
И. С. Якиманская

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ДЕТСКИХ ТРАВМАХ У СПЕЦИАЛИСТОВ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ ОБРАЗОВАНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Представлен теоретический анализ походов к травматическому опыту, социальных представлений о детских травмах. Описаны особенности специалистов помогающих профессий, требования к их компетентности и вероятность влияния на нее представлений о детских травмах. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о существовании различий в социальных представлениях о детских травмах у специалистов здравоохранения и образования, согласно которым может быть построена система профилактики сгорания.

Ключевые слова: социальные представления, детские психологические травмы, специалисты помогающих профессий образования и здравоохранения.

I. Yakimanskaya

SOCIAL REPRESENTATIONS OF CHILDHOOD INJURIES IN PROFESSIONALS EDUCATION AND HEALTH

The article presents a theoretical analysis of campaigns to traumatic experiences, social representations of childhood injuries described features of the helping professionals, the requirements for their competence and the likely impact on her views about children's injuries. The results of this study suggest the existence of differences in social representations of childhood injuries among health professionals and education, according to which can be constructed prevention of burning.

Keywords: social representations, children's trauma, specialists helping professions education and health.

Травматические события, являющиеся источником экстремального психологического стресса, в общественном сознании постепенно становятся привычными фактами [9]. Наиболее травмирующими психику факторами принято считать участие в военных действиях, физическое и сексуальное насилие, техногенные и природные катастрофы, тяжелые заболевания [5].

Понятие психической травмы впервые появилось в научной литературе в конце XIX века, а именно: теория травмы появляется в 1893 году в «Предупреждении» к «Исследованиям истерии» Фрейда. Фрейд указывает, что в психиатрии термин «травматический» предполагает, что «синдром вызван именно несчастным случаем», особенно если (при повторных атаках страда-

ния) пациентом вспоминается «одно и то же событие, которое спровоцировало первый приступ»; и в этом случае «причинно-следственная связь вполне очевидна» [19, с. 17].

К этой же теме в 1900 году обращается и Эмиль Крепелин. Он рассматривает проблематику психической травмы с тех же позиций, что и Фрейд, в своей работе «Введение в психиатрическую клинику» [8]. В этом исследовании Крепелин говорит о существовании двух категорий травмы: «невроз испуга» и собственно «травматический невроз», хотя различия между ними невелики.

Дональд Калшед, в свою очередь, констатирует, что психическая травма вызывается не только внешними событиями [6].

Но затем начинается внутренняя работа психики, и этот процесс имеет весьма специфическую динамику: а) психика трансформирует внешнюю травму во внутреннюю «самотравмирующую силу»; б) одновременно происходит малигнизация, то есть «озлокачествление» защит, которые из системы самосохранения психики превращаются в систему ее самоуничтожения [6].

Позже появляется другой подход, в рамках которого психическая травма рассматривается как особая форма общей стрессовой реакции [15]. По мнению Г. Селье, стрессовое переживание может вызываться любым предъявляемым человеку требованием. Стресс как активация организма в ответ на внешние раздражители имеет, как уже говорилось, адаптационный характер и помогает справиться с возникающими трудностями. Однако частое повторение или большая длительность стресса и связанных с ним аффективных реакций могут вести к постоянной активации, при которой возбуждение принимает застойную форму и накапливается, активизируя центральные образования вегетативной нервной системы [15].

М. М. Решетников говорит о том, что в России люди, пережившие психическую травму, не так часто обращаются за психотерапевтической или медицинской помощью. Обычно это происходит, когда к психическому страданию присоединяется физическое, или же тревога и депрессия становятся настолько невыносимыми, что будущий пациент реально осознает, что «больше не может так жить» или находится на грани самоубийства. Причин такого отношения к психическим травмам, по мнению М. М. Решетникова, много, но главная причина — культуральная [14].

Общей же для всех этих подходов является мысль о том, что травматическое воздействие может оказать любое внешнее событие, которое выходит за рамки обычного человеческого опыта и что травма возникает под влиянием глубоко потрясающих со-

бытий. Стрессогенный фактор приобретает травматический характер, если его действие чрезвычайно сильно, длительно или часто повторяется, превышая адаптационные возможности человека.

Итак, что такое травма? Наиболее часто в психологической литературе встречается следующее определение: психическая травма — реактивное образование (реакция на значимые для данного человека события), вызывающее длительные эмоциональные переживания и имеющие длительное психологическое воздействие [21]. К примеру, в зарубежной психологии в качестве системообразующего фактора феномена психической травмы рассматривается идея катастрофического взаимодействия между субъектом и средой, имплицитно заложенная в представлениях об этом феномене [16]. Травма подразумевает внезапную, массивную и непреодолимую угрозу безопасности человека [10].

