

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

*Факультет № 6
Кафедра соціології та психології*

ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ

з навчальної дисципліни «Психотерапія та психокорекція»
обов'язкових компонент освітньої програми
першого (бакалаврського) рівня вищої освіти

053 Психологія (практична психологія)

**Тема № 12. Семестр 7. Психотерапія та психокорекція дітей в стресових і
постстресових станах.**

Харків 2023

ЗАТВЕРДЖЕНО

Науково-методичною радою
Харківського національного
університету внутрішніх справ
Протокол № 7 від 30.08.2023 р.

СХВАЛЕНО

Вченою радою факультету № 6
Протокол № 7 від 25.08.2023 р.

ПОГОДЖЕНО

Секцією Науково-методичної ради
ХНУВС з гуманітарних та
соціально-економічних дисциплін
Протокол № 7 від 29.08.2023 р.

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології
Протокол № 8 від 15.08.2023 р.

Розробник:

Доцент кафедри соціології та психології, кандидат біологічних наук, доцент
Шахова О.Г.

Рецензенти:

1. Доцент кафедри загальної психології факультету психології ХНУ імені В.Н. Каразіна, кандидат психологічних наук, доцент Невоєнна О.А.
2. Доцент кафедри соціології та психології факультету № 6 ХНУВС, кандидат психологічних наук, доцент Жданова І.В.

План лекції.

1. Поняття про психологічну травму, гостру реакцію на стрес та ПТСР.
2. Причини і прояви психологічних травм у дітей та підлітків.
3. Завдання екстреної психологічної допомоги.
4. Відновлення вітальних функцій та активності.
5. Впорядкування активності і відреагування переживань.
6. Відновлення дій, що розпалися.
7. Символічна переробка переживань.

Рекомендована література.

Основна:

1. Андрушко Я.С. Психокорекція : навч.-метод. Посібник. Львів : ЛьвДУВС, 2017. 211 с.
2. Каліна М.Ф. Психотерапія: підручник. К.: «Академвидав», 2010. 288 с.

Допоміжна:

3. Михальченко Н.В. Психотерапія з психокорекційною роботою. Навчально-методичний посібник. / Автор-упорядник Михальченко Н.В. Миколаїв: МНУ імені В.О. Сухомлинського, 2018. 236 с.
4. Сміт П., Дирегров Е., Юле У. Діти та війна: навчання технік зцілення. Укр. переклад – Інститут психічного здоров'я УКУ, 2014. 96 с.
5. Brems C., Rasmussen C. Child psychotherapy and counseling. Long Grove: Waveland Press, 2019. 434 p.

Інформаційні ресурси в Інтернеті

1. Філіпова Е.В. Дітяча і підліткова психотерапія. [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://stud.com.ua/43092/psihologiya/dityacha_i_pidlitkova_psihoterapiya

8. Поняття про психологічну травму, гостру реакцію на стрес та ПТСР.

Психологічною травмою (психотравмою) називають особливо важкі переживання, які грубо порушують нормальне психічне життя людини. Психотравма може бути наслідком як зовнішніх життєвих обставин, так і внутрішньоособистісних конфліктів (зіткнення несумісних спонукань). Важка психотравма може призводити до прикордонних психічних розладів, найбільш специфічними з яких є гостра реакція на стрес і посттравматичний стресовий розлад.

Гостра реакція на стрес (ГРС) розвивається в перші хвилини або години після впливу психотравмуючої ситуації. Її тривалість варіюється від декількох хвилин до декількох днів. Головні ознаки ГРС - високе емоційне напруження, звуження свідомості, фрагментарне орієнтування в просторі і часі, грубі порушення організації психічної діяльності, виражені фізіологічні прояви: почастищення серцебиття, пітливість, нудота, порушення сну і апетиту.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає як відстрочена, відставлена чи затяжна реакція на дію тривалого і (або) особливо важкого стресу [1]. ПТСР може розвинутиися і в тому випадку, якщо безпосередньо після психотравми не спостерігалось гострого стресового стану. Його перші прояви можуть бути відставлені на кілька місяців від психотравми (до півроку, а в окремих випадках навіть більше). Це хронічне захворювання, яке характеризується хвилеподібним перебігом з періодичними загостреннями. Причиною таких загострень часто стають нові стреси, а також ситуації, що нагадують про психотравму. Діти та підлітки представляють собою групу ризику по відношенню до ПТСР, оскільки у них ще недостатньо розвинені особистісні ресурси, що дозволяють ефективно справлятися з наслідками травматичних ситуацій.^[1]

2. Причини і прояви психологічних травм у дітей та підлітків

Причини психологічних травм ніколи не лежать цілком поза психіки людини. Подія призводить до психотравми не сама по собі, а в результаті її певного сприйняття суб'єктом. Подія, що породжує гострий стрес у однієї людини, може бути відносно легко пережита іншою. Проте є деякі типові причини психологічних травм (екстремальні ситуації).

Екстремальні ситуації можуть бути як локальними, так і масовими.

Локальні екстремальні ситуації зачіпають окрему людину чи окрему сім'ю. Це може бути автокатастрофа, пожежа в квартирі, ситуація, що загрожує життю і здоров'ю, важка хвороба самої людини або когось з її близьких, смерть когось із членів сім'ї. Для дитини джерелом психологічних травм часто є сімейні конфлікти, особливо - розлучення батьків.

