

ISSN 2225-6016

# ВЕСТНИК

*Смоленской государственной  
медицинской академии*

*Том 13, №3*

2014



УДК: 616.89-053.2

## **АСПЕКТЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ПЕРЕЖИВШИМ ТЯЖЕЛУЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ ТРАВМУ**

© Якунин К.А., Новикова М.В.

*Смоленская государственная медицинская академия, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28  
Смоленский областной психоневрологический клинический диспансер, Россия, 214000, Смоленск,  
ул. Докучаева, 1*

*Резюме:* В статье рассматривается проблема детских посттравматических переживаний. Даны характеристики реагирования на психологическую травму детей и подростков и рекомендации по психотерапевтической помощи.

*Ключевые слова:* травматическая ситуация, детская травма, механизмы психологической защиты, посттравматическое стрессовое расстройство у детей

## **ASPECTS OF PSYCHOTHERAPEUTIC CARE IN CHILDREN WITH A SEVERE PSYCHOLOGICAL TRAUMA**

Yakunin K.A., Novikova M.V.

*Smolensk State Medical Academy, Russia, 214019, Smolensk, Krupskaya St., 28  
Smolensk Regional Psychoneurologic Clinical Dispensary, Russia, 214000, Smolensk, Dokuchaev, 1*

*Summary:* The article is a review on the problem of psycho-traumatic experience in children. Characteristics of children's response to the trauma as well as recommendations on psychotherapeutic care are provided in the paper.

*Key words:* traumatic situation, childhood trauma, psychological defense mechanisms, post-traumatic stress disorder among children

### **Введение**

Специалисты, заботящиеся о ребенке в медицинских учреждениях, учреждениях образования и социальной защиты, наслышаны о травматическом влиянии на детей домашней жестокости, о случаях физического или сексуального насилия, уличного насилия и других катастрофических событиях в жизни детей. Плохое обращение с детьми ставит перед медицинским персоналом целый ряд важнейших задач. Врачи призваны сыграть особую роль в помощи страдающим детям и их неблагополучным семьям, для чего необходимо специальное обучение методам распознавания жестокого обращения с детьми, фактов пренебрежения родительским долгом. Соответствующая подготовка возможна в рамках непрерывного медицинского образования. Работники учреждений первичного звена здравоохранения (педиатры, терапевты, хирурги, акушеры-гинекологи, семейные врачи, психиатры) должны обладать специальными знаниями и навыками, необходимыми для распознавания признаков жестокого обращения с детьми, оценки состояния и физического развития детей, умения использовать возможности общества и собственный профессиональный статус на благо детям.

Эмоциональные реакции многих детей, переживших травматические события, несут след пережитой травмы – от замкнутости до ярости, чрезвычайную психологическую боль, включающую тревогу, агрессию и отчаяние, беспомощность, страх, одиночество, угнетенность, ранимость. В связи с разнообразием проявлений последствий психической травмы у детей, одной из первых перед специалистами стоит задача диагностики.

Психика ребенка имеет защитные механизмы, позволяющие вытеснить воспоминание о травме. При этом ребенок может не помнить самого травматического события, а только испытывать сильные чувства, «вдруг» нахлынувшие на него. Эти чувства могут вызвать паническую атаку, иррациональный, не имеющий причины страх, депрессию. Чем существенней травма, тем сильнее психика ребенка вытесняет воспоминание о ней. Механизм вытеснения заключается в том, что само воспоминание отделяется от чувств, сопровождавших травму. Неприятные чувства, сопровождавшие травмирующую ситуацию, чаще всего проникают в сознание во сне, в виде кошмаров. Иногда чувства о травмирующем событии сами прорываются в сознание. Этому может способствовать что-то, напомнившее о травме: чей-то голос, внешний вид или поведение, такие

же, как у человека, причастного к травмирующему событию. Провокацией особых реакций ребёнка может служить ситуация, когда ребенок попал в обстановку, которая напомнила ему о болезненных чувствах.

Поводом для беспокойства родителей становятся особенности эмоциональных реакций самих детей на травматические события – «непонятные», неожиданные, чрезмерные вспышки гнева, агрессии в ответ на «обычные» стимулы, «парадоксальные» страхи и поступки, в которых «нет логики», а также собственные чувства беспомощности и страдания в связи с поступками ребенка. Приведем несколько примеров.