Сам вопрос о трудной для человека жизненной ситуации возникает тогда, когда внешние по отношению к человеку изменения в окружающей среде нарушают или угрожают нарушить его деятельность, отношения со значимыми людьми, привычный для него образ жизни в целом или в одном из жизненных пространств [11].

Что мы подразумеваем, когда говорим, что тот или иной человек пережил травмирующее событие? Прежде всего, то, что он испытал нечто ужасное, что не часто случается с людьми. По определению психиатров, травмирующим называют событие, «выходящее за пределы нормального человеческого опыта» [7].

Согласно DSM-IV, считается, что пациент пережил травматическое событие, если существуют одновременно два условия:

- Человек пережил или наблюдал одно или более событий, в которых с ним или с другими людьми произошло следующее: возникла угроза смерти, потенциальная или реальная; получено серьезное ранение или возникла угроза получения инвалидности.

- Человек реагировал на это интенсивным страхом и чувством беспомощности [25].

Ситуации, предъявляющие к людям требования, которые превышают их обычный адаптивный потенциал, описываются в разных терминах: жизненные трудности, критические ситуации, негативные жизненные события, стрессовые жизненные события. Каждая из этих ситуаций таит в себе вызов либо угрозу жизнедеятельности человека, либо приводит к невосполнимым потерям. Каждая из этих ситуаций ограничивает активность индивида, предъявляет ему требования, зачастую превышающие его способности, моральные и материальные ресурсы. Словом, эти ситуации объединяет то, что все они выступают в качестве стрессоров, то есть факторов, вызывающих стресс [10].

При этом нужно отметить, что восприятие того или иного психологического воздействия как стрессового, непосредственная или отдаленная реакция на это воздействие, механизмы совладания с психической травмой во многом зависят от индивидуально-личностных особенностей человека [16].

Еще раз подчеркнем, что причиной травмы может стать любое значимое для человека событие: обман, предательство, разочарование, несправедливость, насилие, смерть близкого человека, переживания потери, любой кризис, болезнь, понимание того, что человек смертен и т. п. Все эти события могут и не быть травмирующими, если человек интегрировал их в свое мировоззрение.

Чувства, которые сопровождают травмы и их последствия, переживание нанесенной и не исцеленной раны могут быть очень разными:

- обида: «это несправедливо, так не должно быть, все против меня»;
- тревога, страх, которые начинают проявляться позднее как чувство неуверен-

ности в себе, неадекватности, неполноценности;

- стыд и неконструктивное чувство вины (те случаи, когда обвинение в чем-либо не является обоснованным или тогда, когда вина побуждает человека не к покаянию, а к переживаниям);

- изоляция, потерянности, оставленность;

- чувство бессмысленности жизни, мира в целом [21].

Итак, психологическая травма — это реакция человека на событие, выходящее за рамки обычного человеческого опыта, превосходящее его адаптивный потенциал, вызывающее длительные эмоциональные переживания и поведенческие изменения. На наш взгляд, в контексте нашего исследования, это определение наиболее полно отражает суть данного феномена.

Так как наше исследование непосредственно касается детских травматических воспоминаний, рассмотрим подробнее именно проблему детской травмы, которая зачастую и является причиной последующих трудностей, возникающих уже в зрелом возрасте.

Негативные переживания или неконструктивные способы поведения, которые служат причиной обращения к психологу, по мнению В. А. Позднякова, обычно не связываются с травмой, особенно если она случилась давно. А самые неосознаваемые, глубоко сидящие и потому особенно сильно и незаметно влияющие на жизнь человека психологические травмы, — это именно детские психологические травмы.

В. А. Поздняков указывает на то, что любое нарушение семейных взаимоотношений не проходит бесследно ни для кого, но для ребенка этот фактор становится решающим [13].

Однако в большинстве случаев психотравмирующее воздействие носит неявный, скрытый характер. Речь идет, как правило, о неспособности ближайшего окружения,

прежде всего матери, обеспечить для ребенка атмосферу доверия, защищенности, эмоционального резонанса.

Н. К. Асанова отмечает, что одним из основных факторов, обуславливающих психологическую травматизацию ребенка, является жестокое обращение с ним.

Она выделяет четыре основные формы жестокого обращения, важные для практической работы:

1. Физическое жестокое обращение — любое неслучайное нанесение повреждения ребенку родителем или лицом, осуществляющим опеку.

2. Сексуальное насилие над детьми — использование ребенка и подростка другим лицом для получения сексуального удовлетворения.

3. Пренебрежение — хроническая неспособность родителя или лица, осуществляющего уход за ребенком, обеспечить основные его потребности в пище, в жилье, в медицинском уходе, в образовании, в защите и присмотре.

