами воспитателей и вожатых, свидетельствующими о полиморфной картине психического состояния детей с выраженными проявлениями психологического дискомфорта. У многих детей имелся страх повторного землетрясения, не исчезнувший с приездом из Армении в Подмосковье. Страхи стимулировались колебательными движениями различных предметов (ветви деревьев, серпантин, елочные игрушки или даже колебания панцирных сеток кроватей при перемене положения тела). Дети вздрагивали при неожиданных прикосновениях и звуках (шорохи, шаги, шепот, падение предметов и т.п.). Дети с трудом засыпали, часто в страхе пробуждались.

Многие дети упорно стремились рассказывать с подробностями и повторениями о ситуациях, пережитых во время землетрясения. Рассказы были эмоционально насыщены.

Как правило, все это наблюдалось на фоне *астенических состояний* – быстрой утомляемости, пониженной продуктивности, головных болей, головокружений, иногда обмороков. Отмечалась также капризность, повышенная возбудимость, затруднения концентрации, гипертермия, снижение аппетита.

Работа с ребенком обычно начиналась с того, что ему давали бумагу с набором цветных карандашей и предлагали нарисовать то, что он захочет. Рисование выступало и как средство экспресс-диагностики, и как начальный этап психокоррекции. В процессе рисования психолог обеспечивал положительную эмоциональную атмосферу, постоянно одобрял действия ребенка. Положительная оценка иногда давалась в прямой, иногда – в косвенной форме (например, психолог спрашивал ребенка: «Наверное, ты учился рисовать в каком-нибудь кружке? Нет? Тогда кто же научил тебя так аккуратно раскрашивать рисунок?»). Это способствовало раскрепощению ребенка, повышению уверенности в себе.

В нашем распоряжении имелось 78 рисунков, сделанных 57 детьми и подростками, пережившими землетрясение. Некоторые них относились к периоду нашей работы в г. Ереване, остальные – к периоду работы в пионерском лагере «Звенигородка». Несмотря на различное время, прошедшее с момента землетрясения, существенных различий между теми и другими рисунками обнаружено не было.

Проведенный анализ показал, что только у 17 детей (30%) рисунки могут рассматриваться как типичные для детей соответствующего возраста. Остальные рисунки содержали те или иные специфические особенности, свидетельствующие о более или менее выраженных отклонениях в когнитивной и/или эмоциональной сфере. Наиболее частой отличительной особенностью была *обедненность цвета, преобладание черного и серого тонов*. Эти особенности встретились в рисунках 23 детей (40%). Это свидетельствует о снижении эмоционального фона, депрессивных тенденциях. У 11 детей (19%) рисунки *не соответствовали возрасту* по способу изображения объектов. Это является проявлением возрастной регрессии, носящей защитный характер. В результате регрессии рисунки подростков и младших школьников часто оказывались очень схожи между собой, а иногда выглядели как сделанные дошкольниками.

В рисунках 10 детей (18%) отмечалась своеобразная *фрагментарность*: отдельные элементы композиции не соответствовали рисунку в целом по смыслу или по способу изображения, воспринимались как инородные.

Например, Сережа, 12 лет, нарисовал дом с примыкающим к нему забором, а над забором – отдельный персик, по размеру сравнимый с домом. Указав на персик, он объяснил, что это – «сад» (хотя ни персиковое, ни какие-либо другие деревья нарисованы не были).

На рисунке Ашота, 14 лет, изображен пейзаж: небо, солнце, дерево, над ним – три птицы в виде черных крестов. Под деревом стоит Буратино, рядом – тщательно вырисованное

окно, в котором видна ваза с цветами. Изображение дома (или, хотя бы, просто стены) отсутствует, так что окно как бы висит в пустоте.

Роза, 16 лет, нарисовала снежную бабу красного цвета, а рядом с ней – украшенную елку. При этом елка книзу не расширялась, а сужалась, так что производила впечатление стоящей «вверх ногами», на вершине. В правой половине листа был изображен падающий снег, в левой – дождь (рис. 1). Таким образом, в рисунке проявилось нарушение отношений верх-низа (перевернутая елка), логическое несоответствие (дождь и снег вместе, причем не вперемешку, а порознь – на разных половинах листа), неадекватное использование цвета (красная снежная баба). В рисунке выявилась выраженная регрессия: по способу изображения объектов он соответствовал не 16, а 6–7 годам. Однако отмеченные несоответствия не сводятся к одной лишь регрессии, поскольку не характерны и для более младшего возраста. Земля, изображенная по низу листа, и небо – по верху, придают рисунку впечатление своеобразной противоречивой целостности.

Тематика рисунков была различной. Среди них встречались изображения людей (у 14 детей), пейзажи, автомобили, самолеты, отдельные предмета (вазы, лейка и т.п.). Наиболее распространено было изображение дома (у 23 детей); как правило, рядом с ним располагались дерево и/или цветы. Специфическая особенность сюжетов состояла в том, что весьма редко встречались рисунки, на которых были бы изображены одновременно человек и какие-либо другие объекты (такие рисунки встретились только у 6 детей). В частности, всего 3 раза (у 5% детей) встретилось сочетание человека с домом, хотя в норме такое сочетание – одно из типичнейших. Можно полагать, что детьми, пережившими землетрясение, дом воспринимался как угроза для человека.

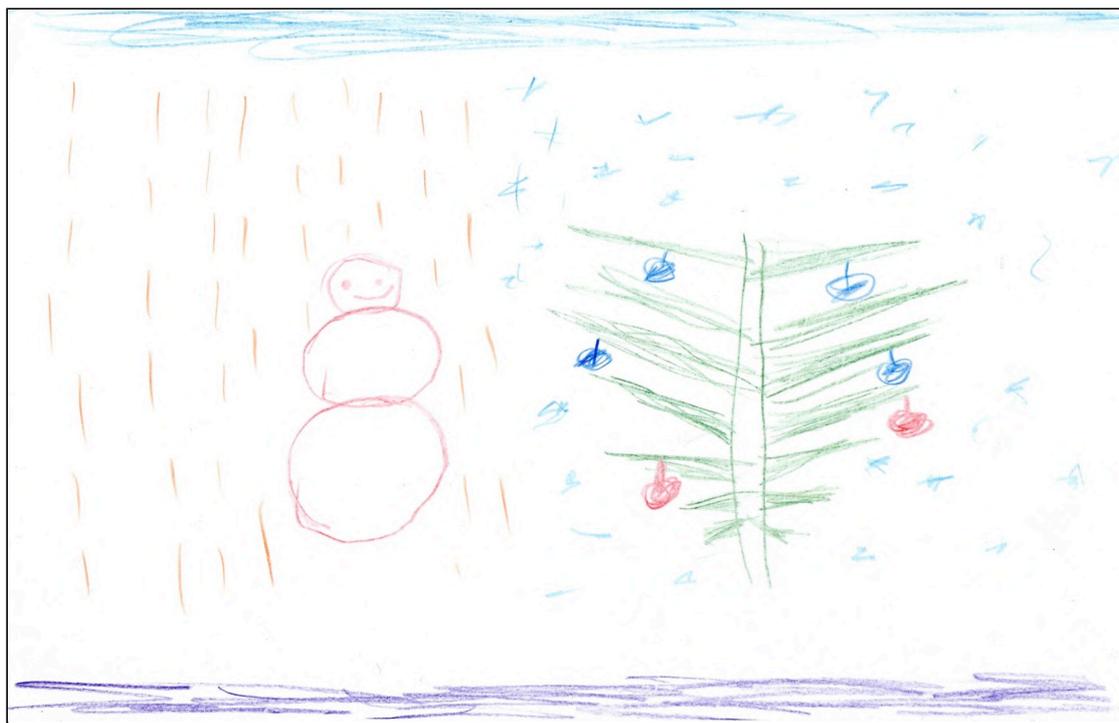


Рис.1. Роза, 16 лет. Свободный рисунок.

В изображениях домов чаще, чем в других рисунках, встречались различные отклонения от возрастной нормы. Так, обедненность цвета встретилась в 18 из 23 рисунков дома (78%). В большинстве случаев (на 12 рисунках) обедненное по цвету изображение дома сочеталось с ярким, многоцветным изображением дерева и/или цветов. Регрессия наблюдалась в 7 рисунках дома (30%), фрагментарность – в 8 (35%). Таким образом, эти особенности в рисунках, включающих изображение дома, были в несколько раз более частыми, чем в остальных рисунках.

Наряду с этими особенностями, в изображениях дома проявились и некоторые другие, специфичные именно для них. В норме, начиная со старшего дошкольного возраста, характерно изображение дома на какой-либо опоре: это или земля (которая может быть нарисована реалистически или в виде опорной линии), или нижний обрез лап. У исследованных детей, переживших землетрясение, в половине случаев (11 рисунков) дом помещался в середине листа, причем опорная линия (земля) либо вовсе отсутствовала, либо располагалась значительно ниже дома, который, таким

образом, как бы висел в пустоте (рис. 2). С той же частотой встречались те или иные отклонения в изображении окон: их отсутствие, грубая асимметрия, грубые искажения формы и т.п. В итоге всего у 3 детей (13%) рисунок дома соответствовал вариантам, типичным для соответствующего возраста.

В 16 рисунках дома (70%) отмеченные выше особенности встречались в тех или иных сочетаниях. Например, в 7 рисунках (30%) обедненность цвета сочеталась с отсутствием опоры и нарушениями в изображении окон, в 4 из них наблюдалась также регрессия. В 3 рисунках (13%) проявились все описанные особенности одновременно.

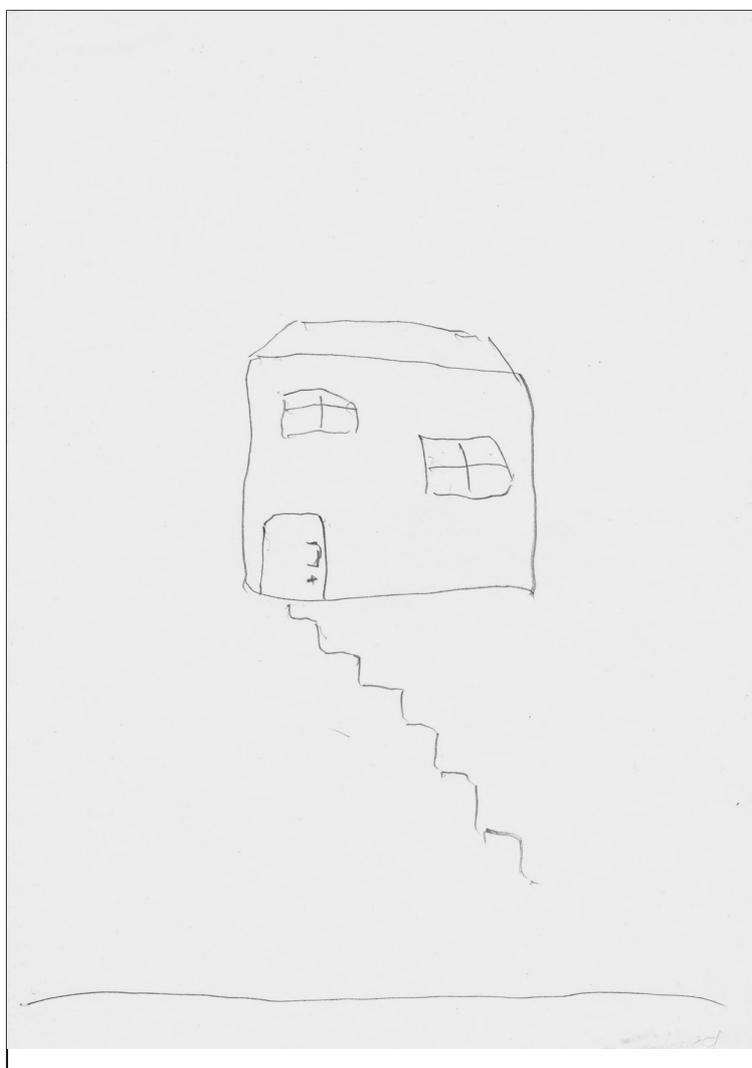


Рис. 2. Арам, 10 лет. Рисунок дома.

Можно полагать, что неблагополучие в изображениях дома связано с повышенной эмоциональной значимостью соответствующих образов: ведь во время пережитого детьми землетрясения основным непосредственным впечатлением было именно разрушение домов. Повышенная значимость окон, по-видимому, вызвана тем, что они воспринимались детьми как возможный путь к спасению (действительно, многие дети спаслись только благодаря тому, что вовремя выпрыгнули в окно). Итак, можно констатировать, что образ дома и, особенно, окна был ассоциирован у детей с переживаниями, связанными с землетрясением.

Дети, у которых воспитатели отмечали устойчивые эмоциональные нарушения (страхи, агрессивность и др.), изображали дом значительно чаще, чем дети, у которых отмечались только ситуативные проблемы (плохо засыпал в предыдущую ночь и т.п.). В первой группе изображение дома встретилось у 15 из 23 детей (65%), во второй – у 13 из 34 детей (38%).

Поведение детей и особенности их рисунков позволяют предполагать, что имевшиеся нарушения были связаны с погруженностью в ситуацию землетрясения. Эта ситуация не была изжита детьми, воспринималась ими не как прошедшая, а как продолжающаяся в настоящее время. Поэтому одна из важнейших задач психокоррекции состояла, на наш взгляд, в том, чтобы помочь ребенку почувствовать себя находящимся в *новой* ситуации, осознать землетрясение как свое *прошлое*, а не настоящее.

Такие особенности рисунков как фрагментарность, нарушение смысловых связей, отношений верха-низа и т.п. позволяют предположить, что у детей распалась целостная картина мира. По-видимому, это следствие как тяжелой эмоциональной перегрузки, так и когнитивного диссонанса: во время землетрясения оказались несостоятельными базисные представления об устойчивости и надежности окружающего мира, о земле как *тверди* и т.п. Экстремальность ситуации в целом придавала этому когнитивному диссонансу сверхзначимость, что и привело, по-видимому, к стойкому нарушению картины мира.

6.3. Работа в эвакуационном центре

Работа в Молодежном центре г. Еревана, где находились люди, эвакуированные из пострадавших районов (преимущественно, из города Спитак), началась на 7-й день после землетрясения и продолжалась 2 недели. В качестве основных задач проводившейся нами экспресс-коррекции мы рассматривали восстановление витальных функций (сна, питания), восстановление чувства контроля над ситуацией и над своими состояниями, преодоление фобий, острой тревоги и депрессии, восстановление нормальной регуляции активности.

В работе с детьми и подростками использовались, преимущественно, методы арт-терапии и релаксационные техники. При проведении групповых и индивидуальных сеансов релаксации использовался метод перемещения фокуса внимания по разным участкам тела. После достижения мышечной релаксации детям предлагали «представить себе какую-нибудь спокойную, приятную картину природы». Психолог предлагал несколько картин на выбор, оставляя детям также возможность и других визуализаций. Предлагаемые картины описывались примерно так: «Это может быть поле, трава чуть колыхнется под легким ветерком... а может быть лес, чуть шелестят листья деревьев... или озеро, кувшинки, слегка покачиваются камыши... или еще что-нибудь – что само представится». Упоминание о колебательных движениях вводилось намеренно – для преодоления страха перед ними.