**Мальчик 5,5 лет** на приеме с приёмными родителями, усыновлен полтора года назад. Биологическая мать, злоупотреблявшая алкоголем, отказалась от него, и была лишена родительских прав. Со слов приемной мамы, ребенок демонстрировал панические реакции во время купания, при любом контакте его лица с водой терял контроль, вырывался, «захлебывался криком», боялся открытых водоемов. В процессе психотерапевтической работы выяснилось, что ребенок, предоставленный пьяной матерью, самому себе, однажды чуть не утонул на дамбе, находившейся рядом с тем местом, где он жил до момента помещения в детский дом. Не зная о травме, приемная мать пыталась уговорами, поощрениями, наказаниями справиться с проблемой, но ситуация паники во время купания повторялась снова.

**Мальчик 12 лет** живет в опекунской семье около четырех лет после потери родителей и младшей сестры в автомобильной катастрофе. Он прекрасно учится и не доставляет особых хлопот. Опекунов беспокоит то, что при внешне обычной сдержанности ребенка в чувствах, у него эпизодически повторяются вспышки неконтролируемой и чрезмерной ярости. В ситуации угрозы (драка с ровесниками в школе) он не контролировал свои чувства гнева и агрессии – чуть не удушил одноклассника. После сделанного ему резким тоном замечания разбил о стену свой мобильный телефон. Опекуны подозревали наличие у мальчика какого-то серьезного психического расстройства.

Выяснилось, что родной отец мальчика – наркоман, который неоднократно демонстрировал в отношении ребенка неконтролируемую ярость, душил мальчика. Кроме того, мальчик до сих пор ни с кем не обсуждал тему смерти родителей, переживает по поводу утраты сильные чувства, которые сдерживает внутри себя. О том, что отец мальчика страдал наркоманией, и о том, что происходило в его родной семье, опекуны узнали только после просьбы психотерапевта встретиться с родственниками мальчика.

**Девочка 9 лет**, принятая в семью в раннем возрасте, не знает о том, что она удочерена. Периодически она уходит из семьи, где по-настоящему окружена любовью, бродяжничает, живет в заброшенных домах. Крайне негативно относится к маленькой сестренке, часто обижает ее и жестоко физически наказывает при непослушании. В сценарии ее травматической игры на сеансе психотерапии «мать» так же поступает со своей непослушной «дочерью». Родители девочки не располагали какими-либо сведениями о жизни семьи девочки до удочерения. Я обнаружила, что в данных медицинской амбулаторной карты девочки участковым врачом при посещении неблагополучной семьи на дому сделаны записи о наличии у ребенка следов побоев – гематом и ссадин. Можно предположить, что девочка до усыновления подвергалась избиениям, была в раннем возрасте травмирована жестоким обращением.

Сопровождающим травмированного ребенка взрослым, важно понимать, что такой ребенок, переживая утрату значимого контактного лица, слишком рано или слишком долго оставался один, что он, скорее всего, подвергался насилию, нападкам, существовала угроза его выживанию. В последующем своем развитии вследствие подобных травм, возможно, он будет демонстрировать зависимость, недоверие к самому себе, неадекватное социальное поведение. Такой ребенок может лишь в небольшой степени уметь сочувствовать другим. У него могут быть ограничены, редуцированы способности к обучению и развитию.

Как правило, специалисты помогающих учреждений не имеют единых представлений о признаках, на основании которых можно выявить психологическую травму. Их суждения о психическом состоянии ребёнка строятся, в основном, на отдельных наблюдаемых особенностях поведения (качество контакта, отношений), либо на оценке состояния ребенка (депрессия, беспокойство, напряженность, психосоматические реакции и т.д.), или на основе внешнего вида ребенка (следы побоев, физические повреждения).

Очень важно специалистам разобраться с терминологической путаницей в феноменологии травмы. Часто между такими понятиями, как «травма», «травматизация», «травматическая ситуация», «посттравматическое стрессовое расстройство» для врачей общей практики,

социальных работников, педагогов, в отличие от психологов и психотерапевтов, нет значительной разницы.

В данной статье мне представляется необходимым выделить собственно понятие травмы, и критерии, по которым возможно отличить это событие. А так же привести некоторые определения, которые, на мой взгляд, составляют необходимый минимум информации по данной теме для специалистов помогающих профессий.