Найбільш травматичні випадки - це насильницька смерть і суїцид (самогубство). Для дитини особливо травматична смерть будь-кого з батьків. Психотравма буває особливо глибокою в тих випадках, коли дитина була безпосереднім свідком смерті. Джерелом важких психологічних травм стає насильство - як внутрішньосімейне, так і позасімейне. Особливо глибокі психологічні травми виникають в результаті сексуального насильства. Немовляті важку психотравму може завдати тривала розлука з матір'ю [2].

Масові екстремальні ситуації торкаються великої групи людей. Іноді це може бути місто, регіон або ціла країна. Причинами цього стають:

- стихійні лиха (повені, землетруси, урагани, цунамі, виверження вулканів тощо);
- техногенні катастрофи (руйнування будівель, аварії на виробництві, великі пожежі тощо);
- соціальні лиха (війни, теракти, великомасштабні соціально-політичні кризи і т.п.).

Основні прояви психологічної травми подібні, незалежно від того, чи спричинена вона локальною або масовою психотравмуючою ситуацією, породжена вона природною, техногенною або соціальною катастрофою. Однак у випадках масових катастроф ці прояви бувають особливо сильно виражені.

Систематичне вивчення наслідків психологічної травми у дітей та підлітків почалося порівняно недавно. Ще в 1980-х рр. висловлювалася думка, що переживання катастрофи не призводить до суттєвих порушень психічного розвитку [3]. Передбачалося, що завдяки пластичності дитячої психіки негативний вплив екстремальних ситуацій можна порівняно легко подолати без спеціальної психологічної допомоги. Проте подальші дослідження цього не підтвердили. Було встановлено, що навіть через кілька років після пережитої психотравми у дітей та підлітків зберігаються істотні психологічні порушення, інтенсивність яких з часом не зменшується [4].

Першою реакцією на важку психологічну травму часто стає шоківий стан, схильність до якого є особливо високою у дітей. Він може виявлятися у формі *патологічної загальмованості або, навпаки, хаотичного патологічного збудження*. У першому випадку дитина бліда, малорухома (аж до ступору), її рухи уповільнені. У її позі відображається загальна скутість, напруженість. Міміка виражена слабо ("маскоподібне обличчя"). Вираз обличчя може бути нейтральним, сумним або переляканим. Мова бідна, тиха, аж до ледве чутого шепоту. Іноді спостерігається мутизм. Реакція на зовнішні впливи різко ослаблена. Дитина може не відповідати на поставлені їй запитання, не звертати уваги на оточуючих, які намагаються вступити з нею в контакт.

При патологічному збудженні спостерігається висока, але нецілеспрямована рухова активність. Дитина може кудись бігти, бігати по кімнаті, кричати, голосно плакати. Можливі агресивні або деструктивні (руйнівні) дії.

При патологічному збудженні, так само як і при патологічній загальмованості, різко знижена реакція на будь-які зовнішні впливи. Нерідко ці стани у одній і тій ж дитині чергуються: загальмованість змінюється збудженням, потім знову настає загальмованість і т.д.

Таким чином, **загальною характеристикою шоківий стану** в обох його формах є *відсутність цілеспрямованої активності і зниження контакту з навколишнім світом. Типові також гострі вегетативні реакції, грубі порушення сну, відмова від їжі*. У медичній класифікації шоківий стану відповідає діагноз ГРС.

На наступному етапі до дитини повертається спроможність до цілеспрямованої діяльності, хоча її продуктивність все ще істотно знижена, типові падіння активності, астения. У сприятливому випадку - якщо в цілому психіка дитини досить стійка, якщо їй надана необхідна психологічна допомога та підтримка - починається повернення до нормального стану. У більш важких випадках даний етап характеризується появою симптомів ПТСР.

Детальний аналіз психологічних наслідків психотравм у дітей та підлітків провели У. Юл і Р. М. Вільяма [5]. Вони називають такі найпоширеніші симптоми:

- порушення сну;
- труднощі сепарації (прагнення постійно перебувати поруч із батьками, спати разом з ними і т.п.);

- зниження здатності до концентрації (зокрема, труднощі в зосередженні на шкільній роботі), тимчасове зниження пам'яті, втрата деяких навичок, що були раніше;
- нав'язливі думки, страхи, підвищена настороженість і підозрілість;
- порушення спілкування з батьками та однолітками;
- втрата життєвих перспектив;
- дратівливість;
- почуття провини, депресія;
- підвищення рівня тривожності, аж до нападів паніки.

Багато дослідників вказують, що у дітей, які зазнали психологічну травму, спостерігається постійне відтворення пережитого в різних формах: у яскравих страхітливих візуалізації (флешбек), в багаторазових іграх на тему травматичної події, в кошмарних сновидіннях. Діти чекають і бояться реального повторення цієї події.

Психотравма часто призводить до загострення емоційних чи поведінкових порушень, що були раніше. Вередлива дитина стає ще більш примхливою, замкнута - ще більш замкнутою і т.д.