Как показали наши наблюдения, после релаксации у детей появлялась улыбка, повышалась экспрессивность, улучшался эмоциональный контакт, снижалось речедвигательное торможение, уменьшалась скованность. Высказывания детей об их впечатлениях также свидетельствовали об улучшении состояния. Дети выражали удовлетворение по поводу проведенной процедуры, в дальнейшем просили о ее повторении, говорили о повышении настроения и улучшении самочувствия.

Многие методики были разработаны нами на месте, поскольку предшествующего опыта работы с подобной проблематикой у нас не было, а найти в зарубежной литературе описание адекватных задач методик работы с детьми нам не удалось (отечественная литература, посвященная психологической практике, в тот период вообще отсутствовала). В работе широко применялись методики «Уничтожение страха» и «Гармонизация рисунка», описанные выше, а также более специализированные методики, определявшиеся конкретным характером психотравмирующей ситуации и имеющейся симптоматики. В частности, часто использовалась методика «Восстановление города». Для преодоления страха перед шумом пролетающих самолетов психолог побуждал детей играть «в самолеты». Дети делали и запускали бумажные самолетки, сами изображали самолеты: бегали с раскинутыми в стороны руками и громко гудели. У большинства из них страх самолетов проходил после одного такого сеанса. Столь быстрый эффект можно объяснить двумя причинами: во-первых, совсем недавним возникновением фобии, во-вторых, ее очень косвенной связью с психотравмирующей ситуацией.

Катамнестические наблюдения наших армянских коллег показали, что симптоматика, преодоленная в результате психокоррекции, впоследствии не возобновлялась. Эффект психологического вмешательства оказался стойким. При отсутствии своевременной психологической помощи неблагоприятные эмоциональные состояния сохранялись надолго. Родители детей и подростков, которые по тем или иным причинам не получили помощи в первые недели после землетрясения, обращались с жалобами на страхи и другие эмоциональные проблемы год и более спустя после трагедии.

6.4. Работа в лагере «Звенигородка»

Продолжением работы с жертвами землетрясения стала психологическая помощь детям, вывезенным на зимние каникулы в подмосковный пионерский лагерь «Звенигородка» (около 400 детей в

возрасте от 7 до 16 лет). Работа в лагере началась спустя 28 дней после катастрофы и продолжалась 9 дней. Специфика работы определялась тем, что в одном месте было собрано большое количество детей, испытавших сходную и исключительно интенсивную психотравму.

Как и в Ереване, психокоррекция основывалась, преимущественно, на использовании методов арт-терапии и релаксационных техник. Регулярная психологическая помощь оказывалась 69 детям. Кроме того, проводился ежевечерний обход всех палат. Во время обхода с детьми, просившими помочь им заснуть, проводился короткий сеанс релаксации (такая просьба поступала в большинстве палат). Как правило, дети засыпали практически сразу же.

Занятия, проводившиеся в дневное время (как правило, групповые), обычно начинались с рисования на свободную тему. По окончании рисования с детьми проводился сеанс релаксации. После релаксации у большинства детей отмечалось улучшение контакта с психологом, общее оживление мимики, подъем настроения. В некоторых случаях после релаксации детям снова предлагалось сделать рисунок. Мы предполагали, что в этих рисунках будет отражаться улучшение эмоционального фона, что позволит ребенку более полно почувствовать и зафиксировать для себя произошедший сдвиг. Такая фиксация должна была повышать устойчивость психотерапевтического эффекта. Кроме того, снятие эмоциональной напряженности открывало дополнительные возможности для развертывания творческой активности, имеющей первостепенное значения для психокоррекции.

В общей сложности нами был получен 21 повторный рисунок. Их анализ показывает, что после релаксации возрастала плотность и разнообразие используемых цветов, чаще начинали использоваться теплые яркие тона, сочные цветовые сочетания; реже использовался черный цвет. Это свидетельствует о положительном влиянии релаксации на эмоциональное состояние детей.

В повторных рисунках повышалась композиционная организованность пространства листа, исчезала разобщенность изображенных объектов, фрагментарность. В отдельных случаях исчезали или смягчались имевшиеся ранее отклонения от общепринятого способа изображения объектов. Так, например, у Рудика, 9 лет, в исходном рисунке фигура человека была сильно сжата по вертикали (длина туловища была много меньше его ширины; рис. 3, слева). В рисунке, выполненном после второго сеанса релаксации, пропорции человеческой фигуры приблизились к норме (рис. 3, справа). У Розы, 16 лет, исчезли имевшиеся в исходном рисунке нарушения отношений верх-низа, смысловые противоречия. Таким образом, можно полагать, что эффект проведенной работы не ограничивался улучшением эмоционального состояния детей, а проявлялся также в смягчении нарушений субъективной картины мира.

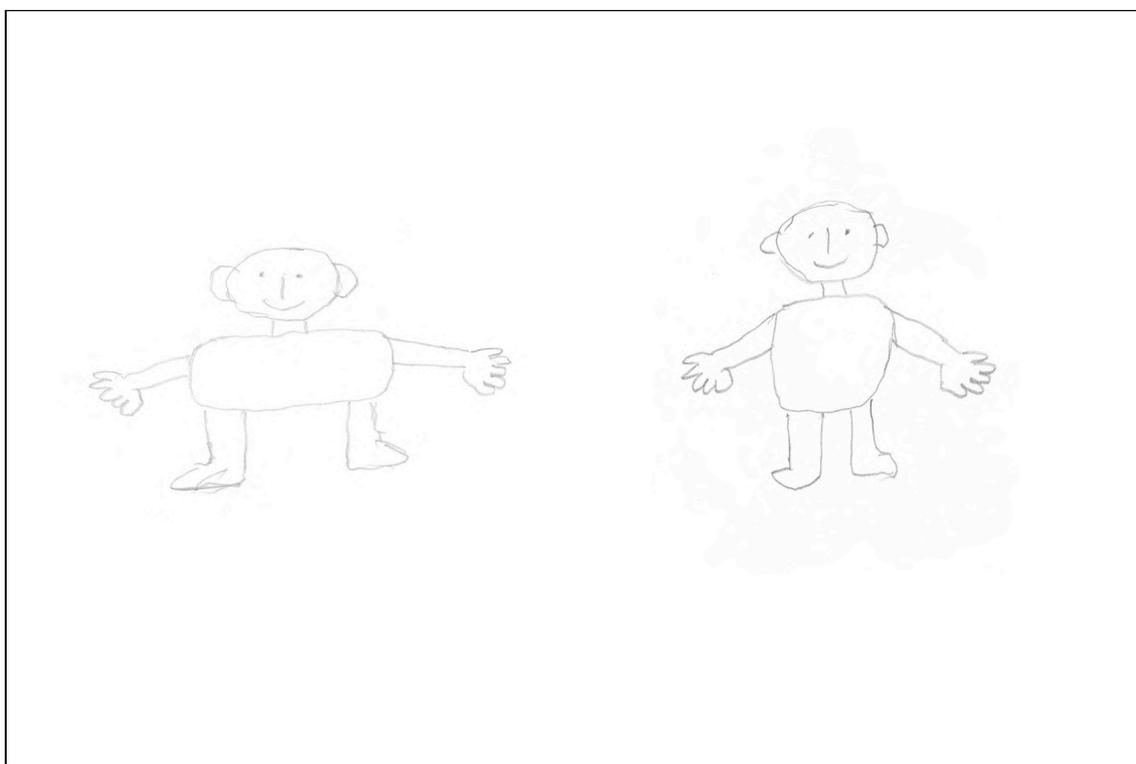


Рис. 3. Рудик, 9 лет. Рисунок человека. Слева – исходный рисунок, справа – рисунок, сделанный после двух сеансов релаксации.

6.5. Примеры применения методики «Уничтожение страха»

Пример 1. В период работы в лагере «Звенигородка» воспитатель привел к психологу Эдгара, 9 лет, с жалобами на нарушения сна, страхи. Он подолгу не мог заснуть, ночью часто просыпался с криком. В беседе с психологом Эдгар объяснил, что не может заснуть, так как боится «привидений или еще чего-нибудь страшного, которое приходит во сне».

Мальчику было предложено нарисовать свой страх таким, как он его ощущает. Поначалу Эдгар отказывался рисовать, говорил, что не знает, как это сделать. Тогда психолог стал расспрашивать его: «Твой страх красивый или нет? Как тебе кажется, каким цветом его нужно было бы нарисовать?» После ряда подобных вопросов, на которые ребенок вполне адекватно ответил («Страх некрасивый, черный...»), психолог сказал: «Вот видишь, ты мне уже все рассказал про свой страх. Теперь тебе будет совсем легко его нарисовать и потом прогнать». На этот раз Эдгар охотно стал рисовать. Он изобразил черную человекообразную фигуру с волнообразным туловищем и бесформенными выростами вместо рук и ног.

Психолог объяснил, что теперь страх легко прогнать: для этого надо разорвать и выбросить рисунок. Когда Эдгар выполнил это, с ним была проведена беседа о том, что показанная ему техника может использоваться им самостоятельно, если ему когда-нибудь вдруг снова станет страшно. Было объяснено также, что не обязательно на самом деле рисовать и рвать рисунок: достаточно представить себе, как это делаешь. После этого ребенок был погружен в состояние релаксации и с ним было проведено внушение, содержание которого сводилось к тому, что теперь он умеет прогонять свой страх и, следовательно, не будет больше бояться.

На следующий день воспитатель сообщил, что в эту ночь мальчик заснул легко, страхов не было, но ночью он несколько раз просыпался (правда, быстро засыпал снова). Рассказ самого Эдгара полностью соответствовал словам воспитателя. В беседе с мальчиком психолог подчеркнул значимость достигнутого результата: появившегося у Эдгара умения управлять собой, прогонять свои страхи, быстро засыпать. Была сформулирована цель сегодняшнего занятия: научиться засыпать так, чтобы потом ночью не просыпаться. В качестве средства для достижения этой цели была предложена техника последовательного сосредоточения внимания на частях собственного тела. В ходе занятия с использованием этой техники Эдгар хорошо расслабился и быстро заснул. После пятиминутного сна почувствовал себя бодрым, хорошо отдохнувшим. Мальчику было предложено в дальнейшем при засыпании самостоятельно пользоваться этой техникой.

В последующие дни пребывания в лагере мальчик спал хорошо. Страхи возобновились один раз, после того как вечером соседи по палате напугали его рассказами о привидениях. Но, по словам Эдгара, он «прогнал страх» так, как его учили, и больше не боялся. Таким образом, на протяжении восьми дней, в течение которых проводилось наблюдение, психотерапевтический эффект оказался устойчивым.

В большинстве случаев методика «Уничтожение страха» проводилась на материале рисования, но иногда, особенно с маленькими детьми, – на материале лепки.

Пример 2. В период работы в Ереване к нам обратились родители четырехлетней девочки Лусинэ, у которой появились ярко выраженные страхи, нарушавшие ее сон и вызывавшие

эмоциональный дискомфорт. В Ереване, где жила Лусинэ, землетрясение было слабым. Вероятно, ее страхи возникли по механизму эмоционального заражения от окружающих взрослых. Объектом страха стали танки, хотя непосредственной угрозы они не представляли.

В ходе коррекционной работы девочка с помощью психолога вылепила из пластилина танк. По предложению психолога она стала возить этот танк взад-вперед, изображая голосом рычание двигателя. «Вот как громко рычит наш танк!» – комментировал психолог. Поставив на пути танка маленькую куколку, он предупреждал: «Осторожней, тут стоит человек. Аккуратней его объезжай».

Уже этот, предварительный этап работы имел коррекционное значение, так как способствовал возвращению чувства контроля над ситуацией. Если сформулировать словами идею, воплощенную в игровых действиях (что, разумеется, не делалось), то получилось бы приблизительно такое рассуждение: «Это не ИХ танки, которые могут нас задавить, а НАШИ танки, которые ездят осторожно и никого не задавят». Заслуживает отдельного обсуждения вопрос о том, этично ли со стороны психолога ставить перед собой задачу примирить человека с тем, что его родной город наводнен танками и солдатами. Но если этому человеку 4 года и единственное, что он может противопоставить происходящему, – это свой страх, то ответ кажется нам однозначным.

На следующем этапе работы психолог предложил девочке сделать из этого танка что-нибудь еще – «что-нибудь очень-очень красивое». Поскольку танк был вылеплен из зеленого пластилина, Лусинэ сразу же сказала, что сделает из него дерево. Психолог одобрил эту идею и помог девочке слепить дерево, на которое затем были наклеены разноцветные цветы и красные яблоки.

Катамнестические данные свидетельствовали о том, что проведенная работа привела к стойкому эффекту. Впоследствии страх танков не возобновлялся.

Глава 7. ПОМОЩЬ ЖЕРТВАМ ТЕРАКТА В МОСКОВСКОМ ТЕАТРЕ

7.1. Общая характеристика ситуации

23 октября 2002 г. группа террористов захватила в заложники и удерживала в течение трех дней зрителей и актеров московского Театрального центра на Дубровке, где шел мюзикл «Норд-Ост». На третьи сутки был организован штурм здания, и заложники были освобождены. Во время штурма был применен усыпляющий газ. В результате более ста заложников погибли, а остальные были доставлены в московские больницы с отравлениями разной степени тяжести.

Работа по оказанию психологической помощи пострадавшим проводилась нами в больнице № 7 г. Москвы и в детской больнице № 13 им. Филатова. Работа в больнице № 7 была начата 26.10.2002, в 7 часов вечера того же дня, когда в больницу поступили заложники, и продолжалась до 2:30 ночи. В Филатовской больнице нам удалось начать работу только на 3-й день после освобождения заложников. Задержка была вызвана тем, что, пока пациенты находились в остром состоянии, зав. отделением и лечащий врач сомневались в уместности психологической помощи (впоследствии они оценили ее как безусловно полезную).

Специфика проводившейся работы характеризовалась следующими обстоятельствами:

- Тяжесть *физического состояния* пострадавших определялась не только и, вероятно, не столько предшествующим стрессом (трехдневным пребыванием в качестве заложников), сколько интоксикацией, вызванной воздействием отравляющего вещества,

примененного при штурме и освобождении. В связи с этим психологическая помощь оказывалась в больничных условиях.

- Повышенное общественное внимание к террористическому акту вызвало большой наплыв в больницу посторонних людей: следователей ФСБ, тележурналистов и т.п. В связи с этим пострадавших побуждали многократно рассказывать о произошедшем, не учитывая возможного влияния расспросов на их психологическое состояние. В больнице проводились рекламные благотворительные акции, снимаемые ведущими телеканалами. Все это создавало атмосферу нездорового ажиотажа.
- Психологическое состояние многих пациентов было осложнено отсутствием информации о судьбе их родных и близких, находившихся вместе с ними в качестве заложников и потерянных ими во время освобождения.

В качестве основной задачи психологической экспресс-помощи мы рассматривали снижение негативных переживаний пострадавших. Мы (как и врачи) рассчитывали, что это будет иметь не только чисто психологическое, но и медицинское значение, поскольку благоприятное эмоциональное самочувствие является важным фактором, способствующим эффективности лечения, улучшению физического состояния пациентов.