Травма – это опыт переживания угрозы, который оказывается тяжелее всего, что было до этого в жизни ребенка. Психологическая травма, имеющая отношение обычно к неожиданному, в высшей степени стрессовому внешнему событию или происшествию, как правило, не типичному для детского опыта, приводит ребенка в отчаяние, он не способен с ним справиться. Травма предполагает «безутешное состояние полностью потрясенного ребенка». Психологической травмой принято считать состояние, когда ребенок, пережив тяжелое потрясение, чувствует себя беспомощным перед лицом неминуемой опасности, испытывает страх и возбуждение и не получает защиты извне.

50-60% людей однажды в жизни пережили психологическую травму. Вероятность того, что после этой травматизации возникнет посттравматический стресс, составляет у лиц женского пола около 20%, у лиц мужского пола – вдвое меньше.

Самая частая посттравматическая реакция возникает у детей после сексуального насилия. Установлено, что у 23-30 % детей, переживших травму, наступает естественное исцеление, симптомы исчезают. Факторами, способствующими возникновению у ребенка психической травмы, являются:

- отсутствие безопасности – внешнее (со стороны окружения нет защиты) и внутреннее (дефицит ресурсов совладания, недостаточный реальный опыт);
- восприятие ребенком окружающей среды как враждебной или ограничивающей его возможности и потребности;
- ощущение собственной беспомощности и тревоги перед страхом полного уничтожения;
- путаница в разграничении реальности и фантазии по поводу происходящего

Травматизация – процесс воздействия травматического события на ребёнка, всегда связана с угрозой для жизни, когда ребенок чувствует себя беспомощным, отданным на произвол тяжелой жизненной ситуации. При этом все известные ребенку способы совладания не срабатывают, и все его модели толкования о мире, о человеческих отношениях оказываются недостаточными.

**Травматические ситуации** – это экстремальные критические события, которые несут угрозу жизни или здоровью (как самого ребенка, так и его значимых близких) и требуют экстраординарных усилий по совладанию с последствиями их воздействия. Эти ситуации могут быть непродолжительными (от нескольких минут до нескольких часов), но чрезвычайно мощными по силе воздействия, либо длительными или повторяющимися. Важнейшей отличительной особенностью травматических ситуаций является *яркая негативная окраска* и возможность нарушить адаптацию *любого (!)* человека. В травматической ситуации есть две составляющие: влияние травмирующего фактора извне и внутренняя реакция ребенка. У людей, как и у большинства представителей животного мира, существуют два главных типа ответной реакции на угрозу. Первая ответная реакция – защита. Если это не удастся, есть возможность побега. Защита и побег – естественные формы совладания с травматическим воздействием. Травматизация наступает, когда защита и побег невозможны, когда ребенок-жертва ощущает собственное бессилие повлиять на ситуацию. В связи с тем, что ребенок является, по сути, зависимым от заботящегося взрослого существом, его возможность защищаться, убежать обеспечивается в большей степени качеством окружения и уровнем его собственного психомоторного развития. Чаще всего, когда речь идет о детях, оказавшихся вне родительской поддержки и опеки, имеет место недостаточная, ненадежная, неадекватная потребностям ребенка защита. По продолжительности травмирующего действия выделяют:

- краткосрочные травматические ситуации (конфронтация с травматическим событием с переживанием беспомощности и невозможности повлиять на обстоятельства травмы ограничена во времени), в которых ребенок сам или значимые для него другие находились под угрозой смерти или были утрачены; в которых телесная невредимость ребенка или значимых других стояла под угрозой;
- длительные или повторяющиеся травматизации – сексуальное злоупотребление, жестокое обращение или пытки, пренебрежение, частая смена доверенного лица.

Потеря также является центральной проблемой в травме любого типа и может быть связана с отсутствием жизненно важного общения с родителем или значимым другим вследствие разлуки, тюремного заключения, психической или соматической болезни или смерти родителя. Отрыв от семьи, потеря родителя – временная или постоянная (в случае смерти родителей или, что происходит гораздо чаще, лишении их родительских прав) вызывает или может вызвать у ребенка чувство утраты, кризис, переживание горя.

Выделяются травмы, причиненные каким-либо стихийным бедствием, и травмы, причиненные людьми: все виды насилия, жестокое обращение, сексуальное злоупотребление, война, теракты.