4. Психологическое насилие, в том числе психологическое пренебрежение (последовательная неспособность родителя или лица, осуществляющего уход за ребенком, обеспечить ему необходимую поддержку, внимание и привязанность) и психологическое жестокое обращение (такие формы поведения, как унижение, оскорбление, издевательства и высмеивание ребенка, носящие хронический, систематический характер) [1].

Травматические ситуации, вызывающие ПТСР, — это такие экстремальные критические события, которые обладают мощным негативным воздействием и требуют от индивида экстраординарных усилий по совладанию с последствиями их воздействия [16].

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 травми-

ческих ситуаций. Такими ситуациями для них могут быть смерть близких, физическое насилие, изнасилование, а также наблюдение за событиями, имеющими мощное стрессогенное влияние. Особенно негативно воздействуют на развивающегося человека множественные травмы, при которых различные травматические события потенцируют негативные последствия друг друга. Именно такая картина часто наблюдается у подростков с девиантным поведением. Также специальную проблему у детей и подростков представляет собой сочетание стрессовых расстройств с другими аномалиями развития, имеющими как биологическую, так и социальную природу.

Реакции людей на угрожающие события, однако, могут значительно различаться и зависеть от того, какое субъективное значение, или смысл, придает им человек. Как отмечают М. А. Падун и Н. В. Тарабрина, травматический опыт негативным образом затрагивает базисные убеждения человека относительно собственного Я, окружающего мира и будущего, формируя дисфункциональные эмоционально нагруженные схемы. В дальнейшем эти схемы участвуют в оценке обстоятельств и собственных возможностей человека, в его способности совладать с ситуацией или избежать ее [12].

В. Франкл рассматривает травму как утрату человеком жизненно важных смыслов, а ее преодоление — как поиск осмысления произошедшего либо поиск новых жизненных смыслов [18].

Сходные позиции представляют и отечественные авторы, занимающиеся проблемой критических ситуаций и психологической травматизации. Например, с точки зрения Ф. В. Василюка, новый смысл становится опорой в преодолении кризиса и новой ступенью в развитии личности [2].

Помимо нарушений во взаимоотношениях, затронутых травмой, имеет также место ощущение беспомощности, являющейся следствием невозможности влиять на события и людей [17].

Е. М. Черепанова описывает травмированную личность, как такую личность, которая не просто сформировалась под воздействием травматического стресса, когда-то пережитого, но которая стала считать позитивными патологические изменения, происшедшие с ней, находить определенные психологические выгоды в этом, иногда даже гордиться этим. Травматическая личность, по определению Е. М. Черепановой, — это более или менее устойчивый набор узнаваемых черт, формирующихся под воздействием травмы, если человек не смог или не захотел проанализировать, что с ним произошло, и вместо одних, разрушенных базовых иллюзий построил другие [20].

Наше исследование связано с изучением специалистов помогающих профессий. Мы рассматриваем представителей трех из них — медицинских работников, психологов и педагогов, поэтому подробно рассмотрим, что представляют собой профессии, относящиеся к данному типу, и каковы особенности тех людей, которые к этим профессиям принадлежат.

Т. А. Шкурко отмечает, что исследователи выделяют особый тип личности, которая в общении стремится к контролю взаимоотношений, к тому, чтобы брать на себя ответственность за себя и за других людей, ответственность за развитие отношений. В литературе такой тип личности назван «раненый целитель», «контролирующая личность», «субъект помогающих отношений», «преследователь», «невротическая личность с потребностью в контроле себя и других» [22].

Т. А. Шкурко сконструировала следующую модель данного типа личности:

- 1) центрация на другом;
- 2) высокий уровень ответственности;
- 3) высокая потребность в контроле как компенсация базовых потребностей в любви, в принятии, в безопасности;
- 4) низкая толерантность к неопределенности, в частности, к неопределенности в развитии межличностных отношений;

5) помогающее поведение.

Наиболее часто такой тип личности встречается в так называемых «помогающих» профессиях — врача, медсестры, социального работника, педагога, психолога [22; 23; 24].

Е. К. Веселова говорит об этических аспектах взаимодействия «помогающий специалист — субъект помощи», а также описывает личностные механизмы, обеспечивающие нравственное поведение специалистов, оказывающих помощь [3].

Применительно к вопросу о специалистах помогающих профессий нельзя не упомянуть теорию Адольфа Гуггенбюль-Крейга об архетипах.

Гуггенбюль-Крейг в своей работе «Власть архетипа в психотерапии и медицине» указывает на существование архетипа «целитель — больной». Больной и целитель — фигуры архетипические. Раненый взывал о помощи, и другой человек спешил на этот зов. Ситуация, в которой сталкиваются два человека, из которых один — больной, а другой — целитель, предпринимающий попытки его вылечить, возникла в незапамятные времена и архетипична не меньше, чем отношения мужчины и женщины, отца и сына, матери и дочери и т. д. [4].