Для пациентов имела большое значение информационная поддержка, которую осуществляла студентка психологического факультета Высшей школы экономики Е.А. Морозова. Она постоянно поддерживала телефонную связь с родственниками детей, лежащих в больнице, сообщала им о состоянии пациентов и узнавала новости о ситуации дома. Эту информацию мы затем передавали детям.

7.2. Состояние пострадавших подростков

Начиная с третьих суток после освобождения, оказывалась психологическая помощь шестерым подросткам в возрасте от 11 до 15 лет.

Подростки находились в токсикологическом отделении Филатовской больницы¹. Количество пациентов уменьшалось по мере их выписки. В дальнейшем с ними поддерживалась периодическая телефонная связь.

Пятеро подростков уже к моменту начала нашей работы вставали с постели, ходили по палате, заходили «в гости» в соседние палаты и только Антон все время лежал (хотя и ему постельный режим не был предписан врачом). В начале психологической работы все подростки, кроме Антона, демонстрировали оптимистический настрой, но жаловались на болезненные уколы и на то, что им скучно лежать в больнице. О своем пребывании в заложниках они либо вообще не хотели говорить, либо рассказывали как о некоем приключении.

Пациент Михаил, 14 лет. Был привезен в больницу в состоянии комы, из которого не выходил в течение трех часов. По словам врача, по выходе из комы долго не мог назвать свои имя и фамилию; в ответ на вопросы только плакал. В момент посещения психологов состояние хорошее. Мимика живая; улыбается, активно участвует в беседе. Спокойно рассказывает о произошедшем. Сообщает: «Нам повезло, попались очень хорошие террористы – Рашид и Аслан. Они нам все старались дать – «фанту», шоколадки. Мы были наверху, у нас был туалет – женский, а там, внизу, не было».

Мы предположили, что отсутствие или оптимистический тон рассказов о пребывании в качестве заложников вызваны действием механизмов психологической защиты. Известно, что подобная инкапсуляция переживаний в дальнейшем чревата появлением невротических симптомов

¹ В этой книге не описывается работа в больнице № 7, так как она проводилась, в основном, со взрослыми пациентами.

(Nader et al., 1990). Несмотря на это, мы не стали провоцировать немедленное отреагирование этих переживаний, так как опасались, что активное вмешательство, прерывающее работу защитных механизмов, может усилить патогенное воздействие психотравмы. Как справедливо отмечают Дж. Кори и др., «...нападать на защитные системы без понимания их важности для поддержания баланса – значит подвергать клиентов риску психологического ущерба» (2001, с. 17). Сходной позиции придерживаются У. Юл и Р.М. Уильямс, указывающие, что «...вмешательства, проведенные с благими намерениями, но без учета различий в индивидуальных потребностях детей, действительно могут причинить вред» (2001, с. 302).

О том, что истинное эмоциональное состояние существенно отличалось от того, которое демонстрировалось окружающим (а, возможно, и самим себе), свидетельствовали данные проведенной с подростками рисуночной диагностики. Так, например, в свободном рисунке пятнадцатилетней Кати, который она назвала «Спасение», ярко проявились *фрагментарность* и *символизация* (рис. 4). В нижней части листа она изобразила террористов в виде черного пятна. Желтая спираль вокруг него, а также неправильная желтая четырехлучевая звезда в центре листа – это символика штурма. В левой части листа красный крест в круге символизирует больницу.

Очень выразителен рисунок «несуществующего животного», сделанный четырнадцатилетней Лизой (рис. 5). Это человеческое лицо с плотно сжатыми губами, как бы удерживающими крик, и ярко выделенными глазами с зачерненной радужкой (символика *страха*). Подчеркнут также нос – видимо, это отражение переживаний, связанных с отравлением газом. Очень сильно варьирующий нажим (от совсем слабого, так что линии еле видны, до резко усиленного) – свидетельство высокой *эмоциональной лабильности*. Волнистые линии, окружающие изображенное существо со всех сторон, – показатель *потребности в защите* от внешнего мира.



Рис. 4. Катя, 15 лет. «Спасение».

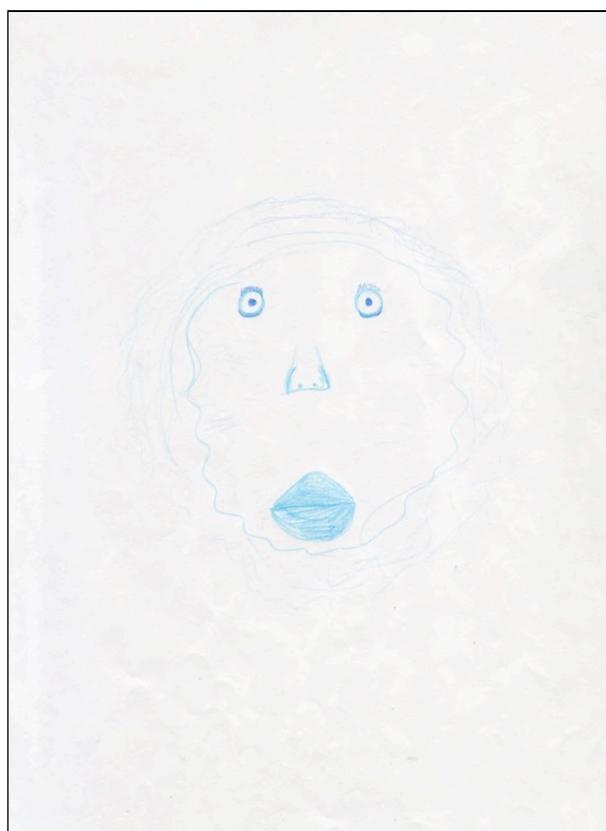


Рис. 5. Лиза, 14 лет. Несуществующее животное.

Рассказ о животном очень короток: «Это такое животное, которое может разговаривать, думать. А его можно носить всегда в кармане. Главное, оно всегда рядом. Всегда под рукой. Как зовут его, не знаю. А лет ему столько же, сколько и мне. Оно, конечно, должно быть попушистее, как помпончики». Выраженное в рассказе желание иметь «всегда под рукой» пушистого друга отражает переживаемое Лизой *чувство одиночества*.

Самое тяжелое состояние наблюдалось у тринадцатилетнего Антона. Большую часть времени он лежал в постели с тоскливым выражением лица. Был пассивен, заторможен, мало контактен, вяло отвечал на вопросы. Наблюдались пароксизмальные движения рук и ног. Жаловался на плохое самочувствие, на то, что ему трудно ходить. Никаких физических повреждений, которыми это могло бы объясняться, у него обнаружено не было. У Антона стойко держалась субфебрильная температура, причину которой врачи объяснить не могли. В целом картина соответствовала *соматизированной депрессии* (диагноз был впоследствии подтвержден психиатром). Помимо этого, у Антона была ярко выражена *регрессия*. Так, сделанный им рисунок человека соответствовал возрасту в 4-5 лет (рис. 6).

В течение последнего года Антон уже перенес две стрессовые ситуации. Ему была сделана полостная операция под общим наркозом, а вскоре после этого он присутствовал во Львове на авиационном шоу, во время которого самолет упал на толпу зрителей (сам Антон при этом не пострадал). Можно полагать, что это обострило реакцию на стресс, вызванный пребыванием в заложниках.

Мы старались как можно больше времени находиться в больнице, не стимулируя актуализацию травмирующих переживаний и дожидаясь момента, когда они проявятся спонтанно или под влиянием каких-либо случайных внешних событий. К сожалению, первый такой эпизод все же произошел в наше отсутствие, около 11 часов вечера.

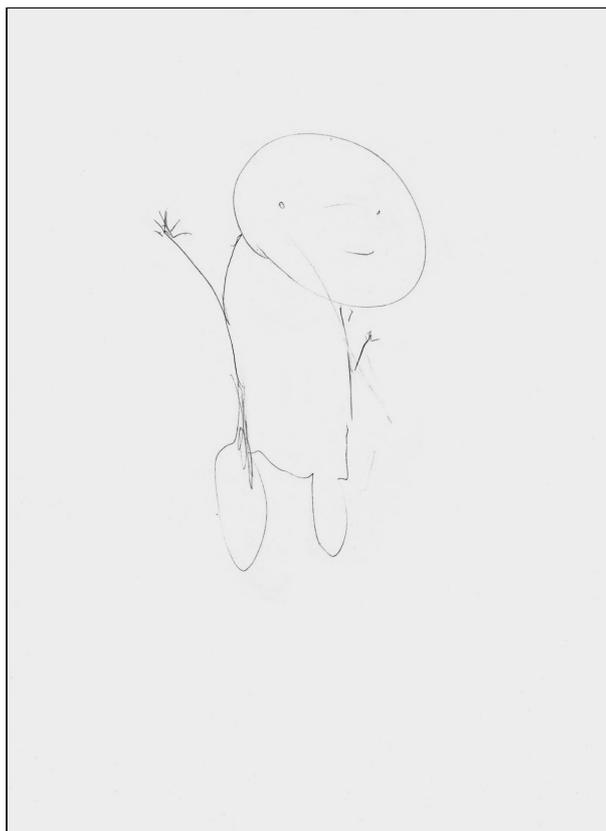


Рис. 6. Антон, 13 лет. Рисунок человека.

Во время визита в больницу родители одного из подростков оставили ему мобильный телефон. Подросток созвонился со своим другом, и тот подробно пересказал содержание телевизионных передач, посвященных жертвам теракта – в частности, сообщил число погибших заложников (более ста, в том числе несколько детей). Распространение этой информации среди подростков-пациентов вызвало у них патологическое возбуждение, которое врачам пришлось купировать медикаментозно.

Для бывших заложников было очень важно восстановить целостную картину происшедшего и определить место, занимаемое в ней лично ими. При этом шло активное переосмысливание ситуации. Проявлениями этого служили попытки подростков представить события в виде некоего не особенно страшного приключения. Однако все эти попытки скрыть от самого себя трагизм произошедшего не избавляли пострадавших от тяжелого эмоционального дискомфорта, выражавшегося и в их рисунках, и в

поведенческих проявлениях, спровоцированных дополнительными эмоциональными нагрузками (в частности, сообщением о смерти многих заложников).

7.3. Работа в Филатовской больнице

Специфика нашей работы состояла в том, что пациенты страдали одновременно как от последствий острого психологического стресса, так и от интоксикации отравляющим газом, в связи с чем они находились в больнице. В подобных условиях приоритетными, безусловно, являются медицинские задачи, а психологическая поддержка играет подчиненную роль. Она призвана не только способствовать общему улучшению эмоционального состояния клиентов, предупреждению развития посттравматических расстройств и т.п., но и повысить непосредственную эффективность лечения.

Наш опыт показал, что для достижения этих целей необходимо тесное взаимодействие психологов и врачей. Психолог согласовывал с врачом время посещения, форму одежды (халат, сменная обувь и т.п.), длительность работы с каждым больным в зависимости от его соматического состояния, задачи и формы работы, желательность или нежелательность передачи информации о судьбе родных и близких и т.п.

Первый день работы мы посвятили, в основном, знакомству с подростками и организации взаимодействия между ними в малых группах (по 2 – 3 человека). В результате пережитого стресса подростки испытывали чувство одиночества. Несмотря на совместное пребывание в больнице, они не могли самостоятельно наладить содержательное общение между собой, оказать друг другу эмоциональную поддержку. Активизация общения была достигнута благодаря простым словесным играм, обсуждению будущих планов, занятиям совместным рисованием и т.п.

Психологи также помогали подросткам преодолеть «министрессы», возникавшие у них из-за отсутствия информации об их близких или по другим ситуативным причинам.

Пациентка Нина, 11 лет, на момент визита психологов сидела на кровати и плакала. В этот день впервые разрешили посещение подростков родителями, а Нину никто не навестил. Оба ее родителя вместе с ней были на спектакле и оказались в заложниках. Об их судьбе девочке ничего не было известно. Она особенно беспокоилась за отца, страдающего астмой. Настаивала на том, что ей необходимо срочно выписаться из больницы, чтобы ухаживать за полуторагодовалой сестрой, поскольку пожилая бабушка – единственный оставшийся дома взрослый человек – не сможет с этим справиться.

Женщина-психолог предложила Нине «немного побыть ее мамой». Девочка приняла предложенную ей полуигровую ситуацию, успокоилась. По своему мобильному телефону психолог созвонилась с больницами, в которых лежали родители девочки, и выяснила, что их состояние не внушает опасений. С разрешения врача она также предоставила Нине возможность поговорить по телефону с бабушкой. В итоге психологическое состояние девочки значительно улучшилось.

О своем пребывании в заложниках Нина рассказывала как о неприятном, но не особенно значимом эпизоде. Так, она пожаловалась, что, когда террористы бросали в зал конфеты и шоколадки, ей не удалось ничего поймать. Высказывала обиду (но не более сильные чувства) по поводу того, что ее не выпустили, хотя других детей ее возраста и даже старше выпускали (Нина – крупная девочка, выглядящая старше своего возраста, и террористы не поверили, что ей всего 11 лет).

Только к самому концу первого дня работы один из подростков – актер из детской труппы спектакля «Норд-ост», Вадим, 13 лет, – сам обратился к психологу с просьбой поговорить о своем пребывании в заложниках.

Состояние на момент посещения психологов: возбужден, беспокоен. Существенно повышен уровень тревоги. Ощущает

потребность в помощи, но долго не решается поделиться своими переживаниями. Только когда психологи уже собирались уходить, Вадим подошел и смущенно спросил: «А вы не могли бы со мной поговорить?».

Мальчик рассказал, что во время пребывания в заложниках он «плохо себя вел» и поэтому боится, что теперь его выгонят из труппы. Как выяснилось при дальнейших расспросах, его «плохое поведение» состояло в том, что он смеялся, хотя окружающие говорили ему, чтобы он перестал. На вопрос психолога о том, действительно ли ему было смешно (весело), Вадим ответил отрицательно. Объяснить, почему он смеялся, не смог. По-видимому, он не мог объяснить этого и себе самому, и на данный момент это являлось одним из источников дополнительной психологической нагрузки.

Психолог проинтерпретировал для Вадима его смех как парадоксальное проявление не осознаваемого им самим страха и бессознательную попытку преодолеть этот страх. Было объяснено, что такие проявления, хотя и не особенно часты, но вполне естественны. Вадим охотно принял такую интерпретацию своего смеха, дающую ему легитимацию (т. е. признание правомерности этой реакции). Это способствовало снижению уровня беспокойства. С мальчиком был особо обсужден вопрос о том, как его встретят члены труппы. Психолог спросил Вадима, как он сам отнесется к такой встрече. Когда мальчик ответил, что будет очень рад, ему предложили поставить себя на место своих товарищей, представить себе, какие чувства они испытают.

У Вадима ярко проявилось избегание травмирующего переживания посредством смещения тревоги на второстепенное в данной ситуации событие – его смех во время пребывания в заложниках. Аналогичный характер носило волнение Нины по поводу ухода за маленькой сестрой. Этот феномен сходен со смещением аффекта, описанным К. Левином и Т. Дембо

(Левин, 2001): когда аффект, по той или иной причине, не может разрядиться по отношению к вызвавшему его объекту или человеку, он направляется на какой-либо другой, более-менее случайный объект.

