
16. *Sergienko A. JU.* Trebovanija rabotodatelej k sodержaniju pedagogičeskogo obrazovanija v razlichnyh regionah Rossii // *СНеловек и образование.* 2014. № 2 (39). S. 130–137.

17. *Tatur JU. G.* Kompetentnostnyj podhod v opisanii rezul'tatov i proektirovanii standartov vysshego professional'nogo obrazovanija: Materialy ko vtoromu zasedaniju metodologičeskogo seminaru. Avtorskaja versija. M.: Issledovatel'skij tsentr problem kachestva podgotovki spetsialistov, 2004. <http://www.fgosvpo.ru/uploadfiles/npo/20120325221547.pdf>

18. *Tokareva N. A.* Pedagogičeskie uslovija formirovanija gotovnosti budushčego pedagoga k tvorčestvu v professional'noj dejatel'nosti: Dis. ... kand. ped. nauk. Stavropol', 2009. 149 s.

19. *SHipilova E. V.* Formirovanie psihologičeskogo gotovnosti studentov-psihologov k professional'noj dejatel'nosti: Dis. ... kand. psihol. nauk. M., 2007. 218 s.

20. *JArullin G. K.* Formirovanie gotovnosti k professional'noj dejatel'nosti u budushchih spetsialistov sotsial'noj raboty: Dis. ... kand. ped. nauk. Kazan', 2006. 193 s.

Г. С. Банников

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ, ПЕРЕЖИВШИМ ТРАВМАТИЧЕСКОЕ СОБЫТИЕ

В статье отражены вопросы становления и развития кризисных состояний в зависимости от выделенных механизмов развития травмы: диссоциативного, регрессивного и интроективного. Показаны особенности их клинической картины, а также стратегии оказания кризисной психологической помощи. Описаны основные задачи, которые решаются при оказании психологической помощи детям и подросткам с учетом стадий проживания ими травматического опыта и механизма формирования травмы.

Ключевые слова: кризисное состояние, психическая травма, механизм психической травмы, кризисная психологическая помощь, экстренная психологическая помощь.

G. Bannikov

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO UNDERAGE TRAUMA SURVIVORS

The issues of the formation and development of crisis conditions depending on trauma development mechanisms (dissociative, regressive and introjective) are discussed in this article. The peculiarities of their clinical presentation as well as the strategies of crisis psychological intervention are shown. The main goals of crisis psychological help taking into account the stages of traumatic experience and trauma formation mechanisms are described.

Keywords: crisis state, psychic trauma, psychic trauma mechanism, crisis psychological aid, emergency psychological aid.

Кризисная психологическая помощь подразумевает наличие у человека «кризисного состояния» [8], которое определяется как «психическое (психологическое) состояние человека, внезапно пережившего

субъективно значимую и тяжело переносимую психическую травму (вследствие резкого изменения образа жизни, внутрличностной картины мира) или находящегося под угрозой возникновения психо-

травмирующей ситуации» [1]. Психическая травма — переживания, вызванные тяжелым травматическим событием, травмирующим психику. Наиболее уязвимыми в данном случае являются дети, так как их психика находится в процессе развития и последствия травмирующих событий могут оставить неизгладимый след на всю дальнейшую жизнь. Психологическая помощь в первые часы и дни после психотравмирующего события может снизить развитие посттравматического расстройства, психосоматических нарушений [4; 6; 7; 9; 10; 11; 13].

Нами была проанализирована динамика проявлений психических нарушений у детей и подростков (136 чел.), а также особенности оказываемой психологической помощи (г. Беслан, сентябрь — ноябрь 2004; Южная Осетия, сентябрь 2008, июнь — август 2009; образовательные учреждения города Москвы (несчастные случаи) в трех стадиях переживания травмы).