Детей, переживших травму, характеризуют, как правило, четыре особенности:

1. Повторяющиеся, навязчивые, угнетающие визуальные воспоминания о событии, повторное переживание травматического события в ночных кошмарах.
2. Повторяющееся поведение (многократное разыгрывание трагического эпизода в игре, воссоздание существенных деталей в игре или поведенческие идиосинкразии).
3. Специфические страхи, связанные с травмой, избегание стимулов или ситуаций, ассоциирующихся с событием или напоминающих о травме.
4. Изменение отношения к людям, к различным аспектам жизни и к будущему.

Дети снова и снова переживают произошедшее во сне, в игре, в драматизации и повторяющихся визуализациях. На первых этапах реакция детей на психологическую травму обычно вызывает заторможенность познавательных процессов, аффектов, межличностных отношений, контроля импульсов и поведения, а также вегетативных функций.

Основные виды непосредственных или отсроченных реакций, демонстрируемых детьми в результате переживания травматической ситуации:

- *Экспрессивные реакции*, когда ребенок проявляет сильные эмоции, может плакать, кричать, рыдать, смеяться, раскачиваться, но главное – он не может контролировать свои эмоции.
- *Контролирующие реакции*, когда ребенок пытается сдерживать себя, внешне может выглядеть чрезмерно спокойным.
- *Шоковые реакции*, когда ребенок, переживший острую травматическую ситуацию, как бы оглушен, подавлен, ему трудно понять, что с ним произошло.

Такие виды реакций могут сменять друг друга, проявляясь в определенном типе поведения. Травма не проходит сама по себе. Она уходит все глубже и глубже – ребенок стремится справиться с ситуацией с помощью защит. Наиболее типичные механизмы психологической защиты у детей и подростков следующие.

- *Регресс к более раннему детскому поведению*. В кризисной ситуации этот защитный механизм проявляется в возвращении ребенка/подростка к более примитивным способам реагирования – он становится плаксивым, капризным, раздражительным, несамостоятельным и т.п. У некоторых детей и подростков может наблюдаться энурез (ночное недержание мочи), кусание ногтей, сосание пальцев и т.п. Некоторые травмированные дети получают успокоение от обильной еды и питья, курения. Преобладание регрессии как психологической защиты часто наблюдается у инфантильных подростков, а также у подростков с задержкой психического развития. В возрасте 5-11 лет регрессия проявляется в повышенной зависимости от ближайшего окружения и более слабом контроле над импульсами и влечениями. Регресс также проявляется в навязчивости, развитии садомазохистских черт по отношению к другим (ребенок может выступать и в роли обиженного, и в роли обидчика), агрессивности и т.п. В ситуации насилия регрессия является, скорее, признаком психического истощения из-за продолжительности стресса. С возраста 12-13 лет тенденция к регрессу проявляется сама по себе как норма возрастного подросткового кризиса. Обычными являются перепады между высокой энергичностью и активностью в один момент, и усталостью и пассивностью в следующий, когда внутренние конфликты истощают энергетические ресурсы организма. Регрессивные виды защиты у подростков в посттравматическом периоде – это мечтание и перефантазирование, т.е. замещение действия ожиданием магического разрешения реальности, когда все трудности разрешились бы сами собой.

- *Идентификация с агрессором*. В поведении ребенок демонстрирует те чувства и качества, которые присущи человеку, проявившему в отношении ребенка агрессию или злоупотребление. Этот вид психологической защиты часто наблюдается у инфантильных подростков с неустойчивой самооценкой.

- *Подавление Я* – ещё один распространенный у 5-11-летних детей способ защиты, часто объединенный с пассивностью. Ребенок избегает нового жизненного опыта, который может нести с собой риск и вызов, выбирает узкую, но безопасную сферу активности с минимальным количеством интересов, он заранее пессимистически настроен в отношении результата своих действий. Часто из-за этого страдает способность к обучению. В этом возрасте самоуважение еще очень хрупко, и хотя амбиции ребенка высоки, его способность защищаться с помощью юмора и иронии еще не сформирована. В связи с этим ирония взрослых и фактическая или предполагаемая критика товарищей часто становятся невыносимыми.