Несмотря на то, что подростки старались продемонстрировать эмоциональное благополучие (что делалось, вероятно, не столько для других, сколько для себя самих), периодически возникала актуализация болезненных воспоминаний. Когда это происходило в присутствии психологов, возвращение к благоприятному эмоциональному состоянию достигалось посредством психотерапевтически ориентированной беседы. Опишем одну из таких ситуаций, возникшую больше чем через неделю после освобождения заложников.

Заранее было известно, что вечером по телевизору должны показать интервью с подростками-пациентами, взятое у них в больнице. Врач разрешил им посмотреть интервью, мы также не возражали против этого, понимая, насколько им интересно увидеть и услышать себя.

Неожиданно для всех нас, перед интервью была показана компьютерная симуляция того, что произошло бы, если бы террористы взорвали бомбу, заложенную ими в центре здания. В мультипликационном изображении был показан взрыв с объяснением того, в какой последовательности погибали бы заложники, находящиеся в разных частях зала, кто из них погиб бы непосредственно от взрыва, а кто был бы раздавлен обломками здания, и т.п. Естественно, что эта передача вызвала у подростков бурную эмоциональную реакцию. Приведем описание беседы, состоявшейся после этого с Ниной и начатой по ее собственной инициативе.

В беседе участвовали оба психолога. В начале разговора в палату зашел лечащий врач, к которому Нина относилась вполне доброжелательно. Он попросил разрешения тоже присутствовать, но Нина такого разрешения не дала. Это говорит о том, что ее отношение к психологам было более

доверительным (по-видимому, она справедливо считала, что врач и психолог выполняют разные функции).

Если в первый наш визит Нина, в основном, жаловалась на свои неудачи в ловле шоколадок, бросаемых террористами, то теперь она рассказала о значительно более серьезных переживаниях. По собственной инициативе Нина начертила пальцем на столе подробный план зрительного зала, стараясь отметить даже мельчайшие детали, и указала на нем место, где сидели они с мамой. По ходу рассказа она многократно возвращалась к этому плану и уточняла его, как бы продолжая видеть и зал, и след от своего пальца на столе.

Нина вспомнила, что сразу, когда на сцене появились террористы, мама скомандовала ей: «Руки за голову, глаза в пол – и сиди тихо». Девочка рассказала, что было очень опасно встречаться глазами с террористами – это, как сказала ей мама, могло их разозлить, – а не смотреть было трудно: когда кто-либо из них проходил по залу, это притягивало взгляд.

По словам Нины, когда они находились в качестве заложников в зрительном зале, «время потерялось»: было непонятно, когда ночь, а когда день, сколько всего времени прошло с момента захвата – несколько часов или несколько дней. Девочка поделилась воспоминанием о том, что в какой-то момент у нее «началось что-то вроде истерики». Это произошло из-за полной неизвестности, которая была хуже всего. Она сказала маме: «Уж лучше бы точно знать, что погибнешь», на что та ответила: «Ну, так и считай, что точно погибнешь». Это и вывело Нину, по ее собственному мнению, из состояния истерики.

Хочется особо отметить этот удачный психотерапевтический прием, примененный матерью девочки (в духе «парадоксальной интенции»

В. Франкла, знакома с которой она не была¹), а также ее общую разумную позицию, сыгравшую большую роль в сохранении относительно нормального психологического состояния дочери.

Нина рассказала, что во время пребывания в заложниках приступы астматического кашля у ее отца случались не чаще, а даже реже, чем обычно. «Это было даже хорошо, что он кашлял: мы с мамой тогда знали, что с ним все в порядке» (они оказались далеко от отца, поскольку террористы держали мужчин и женщин отдельно друг от друга).

По поводу увиденных по телевизору кадров с убитыми террористами Нина сказала: «Когда я увидела их сдохших... простите, как сказать?... действительно, сдохли... захотелось их оживить и бить, бить – не до смерти, а так, чтобы они почувствовали то, что сделали другим...».

Беседа продолжалась в общей сложности около часа. Дважды за это время Нина как бы оканчивала рассказ о пережитой ею трагедии и переходила на какие-либо нейтральные темы, но потом снова возвращалась к мучившим ее воспоминаниям. Только на третий раз мы почувствовали, что Нина, наконец, «выговорилась». Тогда психологи перевели разговор на обсуждение нынешней, уже достаточно благоприятной домашней ситуации и планов на будущее.

К концу беседы эмоциональное состояние девочки существенно улучшилось. Она почувствовала облегчение от того, что смогла поделиться своими переживаниями с доброжелательными и сочувствующими слушателями. В ходе

¹ Этот прием состоит в том, что клиенту предлагается сознательно вызвать у себя именно то состояние, которого он опасается. Например, если он боится, что во время публичного выступления будет краснеть и потеть, то постараться на этом выступлении *сознательно заставить себя* краснеть и потеть. Оказывается, что при этом соответствующее состояние *не наступает* (Франкл, 1990).

беседы ей удалось переосмыслить и принять собственные переживания. Благоприятное эмоциональное состояние без каких-либо эксцессов сохранялось и в последующие дни.

Можно полагать, что до проведенного обсуждения у Нины, вследствие работы защитных механизмов, имелось глубокое расхождение между осознаваемой и бессознательной интерпретацией произошедшего. На сознательном уровне пребывание в заложниках оценивалось как неприятное приключение, на бессознательном – как трагически-абсурдный эпизод, прерывающий (или даже прекращающий) нормальное течение жизни. В результате беседы оно оказалось осознано как тяжелое испытание, которое она смогла выдержать и пережить благодаря маминой поддержке. Это представление было значительно более адекватно и способствовало соответствующей же перестройке бессознательной картины.

Наша работа проходила в тесном контакте с лечащим врачом. В конце каждого нашего визита проводилось совместное обсуждение физического и психологического состояния подростков, намечались дальнейшие задачи психологической работы. По прямому запросу медперсонала решались такие задачи как:

- оценка психологического состояния пациента в связи с решением вопроса о возможности его выписки;
- проведение бесед с родителями по поводу просьб детей об их преждевременной выписке;
- проведение с детьми бесед, настраивающих их на продолжение необходимого лечения в условиях стационара.

Также и врачи прислушивались к нашим рекомендациям, что положительно сказывалось на психологическом состоянии пациентов.

Так, например, в одно из наших последних посещений возникла ситуация, когда в палате мальчиков остался только один Вадим (описание беседы с ним по поводу его «плохого

поведения» см. выше). Остальные мальчики были уже выписаны, а у него оказались плохими результаты анализов, поэтому врачи сочли необходимым продолжение лечения. В палате у Вадима находилась его мама, однако на ночь, в соответствии с больничным распорядком, она должна была уйти. Вадим очень переживал по этому поводу, боялся остаться на ночь один.

У. Юл и Р.М. Уильямс (2001) указывают, что подобная регрессия, проявляющаяся в трудностях сепарации от родителей, типична для детей и подростков, переживших тяжелую психотравму. Они отмечают, что «даже подростки поначалу могут выражать желание спать вместе с родителями» (с. 297), и рекомендуют проявлять в этих случаях терпимость и понимание.

Мы попросили лечащего врача разрешить маме остаться с пациентом на ночь. В нарушение больничных правил, такое разрешение было дано. В итоге состояние Вадима нормализовалось. В дальнейшем он продолжил лечение без просьб о выписке, постоянно имевших место ранее.

В работе с подростками мы широко использовали рисование. Выражение своих переживаний в символической форме важно не только как диагностический прием, но и обладает психотерапевтическим эффектом. Переработка переживания в образно-символической форме обычно более эффективна, чем их чисто словесное обсуждение, так как в большей мере актуализирует непосредственные эмоции.

Так, большое оживление вызвали рисунки на тему «Моя мечта». Лиза изобразила Эйфелеву башню и рассказала, что мечтает побывать в Париже. Оказалось, что Нина тоже мечтает о поездке за границу. Она сделала два рисунка, изображающих Египет. На первом из них изображены сфинкс и пирамида, а через весь рисунок идут надписи «Египет» и «Каир» с огромным восклицательным знаком. На втором рисунке тема

получила дальнейшее развитие. Первоначально на нем были изображены солнце, море и пальма. После дополнительной работы, проведенной в технике «гармонизации рисунка», появились поезд, гостиница, другие дома, ларек с мороженым и несколько человечков. Рисунки и их последующее обсуждение способствовали улучшению настроения подростков. Главной же задачей этой работы было снижение их заикленности на трагических воспоминаниях и пробуждение направленности на планирование собственного будущего.

Приведенные примеры работы в Филатовской больнице показывают, что психологическое вмешательство в кризисной ситуации не следует строить по какой-либо заранее составленной общей схеме. Оно должно определяться индивидуальными особенностями пациента и его состоянием на данный момент, исходить из запросов как самого пострадавшего, так и лечащего врача. Эти запросы часто не соответствуют привычным для нас представлениям о функциях психолога (например, объяснить подросткам необходимость продолжения лечения; способствовать тому, чтобы мама подростка осталась с ним на ночь в больнице, и т.п.).

Еще раз подтвердилось общее положение о том, что одним из важнейших условий эффективности реабилитационной работы является ее как можно более раннее начало. Так, возможность отреагирования негативных переживаний оказалась почти утраченной к третьему дню (начало работы в Филатовской больнице). К этому времени наблюдалась высокая активность защитных механизмов, направленная на инкапсуляцию травмирующих переживаний, и вмешательство в работу этих механизмов могло бы нанести пациентам психологический ущерб. Поэтому для отреагирования переживаний приходилось дожидаться их оживления, спровоцированного внешними обстоятельствами, а не вмешательством психолога.

Глава 8. ПОМОЩЬ ЖЕРТВАМ ТЕРАКТА В БЕСЛАНЕ

8.1. Общая характеристика ситуации

В 2004 г. в Беслане произошел небывало жестокий и бесчеловечный террористический акт. Первого сентября группа террористов захватила более тысячи человек (более половины из них – дети) и в течение трех дней содержала их в качестве заложников в здании бесланской школы № 1. В течение всего этого времени заложникам не давали еды и питья. Террористический акт завершился взрывом, пожаром и штурмом. Несколько сот человек погибли, большинство остальных во время штурма получили ранения различной тяжести.

Психологическая работа в Беслане была начата нами 13 сентября 2004 г., через десять дней после освобождения заложников¹. В этот период и позднее, вплоть до ноября 2004 г., нормальная жизнь в городе отсутствовала. Продолжалось опознание погибших. Почти ежедневно проходили чьи-либо похороны (либо тело раньше не было опознано, либо человек только теперь скончался от ран в больнице). В соответствии с местными обычаями, до истечения 40 дней после похорон еженедельно совершались поминки по погибшему. Практически все население города носило траур.

Клановость и тесные связи между соседями, характерные для Северной Осетии, как и вообще для кавказских микрокультур, играли двоякую роль. С одной стороны, они создавали возможность для эмоциональной и материальной взаимоподдержки. Так, никто из детей, лишившихся родителей, не был отдан в детдом, все они были взяты на воспитание родственниками или друзьями. С другой стороны, повышалась степень взаимного заражения отрицательными переживаниями. Элементы общинного образа жизни способствовали широкому распространению

¹ Работа проводилась в составе группы психиатров и психологов под общим руководством профессора З.И. Кекелидзе.

вторичной травматизации. В результате острое состояние наблюдалось и у многих людей, которые сами не были заложниками и не потеряли никого из ближайших родственников.

На момент трагедии в Беслане отсутствовали какие-либо психологические службы. На весь город с тридцатитысячным населением был только один врач-психиатр, обслуживавший как взрослых, так и детей. Среди местных психологов почти не было специалистов, имеющих адекватную подготовку в области клинической и/или детской психологии. Количество квалифицированных специалистов, приехавших из других городов, было явно недостаточным. Так, в Беслане в первые дни после трагедии работали 4 детских психолога из Института им. Сербского под руководством профессора Е.Г. Дозорцевой. К моменту нашего приезда они уже вернулись в Москву, и почти до конца месяца мы двое были единственными детскими психологами, работавшими в Беслане.

Наша работа проходила в поликлиническом отделении единственной городской больницы. Организуя психологическую реабилитацию детей, мы задались целью создать островок *нормальной детской жизни*, чтобы преодолеть погруженность детей и родителей в тягостные воспоминания, захваченность трагическими переживаниями. Таким «островком» стал Реабилитационный центр при Бесланской поликлинике (РЦ). Центр был организован по нашей инициативе в первые же дни работы. Администрация больницы предоставила для этого зал лечебной физкультуры в поликлиническом отделении и небольшую дополнительную комнату – ординаторскую кардиохирургов. При оборудовании Центра использовались игрушки и материалы, поступившие в Беслан в качестве международной гуманитарной помощи, а также закупленные на средства частных спонсоров.

Ночевали мы там же – в больничной палате, – что позволяло вести прием с 9 утра до 8 – 9 вечера. После этого проводились выезды на дом. Население уже знало, что в поликлинике работают московские специалисты (упоминавшаяся выше группа Дозорцевой), и многие приходили на прием

целенаправленно. Другим посетителям рекомендовали обратиться к психологу врачи поликлиники. Информация о Реабилитационном центре распространялась также через СМИ – местные газеты и телевидение.

У подавляющего большинства детей, с которыми проводилась работа, имелись относительно легкие физические травмы: ожоги, осколочные ранения, сотрясение мозга в легкой степени. Многие из них приходили на процедуры (перевязки и т.д.) и тут же, в РЦ при поликлинике, получали психологическую помощь. Дети с более серьезными ранениями находились на лечении в больнице г. Владикавказа или других городов (Москвы, Санкт-Петербурга), поэтому мы не имели возможности оказать им психологическую помощь.

8.2. Состояние пострадавших

У детей наиболее распространенными были жалобы на *страхи, нарушения сна*, ночные кошмары. Родители описывали такие проявления как *отказ от еды, нарушения поведения*, боязнь оставаться в одиночестве, боязнь громких звуков и т.п. Многие подростки жаловались на преследующие их картины, воспроизводящие отдельные пережитые эпизоды (*флэшбэк*). Некоторые родители отмечали у своих детей появление повышенной *агрессивности* (в частности, во взаимоотношениях братьев/сестер).

Данные наблюдений и экспресс-диагностики свидетельствовали о резко повышенном уровне *тревоги*, избегании контактов с окружающими, о наличии у многих детей, пострадавших в результате террористического акта, *заторможенности* (вплоть до ступора и тотального мутизма), *депрессивного состояния*, наиболее выраженного в случаях гибели кого-либо из родных и близких. У многих детей отмечалось хаотическое, нецеленаправленное поведение.

У значительного числа подростков имелось острое *чувство вины*. Поводы для него могли быть самыми разными: не смог спасти кого-то из близких или друзей; сам выжил, а они погибли и т.п. В одном случае у

девочки было острое чувство вины за то, что она опоздала в школу и не оказалась в числе заложников, тогда как несколько ее одноклассников погибли. Она высказывала нелепое опасение, что «теперь все будут думать, что я специально опоздала в школу».

Агрессивность в некоторых случаях была выраженной и явной, а чаще – подавленной и скрытой (особенно у девочек). Подавленная агрессия проявлялась в форме высокой напряженности, *аутоагрессии* (самообвинения, отказ от еды и т.п.).