Психическое состояние детей через несколько дней после перенесенного стресса характеризовалось сужением восприятия с ригидностью эмоциональных реакций, с изменениями в ценностно-смысловой сфере, с утратой пластичности, спонтанности поведения. Во всех группах наблюдались выраженные тревожно-фобические, соматовегетативные реакции, усиление тревоги, беспокойство даже при кратковременном расставании с близкими людьми, настороженность, неусидчивость, повышенная утомляемость, истощаемость, сложности концентрации внимания, нарушения сна.

В результате работы с детьми, пережившими травматические события, нами были выделены три ведущих механизма формирования и работы психической травмы:

- *регрессивный механизм* — через слияние с травмой;
- *диссоциативный механизм* — через расщепление, вытеснение;

— *интроективный механизм* — через психологическую защиту «поворот против себя»*.

Основанием для выделения видов механизмов психической травмы послужило преобладание в клинической картине нарушений, характерных для того или иного ведущего механизма психологической защиты. Рассмотрим их влияние на состояние сначала на острой стадии.

1. *Регрессивный механизм*** психической травмы (47 чел. — 34,5%). В стадии шока и демобилизации регрессивный механизм клинически проявлялся в состоянии беспомощности, пассивности и повышенной реакции (гиперсензитивности) на внешние раздражители, такие как свет, звуки, другие внешние раздражители, в спонтанных эмоциональных реакциях, нецеленаправленном двигательном возбуждении, мимических реакциях, крике и плаче, сопровождаемых ярко выраженной тревогой и гневом, связанным с актуальным травматическим событием. Регрессивные реакции у детей младшего школьного возраста выражались в снижении навыков письма, счета, речи, в появлении энуреза. Часто наблюдалось усиление симбиотических отношений с родителями, сопровождающихся страхом их потери. Установление контакта с ребенком, как правило, было затруднено в силу некоторой дезориентации ребенка в пространстве, проявлений неспецифической дезинтеграции личности, явлений деперсонализации-дереализации, травматической алекситимии.

Пример: По инициативе отца к психологу обратился 16-летний молодой человек, переживший 9 дней назад в результате трагических событий смерть матери. В настоящее время живет вместе с отцом, младшей сестрой, бабушкой и бабушкой по материнской линии. В беседе растерян, плачет, иногда через силу пытается улыбнуться, отвечает односложно, часто переспрашивает, говоря, что не по-

нимает или теряет смысл вопроса. В настроении преобладает подавленность, страх. Сообщает, что не видит своего будущего, чувствует себя брошенным, оставленным («мне сейчас как будто 7 лет»). В беседе отмечаются сниженная способность к рефлексии, сложности в разграничении ощущений, чувств, мыслей, хотя, со слов отца, до трагедии мальчик отличался повышенной чувствительностью и способностью к самонаблюдению. Также со слов отца, подросток не хочет ходить в школу, так как «ничего не понимает», а выглядеть «дураком» не хочет.

Основной задачей психолога на этих стадиях являлось предотвращение дальнейшего углубления травматического регресса. Психологическое сопровождение осуществлялось через безусловное понимание, принятие и сострадание, создание атмосферы «успокоения», через работу с опосредованными травме чувствами через техники арт-терапии. Основная работа заключалась в предоставлении ребенку средств, через которые облегчалось выражение им своих чувств. Рисуя картинку, рассказывая историю, ребенок получал возможность отреагирования, «завершения незавершенной» ситуации, обретал возможность более широкого выбора эмоционального, поведенческого реагирования.

Для регрессивного механизма оптимальная последовательность этапов работы была такой: возвращение способности сенсорно-телесного наблюдения, восстановление полноты ощущений — аффективная реинтеграция — вербализация когнитивной структуры. В работе с сенсорными переживаниями — акцент работы на их абсолютную принадлежность только ему. Обозначение различий в сенсомоторном опыте в одних и тех же условиях. Выявление и обработка аффектов, связанных с переживанием разобщенности и отвержения в случаях обнаружения разницы в пе-

реживаниях людей, находящихся в одной и той же ситуации. Постоянное мягкое, но настойчивое различение «мое» — «не-мое» с систематической вербализацией. Построение ясной когнитивной модели происходящего.