- *Отрицание* – защита от неприятной действительности за счет отказа ребенком от ее реалистического и адекватного восприятия, от осознания собственных проблем. Отрицание является кардинальной психологической защитой при всех внешних травмах, в том числе и сексуального характера. Подростки с данным видом психологической защиты не принимают источник тревоги как реальное событие. В структуре личности у них, как правило, отмечается неадекватно завышенная самооценка, они не терпят критики, самолюбивы, активно отрицают наличие трудностей, сложностей в своей жизни.

- *Проецирование* – приписывание другим своих собственных, часто отрицаемых для себя желаний и намерений. У детей, переживших травму, проекции можно наблюдать в созданных ими рисунках, играх, сказках, историях. Часто под воздействием этого вида защиты дети обвиняют других в том, что ощущают сами, но не хотят себе в этом признаваться. Например, подросток нетерпим к самоуверенным, самовлюбленным людям, поскольку сам не чужд этих качеств. Для таких подростков характерно скрытое желание обязательно иметь противников для самоутверждения. Они склонны к зависти, поиску негативных причин успеха у окружающих.

- *Изоляция чувств* – невозможность осознавать свои чувства и в полной мере проживать их. Ребенок фактически не позволяет себе ощутить или, в силу возраста, осознать всю полноту своего гнева или грусти. Этот механизм защиты ведет к «замораживанию» чувств, развивается так называемая эмоциональная тупость.

- *Диссоциативные защиты* проявляются в виде кратковременных или длительных состояний измененного сознания с отрицанием действительности, уходом в фантазии, безучастностью. Ребенок может считать, что травмирующее его событие случилось не с ним, что он сам в нем не участвовал (деперсонализация и дереализация).

*Первичная диссоциация* (фрагментация травматического опыта). Ребенок (подросток) не в силах воспринять целостную картину происходящего, часть сенсорных и эмоциональных элементов травматического события изолируются от обыденного сознания.

*Вторичная (перитравматическая) диссоциация* – ограниченная возможность когнитивной переработки травматического опыта. Ребенок вытесняет некоторые аспекты психотравмирующей ситуации или ее в целом. Вторичная диссоциация проявляется в ситуации, выходящей за рамки обыденного опыта ребенка.

*Третичная диссоциация* – проявление «множественности личности». Поведение ребенка выглядит как действия двух и более людей, каждый из которых не знает о существовании другого. Этот вид диссоциации встречается редко и обычно связан с длительным по времени сексуальным насилием и одновременной физической травматизацией ребенка.

Таким образом, травма продолжает оказывать влияние на характер ребенка, на его сны и чувства даже тогда, когда в сознании не удерживается память о ней. Важно также отметить, что любое новое трагическое событие может снова возродить к жизни неизжитые прежде травмы. Независимо от того, похоже ли это событие на событие, случившееся раньше, оно может неожиданно вызвать сильный эмоциональный отклик. Дети, как и взрослые, реагируют на травматические обстоятельства по-разному. Подверженность травмам и их последствиям зависит от того, в какой жизненный период и на каком этапе развития ребенка это событие произошло. Многие дети могут не воспринимать болезненно ситуацию или быстро восстанавливаться, имея естественную адаптированность и устойчивость при столкновении с обстоятельствами, которые серьезно истощают других. Нередко дети, пребывая в угнетенном состоянии или страхе, демонстрируют выдержку и черты личности, которые свидетельствуют об их способности улучшаться и восстанавливаться. Способность справляться с депрессией, несчастьем, болезнью или другими негативными ситуациями называется стрессоустойчивостью. Для детей стрессоустойчивость определяется как «способность тех, кто подвергался факторам риска, преодолевать этот риск и избегать негативные последствия, такие, как делинквентность и поведенческие проблемы, психологическую неприспособленность, учебные трудности и соматические осложнения». Стрессоустойчивые дети обладают способностью поддерживать

позитивный взгляд на жизнь, они способны активно решать проблемы, активную жизненную позицию и ищут новые впечатления.

Существуют 2 типа поведения травмированного ребенка: интернализированное и экстернализированное.