В целом состояние большинства обратившихся за психологической помощью могло быть оценено как острая реакция на стресс. Во многих случаях состояние попадало под критерии ПТСР. У отдельных клиентов наблюдались истерические и психотические реакции. Наряду с этой симптоматикой, специфичной для психологической травмы, наблюдалось *обострение психологических проблем, имевшихся у ребенка и ранее*. Существенно усиливались преморбидные (существовавшие и до травмы) особенности детей, такие как ригидность или, напротив, лабильность, сензитивность, капризность, негативизм и т.п. Наблюдались обострения имевшихся и ранее психических заболеваний (Морозова, Венгер, 2004).

У детей, ставших жертвами террористического акта в школе № 1, оказалось резко нарушено отношение к школе и учебе. Особенно остро проблема встала по отношению к первоклассникам, которые пришли на праздник вместе с родными. В итоге многие из детей потеряли одного или обоих родителей (в Беслане таких семей было более ста; 17 детей осталось круглыми сиротами).

Первое столкновение первоклассников со школой оказалось особо трагическим. Это окрасило все, что связано со школой и учебой, вызывая у них страх и отторжение. Многие дети отказывались прикасаться к любым предметам, которые были хоть как-то связаны с обучением – тетрадям, книгам и т.п., хотя до этого с удовольствием занимались в подготовительных к школе группах.

Более 30 первоклассников в течение всего 2004/2005 учебного года не посещали никаких учебных учреждений. У большинства из них наблюдались пограничные психические расстройства разной степени выраженности. Многие дети были записаны в ту или иную бесланскую школу, но фактически ее не посещали. Отдельные дети учились на дому, что лишало их общения со сверстниками и возможности нормальной социальной адаптации.

Как показали наши последующие наблюдения, психическое состояние первоклассников-заложников, не получавших психологической помощи, оставалось стабильно тяжелым в течение года и более. Психическое состояние детей-заложников, с которыми работали психологи в РЦ при поликлинике¹, существенно улучшалось, но также было далеко от устойчиво стабильного в течение длительного времени. Мировой опыт работы с детьми, пережившими посттравматический стресс, указывает на достаточно длительный период реабилитации (как минимум, два-три года).

Приведем некоторые примеры.

У Давида, 7 лет, согласно записи в медицинской карте, наблюдались острая психическая реакция, астено-невротический синдром. Ребенок был на нескольких занятиях в школе, но в дальнейшем категорически отказался туда ходить. В период посещения школы учиться не мог: озирался на малейшие звуки, вздрагивал, начинал плакать из-за любого пустяка. В итоге от посещения школы отказался. Мама отмечает у ребенка повышенную нервозность, беспокойство, нарушение сна. В ответ на предложение продолжить обучение в школе Давид сказал маме: «Потерпите, я же не могу сразу все забыть...». Запрещал говорить про школу, сам высказывался так: «Вы на войну меня повели, а не в школу...».

¹ Подробное описание работы Реабилитационного центра см. ниже.

У Амины, шести с половиной лет, погибли отец и старший брат. Мать получила тяжелые ранения, долгое время находилась в критическом состоянии, лежала в больнице сначала в Беслане, потом в Москве. Согласно записи в медицинской карте, у Амины наблюдались посттравматическое стрессовое расстройство, депрессивное состояние. Отмечались выраженные страхи, панические реакции, грубые нарушения сна, отказ от еды. Девочка неоднократно посещалась психологами на дому и получала разнообразные виды психологической помощи. Затем она ходила в РЦ при поликлинике. Весь год Амина упорно отказывалась ходить в школу и заниматься дома чем-либо, связанным с учебой. В последующем состояние девочки существенно улучшилось, однако по-прежнему сохранялись нарушения сна. Даже после летнего отдыха на курорте отказалась в сентябре 2005 г. ходить в школу, при этом продолжала посещать РЦ.

В качестве типичного примера неустойчивого психического состояния при положительной общей динамике приведем более подробную характеристику Дианы, 7 лет.

В заложниках была вся семья. Погибла любимая бабушка. Папа выпрыгнул из окна, когда по распоряжению террористов выбрасывал тела расстрелянных мужчин, и спасся. Маму с младшей дочерью (полутора лет) вывели на второй день, и Диана осталась в школе одна.

В сентябре девочка довольно регулярно приходила вместе с младшей сестренкой в РЦ. В тот период у Дианы отмечались острая невротическая реакция, нарушение сна и контактности, панический страх при малейшем изменении ситуации, симбиотическая связь с мамой. Так, например, после двух недель посещения Центра, когда девочки попривыкли к психологам и чувствовали себя довольно комфортно, мама с

разрешения сестренок ненадолго отошла отнести передачу родственнице-заложнице, которая лежала в больнице в том же самом здании. После ухода мамы девочки спокойно играли вдвоем около 5 минут, вдруг Диана схватила сестренку на руки, прижала ее крепко к себе, громко расплакалась и запричитала: «Мамочка, мамочка, где ты?!». Никакие уговоры и объяснения психолога, что мама рядом, вот-вот придет, не успокаивали ее. Малышка с недоумением смотрела на сестренку, а Диана продолжала еще крепче прижимать ее к себе, в глазах у нее появился ужас, началась паническая реакция. Пришлось вывести девочек в коридор и отправиться на поиски мамы, которая, к счастью, уже шла им навстречу.

В дальнейшем с мамой договорились, что, даже получив от детей согласие, она пока не будет оставлять их одних. В течение года Диана не посещала школу, ходила с мамой к репетитору и проходила с ним программу первого класса. Со слов мамы, страх школы и невозможность находиться в большом скоплении детей отмечались более двух лет, хотя уже к концу апреля 2005 г. она стала спокойно оставаться без мамы в привычной для нее обстановке Реабилитационного центра, играя с небольшим количеством детей (3-4).

Об остроте состояния пострадавших детей и подростков говорят и их рисунки. Особенно острые состояния нередко проявлялись в исчезновении предметного рисунка. На лист «наляпывались» краски разных темных цветов, так что в итоге образовывалось бесформенное бурое пятно. Иногда лист исчеркивался хаотическими линиями.

Содержание психологической травмы нередко находило прямое отражение в рисунках, особенно если это были рисунки на свободную тему.

Так, в свободном рисунке девятилетней Мдины отражены ее переживания во время пребывания в заложниках (рис. 7). Рисунок сделан через две недели после освобождения. На нем

изображены плачущая «хорошая девочка» и перечеркнутое лицо бородатого террориста – символ, присутствовавший во многих рисунках бесланских детей и подростков. У девочки – огромные глаза с зачерненной радужкой (символика страха). В рисунке ярко выражены *фрагментарность* и *символизация*. В частности, террорист изображен в виде дьявола с рогами.



Рис. 7. Мадина, 9 лет. Свободный рисунок.

В этот же период выполнен свободный рисунок Алины, 13 лет, отличающийся высоким уровнем фрагментарности, символизацией и спутанностью (рис. 8). Особенно своеобразно выглядит черное небо, изображенное посередине рисунка.



Рис. 8. Алина, 13 лет. Свободный рисунок.

ПТСР наблюдалось не только у бывших заложников, но и у многих других бесланских детей и подростков.

Одиннадцатилетний Таймураз не был заложником, но двое его родственников (не самых близких) погибли во время теракта. «Красивый рисунок», сделанный им через четыре месяца после теракта (незадолго до Нового года), изображает снеговиков-террористов (рис. 9). Снеговик, расположенный на переднем плане, одной рукой держит за горло ребенка (получившегося больше похожим на кошку), а другой рукой – автомат. Снеговик на заднем плане вооружен пистолетом и перепоясан «поясом смертника». Под елкой – ящик с надписью «динамит» и мешок с надписью «гранаты». Таймураз объяснил: «Кто-нибудь решит, что в этом ящике подарки, откроет – и тут БА-БА-А-АХ!!!».



Рис. 9. Таймураз, 11 лет. «Красивый рисунок»

Рисунок крайне неблагоприятен не только по содержанию (отражающему, в первую очередь, агрессию и негативистическую установку), но и по цветовой гамме. В нем используется почти исключительно черный мелок, контуры не закрашены. Обедненность цвета – признак астенического состояния, преобладание черного цвета – признак снижения настроения, депрессивных тенденций.

8.3. Организация работы в Реабилитационном центре

В Реабилитационном центре при бесланской поликлинике мы попытались максимально воссоздать нормальную детскую жизнь, невзирая на трагическую атмосферу, царившую в городе. Это было необходимым условием восстановления как *социальной ситуации развития*, соответствующей возрасту детей, так и жизненной ситуации в целом.

Разговаривая с детьми и подростками, мы называли две комнаты, в которых располагался Центр, «игровыми», не афишируя их терапевтического назначения. В то же время для родителей мы подчеркивали *медицинский* характер нашей работы, чтобы детский смех и веселье не воспринимались ими как нарушение традиции горевания, «пир во время чумы». Это сочувственно принималось родителями, поскольку они достаточно хорошо понимали, что состояние детей далеко выходит за рамки нормального горевания и требует психологической помощи.

Оснащая Центр, мы создали отдельные зоны, каждая из которых была снабжена оборудованием и материалами, необходимыми для определенного вида деятельности. Эти зоны условно разделялись на три группы:

«Терапевтические» зоны:

- зона *релаксации* (искусственный аквариум; музыкальный центр; матрасы, коврики, подушки; мелкие «магические» аксессуары – слоники, колокольчики, «уловители снов» и т.п.).
- зона *отреагирования агрессии* (боксерская груша и перчатки; надувные мечи, молотки и дубины);

- зона *игр с водой* (таз с водой, плавающие игрушки, черпаки, водяная мельница и т.п.);

«Дошкольные» зоны:

- зона *сюжетно-ролевой игры* («кукольный домик» с куклами, игрушечной мебелью и посудой; «гараж» с разнообразными машинами и техникой; наборы «парикмахерская», «магазин», «больница»; мягкие игрушки);
- зона *конструктивной деятельности* (наборы самоделок, строительного материала и «конструкторов» разного типа);

«Дошкольно-школьные» зоны:

- зона *спортивных занятий* (тренажеры; шведская стенка; матрасы, использовавшиеся в качестве матов; сухой бассейн; мячи, хула-хупы; пружинный матрас, использовавшийся как батут);
- зона *художественной деятельности* (краски, кисти, вода, карандаши, пастель, пластилин, белая и цветная бумага для аппликации и т.п.).

Таким образом, в работе с детьми совмещались задачи собственно психотерапии и социальной реабилитации. При этом разделение зон на «терапевтические», «дошкольные» и «дошкольно-школьные» было в значительной мере условным. Так, психотерапевтическая работа не ограничивалась «терапевтическими» зонами, но проводилась и в «дошкольных» (например, в формах игровой терапии), и в «дошкольно-школьных» (в частности, в формах арт-терапии). Постановка кукольного спектакля в игровой зоне осуществлялась, скорее, в «школьных» формах организации деятельности, чем в «дошкольных».

За день Центр посещали от 20 до 40 детей. Одновременно в нем обычно находилось 8 – 20 детей разного возраста (начиная с раннего и кончая подростковым). В течение сентября 2004 г. Центр работал ежедневно с 9:00 утра до 20:00 вечера. Время пребывания в нем каждого ребенка составляло в

среднем около двух часов в день. Некоторые родители по рекомендации психолога, а также по настоянию самих детей приводили их в игровую практически на весь день, а иногда два раза в день (ненадолго уведя пообедать). Одни дети посещали Центр ежедневно, другие – всего один или два раза в неделю. Разумеется, психологическая помощь наиболее полноценно обеспечивалась тем детям, которые посещали Центр регулярно.

Организовав Центр, мы получили возможность охватить психологической работой большое количество детей и подростков при существенном недостатке персонала. Это позволяло также осуществлять эффективный мониторинг состояния детей и родителей, отслеживая его динамику, как в течение дня, так и на протяжении нескольких дней. Профессиональное наблюдение за пострадавшими было особенно важным при учете сниженной критичности родителей к своему состоянию и к состоянию своих детей.

Глубина расстройств у многих детей была такова, что чисто психологических средств оказывалось недостаточно. Поэтому было важно, что наша работа проводилась в поликлинике, *в тесном контакте с детскими психиатрами*. В ряде случаев у нас, на основе наблюдений, бесед с родителями и экспресс-диагностики возникало предположение о необходимости медицинской помощи. В этих случаях мы приглашали детского психиатра в игровую комнату, чтобы он мог понаблюдать за детьми, оценить тяжесть расстройств и в случае надобности предложить родителям лечение. В некоторых случаях мы предварительно обсуждали состояние ребенка с врачами и затем приводили семью на прием. Это обеспечивало возможность гибкого сочетания психокоррекционных и медикаментозных воздействий.

При необходимости сообщить ребенку о гибели кого-либо из родителей мы просили врача провести премедикацию (назначить лекарственное средство, снижающее остроту реакции). Успокаивающие средства

назначались и принимались ребенком до сообщения, а также в течение нескольких дней после этого.

С младшими детьми психологическая работа проводилась, преимущественно, с использованием методов *игровой* и *двигательной терапии*, со старшими – *арт-терапии* и *рациональной терапии*. Психолог ненавязчиво включался в свободную игру и свободную художественную деятельность детей. Психотерапевтические воздействия проводились как в индивидуальной форме, так и с небольшими группами. Обычно такие группы были разновозрастными. В рамках одного и того же занятия детям предлагались разные роли, что позволяло обеспечить высокую степень индивидуализации психокоррекционной работы. Старшим детям (подросткам) нередко предлагалась роль «помощника руководителя».

Занятия строились по принципу «волны»: сначала происходило постепенное включение детей в деятельность, ее интенсивность повышалась, доходила до максимума, определявшегося психологическим состоянием детей, а затем снижалась. Занятие заканчивалось сеансом релаксации или спокойной деятельностью (рисование, игры с водой, наблюдение за рыбками в аквариуме или за плывущими по небу облаками и т.п.).

В работе нам помогали местные психологи-волонтеры, однако в первоначальный период их помощь была нерегулярной и недостаточно эффективной. Они нуждались в постоянной поддержке и рекомендациях, боялись работать самостоятельно и не имели достаточной для этого квалификации. В основном, работать нам приходилось вдвоем.

Параллельно с психокоррекционной работой проводились лекции в рамках цикла тематического усовершенствования «Психологическая и психиатрическая помощь при чрезвычайных ситуациях» для психологов, врачей, среднего медицинского персонала, а также дополнительные обучающие семинары для ассистировавших нам местных психологов. В октябре 2004 г. группа североосетинских психологов прошла в Москве курс обучения работе с психологической травмой. В дальнейшем для них было

организовано несколько дополнительных краткосрочных курсов повышения квалификации.

Впоследствии в штат поликлиники были включены две ставки психолога для работы в Центре. На эти ставки было взято 4 специалиста (каждый на 0,5 ставки), ранее работавших в Центре волонтерами. После нашего отъезда из Беслана в октябре 2004 г. они продолжили работу в Центре самостоятельно, под нашей супервизией. В настоящее время супервизия деятельности местных психологов, работающих в Центре, осуществляется как дистантно – по телефону и Интернету, так и непосредственно – в периоды наших командировок в Беслан (в первый год – один раз в полтора месяца, далее – один раз в квартал).