2. При диссоциативном механизме психической травмы (61 чел. — 44,8%) на первое место в клинической картине выходили разнообразные тревожные, соматовегетативные тревожно-фобические реакции, кошмарные сновидения, содержательно не всегда связанные с травматическим событием. Однако стержневым психопатологическим образованием являлись диссоциативные нарушения, преимущественно представленные в виде частичной амнезии, конверсионных нарушений. В период реакции дезорганизации и демобилизации были характерны сочетание тревоги с раздражительностью, трудности межличностных отношений, снижение внимания, памяти за счет высокого уровня возбуждения. Наблюдались парадоксальные реакции — эйфория, возбуждение, переоценка своих возможностей.

Пример. К психологу обратилась мать с мальчиком 13 лет через две недели после травмирующего события с жалобами на страхи неопределенного характера, нарушения сна, агрессивность, замкнутость в поведении сына. Подросток на беседу идет неохотно, взгляд и мимика напряженные. Отвечает неохотно, односложно. Говорит, что внезапно, без всяких внешних причин накатывает чувство беспокойства, страха, с ощущением похолодания рук, онемения правой стороны лица. Тяготеет своим состоянием, так как не может его контролировать и влиять на него. Говорит, что страхи появились через несколько дней после трагедии. Рассказывая о ней, путается во временной последовательности событий, некоторых «особо значимых моментов» не может вспомнить. Сообщает, что в какой-то момент травма-

тических переживаний «как бы перестал чувствовать», появились раздражение, злость на происходящее, все стало восприниматься «по-другому», «как бы со стороны». До настоящего времени не может «отойти», вернуться в «обычное состояние». Все чаще приходят мысли, что может не справиться с импульсивным желанием нанести себе «физический вред».

Основной фокус работы направлен на установление и поддержание отношений доверия. В самом общем виде: обращение внимания на возможности выхода за пределы системы проекций и принятие соответствующих действий со стороны значимого окружения. Возвращение шаг за шагом отчуждаемой части переживаний (в частности, зависти, злости) через арт-терапевтические техники и методики. Создание через информирование ясной когнитивной концепции происходящего. Регуляция состояния с помощью техник аутотренинга.

Для диссоциативного механизма оптимальная последовательность этапов работы была такой: символизация аффекта — когнитивное структурирование — универсализация ощущений — аутотренинг.

3. *Интроективный механизм**** психической травмы (28 чел. — 20,5%) наблюдался у детей старшего школьного возраста и выражался в навязчивых или сверхценных идеях о своей виновности, несостоятельности своего поведения в произошедших травматических событиях. Как подчеркивает М. М. Решетников, чувство вины является одним из самых мощных катализаторов психопатологии [12]. В поведении наблюдались как идеаторно-моторная заторможенность, так и ажитированность. Контакт с подростками устанавливался легко, так как дети сами искали эмоциональную поддержку, помощь в осмыслении произошедших событий.

Пример. По собственной инициативе обратилась девушка 14 лет, в результате

трагических событий потерявшая около одного месяца назад младшего 12-летнего брата. В беседе — сосредоточена, собрана, мимика однообразная скорбная. Темп речи несколько замедлен, отвечает часто после паузы. Ответы — по существу, логичные, грамматически правильно выверенные. Жалуется на навязчивые воспоминания о трагедии («перед глазами, все время вижу брата», «сразу накатывают слезы», «чувствую вину, злость на себя, что не могла его спасти»). Сообщает, что успела чувствовать себя виноватой, неполноценной («живу прошлым, воспоминаниями»), периодически переживает невыносимую тоску, сопровождающуюся «душевной болью». Говорит, что в такие моменты «не хочется жить», однако понимает «несуразность этого», пытается терпеть, «просто страдать».