Целью нашей работы является изучение того, какие социальные представления о травмах детства имеют специалисты помогающих профессий в образовании и здравоохранении, насколько детские травмы пережиты и интегрированы в личный и профессиональный опыт, как они связаны с профессиональной областью, какова типология социальных представлений о травмах детства. Исследование проводилось нами совместно с И. Р. Сафиной.

Объектом исследования являются специалисты помогающих профессий. В нашем случае — это психологи, педагоги, медицинские работники. Предмет исследования — социальные представления о детских травмах специалистов помогающих

щих профессий образования и здравоохранения.

Выборка составляет 60 человек (20 — психологи, 20 — педагоги, 20 — медицинские работники).

С целью изучения социальных представлений о детских травмах специалистов помогающих профессий мы использовали полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний (модифицированный вариант бланка Н. В. Тарабриной) [16] и разработанную нами анкету. Отвечая на ее вопросы, испытуемым необходимо было сказать, к какому возрасту относятся их первые детские представления, затем им предлагалось вспомнить события из детства, связанные с острыми негативными чувствами, и присвоить этим событиям определенный ранг в зависимости от силы чувств, вызываемых тем или иным событием.

Помимо описания травматических событий, в анкете испытуемым предлагалось описать чувства, которые вызывают у них данные события в настоящее время.

При общем анализе результатов обнаружилось, что женщины — медицинские работники намного чаще мужчин-медиков отмечают в своем опыте такие травматические события, как смерть близкого человека, также часто они говорят о физическом насилии, о серьезном физическом заболевании и длительной, или повторных госпитализациях. Мужчины — медицинские работники тоже отмечают эти травматические события, но реже, чем женщины. Женщины-психологи так же часто, как женщины-медики, говорят о смерти близкого человека, о серьезном физическом заболевании и длительной, или повторных госпитализациях, но помимо этого они отмечают в своем опыте пьянство отца, сексуальное домогательство, насилие. Мужчины-психологи также говорят о смерти близкого человека, серьезном физическом насилии и длительной, или повторных гос-

питализациях, но реже, чем женщины-психологи.

Женщины-педагоги также часто упоминают о смерти близкого человека, о серьезном физическом заболевании, о физическом насилии и длительной, или повторных госпитализациях. Мужчины-педагоги также отмечают эти травматические события.

Итак, если сопоставить полученные данные, то можно сказать, что одинаково часто специалисты помогающих профессий отмечают в своем опыте несколько травматических событий, в частности, это смерть близкого человека, физическое насилие, серьезное физическое заболевание, длительная, или повторные госпитализации.

Н. В. Тарабриной было выделено несколько критериев, по которым можно определить уровень травматизации и выраженность тех или иных симптомов. Эти критерии позволяют провести типологию психологических травм, оценить характер и степень выраженности их последствий: критерий А — переживание в момент травмы, В — повторение переживаний, С — избегание, блокирование эмоций, D — возрастающее напряжение, Р — нарушение функционирования [16].

Мы сравнили средние значения вышеуказанных критериев у трех групп испытуемых — медицинских работников, педагогов и психологов.

Выяснилось, что по критерию переживания в момент травматизации между группами существуют статистически значимые различия, а именно: у медицинских работников значение данного критерия значительно выше, чем у педагогов ($p \leq 0,05$). Возможно, это объясняется большей чувствительностью медицинских работников к травмирующим моментам.

Что касается критерия повторения переживаний, то здесь статистически значимых различий между группами не выявлено. Также не было обнаружено статистически значимых различий и по критерию на-

рушения функционирования в результате травматизации. По критерию избегания, блокирования эмоций существенные различия обнаружены между психологами и педагогами ($p \leq 0,05$), медицинскими работниками и педагогами ($p \leq 0,01$), а именно: у психологов и медицинских работников значение данного критерия выше, чем у педагогов. Значение критерия возрастающего напряжения статистически значимо выше у медицинских работников, чем у педагогов ($p \leq 0,01$) и психологов ($p \leq 0,01$).

Возможно, это объясняется существенными различиями в специфике данных профессий. Ведь медицинские работники ежедневно сталкиваются с травмирующими событиями, с людьми, остро нуждающимися в помощи, им приходится бороться с последствиями травматизации, с физической болью и нездоровьем, поэтому они более остро реагируют на собственные

травматические воспоминания. В этом профессии медика и психолога схожи: тем и другим приходится разрешать сложные, проблемные ситуации, от их решения может зависеть здоровье, и даже жизнь обратившегося к ним человека. Работа педагога, однако, не предполагает этого — она, как правило, более размеренная и распланированная.

В качестве вспомогательной методики для повышения надежности результатов, полученных при помощи интервью и анкеты, мы использовали профиль самооценки посттравматического стресса.