Нерідко навколишні дорослі помічають в першу чергу порушення в поведінці дитини, не звертаючи уваги на емоційні проблеми, які стоять за цим. Найбільш помітні такі форми поведінки, як агресія, деструктивні (руйнівні) дії, негативізм. У підлітків нерідко спостерігається використання психоактивних речовин (алкоголю, наркотиків), які сприяють тимчасовому підвищенню настрою, допомагають хоча б ненадовго забути про травмуючу подію.

Одним з найтипівіших наслідків психологічної травми у дітей є *регресія*, тобто повернення до форм поведінки і взаємин з оточуючими, типовим для попередніх вікових періодів. Це може бути, наприклад, прагнення підлітків грати в "дошкільні" ігри, спати з батьками і т.п. Регресія свідчить про наявність психологічної кризи, подолання якої є необхідною умовою подальшого розвитку особистості.

Демонструючи інфантильну поведінку, дитина усвідомлено, а в більшості випадків несвідомо намагається повернутися до попередньої системи відносин з оточуючими. Колишня система відносин для неї більш безпечна, ніж нинішня, оскільки вона гарантує її турботу і захист. У результаті регресії дитина не бере участі в відповідних її віку формах діяльності та спілкування з оточуючими (дорослими і однолітками). Це шлях до психологічної інвалідизації, яка може грубо порушити подальший психічний розвиток.

Якщо психологічну травму переживає вся родина, становище стає особливо складним [7]. У цьому випадку відновленню соціальної ситуації розвитку, адекватної віку дитини, перешкоджає не тільки її власний стан, але і нездатність батьків побудувати з нею правильні відносини. Зокрема, вони нерідко бояться навіть ненадовго відпустити від себе дитину, підтримуючи і культивуючи симбіотичний зв'язок з нею. Разом з тим іноді батьки емоційно

дистанціюються від дитини, не знаючи, як реагувати на ті чи інші її прояви або побоюючись заразити її своїми власними негативними переживаннями.

Таким чином, в сім'ї, що пережила психологічну травму, часто спостерігається суперечливе поєднання побутового симбіозу з емоційною відстороненістю. Дитина постійно знаходиться близько батьків, проте емоційне спілкування між ними різко ослаблене.

Наслідки психотравми можуть розтягуватися на невизначено довгий період. У ряді випадків є ризик появи захворювання, яке визначається як **хронічна зміна особистості після переживання катастрофи**. Воно характеризується:

- ворожим або недовірливим ставленням до світу;
- соціальної відгородженості;
- відчуттям спустошеності і безнадії;
- хронічним хвилюванням, відчуттям постійної загрози та існування "на межі";
- відчуженістю.

Цей стан нерідко є довічним. При наявності своєчасної психологічної допомоги ризик його виникнення різко знижується.

3. Завдання екстреної психологічної допомоги

Завдання психологічної реабілітації дітей та підлітків, які пережили важку психологічну травму, принципово різні *безпосередньо після неї і кілька місяців по тому*.

Відразу після психотравми основним завданням екстреної психологічної допомоги є **експрес-корекція найбільш гострої симптоматики, що перешкоджає нормальному функціонуванню дитини:**

- відновлення нормального сну і харчування (що створює сприятливі умови для відновлення центральної нервової системи);
- забезпечення нормального рівня загальної активності;
- подолання гострих фобій, депресивних станів, гострої тривоги, флешбек-ефектів.

Зняття цих симптомів сприяє подальшій нормалізації психологічного стану, активізує використання дитиною наявних у неї стратегій подолання (*coping strategies*). Подібні завдання типові для короткочасного психологічного втручання, яке, на відміну від тривалих форм психотерапії, спрямовані не на забезпечення глибоких особистісних перетворень, а на "позбавлення від негативних переживань, дискомфорту або депресії" [1]. Встановлено, що істотне підвищення рівня суб'єктивного благополуччя може бути досягнуто вже за один-два сеанси психотерапії [2].

Подолання або зниження емоційного дискомфорту важливо не тільки саме по собі, але і як профілактичний захід, що знижує ризик подальшого розвитку посттравматичного стресового розладу. Встановлено, що при відсутності спеціальної профілактичної роботи, ПТСР у ряді випадків проявляється більш ніж у 70% дітей і підлітків, які пережили важку психотравму [3].

Специфіка роботи на цьому етапі полягає у відсутності суворої регулярності зустрічей, чіткій регламентації відносин. У деяких випадках робота може проводитися на дому у дитини. Джерелами інформації для відвідувань на дому служать виклики по "гарячій лінії", дані дільничних лікарів і соціальних служб, відомості, отримані від сусідів, і т.п.

Ефективність психологічної допомоги тим вище, чим раніше вона була розпочата. Бажано, щоб гостра симптоматика була подолана там же, де була отримана психотравма (зрозуміло, при забезпеченні фізичної безпеки, а в разі необхідності - лікування). Якщо дитину відразу відвозять подалі від місця трагедії, то у неї залишається відчуття, що її проблеми очікують її там, звідки вона поїхала.

Ще одна важлива умова - якомога більш раннє повернення до звичної діяльності (для дітей шкільного віку це відвідування школи). Тривале перебування в статусі "постраждалого" призводить до психологічної інвалідації, породжує відчуття своєї безпорадності.