Основной фокус приложения психотерапевтических усилий должен быть направлен на динамическое соблюдение баланса фрустрации (побуждения к действию) и поддержки (преодоление настороженности). Обработка сверхобобщений и других когнитивных искажений. Телесноориентированные эксперименты: внимание и обсуждение поз, жестов, движения, дыхания и т. д. Выявление скрытых переживаний, способствование их выражению и отреагированию. Формирование устойчивой позиции, включающей весь спектр переживаний по отношению к травме.

Для интроективного механизма оптимальная последовательность этапов работы была такой: коррекция когнитивных искажений — восстановление полноты спектра ощущений и моторной активности — интеграция аффективной сферы.

Психологическое консультирование детей, которое осуществлялось в течение года после травматического события, позволило выявить, что у 34 (25%) подростков сохранялись различные формы психических нарушений. Из них чаще всего на-

блюдались тревожно-фобические реакции (55%), психосоматические (35%) и поведенческие нарушения (20%), у детей возрастной группы 13–17 лет в 10% наблюдений выявлялись тревожно-депрессивные проявления.

Длительное наблюдение за состоянием детей и подростков, подвергшихся травматическим переживаниям, позволило отследить динамику проявлений ранее выделенных трех механизмов травмы.

Так, *регрессивный механизм психической травмы* спустя год наблюдался уже реже (5 чел. — 14,7%), в нескольких случаях — в виде тревожно-соматизированных реакций, обострения имеющихся соматических заболеваний, травматической алекситимии. Учитывая, что травматическое событие провоцировало резкое снижение защит и актуализировало предшествующие травматические переживания (вплоть до раннего детства), чаще наблюдались внутрличностные невротические конфликты, негативно сказывающиеся на социально-психологическом функционировании подростка. Целью психологического воздействия являлось улучшение осознания и контроля ребенка над своими переживаниями. Роль психолога на всех этапах кризисной психологической помощи заключалась в создании вспомогательного «Я», помогающего ребенку осознавать и контролировать свои переживания, структурировать и четко планировать все виды социальной деятельности.

Наиболее часто спустя длительное время наблюдались *проявления диссоциативного механизма психической травмы* (22 чел. — 64,7%) — чаще у подростков с эмоционально неустойчивыми, импульсивными, демонстративными чертами. Спустя год сохранялась частичная амнезия на травматические события. У некоторых детей травма была настолько сильна, что ребенок помнил лишь отдельные фрагменты виденного, при воспоминании о которых

развивалось измененное состояние сознания, речь становилась непонятной, обрывочной, эмоции, характерные для периода, когда произошло травмирующее событие, полностью отрицались (например, «скучно было»). В ряде наблюдений выявлялись психосоматические, поведенческие нарушения. Преобладали жалобы на неприятные болезненные ощущения в различных частях тела, проблемы с дыханием, спазмы гортани. При ведущем диссоциативном механизме работы травмы в основе симптомов психического страдания всегда лежит травматический аффект, который находится в психике в особом «связанном», непереносимом и поэтому отщепленном от воспоминаний состоянии. Отсюда следует, что терапия успешна только в случае «реконструкции восприятия травматической ситуации в безопасных условиях и восстановления нарушенных психодинамических связей с высвобождением аффекта» [12]. Задачей в данном случае является нахождение способа выражения ребенком содержания своих переживаний в символической форме. Основным методом — символическая игра и др.

Интроективный механизм психической травмы (7 чел. — 20%) спустя год проявлялся в субдепрессивных реакциях с преобладанием тоски, подавленности, чувства вины, с отсутствием признания последствий травмы, в навязчивых воспоминаниях о случившемся, в заниженной самооценке. Механизм фиксации травматических переживаний через развитие патологической реакции горя (депрессии) чаще наблюдался у подростков, в структуре личности которых отмечались такие черты, как повышенная ответственность, добросовестность, перфекционизм, ригидность с «застреванием», «зависанием» в травматических ситуациях. Общая стратегия кризисного вмешательства при интроективном механизме травмы должна быть направлена на переосмысление произошедшего, на

восстановление смысловой перспективы на будущее.