По профилю самооценки посттравматического стресса между группами медицинских работников, психологов, педагогов обнаружены статистически значимые различия ($p \leq 0,01$). У медицинских работников и психологов значение профиля выше, чем у педагогов ($p \leq 0,01$ и $p \leq 0,05$ соответственно).

Таблица 1

Значения критериев травмы в группах медицинских работников, психологов, педагогов (по Н. В. Тарабриной)

Критерии	Средние значения			Статистическая значимость различий (по критерию Н Краскала — Уоллеса)	Статистическая значимость различий (по критериям U Манна — Уитни и t Стьюдента)		
	Медицинские работники	Психологи	Педагоги		Психологи и педагоги	Педагоги и медицинские работники	Психологи и медицинские работники
А Переживания в момент травмы	6,30	5,35	4,45	7,429 ($p \leq 0,05$)	144,5 Нет различий	107,5 ($p \leq 0,05$)	142,0 Нет различий
В Повторение переживания	3,40	2,80	3,10	2,783 Нет различий	Нет различий		
С Избегание, блокирование эмоций	9,60	7,95	6,70	7,371 ($p \leq 0,05$)	2,089 ($p \leq 0,05$)	107,5 ($p \leq 0,05$)	164,5 Нет различий
Д Возрастающее напряжение	9,05	5,20	5,35	13,676 ($p \leq 0,01$)	191,0 Нет различий	79,5 ($p \leq 0,01$)	86,5 ($p \leq 0,01$)
Р Нарушения функционирования	1,70	1,45	1,05	1,129 Нет различий	Нет различий		

Обратимся теперь к тому, как специалисты помогающих профессий реагируют на травму. При первичной обработке полученных результатов выяснилось, что наиболее часто у медицинских работников в ответ на травматическое событие возникают чувства боязни, тревоги, горечи, скорби, беспомощности, беспокойства, а также чувства раздражения, досады, оскорбленного состояния. Несколько реже говорят о чувстве вины, одиночества и неуверенности.

У психологов так же часто встречаются ответные реакции на травматическое событие в виде чувств горечи, тревоги, обиды, досады, оскорбления. Довольно часто возникают чувства боязни, подавленности, раздражения и злости, а также чувство облегчения. Несколько реже говорят о чувстве одиночества, беспокойства, негодования и страха.

Педагоги чаще всего реагируют на травматическое событие переживаниями горечи, скорби, досады, боязни, оскорбления. Чуть реже встречаются реакции в виде ощущений бешенства, беспомощности, ошарашенности, раздражения.

При этом наиболее широкий спектр чувств в ответ на те или иные травматические события наблюдается у медицинских работников.

За основу анализа чувств, возникающих в ответ на травму, мы возьмем теорию

дифференциальных эмоций И. Изарда и его классификацию основных чувств [2].

Мы, в свою очередь, разделили выделенные И. Изардом группы чувств еще на три группы. Это группы условно отрицательных чувств, условно положительных и условно нейтральных. Условно отрицательные чувства: «горе — страдание», «гнев — ярость», «отвращение — омерзение»; «страх — ужас»; условно положительные чувства: «интерес — возбуждение»; «удовольствие — радость»; условно нейтральные чувства: «удивление»; «презрение — пренебрежение»; «стыд — застенчивость»; «вина — раскаяние».

В соответствии с наличием у испытуемых чувств из той или иной группы мы будем судить о том, насколько ими пережиты те или иные травматические события. О полном переживании и интеграции в личный опыт говорит наличие чувств, входящих в группу условно положительных. О частичном переживании — чувств, входящих в группу условно нейтральных. И соответственно о блокировании переживания травматического опыта, на наш взгляд, будет свидетельствовать наличие у испытуемых условно отрицательных чувств.

Критерием переживания травмы мы считаем появление чувств облегчения, благодарности и умиротворения в ответ на воспоминание о травматическом событии.

Таблица 2

Средние значения по профилю самооценки посттравматического стресса в группах медицинских работников, психологов, педагогов

Профессия	Средние значения	Статистическая значимость различий (по критерию Н Краскала — Уоллеса)	Статистическая значимость различий (по критерию U Манна — Уитни)		
			Психологи и педагоги	Педагоги и медицинские работники	Психологи и медицинские работники
Медицинские работники	38,40	9,236 ($p \leq 0,01$)	122,5 ($p \leq 0,05$)	90,5 ($p \leq 0,01$)	171,5 Нет различий
Психологи	32,30				
Педагоги	25,35				

Обнаружилось, что две наиболее многочисленные группы чувств, возникающих у медицинских работников в ответ на травматические события, это группы чувств «горе — страдание» и «удовольствие — радость». Таким образом, эти две противоположные по знаку группы как бы уравновешивают друг друга. Это может свидетельствовать о том, что травматический опыт пережит, интегрирован в личный опыт, так как на смену негативным чувствам приходят позитивные. В ответ на травматические события у медицинских работников возникают также чувства, относящиеся к группам: «удивление», «гнев — ярость»; «страх — ужас». Самыми немногочисленными оказались чувства, относящиеся к группам «интерес — возбуждение», «стыд — застенчивость» и «вина — раскаяние». В общем, если рассматривать весь спектр чувств, которыми медицинские работники реагируют на травматические события, можно говорить о частичном переживании ими травматических событий. Об этом свидетельствует присутствие ответных реакций на травму из всех трех групп: условно положительных, условно отрицательных и условно нейтральных.