Відновлення активності, досягнуте на первісному етапі роботи, служить ефективним засобом подолання дитячої депресії. Разом з тим воно нерідко супроводжується актуалізацією симптоматики, яка раніше не спостерігалася саме внаслідок загальній загальмованості дитини. З'являються хаотичні, мало цілеспрямовані дії, деструктивні і агресивні прояви. Як правило, в результаті психотравми суттєво порушується спілкування з дорослими і однолітками, причому ці порушення в більшості випадків є досить тривалими.

Таким чином, виникають **нові завдання психологічної допомоги**:

- впорядкування активності;
- відреагування травматичних переживань і агресії;
- подолання грубих порушень спілкування.

Основним завданням роботи з відстроченими наслідками психотравми стає відновлення нормального соціального і внутрішньоісімейного функціонування дітей. Дуже важливо забезпечити регулярне відвідування школи (дитячого садка). До числа найбільш важливих завдань роботи на цьому етапі відноситься також корекція тих несприятливих психологічних особливостей дитини, які існували ще до психотравми і загострилися після неї.

Оскільки в результаті психотравми виникають порушення спілкування з батьками та сиблінгами, потрібна спеціальна робота з подолання цих порушень. Для відновлення нормального стану і функціонування дітей **необхідна психологічна робота з найближчим оточенням дитини - в першу чергу з батьками та педагогами.**

У підлітків (як і у дорослих) одним з типових наслідків психологічної травми стає формування позиції утримання, рентної установки. Без спеціальної психологічної роботи вона може залишитися довічною. Така установка призводить до пасивності, зниження самооцінки і самоповаги; в кінцевому підсумку - до істотного зниження рівня емоційного комфорту, поглибленню особистісної кризи. Вкрай несприятливий вплив на розвиток

особистості надає також конфлікт між потерпілими та іншою частиною місцевого співтовариства - "непостраждалих", характерний для віддалених наслідків масових катастроф [4]. Звідси впливають такі завдання психологічної роботи з підлітками:

- повернення підліткам відчуття нормального життя;
- подолання пасивності та рентної установки, пробудження соціальної активності;
- подолання роз'єднаності підлітків, конфліктів між "постраждалими" і "непостраждалими".

Для відновлення нормального психологічного стану дитини після пережитої психотравми велике значення має психокорекційна робота з сім'єю в цілому. В результаті травми порушуються нормальні дитячо-батьківські зв'язки. При появі у дитини порушень поведінки батьки відчують свою некомпетентність і безпорадність і мимоволі сприяють закріпленню негативних поведінкових стереотипів: потурають дитячим примхам, надмірно гостро реагують на іпохондричні скарги, оберігають від зіткнень з найменшими життєвими труднощами.

Якщо психологічну травму пережили і батьки, і дитина (що є типовим для масових катастроф), то темпи відновлення їх психологічного стану істотно розрізняються. Зазвичай діти швидше повертаються до нормального емоційного рівня завдяки більшій психічній гнучкості та адаптивним можливостям. Стан батьків змінюється повільніше і перешкоджає нормалізації психічного розвитку дітей. Незважаючи на те, що батьки стурбовані наданням допомоги своїм дітям, недостатня критичність до власного психологічного стану нерідко змушує їх самих уникати психологічної допомоги. У зв'язку з цим спеціальну увагу слід звернути на залучення батьків до роботи над власними психологічними проблемами і труднощами.

Особливо важлива робота з сім'ями в тих випадках, коли структура сім'ї порушується внаслідок загибелі батька чи матері. Найбільш важкою категорією є чоловіки-вдівці, які виховують маленьких дітей. Прояв щоденної турботи про дитину - незвична для них функція. Їх емоційний стан може надовго залишатися дуже важким. Це посилюється широко поширеним уявленням про те, що звернення за психологічною допомогою принизливо для чоловіка і свідчить про непростиму слабкість.

- [1] *Гарфілд С.* Практика короткостроковій психотерапії. 2002. С. 24.
- [2] Див .: *нарти Дж .. Вацавік II.* Мистецтво швидких змін. Короткострокова стратегічна терапія. Вид-во Інституту психотерапії. 2006.
- [3] *Nader K .. Pynoos RS. Fairbanks L. Frederick C.* Children's PTSD reactions one year after a spinner attack at their school // *American Journal of Psychiatry.* 1990. Vol. 147. P. 1526-1530.

3.1. Відновлення вітальних функцій та активності

На першому етапі роботи з психологічною травмою необхідно приділити особливу увагу подоланню порушень сну, щоб забезпечити сприятливі умови для відновлення нервової системи.

Поліпшенню сну сприяють різні форми релаксації і контролю за ритмом дихання. Одним з варіантів такого контролю є завдання на підстроювання дихання до ритму, який безпосередньо задає психолог (психолог неквапливо рахує, а дитина робить вдих на кожен рахунок). Можна задавати ритм, взявши ручки дитини в свої і повільно, рівномірно піднімаючи (вдих) і опускаючи їх (видих), подібно до того, як це робиться при штучному диханні. Ще один варіант контролю - це зосередження уваги дитини на диханні ("Прислухайся до того, як ти дихаєш, але не намагайся нічого робити зі своїм диханням, що не старайся керувати ним"). Завдяки цьому дихання стає рівніше і глибше.