Наблюдавшиеся через год тревожно-фобические, поведенческие реакции, реакции горя носили психологически понятный характер и в большинстве своем не имели синдромальной завершенности и не нуждались в медикаментозной помощи. Не выявлены такие характерные, устойчивые во времени проявления ПТСР, как навязчивые переживания, избегающее поведение, диссоциативные нарушения, признаки физиологического возбуждения, что, возможно, связано с особенностями психической сферы в детском и подростковом возрасте.

Таким образом, в зависимости от стадий проживания травматического опыта и защитных механизмов содержание психологической помощи направлено:

1) на принятие, понимание, сострадание, создание условий психологической безопасности с целью уменьшения возможности дальнейшего регресса;

2) на восстановление адаптивных форм защиты, реконструкцию восприятия травматической ситуации в безопасных условиях и восстановление нарушенных психодинамических связей с высвобождением аффекта;

3) на восстановление и нахождение новых смыслов существования.

ПРИМЕЧАНИЯ

* Поворот против себя — перенаправление негативного аффекта, относящегося к внешнему объекту, на себя. «Они предпочитают заблуждаться, считая, что трудности — это скорее их вина, чем чья-то еще» (Н. Мак-Вильямс, 2007) [5].

** Регрессивный механизм — возвращение к более раннему (знакомому) способу реагирования в травматической ситуации. У сензитивно-шизоидных детей и подростков сочетался с примитивной изоляцией, проявляющейся «уходом в другое состояние сознания», «бегством от реальности, не требующим ее искажения» (Н. Мак-Вильямс, 2007) [5].

*** Интроективный механизм развивается, когда «психическая травма мобилизует латентные (интрапсихические) конфликты между Эго и Супер-эго (которое обычно идентифицируется с интроектами родительских фигур, с их запретами, моральными нормами и правилами). Учитывая, что Супер-эго нередко выступает в качестве контролирующей, наказующей и карающей инстанции психики, при таком варианте пациент будет считать произошедшее (в той или иной степени) результатом собственных ошибок» (М. М. Решетников, 2006) [12].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амбрумова А. Г., Полеев А. М. Неотложная психотерапевтическая помощь в суицидологической практике: Методические рекомендации. М., 1986.

2. Бурмистрова Е. В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде): Методические рекомендации для специалистов системы образования. М., 2006.

3. Дубровина И. В. Психологическая служба образования // Психологическая служба и образование. 2001. № 2. С. 83–94.

4. Калмыкова Е. С., Миско Е. А., Тарабрина Н. В. Особенности психотерапии посттравматического стресса // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 4. С. 70–80.

5. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе. М., 2007.

6. Миллер Л. В. Модель экстренной психологической помощи // Научно-практические и прикладные аспекты деятельности Центра экстренной психологической помощи ИЭП МГППУ: Сборник статей. М., 2011. С. 21–54.

7. *Миллер Л. В.* Психологическое благополучие как адаптационный потенциал личности студентов в отдаленный период времени после психотравмирующего события // Современные направления теоретических и прикладных исследований — 2012: Международная конференция, 20–31 марта. Сайт Проекта SWorld: <http://sworld.com.ua/index.php/ru/pedagogy-psychology-and-sociology-112/medicopsychology-112/12919-112-920>

8. Психотерапия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб., 2007.

9. *Рыбников О. Н., Смекалкина Л. В.* Механизмы социально-психологической адаптации лиц опасных профессий в отдаленный период после воздействия чрезвычайной ситуации // Механизмы стресса в экстремальных условиях: Сборник научных трудов / Под ред. И. Б. Ушакова. М.: Истоки, 2004. С. 29–33.

10. *Рубцов В. В., Баева И. А.* Психологическая безопасность образовательной среды как условие психосоциального благополучия школьника // Безопасность образовательной среды: Сборник статей: В 2 ч. / Отв. ред. Г. М. Коджаспирова. М., 2008. Ч. I. С. 4–10.