8.4. Содержание работы в Реабилитационном центре

Впервые пришедшего в Центр ребенка сначала *знакомили с помещением*. Ласково обняв за плечи, психолог подводил его к искусственному аквариуму (зона релаксации) и показывал, как плывут рыбки: «Видишь, красивые рыбки плывут все вместе, в одну сторону...» Постояв у аквариума, психолог подводил ребенка к следующей зоне: «Тут у нас гараж. Здесь много разных машин... А тут – куклы и все, что нужно, чтобы с ними играть: посуда, мебель. Еще можно играть в парикмахерскую, или в магазин, или в больницу».

Подведя ребенка к спортивной зоне, психолог объяснял: «Тут ребята прыгают с лесенки в бассейн. Это очень весело. А вот тренажер. Те, кто на нем занимаются, становятся самыми сильными и смелыми. Они потом никого и ничего не боятся и даже могут прыгнуть в бассейн с самой верхней ступеньки».

Если ребенок опасался отойти от мамы, то мы просили ее (или другого родственника, приведшего ребенка в Центр) сопровождать нас. С особо замкнутыми и заторможенными маленькими детьми психолог общался при посредстве куклы бибабо. Надев ее на руку, он от ее имени обращался к

ребенку, что облегчало вхождение в контакт. Познакомив ребенка с помещением, психолог предлагал ему выбрать какое-нибудь занятие и на некоторое время оставлял его, предоставляя ему возможность освоиться в новой обстановке.

Некоторые наиболее апатичные дети отказывались осматривать Центр. Такой ребенок мог сесть на ковер у входа в игровую и долго сидеть, ничем не занимаясь. В этих случаях психолог подсаживался к ребенку и предлагал ему различные занятия: приносил бумагу и краски, подавал воздушный шарик и т.п. Все это делалось очень неторопливо и ненавязчиво.

Уже этот предварительный этап имел психотерапевтическое значение. Сама *адаптация в новом помещении*, заполненном детьми и взрослыми, способствовала преодолению проблем общения, фобий, возникших в результате психотравмы. В частности, для *десенсибилизации* оказалось полезным наличие в Центре шведской стенки, напоминавшей детям о спортивном зале, где их держали в качестве заложников. Чтобы это напоминание не было слишком пугающим, мы украшали шведскую стенку воздушными шарами и игрушками, что подчеркивало ее безопасность и привлекательность. В итоге дети с удовольствием залезали на спортивный снаряд, постепенно преодолевая страх высоты, доставали шары, спрыгивали в сухой бассейн с мягкими игрушками.

На первом этапе основной задачей являлось *восстановление физиологических функций и активности*. Количество правил и ограничений было минимальным: запрещалось драться, обижать других детей, бросать игрушки и другие предметы друг в друга и в окно. В основном организовывались свободная игра, двигательная и художественная активность.

Большую роль в восстановлении общей активности играла *арт-терапия*. Дети рисовали гуашью на листе обоев, расстеленном на полу. Иногда на начальном этапе ребенок охотнее соглашался рисовать губкой, смоченной в краске (прием «примакивания»). Использовались также краски

для рисования руками. Поначалу рисование, как и другие виды деятельности, организовывалось по принципу «игры рядом»: каждый из детей рисовал что-то свое на своем участке обоев. Увидев, что у детей появилась готовность к более содержательному общению, психолог начинал задавать какой-либо общий сюжет, и дети распределяли между собой работу по его воплощению. В дальнейшем придумывание сюжетов тоже начинало осуществляться коллективно самими детьми.

На следующем этапе работы центральное место занимало *структурирование и упорядочивание активности ребенка*. Количество правил и ограничений увеличивалось, что постепенно приближало ситуацию к «школьной». С одними детьми переход к этому этапу совершался уже к середине первого сеанса, с другими – на втором, третьем или четвертом сеансе. Детям, состояние которых исходно характеризовалось высокой активностью, правила и ограничения задавались уже с самого начала психокоррекционной работы.

В работе с младшими детьми нами практически не применялись вербальные методы. В работе с подростками они использовались, но в малой степени. Мы постоянно демонстрировали готовность выслушать рассказ ребенка (подростка) о его пребывании в качестве заложника, но никогда не провоцировали воспоминания о трагических событиях, *не стимулировали актуализацию травмирующих переживаний*, если ребенок не хотел о них рассказывать. Это было вызвано опасением нарушить работу защитных механизмов психики и тем самым усилить патогенное воздействие психотравмы.

В нашей работе важной составляющей было вовлечение в нее родителей, восстановление их нормального общения с ребенком. С ними проводилась также индивидуальная психотерапевтическая работа, обеспечивалось их общение друг с другом, взаимоподдержка. Большой психотерапевтический эффект имело и наблюдение родителей за улучшением состояния их детей.

Уходя домой, каждый ребенок получал в подарок игрушку, которая служила напоминанием о деятельности в игровой и тем самым способствовала закреплению результатов психокоррекции. Дети получали также материалы для художественной деятельности. В качестве первого шага к восстановлению нормальной для младшего школьного возраста социальной ситуации развития им давались «домашние задания» (на выполнении которых мы, однако, не настаивали): нарисовать и принести рисунок, сделать и принести какую-нибудь поделку. Многие из них действительно охотно приносили свои рисунки и поделки, которые вывешивались на стенах игровой и в коридоре поликлиники, так же как и рисунки, выполненные в процессе психокоррекционных занятий. Эта импровизированная выставка способствовала улучшению эмоционального состояния детей, родителей, других пациентов и медперсонала.

Проиллюстрируем прохождение разных этапов психокоррекции на примере работы с Дамиром, 7 лет.

Параллельно с занятиями в Центре Дамир проходил в поликлинике амбулаторное лечение по поводу осколочного ранения в живот. Это дополнительно усиливало подавленное настроение и глубокую пассивность, основной причиной которых был, по-видимому, стресс, испытанный во время пребывания в заложниках. Кроме того, ему было известно, что его мама находится в крайне тяжелом состоянии в московской больнице (ее выписали из больницы только полгода спустя).

Во время первого визита Дамир отказывался от общения с другими детьми и с психологами. Наиболее характерными особенностями его действий были стереотипия и стремление к упорядочению пространства. Когда он находился в игровой, туда принесли коробки с разноцветными плюшевыми зайцами, присланными бесланским детям в качестве гуманитарной помощи. Зайцы разных цветов лежали вперемешку. Дамир по собственной инициативе стал их разбирать: он доставал из

коробки очередного зайца и неторопливо относил его в противоположный конец игровой. Через полчаса все зайцы оказались сгруппированы по цвету: ряд зеленых зайцев, ряд фиолетовых, ряд голубых... Психолог использовал это для налаживания первых, пока еще поверхностных контактов Дамира с детьми. Когда группа других детей разыгрывала импровизированный кукольный спектакль, зайцы изображали зрителей. Дамир по предложению психолога усадил их так, чтобы им было удобнее «смотреть спектакль».

На следующем занятии Дамир был уже более активен. Он вместе с другими детьми украшал игровую, несколько раз ненадолго присоединялся к коллективным играм. Однако в целом его деятельность стала хаотичной и мало упорядоченной, что разительно отличалось от его поведения во время первого визита. Новый уровень активности был достигнут на третьем занятии, когда психолог организовал «шумовой оркестр»: трое детей, включая Дамира, стучали полыми пластмассовыми булавами по пустым коробкам, производя невероятный шум (это способствовало как отреагированию агрессии, так и преодолению боязни громких звуков – акузофобии). В связи с ярко проявившимися агрессивными импульсами мальчику были предложены также другие виды занятий по отреагированию агрессии. Несколько раз он сам просил отвести его в предназначенную для этого комнату. В этот период у Дамира очень интересно проявлялся внутренний конфликт между его эстетическими чувствами и невротической агрессией. Агрессивные импульсы побуждали его прокалывать воздушные шары, эстетические чувства – использовать их для украшения помещения. В итоге он, взяв в руки очередной шарик, лишь после долгих колебаний решался сделать с ним что-либо (иногда – проколоть, иногда – повесить на стену).

На последующих занятиях активность Дамира приобрела вполне упорядоченный характер. Ему по-прежнему была свойственна некоторая ригидность, но исчезла та ярко выраженная стереотипность, которая проявилась на первом занятии. Дамир стал содержательно общаться с другими детьми. Он по собственной инициативе стал привлекать к совместной деятельности детей, впервые приходящих в Центр, объяснял им правила поведения в игровой (запрет на драки и на выбрасывание игрушек из окна). Дамир готовил каждому уходящему домой ребенку наборы подарков (игрушки, альбомы, краски).

Этот пример иллюстрирует высокую эффективность занятий в Реабилитационном центре. Однако преодоление наиболее острых симптомов является лишь первым шагом к восстановлению нормального психологического состояния. В частности, у Дамира еще в течение трех последующих лет сохранялись трудности в контактах и в учебе.

8.5. Работа в школе-детском саду «Радуга»

Для дошкольников мы считали Реабилитационный центр («игровую») достаточно полным воплощением *замещающей ситуации развития*, возвращающей детей из мира скорби в нормальный для этого возраста мир детской игры. Однако для младших школьников Центр мог служить лишь первой ступенькой на пути к возвращению в соответствующий этому возрастному периоду мир школы. Поэтому для них мы попытались организовать еще одну замещающую ситуацию на базе школы-детского сада «Радуга», более приближенную к обычным школьным условиям.

В апреле 2005 г. параллельно с игровой при поликлинике начала работу вторая площадка, на которой мы предполагали реализовать следующий тип замещающей ситуации. Игровая при поликлинике была ориентирована, преимущественно, на медико-психологическую работу, а новый психологический кабинет (ПК) – на психолого-педагогическую. Он был

создан в школе-детском саду «Радуга». ПК «Радуга» был рассчитан на более узкую группу, чем игровая при поликлинике. Он предназначался преимущественно для первоклассников, не посещающих массовую школу. У этой группы пострадавших нарушения социального функционирования были выражены особенно остро.

В ПК «Радуга» было организовано две основные зоны: игровая и учебно-художественная. Игровая зона, в отличие от игровой комнаты при поликлинике, была в большей степени ориентирована на дидактические (образовательные) игры. В учебно-художественной зоне, также в отличие от игровой при поликлинике, преобладали организованные групповые занятия изобразительной деятельностью, а не ее свободные формы.

К сожалению, в силу ряда организационных причин схема планомерного проведения пострадавших детей через две последовательные замещающие ситуации не была реализована во всей полноте. Однако в некоторых случаях были достигнуты результаты, адекватные поставленным задачам. Это хорошо иллюстрирует процесс социально-психологической реабилитации семилетнего Тимура, исходное состояние которого было описано в разделе 1.4.

Тимур начал ходить в игровую при поликлинике в сентябре 2004 г. и посещал ее около двух месяцев. Затем состояние мальчика в целом нормализовалось, и его перестали водить в игровую. Однако он по-прежнему отказывался как посещать школу, так и учиться на дому. В августе 2005 г., по рекомендации психолога, он снова начал посещать игровую при поликлинике и почти сразу же – ПК «Радуга». Начиная с середины сентября, Тимур стал посещать также обычный первый класс в «Радуге» (продолжая несколько раз в неделю ходить в Реабилитационный центр). Сейчас он регулярно посещает школу и с удовольствием учится. Его психологическое состояние достаточно стабильно.

Иную динамику развития посттравматического стресса демонстрирует следующий пример.

Семилетний Алан, его четырехлетняя сестра Мадина и их мать были заложниками. Мать детей погибла. Согласно записи в медицинских картах, и у Алана, и у его сестры наблюдалась острая стрессовая реакция. В течение следующего года отец находился в тяжелом психологическом состоянии, но заботливо и внимательно относился к детям. С ноября 2004 г. Алан начал посещать обычный первый класс в школе-детском саду «Радуга», однако его эмоциональное состояние оставалось крайне неустойчивым. По словам учительницы, он иногда целый день плакал без какой-либо видимой причины. Малейшее изменение привычной ситуации вызывало у него очень острую реакцию. Так, почти полгода спустя после трагедии (в феврале 2005 г.) Алан увидел в школе открытую запасную дверь, которая обычно была закрыта, и стал объяснять, что, раз открыта дверь, то сейчас придут террористы. Кричал, что надо срочно убегать, пытался спрятаться под парту. Громко плакал, никакие доводы не принимал. После этого случая несколько дней отказывался ходить в школу, а в дальнейшем посещал ее нерегулярно.

С января 2005 г. Алан вместе с сестрой и отцом начал посещать игровую при поликлинике, а с апреля – ПК «Радуга». В мае, услышав во время урока раскаты грома, он выдал острую паническую реакцию: плакал, кричал, никак не мог успокоиться. Учительница отвела его к психологу, и через какое-то время Алан успокоился. В начале следующего учебного года он перешел в новую школу, выстроенную вместо школы № 1 (в которой был совершен теракт). В настоящее время успешно учится, психологическое состояние остается стабильным.

Анализируя приведенный пример, мы видим, что ребенок, переживший психотравму, хотя и посещал школу, но не удерживался в рамках социальной ситуации развития, соответствующей его возрасту. Потребовался поиск замещающей ситуации, соответствующей его психологическому состоянию.

Нередко оказывалась полезной *одновременная* реализация двух замещающих ситуаций. Возможность такого совмещения существенно отличает процесс психологической реабилитации от процесса «нормального» развития ребенка, в ходе которого каждая следующая социальная ситуация складывается *после полного прохождения* ребенком предшествующей.

8.6. Психологическая реабилитация семьи

Родители пострадавших детей находились в глубокой депрессии или апатии, причем это состояние у многих из них продолжалось весьма долго. Так, даже *год спустя после теракта* многие родители детей-заложников по-прежнему пребывали в подавленном состоянии. В разговорах между собой и с психологами они постоянно возвращались к воспоминаниям о трагедии. У многих из них наблюдались внешние проявления *депрессии*: амимичное маскообразное лицо, мало интонированная монотонная речь. Нарушение нормального функционирования родителей существенно препятствовало восстановлению психологического состояния ребенка. В связи с этим мы считали необходимой работу не только с детьми, но с семьей в целом, включая родителей.

Первоначально (сразу после теракта) коррекционная работа проводилась с детьми в присутствии родителей. Уже на этом этапе можно было отметить некоторую положительную динамику их состояния, появление мотивации к получению психологической помощи. Наблюдение за улучшением состояния детей стимулировало желание родителей продолжать занятия и формировало их внутренний запрос на дальнейшее консультирование по поводу проблем детей. Это способствовало изменениям и их собственного внутреннего состояния. Они начинали позволять себе

первые положительные эмоции при виде играющих и радующихся детей, что позитивно влияло на них самих и активизировало их в воспитательном и социальном плане.

Через 9 месяцев после теракта нами совместно с Е.Г. Дозорцевой была организована двухнедельная *выездная программа семейной реабилитации* «Каникулы для детей Беслана»¹. Программа осуществлялась в Баварских Альпах при финансовой поддержке E.ON Energie и E.ON Ruhrgas (Германия). При разработке программы учитывался опыт ряда предшествующих мероприятий, проведенных различными российскими и зарубежными организациями.