Самую многочисленную группу ответных реакций на травму у психологов составляет группа «горе — страдание». Также многочисленны еще две группы чувств, а именно: «гнев — ярость» и «страх — ужас». При этом одна из наиболее немногочисленных групп — группа «удовольствие — радость». Очень немногочисленны чувства, входящие в группы «отвращение — омерзение», «стыд — застенчивость», «вина — раскаяние». Это, на наш взгляд, говорит о блокировании переживания травматического опыта, о его актуальности и на данный момент.

Педагоги чаще реагируют на травму чувствами из групп «горе — страдание» и «гнев — ярость». Немногочисленными оказались чувства из групп «удовольствие — радость», «отвращение — омерзение» и

«страх — ужас». На наш взгляд, это свидетельствует о том, что их травматический опыт не пережит, или пережит в очень незначительной степени.

Сопоставив полученные результаты, можно сказать, что самой многочисленной у всех трех групп испытуемых оказалась группа под названием «горе — страдание». При этом у медицинских работников чувства из спектра страдания и горя уравновешиваются чувствами, которые входят в группу «удовольствие — радость», в частности, это чувства удовлетворения, благодарности, восторга, вдохновения, облегчения, умиротворения и нежности. На наш взгляд, это говорит об относительном переживании травмы, о том, что отношение к травматическому событию, по большей части, конструктивное и положительное. В то же время мы видим, что как у психологов, так и у педагогов, несмотря на многочисленность чувств из группы «горе — страдание», группа чувств «удовольствие — радость» — одна из самых немногочисленных. При этом и у первых, и у вторых чувства «горе — страдание» дополняются чувствами группы «гнев — ярость». На наш взгляд, это свидетельствует о том, что травматическое событие не до конца пережито, либо является все еще актуальным.

Нужно отметить, что эмоциональные реакции, которые следуют за травматическим событием, бывают обычно интенсивными и пугающими. Как видим, у всех трех групп испытуемых ответные реакции очень схожи. Это можно объяснить тем, что любая базовая эмоция имеет под собой естественные основания, то есть такие причины, которые являются общими для всех людей, независимо от их национальности, культурных и социально-экономических условий жизни, уровня образования. Чувство глубокой грусти и печали обычно возникает, если произошла трагическая смерть, если кто-то был ранен или поврежден, если кому-то был причинен большой вред.

Итак, исследовав три группы специалистов помогающих профессий — медицинских работников, психологов и педагогов, мы выявили их социальные представления о детских травмах. Выяснилось, что одинаково часто специалисты помогающих профессий отмечают в своем опыте несколько травматических событий, в частности, смерть близкого человека, физическое насилие, серьезное физическое заболевание, длительные или повторные госпитализации.

Также мы сравнили критерии травмы, а именно — переживание в момент травмы, повторение переживаний, избегание, блокирование эмоций, возрастающее напряжение, нарушение функционирования. Об-

наружилось, что значение критериев переживания в момент травмы и возрастающего напряжения статистически значимо выше у медицинских работников, чем у педагогов и психологов. Также выяснилось, что значение критерия избегания и блокирования эмоций выше у психологов и медицинских работников, чем у педагогов. Выше, чем у педагогов, у медиков и психологов оказалось и значение профиля самооценки посттравматического стресса.