Интернализированное поведение имеет характерные поведенческие черты: закрытость и избегание контактов с другими («присутствуют, но не включаются»); проявление признаков сниженного настроения вплоть до депрессии; недостаток спонтанности и игрового поведения; послушность и легкую податливость; чрезмерную бдительность и пугливость; проявление фобических реакций на нетипичные раздражители; проблемы со сном и ночные страхи; частые головные боли или боли в животе; нарушения пищевого цикла; склонность к аддиктивному поведению; возможные угрозы самоубийством; нанесение себе порезов, прижигание себя сигаретой; склонность к диссоциативным расстройствам.

Одной из причин самопорезов или прижиганий является попытка обретения контакта с реальностью (выход из депрессии и диссоциации). Возникающая при этом боль является своеобразной копинговой реакцией (способом совладания). Дети, которых избивали, делают это для привлечения внимания, ради последующего утешения, поскольку в социальном учреждении они лишены родительской заботы. Некоторые дети делают это, чтобы убедиться, что в них течет кровь, что они – живые. Такое поведение демонстрируют подростки, но оно может быть обнаружено и у детей младшего возраста, если они участвуют в этом совместно, особенно, если действия носят характер ритуала. Если такое поведение не прекратить, то оно закрепляется как копинговая реакция и может сохраниться во взрослом возрасте.

Экстернализированное поведение – поведение, направленное на других. Дети с таким поведением направляют свои эмоции и чувства вовне, на других детей, взрослых, предметы. При этом они могут быть агрессивны, враждебны и деструктивны, вести себя вызывающе, сами провоцировать избиения или сексуальные посягательства, нападать на других; могут издеваться над животными; они склонны к деструктивным формам поведения, включая поджоги; их поведение может быть сексуально направлено. Такие дети представляют проблемы для окружающих, поэтому нарушения поведения легко распознаются.

Практика показывает, что дети с интернализированным поведением во время установления отношений привязанности могут проявлять и развивать экстернализированное поведение. Это объясняется тем, что дети, начиная доверять взрослому, становятся смелее, начинают выражать подавленные чувства, такие, как злость и враждебность.

Для детей, переживших сексуальное злоупотребление, присущи нарушения, проявляющиеся в сексуализированном поведении и диссоциации личности. Часто такое поведение остается непонятым, и в результате ребенок не получает необходимой помощи.

*Сексуализированное поведение* возникает при сексуальном злоупотреблении ребенком, если ребенка поощряют за сексуальное поведение, не соответствующее возрастным нормам развития; взрослые проявляют к ребенку внимание в обмен на секс; взрослые передают ребенку неправильные представления о морали и сексуальном поведении.

*Проявления в поведении:* озабоченность темами секса и навязчивое сексуально окрашенное поведение; ранняя зрелая сексуальная активность; агрессивные сексуальные действия; промискуитет (случайные связи); сексуальные отклонения; проституция.

Дети, пережившие травматическую ситуацию, связанную с сексуальным злоупотреблением, развивают ненормальный интерес к темам сексуальности, часто ведущий к ранней сексуальной активности и промискуитету.

Сексуализированным поведением является продолжение мастурбации в присутствии других, отсутствие барьеров при мастурбировании.

Последствиями психологических травм является нарушение развития детей и их социальной адаптации, а также построение такой системы ценностей у личности ребенка, которая формирует жизненные сценарии [1]. Часто поведение таких детей характеризуется гиперагрессивностью, вспыльчивостью, мстительностью, повышенным вниманием к мелочам, эмоциональной черствостью, даже тупостью, что в последующей жизни часто приводит к риску вовлечения ребенка в преступную деятельность. В то же время у детей может сформироваться позиция «жертвы» – ощущение того, что они не такие, как все, что они нуждаются в особом внимании, поддержке, которые они требуют от любого человека независимо от того, хочет ли он этого или нет, способен ли на это или нет. Став взрослым, «человек-жертва» не прилагает никаких усилий для достижения сложных целей, решения проблем, обычных для любого другого человека,

соответственно, он не способен добиться успеха в профессиональной карьере, стать полноценным членом общества.

*Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)* возникает у детей как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие или критическую ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера. Следствием таких ситуаций могут быть различные нарушения. Обычно их разделяют на группы: острые ПТСР (продолжительностью менее трех месяцев), хронические (продолжительностью три месяца и более) и отсроченные (проявления через шесть месяцев после стресса). ПТСР характеризуется развитием у ребенка следующих проявлений: 1) повторное переживание травмы (навязчивые образы, мысли, ощущения, ночные кошмары); 2) избегание стимулов, связанных с травмой (мыслей, ощущений, действий, связанных с травмой, частичная или полная амнезия важных аспектов травмы, эмоциональное онемение, отчужденность от окружающих); 3) устойчивые проявления повышенного возбуждения (нарушение сна, трудности концентрации внимания, раздражительность, сверхнастороженность, усиленные реакции испуга).