Описані заняття сприяють не тільки відновленню нормального сну, але і зниженню загальної напруженості. Вони допомагають подолати стан гострої тривоги, типовий для першого етапу переживання психотравми.

Ще одне *найважливіше завдання першого етапу роботи - відновлення загального рівня активності*. Форми, в яких воно проводиться, залежать від ступеня вихідної загальмованості дитини. При особливо вираженій пасивності психолог пропонує різні прості завдання на вибір: малювання, збирання пазлів або найпростішої моделі з конструктора, гру в ляльки і т.п. Він заохочує найменші прояви дитячої ініціативи і сам бере активну участь в діяльності - але так, щоб його активність не пригнічувала і не підміняла природну активність дитини.

У разі відмови дитини від усіх цих видів діяльності психолог починає сам грати або малювати на очах у дитини, періодично спонукаючи її взяти в цьому участь. Для встановлення початкового контакту можна використовувати ляльку-маріонетку. Надівши ляльку на руку, психолог говорить з дитиною від її імені, гладить дитину рукою ляльки і т.п. Іноді на початковому етапі, щоб включити дитину в діяльність, можна використовувати спільну дію. Наприклад, взявши її руку в свою, почати малювати з нею разом небо або море широкими рівномірними рухами. Це заспокоює і активізує дитину.

При менш вираженій загальмованості можна стимулювати рухову активність дитини, спонукаючи її вправлятися на тренажері, лазити по шведській стінці, стрибати з неї в сухий басейн, заповнений м'якими іграшками. Велику роль у відновленні загальної активності грає арт-терапія. Корисно організувати якусь спільну діяльність дітей.

3.2. Впорядкування активності і відреагування переживань

На етапі відновлення активності не вводиться ніяких обмежень; навпаки, заохочуються будь-які прояви активності дитини. Але на наступному етапі роботи *центральне місце займає впорядкування активності*. Цій меті служить поступове введення правил і обмежень ("Погрався - прибери за собою іграшки, тільки після цього можна переходити до іншого заняття"). Корисні

ігри з правилами - як настільні (наприклад, з киданням кубика), так і рухомі (хованки, "струмочок", "каравай" і т.п.).

На сьогоднішній день одним з найбільш розроблених напрямів у роботі з дітьми є ігрова терапія ^[1] Перевага віддається завданням, що вимагають виконання певних прищепив. Наприклад, може використовуватися групове малювання з передачею пензлика по колу: кожен учасник групи набирає фарбу, малює до тих пір, поки фарба на пензлику не скінчиться, потім промиває пензлик і передає її наступному учаснику [2].

Необхідно надати дитині можливість для відреагування переживань - можливо, вона відобразить психотравматичну ситуацію у вільному малюнку, можливо, дитина захоче відтворити цю ситуацію в грі. На цей випадок необхідно мати відповідні іграшки. Наприклад, працюючи з дитиною, які пережили аварію поїзда, корисно мати іграшкову залізницю.

Якщо дитина відтворює в грі пережиту нею надзвичайну ситуацію, то психолог намагається привести її до позитивного вирішення.

Шестирічний Андрій ^[3] був приведений до психолога після катастрофи в московському аквапарку "Трансвааль", де обвалився дах. Він у цей час перебував у дитячому басейні, і йому близько півгодини довелося чекати порятунку. Андрій не отримав фізичних травм, але після катастрофи у "його посилювся енурез, наявний і раніше, а також почався енкопрез, раніше відсутній.

На перших двох сенсах ігровий пісочної терапії Андрій наполегливо закопував в пісок фігурки людей і тварин, будиночки, шашки, камінчики - все, що потрапляло йому під руку. Мабуть, це символізувало ситуацію, коли він перебував під уламками обрушилася даху. Психолог взяв участь в грі: взяв іграшкову собачку, яка стала "рятувальником": вона знаходила і відкопувала зариті в пісок іграшки. Андрій знову раз за разом заривав їх в пісок, а собачка знову відкопувала.

На другому сеансі Андрій сам почав відтворювати повний цикл: заривав іграшку в пісок, а потім за допомогою собачки відкопував її. Починаючи з третього сеансу, його гри стали різноманітніше: він будував споруди з піску, розігрував прості сюжети з ляльками. За словами мами, симптоматика до цього часу помітно ослабла: енурез став рідше, енкопрез припинився.

Крім **відреагування травматичних переживань**, в багатьох випадках потрібно також **відреагування агресії**. Для цього дітям пропонуються такі заняття, як фехтування надувними мечами, удари по боксерській груші або по картонній коробці, проколювання повітряних кульок, марширування, тупання ногами, розривання паперу або картону, м'яття і розривання глини або пластиліну і т.п. Необхідно ретельно стежити за тим, щоб агресія не прямувала безпосередньо на іншу людину. Так, навіть при фехтуванні дозволяється ударяти мечем тільки по іншому мечу, але не по людині (до того ж це правило, як і інші, сприяє упорядкуванню активності). Відреагуванню агресії сприяють також створювані дітьми малюнки з агресивним змістом. Відреагування агресії може проводитися як в індивідуальній, так і в груповій формі в окремому приміщенні, щоб вироблений при цьому шум не лякав інших дітей. Важливо також стежити, щоб дитина не перезбуджувалася, не втрачала контроль за своїми діями.

