

## ПТСР у детей: индикаторы и стратегии помощи

ПТСР - посттравматическое стрессовое расстройство, которое возникает на фоне воздействия внешних психотравмирующих событий. ПТСР — это болезненная реакция психики, возникающая в результате истощения нервной системы в результате пережитого насилия, унижения, пребывания в постоянном страхе человека за свою жизнь или жизнь близких людей.

Детские реакции на травму опосредуются возрастом и уровнем развития ребенка. При кратковременных травмах, чем меньше ребенок, тем больше его реакция на травму зависит от того, как реагируют на травматическое событие его родители. Если родители хорошо справляются с ситуацией, то у большинства маленьких детей не развиваются длительные симптомы травмы. При травмах, которые начинаются в маленьком возрасте и продолжаются на протяжении длительного времени, развитие ребенка может искажаться. Таким образом, возраст может быть как утяжеляющим, так и защитным фактором. Некоторые травмы, например, сексуальное насилие, особенно тяжело переживаются подростками.

Реакции на одно и то же травматическое событие у детей одного возраста могут быть различными: один ребенок может оказаться подавленным и испуганным, другой – начать агрессивно себя вести, третий сосредоточиться на заботе о других. Во многом эти реакции определяются тем, как ребенок или подросток понимает, что произошло и какие последствия это имеет для него лично, насколько он чувствует поддержку со стороны, как он относится к себе, характерологических особенностей ребенка и его привычных форм реагирования на трудности. Травматические события влияют на все сферы функционирования ребенка: на его представление о мире и о себе, эмоциональность и поведение.

Рассмотрим более подробно индикаторы психологического состояния детей, переживших травмирующие события:

1. Чувство незащищенности и беспомощности. Пребывание в позиции жертвы субъективно переживается как беспомощность и неспособность изменить существующие обстоятельства, управлять своей жизнью. Дети воспринимают мир как источник непрогнозируемых и зловещих событий.
2. Тревога о будущем, ожидание «плохого», страх перемен. С чувством незащищенности тесно связана тревога и недоверие к будущему, ожидание чего-то «плохого». Ожидание «плохого» у детей в основном проявляется в настороженности и в страхе перемен.
3. Стыд, низкая самооценка и чувство вины. Из-за ощущения беспомощности и недоверия к миру у детей часто развивается низкая самооценка, чувство ущемленного достоинства. Низкая самооценка детей проявляется в виде страха самораскрытия и блокировки спонтанной активности. Им трудно высказать собственное мнение, выразить себя. Дети испытывают и чувство вины: они считают себя виновными за то, что остались живы, тогда как сверстники погибли во время военного конфликта. Можно предположить, что такого рода чувство носит защитный характер и служит уменьшению тревоги.
4. Гнев, агрессивность. У травмированных детей фрустрированы базисные потребности безопасности, защищенности и самоуважения. Фрустрация этих потребностей, естественно, вызывает ответный гнев и повышение уровня агрессии. Как правило, не

находя источника, вызывающего агрессию, дети начинают подбирать наиболее удобную «мишень» (другого человека или животного) для реализации своих агрессивных чувств.

5. Отчуждение и изолированность от окружающей физической и социальной действительности. Травмированный ребенок стремится к уединению, глубоко погружаясь в воспоминания, связанные с травмой. Как правило, этот период связан с некоторым снижением контактности и потребности в общении, даже если ребенок ранее был социально активным.

6. Невыплаканное горе. Невыплаканное горе и печаль – важнейшие характеристики травмы, всегда связанной с чувством потери – будь то потеря близкого человека, представления о себе, надежды и т. д. Главной помехой здесь становятся чувства стыда и беспомощности, желание сдержать агрессивный импульс. Но если взрослый человек потенциально все же может высказать и выразить горе, то ребенок находится в более тяжелом положении – у него еще не в полной мере развиты мышление и речь, чтобы он мог словами передать свои переживания. Часто единственным доступным ребенку способом выражения эмоций оказывается плач, но и в этом окружающие могут его «заблокировать»: «Ты уже взрослый и не плачь...», «Ты же такая смелая девочка...» и т. д. У ребенка остается два выхода – или переживать травматические переживания глубоко внутри, эмоционально отгородиться от окружающих и замкнуться в себе, или прибегнуть к реакциям протеста – гневу, агрессии, регрессивному поведению и др.