У детей существует возрастная специфика ПТСР, когда на разных возрастных этапах на первый план выходят те или иные симптомы ПТСР (табл.). Детям, пережившим психологическую травму, достаточно трудно понять, что с ними произошло, им не хватает социальной и психологической зрелости.

Важная составляющая работы с травмированными детьми состоит в том, чтобы научить взрослых помогать им. Ошибкой было бы предположить, что родители, учителя и опекуны знают, как помочь детям, пережившим травму. Иногда, если даже взрослый и располагает знаниями о том, как помочь ребенку, собственное эмоциональное состояние мешает ему удовлетворять детские потребности, особенно, если происходящее травмировало и взрослого. У взрослого в процессе общения с травмированными детьми, переживающими утрату, кризис, может развиться «вторичное травматическое стрессовое расстройство», или «сострадательное истощение» – сочувственное осознание страдания, дистресса ребенка в сочетании со стремлением облегчить его. Симптомы, сопровождающие это явление, на самом деле сходны с теми эмоциональными, физиологическими и когнитивными реакциями, которые наблюдаются у жертв травматизации. Иными словами, специалисты сами начинают страдать той же симптоматикой, что и жертвы трагедии. Работа с жертвами травмы предполагает столкновение с самой травмой, и, соответственно, уязвимость взрослого по отношению к ней. Уязвимость объясняется рядом причин [2].

- Эмпатия служит центральным «инструментом» сопровождения травмированного ребенка. Именно эмпатия выступает в качестве ключевого фактора, обуславливающего «проникающее» воздействие травматического события на консультантов.

- Большинство из тех, кто участвует в сопровождении, сталкивались в своей жизни с травматическими событиями. Некоторые из проблем, с которыми они помогают справиться ребенку, могут быть похожи на те, что пришлось пережить им самим.

- Помогающие могут сами страдать от собственных неразрешенных травм.

- Работа с детьми, пережившими трагическое событие, может оказывать особенно сильное влияние на человека.

Психологи выделяют несколько ключевых ролей, которые необходимо выполнять заботящемуся взрослому в посттравматическом периоде по отношению к ребенку: обеспечение жизненных базовых потребностей, безопасности, защищенности, стабильности, возможности влияния (создание стабильного внешнего защищенного пространства); проявление любви, эмпатии и принятия со стороны заботящихся взрослых (формирование надежной привязанности, укрепление ресурсов защиты); принятие и/или разделение, дополнение чувств ребенка, вызванных травмой (качество контакта).

Главные функции помогающего взрослого как фигуры привязанности – обеспечивать защиту ребенку и модулировать его тревогу. Нужда в обеспечивающих защиту фигурах привязанности сохраняется у человека всю жизнь. Вселяет надежду то, что современные теоретические исследования доказывают: после пережитой травмы возможно восстановление надежной привязанности и отношений доверия при условиях внешней защищенности.

Позитивный опыт привязанности может быть приобретен на протяжении всей жизни. Самый важный фактор в системе привязанности – это любовь, встреча с людьми, достойными любви и дающими ее. Качество отношений с травмированным ребенком зависит от способности и чувствительности заботящегося взрослого к установлению симпатического контакта с чувствами



ребенка, способности к «резонансу». В этом случае травмированные дети чувствуют себя понятыми и «увиденными» взрослым. Сам по себе факт, что взрослый безопасно доступен в течение значительного времени и эмпатически концентрируется на внутреннем и внешнем мире ребенка, предполагает возможность для позитивного корректирующего опыта посттравматических реакций. Сложность состоит в том, что у заботящихся о ребенке в государственном учреждении взрослых и у членов семьи зачастую нет достаточных знаний для понимания глубинных процессов развития ребенка, пережившего травму, а иногда не хватает времени для установления надежной уверенной привязанности. В этом случае необходима специальная подготовка и информирование заботящихся взрослых об особенностях поведения ребенка, пережившего травматический опыт. Для повышения эффективности работы с такими детьми специалисты более всего нуждаются в контакте с психологом, психотерапевтом, в профессиональном сообществе, в централизованном обучении [3, 4].