Мы проанализировали чувства, которые возникают в ответ на травму, и выделили те группы, в которых травматический опыт не пережит, и те, в которых он пережит частично. Групп с полностью пережитым травматическим опытом обнаружено не было.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Асанова Н. К.* Жестокое обращение с детьми: основные методологические, практические и правовые аспекты. М.: ВЛАДОС, 1997. 198 с.
2. *Васильюк Ф. Е.* Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. 200 с.
3. *Веселова Е. К.* Психологическая деонтология: содержание и проблемы // Ежегодник Российского психологического общества: Материалы 3-го Всероссийского съезда психологов. СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2003. 705 с.
4. *Гуггенбуль-Крейг А.* Власть архетипа в психотерапии и медицине. СПб.: БСК, 1997. 116 с.
5. *Калмыкова Е. С., Миско Е. А., Тарабрина Н. В.* Особенности психотерапии посттравматического стресса // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 4. С. 70–80.
6. *Калишед Д.* Внутренний мир травмы. Архетипические защиты личностного духа: Пер. с англ. М.: Академический Проект, 2001. 388 с.
7. *Колодзин Б.* Как жить после психической травмы. М.: Шанс, 1991. 96 с.
8. *Крепелин Э.* Введение в психиатрическую клинику. М.: Изд-во БИНОМ, 2004. 493 с.
9. *Лазебная Е. О., Зеленова М. Е.* Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий // Психологический журнал. 1999. Т. 20. № 5. С. 62–74.
10. *Муздыбаев К.* Стратегия совладания с жизненными трудностями // Журнал социологии и социальной антропологии. 1998. Т. 1. № 2. С. 100–110.
11. *Осухова Н. Г.* Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях. М.: Изд. центр «Академия», 2005. 288 с.
12. *Падун М. А., Тарабрина Н. В.* Психологическая травма и базисные когнитивные схемы личности // Московский психотерапевтический журнал. 2001. Т. 36. № 1. С. 121–141.
13. *Поздняков В. А.* Психология и психотерапия детских травм. М.: Ось-89, 2005. 105 с.
14. *Решетников М. М.* Психическая травма. СПб.: ВЕИП, 2006. 322 с.
15. *Селье Г.* Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 1982. 124 с.
16. *Тарабрина Н. В.* Основные итоги и направления исследований посттравматического стресса // Психологический журнал. 2003. Т. 24. № 4. С. 5–18.
17. *Томас Н. К.* Межличностное понимание травмы // Журнал практической психологии и психоанализа. 2002. Т. 11. № 3. С. 27–42.
18. *Франкл В. Э.* Основы логотерапии. Психотерапия и религия. СПб.: Речь, 2000. 286 с.

-
19. *Фрейд З.* Исследование истерии. СПб.: ВЕИП, 2005. 464 с.
 20. *Черепанова Е. М.* Психологический стресс. М.: Изд. центр «Академия», 1997. 96 с.
 21. *Черняева С. А.* Развитие личности и психологическая помощь в свете христианского мировоззрения. СПб.: Речь, 2007. 191 с.
 22. *Шкурко Т. А.* Контролирующая личность как объект социально-психологического анализа // Ежегодник Российского психологического общества: Материалы 3-го Всероссийского съезда психологов. СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2003. 705 с.
 23. *Якиманская И. С.* Воспоминания о детских психологических травмах: анализ и классификация // Перспективы науки. 2014. № 4. С. 61–63.
 24. *Якиманская И. С.* Особенности травматических переживаний и стереотипы жестоких отношений в социальной среде // Казанская наука. 2012. № 10. С. 272–274.
 25. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, D. C.: American Psychiatric Association, 1994 (<http://trevoqa.depressii.net>, 25.04.2008).