Следует отметить, что международная помощь жертвам теракта в Беслане имела свои не только положительные, но и отрицательные стороны. У многих пострадавших сформировалась рентная установка, иждивенческая позиция. Ее следствием стали пассивность и фиксация патологических симптомов по механизму их «условной выгоды». Кроме того, в период 2004/2005 учебного года многие организации вывозили школьников в различные российские санатории и за рубеж, надолго отрывая их от учебы. Эти выезды часто были недостаточно хорошо подготовлены: отсутствовало сопровождение детей родителями и психологами, заранее не разрабатывались специальные реабилитационные программы. Многие выезды были несвоевременными: слишком ранними и не приуроченными к школьным каникулам. Это препятствовало восстановлению нормального распорядка жизни школьников. В результате всех этих обстоятельств у многих пострадавших детей и подростков дополнительно усиливалась дезадаптация, вызванная психологической травмой.

Реализованная нами программа проходила *в период летних школьных каникул*, с длительной предшествующей подготовкой. Задачи программы

¹ В разработке и осуществлении программы участвовал один из авторов – Е.И. Морозова.

состояли в улучшении эмоционального состояния и самоощущения участников, преодолении дисфункциональных взаимоотношений детей и взрослых, восстановлении внутрисемейных отношений. В программу были включены дети, посещавшие Центр при поликлинике, со своими семьями. В реализации программы участвовали:

- московские психологи, работавшие в Беслане с сентября 2004 г.;
- бесланские психологи – сотрудники Реабилитационного Центра;
- десять старшеклассников-волонтеров, учащихся бесланских школ, прошедших предварительную подготовку (некоторые из этих подростков сами были заложниками).

Бесланские специалисты и старшеклассники не только участвовали в психологической реабилитации семей заложников, но в процессе этого и сами проходили необходимую им психологическую реабилитацию. Она включала элементы групповых тренингов, игровые методики, групповые и индивидуальные консультации. В качестве основы тренингов использовалась адаптированная под задачи работы программа «Дискавери» (автор Джин Беруби). Главный акцент в этой программе делается на раскрытии потенциала личности. Оно достигается посредством преодоления ряда препятствий, физических и психологических трудностей, благодаря помощи и поддержке других (ведущего и группы в целом).

Старшеклассники работали с детьми, опекали их, способствовали созданию чувства защищенности, поддержки, эмоционального тепла. Они вовлекали их в спортивную, игровую, творческую деятельность. В ходе программы подростки многое увидели, получили массу положительных и ярких впечатлений, общались с новыми людьми, попробовали себя в новой деятельности и новом качестве. У них появилось несколько иное восприятие мира и детей-заложников, с которыми велась работа. Некоторые отмечали новое ощущение своих возможностей и самих себя: «Мне было важно, что я не растерялась и защитила Иришку в трудной ситуации, при сложном спуске с горы на санях». Один из подростков признался, что в Беслане он боялся

подходить к детям-заложникам и общаться с ними, так как ему казалось, что «душа у детей умерла в школе». После успешной работы он понял, что «они такие же дети и, оказывается, умеют смеяться и радоваться...».

Семьи заложников в течение нескольких месяцев проходили предварительную подготовку с использованием методов индивидуальной и групповой психотерапии. Необходимость такой подготовки определялась высоким уровнем психической травматизации семей. К сожалению, несмотря на длительную подготовку, к участию в программе не удалось привлечь ни одной семьи, в которой погиб кто-либо из родителей. Психологическое состояние овдовевших родителей было настолько тяжелым, что они не смогли выехать на реабилитацию за пределы Беслана. Некоторые из них, уже дав согласие на участие в программе, в последний момент все же не преодолели свои страхи и тревоги и отказались от поездки.

Перед началом реабилитационной программы с родителями были проведены встречи, во время которых им разъяснялись ее *цели*. При упоминании о пережитых событиях многие родители плакали, отказывались от активного участия в терапевтическом процессе, объясняя свое нежелание болезненностью возвращения к воспоминаниям или отсутствием какой-либо необходимости в подобной работе. Некоторые из них предлагали психологам ограничиться занятиями с детьми.

В ходе предварительных встреч мы разъясняли родителям необходимость *участия в групповой работе всей семьи*. Был заключен *контракт*, включавший требование участия родителей в психотерапевтической группе и определявший правила работы в этой группе.

Хотя симптомы психологического неблагополучия у родителей к моменту начала выездной программы несколько сгладились, их состояние было весьма неустойчивым, у многих отмечались признаки депрессии. Сами они, тем не менее, не всегда могли критично оценить степень выраженности своих психологических проблем. Ко времени начала программы дети находились в гораздо лучшей эмоциональной форме, чем их родители.

Состояние же родителей тормозило активность и дальнейшее восстановление детей.

В начале программы у родителей были серьезные проблемы общения с детьми. Родители считали, что будут заражать детей своими негативными переживаниями, и боялись контактов с ними. Повышенная тревожность и опасения родителей распространялись и на ребенка, что препятствовало его освобождению от собственных страхов. У многих родителей было ярко выражено *чувство вины* (особенно у матерей, которые потеряли других детей). Кроме того, поведение и состояние родителей во многом определялось нормативными *ожиданиями окружающих*, традициями траура.

Динамика состояния родителей начиналась с пассивного наблюдения за тем, как с детьми занимались психологи и подростки-волонтеры. При этом сами родители слабо общались со своими детьми, уделяли им мало внимания и были рады, что заботу о них взяли на себя другие. В групповой работе, особенно в первое время, родители были пассивны или даже оказывали сопротивление ведущим. Однако они не отказывались от участия в мероприятиях и прогулках.

По мере улучшения состояния родителей и повышения их активности у них возникали запросы на удовлетворение индивидуальных потребностей, не связанных непосредственно с реабилитационной программой. Например, в середине цикла большую организационную проблему стало представлять желание родителей совершить покупки в магазинах или получить незапланированные медицинские услуги. Удовлетворить и насытить все новые возникающие запросы оказалось невозможно. Оценивая опыт программы, можно рекомендовать предусмотреть вопросы такого рода при составлении контрактов с участниками и придерживаться четкого выполнения установленных правил.

В ходе программы произошло структурирование группы. Один родитель почти не участвовал в групповой работе, что иногда представляло серьезную проблему. Наиболее социально активные члены группы стали

деятельно помогать ведущим в организационном плане и выступать в качестве носителей оценок («совесть группы»). Некоторые родители постоянно и с желанием помогали в организации деятельности детей, готовили с ними праздники и встречи.

Постепенно родители становились более активными, эмоциональными, оживленными, все больше участвовали в мероприятиях и занятиях. Групповые занятия обычно завершались тем, что каждая группа представляла остальным свои впечатления и переживания за день. Именно эти моменты обеспечили пробуждение творческой активности родителей. Вначале они выполняли задания только ради детей, но впоследствии сами стали радоваться этой деятельности, получать от нее удовольствие. Когда взрослые показывали детям сценки, пантомимы, зарисовки, они оживлялись, радовались и вместе с детьми заново проживали события дня.

Во второй половине программы родители смогли более активно включиться в совместную творческую деятельность с детьми («послание детям», построение общего «семейного дома» из пластилина и природных материалов). Общение с детьми, их поддержка, совместное переживание новых впечатлений и событий программы меняло самовосприятие родителей, они проживали родительские роли в позитивном ключе, отношения с детьми становились более теплыми и близкими. Совместная творческая деятельность, опыт общения с природой, знакомство с иной культурой, новыми людьми, – все это способствовало тому, что у родителей появлялась новая жизненная перспектива. Они начали чаще обращаться за советом к психологам, охотнее брали на себя родительскую роль, высказывали просьбы организовать семинар, посвященный тому, как воспитывать детей, переживших трагические события.

Продолжением выездной программы стала организация периодических семейных выездов в центр «Алгус» (г. Владикавказ), финансируемая фондом «Кистоун». В каждом таком выезде участвует 4-5 семей: от каждой семьи хотя бы один родитель (нередко – оба родителя) и дети. Их сопровождают

два-три психолога – сотрудники Реабилитационного центра г. Беслана. В ходе выездов проводятся занятия иппотерапией, психотерапевтически ориентированные подвижные игры и беседы.

Заключение

Людям, пережившим локальные, а тем более массовые психотравмирующие ситуации, необходима психологическая, а подчас и психиатрическая помощь. Она должна оказываться комплексно, охватывая детей, подростков и взрослых. Основная единица, на которую она направлена, – это, как правило, не отдельный человек, а семья или, в случае массовых катастроф, определенная группа населения. Наиболее благоприятные условия для терапии создаются в интегративной группе, состоящей из семей с детьми разного пола и возраста, с разными проблемами. Терапевтический эффект достигается, в основном, благодаря организации совместной деятельности родителей и детей. Психолог выступает в функции организатора и фасилитатора этой деятельности.

Необходимо не просто корректировать отдельные симптомы или психологическое состояние ребенка, а обеспечивать условия для его *нормального дальнейшего развития*. Это достигается благодаря созданию нового «жизненного пространства»: *замещающих ситуаций развития*, позволяющих воспроизвести *социальную ситуацию*, нормативную для возраста ребенка. В рамках культурно-исторического подхода перестают быть приоритетными традиционные формы психотерапии, непосредственно направленные на интрапсихические процессы. Центральной задачей становится создание *реабилитационного пространства*. Индивидуальная и групповая психотерапия – не более чем одна из его составляющих. В этом пространстве действуют *всеобщие социальные нормы*, а не свои специфические правила (в отличие, например, от групп личностного роста, динамических групп, обществ анонимных алкоголиков и т.п.).

В силу специфики российской культуры (точнее, недостатка психологической культуры), многие пострадавшие избегают психологической помощи. На своем опыте мы убедились в справедливости утверждения, что «...Россия еще и страна людей, которые не привыкли обращаться за помощью к каким-либо социальным службам и к иным элементам сети поддержки... Обращение к психологу-психотерапевту по-прежнему многих пугает» (Меновщиков, 2002, с. 11). В связи с этим, предложение психологом своей помощи должно быть очень тактичным и ненавязчивым, но в то же время достаточно активным.

Чрезвычайно большое значение для психологического состояния пострадавших имеет получение ими информации о родных и близких, о ситуации в семье и т.п. Ее предоставление является важной составной частью реабилитационной работы. В то же время информация может оказывать и негативное влияние на психический статус, поэтому необходима ее тщательная оценка и фильтрация психологом (особенно в первоначальный период восстановления после психотравмы).

Работа должна осуществляться командами, в состав которых входят специалисты разных профессий: психологи, врачи, педагоги. Трагические события последних лет заставили нас накопить большой опыт такого сотрудничества и дали доказательства его продуктивности.

В дополнение к работе психологов необходима помощь социальных работников и социальных служб семьям пострадавших. Если пострадавшие находятся в больнице, то в функцию социального работника должно входить, в частности, поддержание связи с родственниками, передача им сведений о состоянии и потребностях больных и т.п.

Важно также налаживать взаимодействие со средствами массовой информации. Через газеты и телевидение можно осуществлять медико-психологическое просвещение населения, информировать об имеющихся психологических службах. При отсутствии такого взаимодействия СМИ

вместо той большой помощи, которую они могли бы оказывать, нередко приносят вред, способствуя распространению вторичной травматизации.

В заключение хотим еще раз напомнить, что с теми или иными психотравмирующими ситуациями сталкиваются очень многие дети – отнюдь не только жертвы массовых катастроф. Кому-то приходится переживать развод родителей, кому-то – смерть любимой бабушки, кому-то – травлю со стороны одноклассников (вспомним замечательный фильм «Чучело»). Во всех подобных случаях ребенку нужна экстренная психологическая помощь, чтобы его психическое развитие не оказалось серьезно нарушено. И поэтому так важно, чтобы каждый психолог мог оказать такую помощь.

Литература

Божович Л.И. (1968). *Личность и ее формирование в детском возрасте*. – М.: Педагогика.

Боулби Дж. *Привязанность*. – М.: Гардарики, 2003.

Василюк Ф.Е. (1984). *Психология переживания*. – М.: Изд-во МГУ.

Венгер А.Л. (1992). Методики «Уничтожение страха» и «Обогащение рисунка». // *Психологический статус личности в различных социальных условиях: развитие, диагностика и коррекция* / Под ред. В.С. Мухиной. – М.: Изд-во «Прометей», с. 116-120.

Венгер А.Л. (2004). *Психологическое консультирование и диагностика* – М.: Генезис.

Венгер А.Л. (2007). *Психологические рисуночные тесты*. – М.: Владос-Пресс.

Выготский Л.С. (1982). Мышление и речь // *Собр. соч.: В 6 т. Т. 2*. – М.: Педагогика, с. 5-361.

Выготский Л.С. (1983а). История развития высших психических функций // *Собр. соч.: В 6 т. Т. 3*. – М.: Педагогика, с. 5-328.

Выготский Л.С. (1983b). Проблема возраста // *Собр. соч.: В 6 т. Т. 4.* – М.: Педагогика, с. 244-268.

Гальперин П. Я., Кабыльницкая С. Л. (1974). *Экспериментальное формирование внимания.* – М.: Изд-во МГУ.

Гальперин П.Я. (1966). Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий. // *Исследования мышления в советской психологии.* – М.: Наука, с. 236-277.

Гарфилд С. (2002). *Практика краткосрочной психотерапии.* – СПб.: Питер.

Запорожец А.В. (1986). *Избр. психол. труды: В 2-х т.* – М.: Педагогика.

Исаев Д.Н. (2004). *Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия.* – СПб.: Речь.

Кори Дж., Кори М., Колланэн П., Рассел Дж. М. (2001). *Техники групповой психотерапии.* – СПб.: Питер.

Левин К. (2001). *Динамическая психология: Избранные труды.* – М.: Смысл.

Меновщиков В. Ю. (2002). *Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями.* – М.: Смысл.

Морозова Е. И., Венгер А. Л. (2004). Психокоррекция стрессовых состояний у детей и подростков, пострадавших в результате террористического акта в Беслане // *Вопросы психического здоровья детей и подростков, № 2 (4), с. 10-12.*

Нардонэ Дж., Вацлавик П. (2006). *Искусство быстрых изменений. Краткосрочная стратегическая терапия.* – М.: Изд-во Института психотерапии.

Остер Дж., Гоулд П. (2000). *Рисунок в психотерапии.* – М.: ВИНТИ.

Роджерс К.Р. (2001). *Становление личности. Взгляд на психотерапию.* – М.: ЭКСМО-Пресс.

Селье Г. (1960). *Очерки об адаптационном синдроме.* – М.: Медгиз.

Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Быховец Ю.В. (2007). *Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы.* – М.: Когито-Центр.

Фрейд А. (2003). *Эго и механизмы защиты.* – М.: Эксмо.

Эльконин Д.Б. (1989). *Избр. психол. труды.* – М.: Педагогика.

Эриксон Э. (2000). *Детство и общество.* – СПб.: «Летний сад».

Юл У., Уильямс Р.М. (2001). Стратегия вмешательства при психических травмах, возникших вследствие масштабных катастроф. // *Детская и подростковая психотерапия.* / Под ред. Д.А. Лейна, Э. Миллера. – СПб.: Питер, с. 275-308.

Horowitz, M.J. (1990). Post traumatic stress disorders: psychosocial aspects of the diagnosis. *International Journal of Mental Health, 19,* 21-36.

Howard, K.I., Lueger, R.J., Maling, M.S., & Martinovich, R. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 678-685.