7. Травматические игры и повторяющиеся действия. Травматические игры повторяют тот или иной эпизод травмы. В этих играх ребенок чаще всего олицетворяет самого себя. Травматическая игра значительно отличается от обычной имитационной игры следующим:

- Прежде всего, обыкновенная игра сопровождается положительными эмоциями и задором, чего полностью лишена травматическая игра. Она характеризуется однообразием и настолько приближается к сюжету травмы, что вызывает тревогу и страх.

- Обычная подражательная игра является целесообразным поведением и служит развитию и социализации ребенка, для этого включает в себя широкий диапазон ролей (мама, папа, врач, воин и др.). Чем больше ролей «примеряет» к себе ребенок, тем больше он развивается. В противоположность этому, травматическая игра нецелесообразна. Она повторяется с характерной для навязчивости непреклонностью и монотонностью – не подвержена импровизации, в точности повторяет сюжет травмы. Ребенок здесь играет самого себя и отягощается отрицательными эмоциями. Обычно имитационная игра имеет место в интервале от 3 до 12 лет. Что касается травматической игры, она может продолжаться и в последующие годы, а у взрослых видоизменяется в травматическую деятельность. Например, при наличии у человека творческих способностей это может воплотиться в сюжетах художественной продукции.

8. Деформация картины мира. Травма искажает картину мира человека. Ребенок с еще не сформировавшейся системой убеждений стоит перед опасностью образования у него под воздействием травмы изначально деформированной картины мира. Часто мир представляется как источник зловещих событий, враждебный, преследующий, и сам человек в нем — незащищенный, беспомощный, жертва. Такая картина мира лишает человека свободы выбора, блокирует его жизненные силы. Подобные тенденции часто выражаются в творчестве детей.

9. Проблемы внимания, памяти, обучения. Невыплаканный травматический опыт – психологически незавершенное явление, поэтому он несет в себе тенденцию постоянной актуализации. Для человека, тем более ребенка, эта актуализация – довольно мучительный процесс, поэтому большая часть его жизненной энергии направлена на сопротивление этой тенденции, на обуздание болезненных эмоций. Это, естественно, накладывает отпечаток на познавательную активность – внимание становится рассеянным, возникают трудности сосредоточения, снижается объем памяти, может возникать «вязкость» мышления.

10. Различного рода страхи. Страх выполняет защитную функцию и, следовательно, имеет целесообразный характер. На разных возрастных этапах ребенку свойственны различные «нормальные страхи». В отличие от «нормальных страхов», возникшие в результате травмы невротические страхи, с одной стороны, имеют сверхсильную (паническую) интенсивность, с другой – они длительны во времени и поэтому деструктивны по своему характеру. У детей часто встречаются страхи, «унаследованные» от родителей.

11. Травматические сновидения и нарушения сна. Травматические повторяющиеся сновидения – один из признаков «неизжитого», все еще непреодоленного травматического опыта. Травматические сны различаются тем, сколько точно они отражают травмирующее событие. Сновидение может воспроизводить случившееся полностью или же с изменениями, а возможно и не точно. Но в любом случае травматический сон вызывает тягостные эмоции (выкрики, бормотание, плач, вскакивание с постели, хождение во время сна). Часто наутро ребенок не помнит, что ему приснилось. Кошмарные сны и связанные с ними реакции могут быть присущи и нетравмированным детям, но при повторяющемся характере и продолжительности это следует считать признаком травмы.

12. Психосоматические нарушения. У травмированного ребенка можно встретить такие психосоматические нарушения, как логоневроз, энурез, бронхиальная астма, нейродермиты и др. Потому в процессе психосоциальной реабилитации важно направлять работу не только на лечение этих симптомов, но и на переработку травматического опыта.

Появление данных симптомов (даже одного-двух) является очень тревожным признаком. Подобные проявления требуют не только точной психологической диагностики, но и психотерапевтической помощи ребенку, т. к. многие симптомы, имея способность «закрепляться» в детском возрасте, затем оказывают влияние на всю жизнь человека, формируя деструктивные психологические защиты.