Заняття, які сприяють відреагуванню агресії, допомагають також подолати акузофобію (боязнь гучних звуків), яка є одним з типових наслідків

масових катастроф, які майже завжди супроводжуються гучним шумом, вибухами і т.п. Так, хорошим засобом подолання акузофобії стає проколювання повітряних кульок.

Страх долається завдяки двом факторам.

По-перше, дитина вже заздалегідь готова до того, що зараз (як тільки кулька лопне) пролунає "вибух".

По-друге, вона сама контролює ситуацію, навмисно викликає цей "вибух". Тієї ж мети може служити "шумовий оркестр" (можна замість барабанів використовувати картонні коробки, а замість барабанних паличок - порожнисті пластмасові булави). Корисно додатково закріпити ефект, обговоривши з дитиною, чому раніше вона боялася гучних звуків (вони нагадували їй про катастрофу), а тепер не буде боятися (тепер вони будуть нагадувати їй про веселий "шумовий оркестр"). Описана техніка реалізує стратегію штучного встановлення нових, позитивних асоціативних зв'язків, що заміщають колишні, негативні.

Для подолання страхів велике значення мають ігри з іграшками, що зображують агресивних персонажів (вовк, крокодил, Баба-Яга). В залежності від бажання дитини, вона може або "перемагати" цих персонажів, або сама виступати від їх імені. В обох випадках подоланню страху сприяє відчуття свого контролю над агресором. В останньому випадку підключається також захисний механізм ідентифікації з агресором.

При побудові психокорекційного заняття витримується "принцип хвилі": активність дитини спочатку підвищується, досягає кульмінації, а потім знижується. Перед закінченням сесії проводяться спокійні ігри або заняття малюванням (ліпленням, конструюванням). На закінчення кожної сесії рекомендується проведення сеансу релаксації (наприклад, втомлені в поході туристи або солдати роблять привал).

- [1] Див.: *Schaefer C. O'Connor K. J. Handbook of Play Therapy. Vol. 2: Advances and Innovations. NY: Wiley, +1994.*
-

3.3. Відновлення дій, що розпалися

Одним з характерних симптомів психотравми є вікова регресія. Вона проявляється, зокрема, в тому, що розпадаються дії, які раніше вже були освоєні дитиною. Психокорекційна робота з їх відновлення, як і будь-яке навчання, заснована на використанні психологічних засобів в якості "регуляторів" дій дитини. Цей механізм можна проілюструвати на прикладі роботи з семирічної Аміною.

В період роботи в Беслані в середині вересня 2004 співробітники телефонної "гарячої лінії" передали виклик додому з проханням надати допомогу дівчинці, яка в результаті важкої психотравми втратила можливість самостійно засинати. Аміна перебувала в заручниках разом з батьками і старшим братом. Батько і брат загинули, мати з важкими пораненнями кілька місяців лежала в лікарні. Сама Аміна отримала опіки і легкі осколкові поранення. Згідно із записом у медичній карті, у неї спостерігався

депресивний стан на фоні ПТСР. Відзначалися виражені страхи, панічні реакції.

Дівчинка відмовляється їсти, спати, подовгу голосно кричала, особливо у вечорі, коли треба було лягати спати. Коли її укладали в ліжко, вона боялася закрити очі, злякано кричала і плакала. У результаті дівчинка спала не більше трьох-чотирьох годин на добу.

Під час візиту психологів, після нетривалого знайомства, Аміна як кавказька гостинна господиня запросила їх до накритого столу. Потім погодилася "погодувати" іграшкову собачку і потроху сама почала їсти "за неї". В вечорі Аміна прослухала казку разом з собачкою і погодилася укласти її спати.

З дівчинкою був проведений сеанс релаксації. Собачка залишилася па подушці поряд з нею "охороняти" її і "оберігати від страшних снів". Аміні відразу було повідомлено, що собачка чужа і її обов'язково треба повернути психологам. Надалі дівчинка стала ходити вдень в реабілітаційний центр. Вечорами Аміна ще два рази сама телефонувала і просила: "Надішліть, будь ласка, психолога укласти мене спати".

Надалі вона стала засипати сама, без візитів психолога, але з собачкою. Кожен день, приходячи в реабілітаційний центр, Аміна повідомляла психологам, що "собачка НЕ нагостилася у неї і проситься ще трохи побути в гостях". Пізніше дівчинка за власною ініціативою повернула собачку, а натомість отримала іншу "захисницю" - велику плюшеву собаку.

На цьому прикладі добре видно, що навіть така проста дія, як самостійне вкладання спати, може повністю розпастися в результаті психотравми.

На першому етапі корекційної роботи дію повертають в зону найближчого розвитку: дівчинка спочатку знов вкладалася спати спільно з дорослим (психологом). На наступному етапі дія стала самостійною: дівчинка почала укладатися сама за допомогою іграшкової собачки, яка виступила в ролі перехідного об'єкту, що заспокоював дитину, та охороняв її сон.

3.4. Символічна переробка переживань

У психотерапевтичній роботі з дітьми велику роль відіграють техніки, що забезпечують символічну переробку переживань. Ці техніки дозволяють долати різні несприятливі емоційні стани: гостру тривогу, страхи, депресію, роздратування, злість і т.п. Вони надзвичайно ефективні в роботі з наслідками психологічної травми. Ці техніки складаються із трьох основних етапів.