Landgarten, H.B. (1993). *Magazine Photo Collage.* New York: Brunner/Mazel.

McFarlane, A.C. (1987). Family functioning and overprotection following a natural disaster: the longitudinal effects of post-traumatic morbidity. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 21,* 210-218.

Nader, K., Pynoos, R.S., Fairbanks, L., & Frederick, C. (1990). Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. *American Journal of Psychiatry, 147,* 1526-1530.

Nader, K.O. (2004). Assessing Traumatic Experiences in Children and Adolescents: Self-Reports of DSM PTSD Criteria B-D Symptoms. In J.P. Wilson & T.M. Keane (Eds.). *Assessing Psychological Trauma and PTSD (2nd ed.).* New York: Guilford Press, 513-537.

Quarantelly, E.L. (1985). An assessment of conflicting views on mental health: the consequences of traumatic events. In C.R. Figley (Ed.). *Trauma and its Wake.* New York: Brunner/Mazel.

Schaefer, C.E., O'Connor, K.J. (1994). *Handbook of Play Therapy, V. 2: Advances and Innovations*. New York: Wiley.

Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.

Webb, N.B. (1999). Play Therapy Crisis Intervention with Children. In N.B. Webb (Ed.). *Play Therapy with Children in Crisis: Individual, Group, and Family Treatment*. New York: Guilford Press, 29-48.

Webb, N.B. (2004). The impact of Traumatic Stress and Loss on Children and Families. In N.B. Webb (Ed.). *Mass Trauma and Violence: Helping Families and Children Cope (Social Work Practice with Children and Families)*. New York: Guilford Press, 3-22.

Yule, W., Perrin, S. & Smith, P. (1999). Post-traumatic stress disorders in children and adolescents. In W. Yule (Ed.). *Post-Traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy*. Baffins Lane, Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 25-50.

Словарь терминов

Агрессия, агрессивность (лат. *aggressio* – нападение) – стремление причинить вред окружающим. Проявляется в эмоциях гнева, злости и т.п. *Защитная агрессия* – агрессия, вызванная ощущением угрозы со стороны окружающих.

Адаптация (лат. *adaptare* – приспособлять) – процесс и результат приспособления индивида к изменению условий (физических или социальных).

Акузофобия (греч. *akustikos* – слуховой + *phobos* – боязнь, страх) – боязнь громких или неожиданных звуков.

Анти социа льность (греч. *anti* – против + лат. *socialis* – общественный) – отрицательное отношение к социальным нормам, стремление противодействовать им.

Арт-терапия (англ. *art* – искусство + греч. *therapeia* – лечение) – использование художественной деятельности в психотерапевтических целях.

Астения, астеническое состояние, астенизация (греч. *astheneia* – бессилие, слабость) – нервное истощение, ослабленность, повышенная утомляемость.

Аутизация – ярко выраженное ослабление контактов с окружающими.

Аутоагрессия – *агрессия*, направленная против самого себя. Проявляется в чувстве вины, в саморазрушительном поведении, суицидальных мыслях или попытках.

Визуализация (лат. *visualis* – зрительный) – появление ярких и отчетливых зрительных образов (представлений). Может вызываться сознательно или возникать непроизвольно.

Виктимность (лат. *victima* – жертва) – поведение, приводящее к тому, что человек часто становится жертвой преступлений.

Гиперактивность (греч. *hyper* – сверх) – пограничное нервно-психическое расстройство, проявляющееся в импульсивности, неусидчивости, отвлекаемости.

Гипертермия (греч. *hyper* – сверх + *therme* – жар, тепло) – повышенная температура тела.

Девиантное (отклоняющееся) поведение (франц. *deviation* – отклонение) – поведение, не соответствующее социальным нормам.

Дезадаптация (дизадаптация) (франц. *des* – приставка, обозначает отсутствие чего-либо + лат. *adaptare* – приспособлять) – нарушение *адаптации*.

Депрессия, депрессивное состояние (лат. *depressio* – подавление, угнетение) – патологическое снижение настроения и падение активности.

Дереализация (лат. *de* – приставка, обозначающая удаление, отмену + *realis* – вещественный) – ощущение нереальности происходящего.

Десенсибилизация (лат. *de* – приставка, обозначающая удаление, отмену + *sensus* – чувство) – снижение чувствительности (в частности, к объектам и ситуациям, вызывающим страх).

Деструктивное поведение (лат. *destructio* – разрушение) – разрушительное поведение (повреждение вещей и т.п.).

Децентрация – способность увидеть ситуацию с точки зрения другого человека.

Дидактическая игра (греч. *didaktikos* – поучительный) – игра, направленная на обучение ребенка знаниям и навыкам.

Дистресс – чрезмерный, разрушительный *стресс*, вызывающий тяжелые переживания и приносящий вред здоровью.

Задержка психического развития (ЗПР), нарушение обучаемости – локальные отклонения в развитии тех или иных психических функций при сохранности основных интеллектуальных операций..

Импульсивность (лат. *impulsus* – толчок) – склонность к совершению необдуманных действий под влиянием внешних или внутренних случайных импульсов.

Интрапсихические процессы (лат. *intra* – приставка, означающая нахождение внутри, в пределах чего-либо + греч. *psyche* – душа, дух) – процессы, протекающие в индивидуальной психике (не включающие общения между людьми).

Ипохондрия (греч. *hypochondria* – подреберье) – повышенное беспокойство о своем здоровье, фиксация на болезнях.

Иппотерапия (греч. *hippos* – лошадь + *therapeia* – лечение) – использование езды на лошадях и общения с ними в психотерапевтических целях.

Истерические реакции (греч. *hystera* – матка) – реакции на неблагоприятную ситуацию, проявляющиеся в неадекватном поведении

(напр., чередовании смеха и рыданий), нарушениях в функционировании различных органов (истерический паралич, истерическая глухота и т.п.), обмороках, припадках и других симптомах, связь которых с психотравмирующей ситуацией не осознается больным.

Клаустрофобия (лат. *claustrum* – засов, закрытое помещение + *phobos* – боязнь, страх) – боязнь замкнутых пространств, тесных помещений.

Когнитивные (познавательные) процессы (лат. *cognitio* – знание, познание) – психические процессы, направленные на познание окружающего мира (ощущения и восприятие, мышление, память, внимание, воображение).

Когнитивный диссонанс (лат. *cognitio* – знание, познание, франц. *dissonance* – расхождение) – переживание дискомфорта, когда в сознании человека сталкиваются несовместимые между собой представления об одном и том же объекте или событии.

Кризис – см. *Личностный кризис*.

Лабильность – см. *Эмоциональная лабильность*.

Легитимация (лат. *legitimus* – законный, правомерный) – «узаконивание», признание правомерности, дозволенности и естественности тех или иных проявлений.

Личностный кризис – состояние, возникающее в результате того, что перестают эффективно функционировать высшие регуляторные психологические инстанции, такие как образ Я, образ мира, система ценностей, жизненные смыслы, цели и планы.

Мутизм (лат. *mutus* – немой, безгласный) – отказ от использования речи. *Элективный мутизм* – это отказ от использования речи в определенных ситуациях (например, неспособность отвечать в классе у доски), *тотальный мутизм* – полный отказ от использования речи, временная немота.

Невротическое состояние (греч. *neuron* – нерв) – *пограничное психическое расстройство*; характеризуется снижением продуктивности деятельности, эмоциональными нарушениями.

Негативизм (лат. *negativus* – отрицательный) – противодействие требованиям.

Онтогенез (греч. *on* (*ontos*) – сущее + *genes* – происхождение, возникновение) – развитие человека на протяжении его жизни (от рождения до старости).

Патогенный (греч. *pathos* – страдание, болезнь + *genes* – происхождение, возникновение) – способствующий возникновению заболевания или отягощающий его протекание.

Педагогическая запущенность – отклонение в психическом развитии ребенка вследствие отсутствия необходимого обучения и воспитания.

Пограничные психические расстройства – психические отклонения, нарушающие нормальную жизнь и деятельность человека, но не приводящие к его инвалидизации.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – *пограничное психическое расстройство*, возникшее вследствие пережитой человеком *экстремальной ситуации*. Хроническое заболевание с волнообразным течением.

Преморбидные особенности (лат. *prae* – перед + *morbus* – болезнь) – особенности, существовавшие до заболевания.

Психологическая (психическая) травма (психотравма) – тяжелые переживания и психологические нарушения, вызванные пережитой человеком *экстремальной ситуацией*.

Психологическая защита – механизмы, помогающие сохранить благоприятное психологическое состояние, несмотря на наличие психотравмирующих факторов.

Психологический синдром (греч. *syndrome* – стечение, соединение) – совокупность психологических особенностей, имеющих общее происхождение и общую логику развития.

Психосоматические заболевания (расстройства), соматизация (греч. *psyche* – душа, дух + *somatos* – тело) – расстройства телесного (физического) здоровья, вызванные психологическими причинами.

Психотехника (греч. *psyche* – душа, дух + *techne* – искусство, мастерство) – приемы, направленные на регуляцию психического состояния.

Психотравма – см. *Психологическая (психическая) травма*.

Реактивное состояние (лат. *re* – против + *actio* – действие) – временное расстройство психической деятельности, возникающее в ответ на тяжёлую жизненную ситуацию.

Регрессия (лат. *regressus* – обратное движение) – возврат к формам поведения и взаимоотношений с окружающими, типичным для предшествующих возрастных периодов.

Релаксация (лат. *relaxatio* – ослабление, расслабление) – мышечное и эмоциональное расслабление, снятие напряженности. Состояние неполного бодрствования.

Рентная установка – стремление извлекать выгоду из своего болезненного состояния.

Ригидность (вязкость) (лат. *rigidus* – жёсткий, твёрдый) – склонность подолгу застревать на каких-либо переживаниях, действиях, мыслях.

Самоконтроль – сознательное управление своим поведением.

Сейсмофобия (греч. *seismos* – землетрясение + *phobos* – боязнь, страх) – страх того, что произойдет землетрясение.

Сензитивность (лат. *sensus* – чувство) – высокая чувствительность к физическим стимулам и к социальным факторам.

Сепарация (лат. *separatio*) – отделение, обособление.

Сиблинг (англ. *sibling*) – брат или сестра.

Симбиотическая связь (греч. *symbiosis* – сожительство) – неразрывная связь, высокая психологическая зависимость людей друг от друга.

Синдром (греч. *syndrome* – стечение, соединение) – совокупность симптомов, имеющих общее происхождение и общую логику развития.

Соматизация – см. *Психосоматические заболевания*.

Соматический (греч. *somatos* – тело) – телесный (обычно в противопоставлении психическому).

Социальная ситуация развития – нормативная система отношений ребенка данного возраста с обществом.

Стереотипия (греч. *stereos* – твёрдый + *typos* – отпечаток) – многократное повторение однообразных действий.

Стресс (англ. *stress* – давление, напряжение) – напряжение, вызванное необходимостью приспособляться к неблагоприятной или неожиданно изменяющейся ситуации.

Стрессогенный – (англ. *stress* – давление, напряжение + греч. *genes* – рождающий) – вызывающий *стресс*.

Ступор (лат. *stupor* – оцепенение) – глубокая заторможенность, оцепенение.

Субдепрессия (лат. *sub* – под + *depressio* – подавление, угнетение) – снижение настроения, не достигающее до уровня *депрессии*.

Суицид (лат. *sui* – себя + *caedes* – убийство) – самоубийство.

Тревога – беспокойство, волнение, ощущение угрозы, ожидание неопределенной опасности.

Тревожность – неуверенность в себе, склонность к возникновению состояния тревоги, к опасениям, страхам.

Умственная отсталость (олигофрения) – общее интеллектуальное снижение, делающее невозможной полноценную социальную *адаптацию*.

Флэшбэк (англ. *flashback* – ретроспективный кадр) – произвольные очень яркие визуализации, воспроизводящие отдельные моменты психотравмирующей ситуации и сопровождающиеся острым страхом.

Фобия (греч. *phobos* – боязнь, страх) – навязчивый страх, боязнь ситуаций, не представляющих непосредственной угрозы: закрытых помещений, открытых пространств, высоты, глубины и т. п.

Фобифобия (греч. *phobos* – боязнь, страх) – паническое ожидание появления страха («страх страха»).

Фрустрация (лат. *frustratio* – обман, неудача) – состояние, возникающее при невозможности удовлетворения значимой потребности.

Шок (франц. *choc* – удар, толчок) – первая фаза реакции на экстремальную ситуацию. Характеризуется сужением сознания, отсутствием целенаправленной деятельности.

Экстремальная ситуация (франц. *extreme* – чрезвычайный, крайний) – внезапное и неожиданное изменение обстоятельств, угрожающее жизни или жизненно важной деятельности человека.

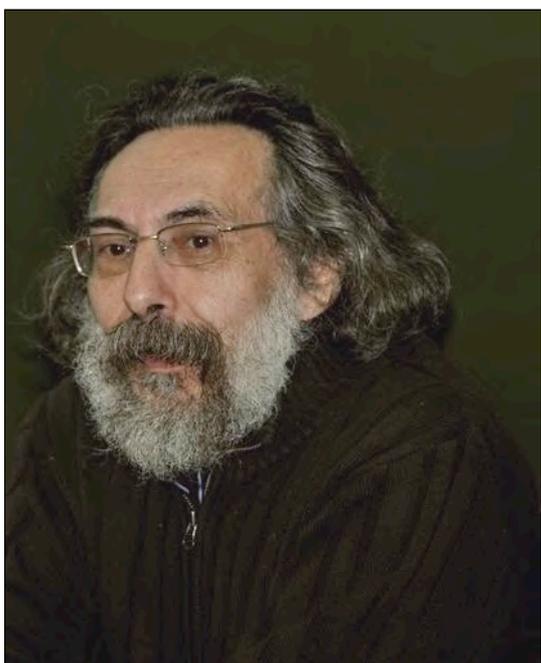
Эмоциональная лабильность (лат. *labilis* – неустойчивый, подвижный) – неустойчивость переживаний, склонность к колебаниям настроений без сколько-нибудь серьезного повода.

Эмпатия (греч. *em* – в + *pathos* – страсть, страдание) – сопереживание эмоциональному состоянию другого человека.

Энкопрез (греч. *kopros* – навоз) – недержание кала, неспособность контролировать акт дефекации.

Энурез (греч. *enures*) – недержание мочи.

Авторы – известные как в нашей стране, так и за рубежом специалисты в области клинической психологии развития. Более 30 лет ведут практическую, исследовательскую и преподавательскую деятельность. Участвуют в оказании экстренной психологической помощи детям и подросткам, пострадавшим в результате бедствий и катастроф. За помощь жертвам террористических актов награждены Наградными крестами «Защитнику отечества» II степени. Разрабатывают новый, но уже завоевавший мировое признание культурно-исторический подход в психотерапии. Их работы переведены на иностранные языки, опубликованы в США, Германии, Израиле и других странах.



Венгер Александр Леонидович –

доктор психологических наук,
профессор Международного
университета «Дубна».

Автор 11 книг, более 150 статей.



Морозова Елена Ивановна – кандидат

психологических наук, старший
преподаватель Российской
медицинской академии
последипломного образования.

Автор 3 книг, более 60 статей.