11. *Рубцов В. В.* Психологическая помощь в экстремальных ситуациях // Вестник практической психологии образования. 2005. № 3 (4) июль — сентябрь. С. 112–116.

12. *Решетников М. М.* Психическая травма: Монография. М., 2006. С. 332.

13. *Федунина Н. Ю.* Экстренная психологическая помощь: законы жанра // Московский психотерапевтический журнал (теоретико-аналитическое издание). Специальный выпуск: экстренная психологическая помощь. М., 2006. № 4 (51). С. 6–25.

REFERENCES

1. *Ambrumova A. G., Poleev A. M.* Neotlozhnaja psihoterapevtičeskaja pomoshch' v suitsidologičeskoj praktike: Metodicheskie rekomendatsii. M., 1986.

2. *Burmistrova E. V.* Psihologičeskaja pomoshch' v krizisnyh situatscijah (preduprezhdenie krizisnyh situatsij v obrazovatel'noj srede): Metodicheskie rekomendatsii dlja spetsialistov sistemy obrazovanija. M., 2006.

3. *Dubrovina I. V.* Psihologičeskaja sluzhba obrazovanija // Psihologičeskaja sluzhba i obrazovanie. 2001. № 2. S. 83–94.

4. *Kalmykova E. C., Misko E. A., Tarabrina N. V.* Osobennosti psihoterapii posttravmatičeskogo stressa // Psihologičeskij zhurnal. 2001. T. 22. № 4. S. 70–80.

5. *Mak-Vil'jams N.* Psihoanalitičeskaja diagnostika: ponimanie struktury lichnosti v kliničeskom protsesse. M., 2007.

6. *Miller L. V.* Model' ekstremnoj psihologičeskoj pomoshchi // Nauchno-praktičeskie i prikladnye aspekty dejatel'nosti Tsentra ekstremnoj psihologičeskoj pomoshchi IEP MGPPU: Sbornik statej. M., 2011. S. 21–54.

7. *Miller L. V.* Psihologičeskoe blagopoluchie kak adaptatsionnyj potentsial lichnosti studentov v otdalennyj period vremeni posle psihotravmirujuwego sobytija // Sovremennye napravlenija teoretičeskij i prikladnyh issledovanij — 2012: Mezhdunarodnaja konferentsija, 20–31 marta. Sajt Projekta SWorld: <http://sworld.com.ua/index.php/ru/pedagogy-psychology-and-sociology-112/medicopsychology-112/12919-112-920>

8. Психотерапия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб., 2007.

9. *Rybnikov O. N., Smekalkina L. V.* Mehanizmy sotsial'no-psihologičeskoj adaptatsii lits opasnyh profesij v otdalennyj period posle vozdejstvija chrezvychajnoj situatsii // Mehanizmy stressa v ekstremal'nyh usloviyah: Sbornik nauchnyh trudov / Pod red. I. B. Ushakova. M.: Istoki, 2004. S. 29–33.

10. *Rubtsov V. V., Baeva I. A.* Psihologičeskaja bezopasnost' obrazovatel'noj sredy kak uslovie psihosotsial'nogo blagopoluchija shkol'nika // Bezopasnost' obrazovatel'noj sredy: Sbornik statej: V 2 ch. / Отв. ред. Г. М. Коджаспирова. М., 2008. Ч. I. С. 4–10.

11. *Rubtsov V. V.* Psihologičeskaja pomoshch' v ekstremal'nyh situacijah // Vestnik praktičeskoj psihologii obrazovanija. 2005. № 3 (4) ijul' — sentjabr'. S. 112–116.

12. *Reshetnikov M. M.* Psihicheskaja travma: Monografija. M., 2006. S. 332.

13. *Fedunina N. Ju.* Ekstrennaja psihologičeskaja pomoshch': zakony zhanra // Moskovskij psihoterapevtičeskij zhurnal (teoretiko-analitičeskoe izdanie). Spetsial'nyj vypusk: ekstremnaja psihologičeskaja pomoshch'. M., 2006. № 4 (51). S. 6–25.