I. Об'єктивація дитиною свого переживання у формі гри, композиції в ящику з піском, малюнка, колажу або скульптурного зображення. Даний етап має і самостійне значення, допомагаючи усвідомленню та відреагуванню емоцій.

II. Перетворення ігрової ситуації або зробленого дитиною зображення. У процесі такого перетворення відбувається перебудова переживання, відображеного в даній грі або в зображенні.

III. Обговорення з дитиною освоєних ним психологічних засобів. Це обговорення допомагає дитині відчувати себе "господарем" своїх психічних станів, повертає відчуття здатності контролювати себе. Цей етап не є

обов'язковим. Так, при роботі з маленькими дітьми, у яких ще відсутня рефлексія, він опускається.

Як приклад терапевтичних технік, заснованих на символічній переробці переживань, наведемо методику "Відновлення міста", розроблену для роботи з дітьми, пережили землетрус у Вірменії в 1988 р.

Методика "Відновлення міста" придатна для дітей, починаючи зі старшого дошкільного віку і закінчуючи підлітковим. Вона спрямована на подолання сейсмофобії і відновлення спілкування з однолітками, порушеного в результаті психологічної травми. Форма проведення - групова. Матеріалом служить великий аркуш паперу формату А2, набір кольорового паперу, ножиці (по числу дітей в групі), набір кольорових олівців, пастелі або фломастерів, клейові олівці (спочатку вони дітям не показуються). Методика проводиться наступним чином.

1. "Спорудження міста".

Дітям пропонують вирізати з кольорового паперу контури будинків і викласти на великому аркуші місто. Будинки вирізаються у вигляді великих прямокутників, вікна та двері - у вигляді маленьких. При бажанні діти можуть прикрасити своє місто, вирізавши і розташували на аркуші ліхтарі, дерева, квіти, намалювати небо і т.п. У процесі вирізання та викладання психолог організовує співпрацю між дітьми. Наприклад, одна дитина вирізає будинок, інший - вікна для того ж будинку, третій - двері, четвертий - дах. Діти разом обговорюють, якого кольору буде та чи інша частина. Найбільш пасивним, загальмованим дітям психолог пропонує види роботи, які не потребують ініціативи, наприклад, намалювати у верхній частині аркуша небо і сонечко, у нижній - траву.

2. "Ураган".

Коли закінчується викладання "міста", психолог каже, що почався ураган. Всі разом якомога сильніше дмуть на побудований місто до тих пір, поки всі будинки не розлетяться з аркуша. Психолог супроводжує "ураган" коментарями, що викликають у дітей приховані асоціації із землетрусом: "Ось який сильний вітер! Всі наші будинки руйнуються, падають, розсипаються! Ось як вони все розвалюються, розлітаються!" На цьому етапі роботи тема землетрусу не згадується, щоб не викликати надмірну емоційну реакцію і не породити у когось із дітей вторинну травматизацію. Разом з тим навіть у такій непрямій формі відбувається відреагування переживань, пов'язаних з катастрофою. Активна роль самих дітей в спричиненні "урагану" сприяє появі почуття контролю над ситуацією.

3. "Відновлення і зміцнення міста".

Коли всі будинки розлетілися, психолог пропонує знову їх зібрати. Діти піднімають з підлоги деталі будинків, що впали, і знову розкладають їх на аркуші. Якщо які-небудь деталі не вдасться знайти, вони вирізаються повторно. Коли місто "відбудований заново", психолог задає дітям питання, чи добре жити в місті, який так легко розсипається. Отримавши негативну відповідь, він запитує, як зробити, щоб будинки більше не розсипалися.

Зазвичай діти самі здогадуються, що їх потрібно приклеїти. Психолог підтримує цю пропозицію і роздає дітям клейові олівці, "випадково" опинилися у нього в сумці (якщо діти самі не здогадуються використовувати клей, то цю ідею подає психолог). Починається приклеювання будинків до великого аркушу. По ходу роботи психолог стежить за тим, щоб всі вони були приклеєні досить надійно, коментуючи свої дії: "Так, цей будинок тепер дуже міцний. Напевно, ніякої ураган його не зруйнує!".

4. "Перевірка міста на міцність і його прикраса".

Коли всі будинки приклеєні до аркуша, знову починається "ураган". Тепер проводиться більш повна імітація землетрусу. Психолог за допомогою дітей нахиляє лист в різні боки, згинає його, трясє, супроводжуючи це відповідними коментарями ("От як у нас земля ходить ходором, ось який сильний землетрус! А наше місто стоїть, будинки не падають"). Коментарі даються бадьорим, веселим тоном.

Діти переконуються, що будинки стоять міцно, що тепер їм нічого не загрожує. Після цього психолог пропонує додатково прикрасити місто і "заселити" його: у такому місті всім сподобається жити. Діти вирізають і наклеюють на будинки різнокольорові орнаменти, балкони. Поруч з будинками приклеюються фігурки людей і тварин, вирізані з журналу. По завершенні цієї роботи психолог звертає увагу дітей на те, яким чудовим стало тепер місто: воно не тільки стійке і надійне, але і дуже гарне, у ньому приємно жити.