Многие авторы считают, что реабилитация детей с ПТСР должна реализовываться в рамках комплексно-целевой программы психолого-педагогической и медико-социальной реабилитации детей (биопсихосоциального подхода), включать следующие основные этапы:

- диагностический (наличие скрининг-оценки);
- экстренной медико-психологической помощи,
- комплексной психолого-педагогической и медико-социальной реабилитации (в индивидуальной и групповой форме),
- мониторинг психологического и психического состояния, психообразование пациента и родителей, против рецидивную терапию,
- обучение социальным навыкам.

А.Л. Венгер рекомендует, включать в психотерапевтический процесс членов семьи, родственников, друзей и проводить групповой дебрифинг и психообразование. Он

отмечает, что только мультимодальный подход, т.е. использование арт-терапии, игровой терапии, релаксационных техник, поведенческих техник, направленных на отреагирование агрессии. Зонирование реабилитационного пространства (зона сюжетно-ролевой игры, конструктивной деятельности, спортивных занятий, отреагирования агрессии, творческой деятельности) эффективно при лечении детей с ПТСР. В отечественной клинической психологии активно разрабатываются формы экспресс-коррекции острой симптоматики психотравмы, состоящей из:

1. стабилизации психического состояния, восстановление нервно-психического состояния;
2. обеспечение стабильной социальной активности;
3. обучение навыкам преодоления поведенческих и эмоциональных проблем (страхи, тревожные руминации, негативные автоматические мысли, флешбек-эффекты);
4. коррекция нарушения коммуникативных навыков.

Показано, что большое значение в улучшении психического состояния детей с ПТСР могут оказать группы поддержки ребенку в горе и травматической ситуации. Цель работы группы – поощрять детей в их желании поделиться своим опытом, мыслями и переживаниями; так они глубже осознают всевозможные обстоятельства и самих себя в них. Дети получают возможность анализировать свой собственный случай, свои реакции на травматическую ситуацию и то, каким образом это влияет на их психическое состояние. В группе анализируется различная тематика, которая объединяет проблемы горя, пережитой травмы и концепции целостности, четкости, самоанализа и самосознания.

#### Основные мишени помощи при ПТСР:

1. Игро-терапия и арт-терапия. А.Л. Венгер и Е.И. Морозова рекомендуют с младшими детьми проводить терапию преимущественно с использованием методов игровой терапии, а со старшими – арт-терапии. Каждое занятие в арт-терапии и игро-терапии детей с ПТСР рекомендуется строить по алгоритму «волны»: сначала постепенно включать детей в деятельность, ее интенсивность повышать по типу градиента, доходить до некоторого максимума, а затем снижать. Занятие заканчивать спокойной деятельностью (например, рисованием) или техниками релаксации (дыхание, мышечные упражнения). Обязательным является включение в реабилитационный процесс детей свободной игры и свободной художественной деятельности как в индивидуальной, так и групповой форме.
2. Психосинтез при работе с детьми и подростками с ПТСР. Это направление терапии направлено на использование образных техник для обучения навыкам совладания с травматическим опытом, проблемной ситуацией. Используется процесс визуализации образа, который включает в себя обучение детей и подростков техникам релаксации (дыхательные и мышечные техники), так и воспроизведение ситуаций, в которых ребенок оказывается в сложных и опасных обстоятельствах и может успешно с ними справиться с помощью дыхательных техник и воображения.
3. Когнитивно-поведенческая терапия при работе с детьми с ПТСР. При психотерапевтической работе с детьми среднего и старшего дошкольного возраста во всем мире стандартом является когнитивно-поведенческая психотерапия, ориентированная на работу с психологической травмой. Когнитивно-поведенческая психотерапия — это кратковременная психокоррекционная работа, которая включает в себя 12-18 сеансов от 20-30 минут до 50-90 минут в зависимости от возрастных особенностей ребенка, потребности

в психотерапевтической помощи, степени психологического состояния ребенка. Используются наглядные схемы, игрушки (особенно полезны игрушки бибабо), активно используется интерактивная доска для рисунков, планшетный компьютер с установленной программой (Triangle of Life). Занятия проводятся индивидуально. Включают в себя занятия с ребенком и родителем (опекуном), или совместные занятия с ребенком и родителем вместе. Каждый сеанс предназначен для построения терапевтических отношений, а также психообразования, обучения навыкам эффективного совладания с напряжением, организации безопасной среды для решения и переработки травматического опыта.

*Педагог-психолог МБДОУ ЦРР – д/с №77  
«Золотая рыбка» г. Ставрополя  
Нанян С.С.*