REFERENCES

1. *Asanova N. K.* Zhestokoe obrashchenie s det'mi: osnovnye metodologicheskie, prakticheskie i pravovye aspekty. M.: VLADOS, 1997. 198 s.
2. *Vasiljuk F. E.* Psihologija perezhivaniya (analiz preodoleniya kriticheskikh situatsij). M.: Izd-vo Mosk. un-ta, 1984. 200 s.
3. *Veselova E. K.* Psihologicheskaja deontologija: sodержanie i problemy // Ezhegodnik Rossijskogo psihologicheskogo obshchestva: Materialy 3-go Vserossijskogo sjezda psihologov. SPb.: Izd-vo S.-Peterb. un-ta, 2003. 705 s.
4. *Guggenbjul'-Krejk A.* Vlast' arhetipa v psihoterapii i medicine. SPb.: BSK, 1997. 116 s.
5. *Kalmykova E. S., Misko E. A., Tarabrina N. V.* Osobennosti psihoterapii posttravmaticheskogo stressa // Psihologicheskij zhurnal. 2001. T. 22. № 4. S. 70–80.
6. *Kalshed D.* Vnutrennij mir travmy. Arhetipicheskie zashchity lichnostnogo duha: Per. s angl. M.: Akademicheskij Proekt, 2001. 388 s.
7. *Kolodzin B.* Kak zhit' posle psihicheskoj travmy. M.: Shans, 1991. 96 s.
8. *Krepelin E.* Vvedenie v psichiatricheskiju kliniku. M.: Izd-vo BINOM, 2004. 493 s.
9. *Lazebnaja E. O., Zelenova M. E.* Voенно-travmaticheskij stress: osobennosti posttravmaticheskogo adaptatsii uchastnikov boevykh dejstvij // Psihologicheskij zhurnal. 1999. T. 20. № 5. S. 62–74.
10. *Muzdybaev K.* Strategija sovladaniya s zhiznennymi trudnostjami // Zhurnal sotsiologii i sotsial'noj antropologii. 1998. T. 1. № 2. S. 100–110.
11. *Osuhoва N. G.* Psihologicheskaja pomosh' v trudnyh i ekstremal'nyh situatsijah. M.: Izd. tsentr «Akademija», 2005. 288 s.
12. *Padun M. A., Tarabrina N. V.* Psihologicheskaja travma i bazisnye kognitivnye shemy lichnosti // Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal. 2001. T. 36. № 1. S. 121–141.
13. *Pozdnjakov V. A.* Psihologija i psihoterapija detskih travm. M.: Os'-89, 2005. 105 s.
14. *Reshetnikov M. M.* Psihicheskaja travma. SPb.: VEIP, 2006. 322 s.
15. *Sel'e G.* Stress bez distressa. M.: Progress, 1982. 124 s.
16. *Tarabrina N. V.* Osnovnye itogi i napravlenija issledovanij posttravmaticheskogo stressa // Psihologicheskij zhurnal. 2003. T. 24. № 4. S. 5–18.
17. *Tomas N. K.* Mezhlichnostnoe ponimanie travmy // Zhurnal prakticheskogo psihologii i psihoanaliza. 2002. T. 11. № 3. S. 27–42.
18. *Frankl V. E.* Osnovy logoterapii. Psihoterapija i religija. SPb.: Rech', 2000. 286 s.
19. *Frejd Z.* Issledovanie isterii. SPb.: VEIP, 2005. 464 s.
20. *Cherepanova E. M.* Psihologicheskij stress. M.: Izd. tsentr «Akademija», 1997. 96 s.
21. *Chernjaeva S. A.* Razvitie lichnosti i psihologicheskaja pomoshch' v svete hristianskogo mirovozzrenija. SPb.: Rech', 2007. 191 s.
22. *Shkurko T. A.* Kontrolirujushchaja lichnost' kak objekt sotsial'no-psihologicheskogo analiza // Ezhegodnik Rossijskogo psihologicheskogo obshchestva: Materialy 3-go Vserossijskogo sjezda psihologov. SPb.: Izd-vo S.-Peterb. un-ta, 2003. 705 s.

23. *Jakimanskaja I. S.* Vospominanija o detskih psihologicheskikh travmah: analiz i klassifikatsija // Perspektivy nauki. 2014. № 4. S. 61–63.

24. *Jakimanskaja I. S.* Osobennosti travmaticheskikh perezhivanij i stereotipy zhestokih otnoshenij v sotsial'noj srede // Kazanskaja nauka. 2012. № 10. S. 272–274.

25. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, D. C.: American Psychiatric Association, 1994 (<http://trevoga.depressii.net>, 25.04.2008).

И. В. Тимофеева

**ВОЗДЕЙСТВИЕ СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЫ
НА РЕБЕНКА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ
КАК УСЛОВИЕ ФОРМИРОВАНИЯ
«СОБСТВЕННОЙ СРЕДЫ РАЗВИТИЯ»**

Анализируется степень выраженности физических и психологических переживаний человека с помощью методики «Автопортрет» у детей с детским церебральным параличом. Выявлены осознание дефекта у детей с ДЦП и отношение к болезни самого ребенка. Рассматриваются особенности родительско-детских отношений в семьях, имеющих детей с детским церебральным параличом, и их влияние на формирование «собственной среды развития».

Ключевые слова: детский церебральный паралич, «собственная среда развития», методика «Автопортрет», «PARI».

I. Timofeeva

**IMPACT OF SOCIAL PROTECTION FOR CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY
AS A CONDITION OF FORMATION OF «OWN DEVELOPMENT ENVIRONMENT»**

We analyze the degree of physical and psychological experiences of the person using the technique «Self Portrait» in children with cerebral palsy. Awareness of the defect found in children with and related to the disease of the child. We consider features of parent-child relationships in families of children with cerebral palsy and their influence on the formation of «self-development environment».

Keywords: cerebral palsy, «own environment development» methodology «Self», «PARI».

Проблема психического здоровья детей и подростков относится к разряду актуальных и социально значимых для современной России. Здоровье человека закладывается в период пренатального развития, в раннем детстве и определяется как особенностями самого организма, так и влияниями окружающей среды. При этом физический недуг ребенка влияет не только на него самого, но и на его семью, окружение и это влияние определяется, прежде всего,

тем смыслом, который придает ему культура и общество. Учитывая возрастающее число детей и подростков, имеющих нарушения психофизического развития, проблема профилактики вторичных нарушений психики становится особенно острой. Дети с врожденными или рано приобретенными нарушениями здоровья, приводящими к отклонению от нормального хода развития, фактически всю жизнь находятся не только в болезненном состоянии, но и в