Протягом наступних занять руйнування міста не повторюється, але можна продовжити його прикрашати. Спільно вигадуються якісь історії про нього і про його жителів (зазвичай в них фігурують події, що відбувалися на попередньому занятті). Іноді "будується" ще одне місто, за цього разу будинки відразу міцно приклеюються до аркуша.

За допомогою описаної методики дітям у символічній формі передається ідея про те, що, хоча людина не може контролювати стихійні лиха, але вона здатна попередити їх наслідки - такі як руйнування будинків і загибель людей. При роботі з підлітками корисно підкреслити, що за допомогою клею ми забезпечили сейсмостійке будівництво. Завдяки таким заняттям поступово долається позиція жертви, відчуття безпорадності перед непередбачуваною і ворожою стихією. У дітей поліпшується настрій, підвищується впевненість у собі, зникають грубі порушення регуляції поведінки.

Загальні висновки по лекції.

Екстреної психологічної допомоги потребують діти і підлітки, які пережили якісь екстремальні ситуації. Вона особливо важлива при масштабних катастрофах, коли психологічний стан постраждалих ускладнюється взаємним емоційним зараженням і різко знижується можливість підтримки з боку природного оточення дитини (у першу чергу сім'ї).

Відразу після психотравми екстрена психологічна допомога спрямована на подолання найбільш гострої симптоматики, такий як порушення сну і харчування, загальна пасивність і загальмованість, яскраво виражені фобії,

гостра тривога, депресія. На наступному етапі з'являються нові завдання психологічної допомоги - впорядкування активності, відреагування травматичних переживань і агресії, подолання порушень спілкування.

Вирішення цих першочергових завдань дозволяє почати роботу з відновлення цілісної соціальної ситуації розвитку дитини. Ця робота спрямована на забезпечення нормального соціального і внутрішньосімейного функціонування, на подолання рентної установки підлітків, на корекцію психологічних проблем, що були у дитини і раніше, але загострилися в результаті психотравми.

На всіх етапах роботи при наданні психологічної допомоги можуть використовуватися самі різні концептуальні підходи і техніки. Одне з найбільш детально розроблених напрямків у роботі з дітьми - ігрова терапія. Проте надзвичайно великі можливості надають і інші методи: арт-терапія, рухова терапія, релаксаційні техніки. При наданні психологічної допомоги підліткам найбільш ефективна групова робота.

У більшості випадків екстремальна ситуація порушує психологічну рівновагу не тільки дитини, але і його батьків. Тому ефективність корекційної роботи істотно підвищується, якщо вдається залучити до занять всю сім'ю.

Посилання в тексті:

-
- [1] *Horowitz MJ* Post traumatic stress disorders: psychosocial aspects of the diagnosis // *International Journal of Menial Health*. 1990. Vol. 19. P. 21-36.
 - [2] Див .: *Боулбі Дж.* Створення і руйнування емоційних зв'язків. Академічний Проект, 2006.
 - [3] *Quarantelly C. L.* An Assessment of Conflicting Views on Mental Health: the consequences of traumatic events // *Trauma and its Wake / CR Figlev (ed.)*. NY: Brunner / Mazel. 1985. P. 4, 173-215.
 - [4] *Yule w ". Smith P.* Post Traumatic Stress Disorders / *Rutter's Child & Adolescent Psychiatry / M. Rutter et al. (Eds)*. Oxford: Blackwell, 2008. P. 686-697; *Nader K. O.* Assessing Traumatic Experiences in Children and Adolescents: Self-Reports of DSM PTSD Criteria BD Symptoms // *Assessing Psychological Trauma and PTSD / JP Wilson. & T. M. Keane (eds)*. NY: Guilford Press, 2004. P. 513-537 .
 - [5] *Юл У., Вільяма Р. М.* Стратегії втручання при психічних травмах, що виникли внаслідок масштабних катастроф // *Дитячі та підліткові психотерапія / під ред. Д. Лейна і Е. Міллера*. С. 275-309.
 - [6] *TerrL. C.* Childhood Traumas: an Outline and Overview // *American Journal of Psychiatry*. 1991. Vol. 148. P. 10-20. Див. Також: *Webb, N. B.* The Impact of Traumatic Stress and Loss on Children and Families // *Mass Trauma and Violence: Helping Families and Children Cope (Social Work Practice with Children and Families) / NB Webb (ed.)*. New York: Guilford Press, 2004. P. 3-22.
 - [7] *McFarlane AC* Family functioning and overprotection following a natural disaster: the longitudinal effects of post-traumatic morbidity. P. 210-218.

Питання для підготовки до семінарських та практичних занять.

1. Розкрийте поняття про психологічну травму, гостру реакцію на стрес та ПТСР.
2. Охарактеризуйте причини і прояви психологічних травм у дітей та підлітків.
3. Розкрийте зміст завдань екстреної психологічної допомоги.
4. Охарактеризуйте етапи процесу відновлення вітальних функцій та активності дітей та підлітків після психологічної травми.
5. Як відбувається впорядкування активності і відреагування переживань.
6. Як відбувається відновлення дій травмованої дитини, що розпалися.
7. Охарактеризуйте основні етапи психокорекційних технік, спрямованих на символічну переробку переживань.