Таблица. Основные симптомы ПТСР у детей разного возраста

Изменения	Дошкольный и младший школьный возраст (4-7 лет)	Младший школьный и ранний подростковый возраст (8-11 лет)	Подростковый и ранний юношеский возраст (12-17 лет)
Физиологические	Нарушения сна: частые просыпания, кошмары и т.д. Энурез, энкопрез. Боли в животе.	Нарушения сна. Боли в животе. Тошнота, рвота. Расстройство стула. Частое мочеиспускание.	Нарушение сна. Головные боли. Тремор. Тики.
Эмоциональные	Генерализованный страх. Нарушения речи – отказ от речи, «немые вопросы» и др. Тревоги, связанные с непониманием смерти, фантазии о «лечении от смерти», ожидания, что умершие могут вернуться, напасть. Агрессивность.	Озабоченность своей ответственностью и/или виной. Специфические страхи, запускаемые воспоминаниями или пребыванием в одиночестве. Страх быть подавленным собственным переживанием. Страх и чувство измененности, вызванное реакциями горя, страх призраков и т.п.	Стыд и чувство вины. Страх оказаться ненормальным. Жажда мстить и построение планов мести. Острое чувство одиночества.
Когнитивные	Познавательные трудности. Приписывание воспоминаниям о травме мистических свойств. Трудности осознания причин своего беспокойства.	Нарушения концентрации внимания, памяти. Трудности при обучении.	Нарушения памяти и концентрации внимания. Осмысление своих страхов, чувства уязвимости, эмоциональных реакций.
Поведенческие	Беспомощность, пассивность в обычной деятельности. Повторяющиеся проигрывания травмы. Тревожная привязанность (цепляние за взрослых, нежелание быть без родителей). Регрессивные симптомы (сосание пальца, лепетная речь). Нарушения общения. Трудности адаптации к семье и детским учреждениям	Пересказы и проигрывание событий (травматические игры), искажение их картины и навязчивая детализация. Забота о безопасности своей и других людей. Нарушенное или нестабильное поведение (например, агрессивное или безрассудное, негативизм). Забота о других жертвах травмы.	«Срывы»: алкоголь, наркотики, секс, противоправное поведение. Саморазрушающее или рискованное поведение. Резкие изменения в межличностных отношениях. Преждевременное вхождение во взрослую жизнь (прогулы школы, побеги).

В случае подозрения на травматизацию, жестокое обращение с ребенком, врач обязан незамедлительно: 1) поставить в известность о своих предположениях непосредственного

руководителя, органы опеки и попечительства; 2) обеспечить госпитализацию ребенка, подвергшегося травматизации, жестокому обращению и нуждающегося в защите на период первичного обследования; 3) проинформировать родителей или заменяющих их лиц о диагнозе; 4) документировать и сообщить правоохранительным службам о травмах ребенка.

## **Заключение**

Таким образом, просветительская работа с персоналом медицинских учреждений должна быть построена как в направлении развития профессиональных навыков – активного слушания, резонанса, позитивного внимания, эмпатии и толерантности (эти навыки позволяют получить информацию о травме в непосредственном контакте с ребенком), так и в формировании базового уровня знаний о травме, ее последствиях и влиянии на ребенка.

## **Литература**

1. Андрющенко А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости // Психиатр. и психофармакотерапия. – 2000. – Т.2, №4. – С. 24.
2. Вайолет Оклендер. Окна в мир ребенка: руководство по детской психотерапии. – М.: Независимая фирма «Класс», 2005. – 336 с.
3. [www.all-about-child.com/developmentdisorder/2childposttraumstress.html](http://www.all-about-child.com/developmentdisorder/2childposttraumstress.html)
4. <http://psyjournals.ru/mpj/2002/n4/Loktionova.shtml>

## **Информация об авторах**

*Якунин Константин Александрович* – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава России. E-mail: sv\_vaulin@mail.ru

*Новикова Марина Владимировна* – врач-психотерапевт специализированного лечебно-консультативного Центра охраны здоровья детей ОГБУЗ «Смоленский областной психоневрологический клинический диспансер. E-mail: vitamina\_06@mail.ru