

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Е. С. Гурина, М. И. Кошенова

РАБОТА ПСИХОЛОГА С ДЕТСКОЙ ТРАВМОЙ

Утверждено Редакционно-издательским советом НГПУ
в качестве учебного пособия

НОВОСИБИРСК 2020

УДК 159.992.7(07)+159.96(07)
ББК 88.41я7+88.9я7
Г952

Рекомендовано
Учебно-методическим советом
ФГБОУ ВО «НГПУ»

Р е ц е н з е н т ы :

д-р психол. наук, проф. кафедры общей психологии и истории психологии
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет»

Н. Я. Большунова;

Президент НООО ЦСА «Независимость», действ. член профессиональной
психотерапевтической лиги, тренер и консультант высшей категории
Ассоциации профессиональных консультантов, член комитета по социальной
реабилитации Ассоциации супервизоров и консультантов,
президент Ассоциации реабилитационных центров «Форум»

В. И. Волков

Гурина, Е. С.

Г 952

Работа психолога с детской травмой : учебное пособие / Е. С. Гури-
на, М. И. Кошенова ; Министерство науки и высшего образования Рос-
сийской Федерации, Новосибирский государственный педагогический
университет. – Новосибирск : Изд-во НГПУ, 2020. – 311 с. – Текст :
непосредственный

ISBN 978-5-00104-543-4

Пособие составлено в соответствии с требованиями ФГОС ВО. Пред-
ставляет собой ресурс, необходимый для формирования базовых представ-
лений о клинической картине переживания психотравмирующей ситуации,
о концепциях и подходах к оказанию психологической помощи лицам
с психотравмирующим опытом на различных стадиях возрастного разви-
тия. Ориентировано на получение студентами (слушателями) практических
навыков, необходимых для оказания квалифицированной помощи лицам,
столкнувшимся с психотравмирующим опытом в период детства.

Адресовано студентам, обучающимся по психологическим и психо-
лого-педагогическим специальностям.

УДК 159.992.7(07)+159.96(07)
ББК 88.41я7+88.9я7

ISBN 978-5-00104-543-4

© Гурина Е. С., Кошенова М. И., 2020

© Оформление. ФГБОУ ВО «НГПУ», 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	7
Раздел 1. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ И ВОЗМОЖНОСТЯХ РАБОТЫ С НЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ ПСИХОЛОГИИ	
1.1. Представление о психической травме в психоанализе	9
1.1.1 Появление и историческое развитие концепций о психических страданиях	9
1.1.2. Представление о психической травме в концепции З. Фрейда.....	13
1.1.3. Взгляды О. Фенихеля на психическую травму	19
1.1.4. Понятия инфантильной психической травмы и психической травмы взрослых Дж. Кристала.....	24
1.1.5. Интерсубъективный подход к травме Р. Д. Столорой	29
1.1.6. Концепция «кумулятивной травмы» М. Хана	31
1.1.7. Представление о нарциссической травме в работах Х. Кохута.....	32
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	38
1.2. Психическая травма в когнитивной психологии	39
1.2.1. Появление и развитие понятия «когнитивная схема»	39
1.2.2. Представление о психической травме как разрушении базовых схем и убеждений	41
1.2.3. Концепция психической травмы Р. Янофф-Бульмана	44
1.2.4. Работа с чувством вины, вызванным травмой, в когнитивной психотерапии	49
1.2.5. Когнитивная модель работы А. Элерса и Д. Кларка с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР)	52
1.2.6. Теория двойной репрезентации	53
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	56
<i>Практические задания</i>	56

1.3. Экзистенциальная психология о психической травме и психотерапии	57
1.3.1. Травма как влияние утраты смыслов в логотерапии В. Франкла.....	57
1.3.2. Экзистенциальная психотерапия И. Ялома.....	63
1.3.3. Концепция психической травмы П. Левина.....	70
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	78
<i>Практические задания</i>	78
Раздел 2. ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ОНТОГЕНЕЗА	
2.1. Психические травмы младенческого и раннего возрастов	80
2.1.1. Представления Д. Винникотта об отношениях матери и ребенка.....	80
2.1.2. Понятие «переходный объект» в теории Д. Винникотта.....	83
2.1.3. Теория привязанности Дж. Боулби.....	87
2.1.4. Основные типы привязанности (М. Эйнсворт, Дж. Боулби).....	91
2.1.5. Нарушение привязанности.....	96
2.1.6. Исследования Ф. Дольто и ее учеников о языковой структуре психики в понимании детской травмы.....	100
2.1.7. Концепт «образ тела» как ключ к пониманию специфики детской травмы.....	102
2.1.8. «Стадия зеркала» в учении Ф. Дольто.....	104
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	107
2.2. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков	108
2.2.1. Стресс, травматический стресс и посттравматическое стрессовое расстройство.....	108
2.2.2. Характеристики травмы, способной вызвать травматический стресс.....	115
2.2.3. Жестокое обращение с детьми.....	117
2.2.4. Буллинг как фактор травматизации.....	122
2.2.5. Фазы психологической реакции на травму.....	129

2.2.6. Типы ПТСР у детей и подростков	131
2.2.7. Диагностические критерии ПТСР у детей	133
2.2.8. Клинические характеристики ПТСР у детей.....	141
2.2.9. Горе как процесс: стадии и задачи горя	144
2.2.10. Формы осложненного горя.....	150
2.2.11. Психологические особенности детского горя	153
2.2.12. Принципы помощи горюющему ребенку	158
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	163
<i>Практические задания</i>	164

Раздел 3. ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ, ИМЕЮЩИХ ТРАВМАТИЧНЫЙ ОПЫТ

3.1. Юнгианская песочная терапия детей	168
3.1.1. Особенности метода песочной терапии	168
3.1.2. Оснащение кабинета и требования к материалам.....	174
3.1.3. Процесс построения песочного мира и дальнейшая работа на песке.....	177
3.1.4. Особенности работы с детьми на песке	181
3.1.5. Вариации форм работы ребенка на песке: индивидуальная работа, совместно с родителем, групповая.....	184
3.1.6. Особенности интерпретации песочной композиции	186
3.1.7. Возможности работы с детской травмой с помощью песочной терапии.....	192
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	195
<i>Практическое задание</i>	196
3.2. Психоаналитическое консультирование детей	197
3.2.1. История развития детского психоанализа.....	197
3.2.2. Современные достижения в области детского психоанализа и техники работы.....	205
3.2.3. Взгляд на симптом ребенка и работа с ним	212
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	219
3.3. Групповая психотерапия с детьми и подростками	220
3.3.1. Отличительные особенности групповой терапии для детей и подростков и ее основные задачи.....	220

3.3.2. Организационные процедуры групповой терапии для детей и подростков	223
3.3.3. Использование арт-терапевтических упражнений в детской и подростковой группах.....	231
3.3.4. Тренинг как способ реабилитации детей.....	240
<i>Контрольные вопросы и задания</i>	248
<i>Практическое задание. Участие в тренинге</i>	248
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	250
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ	252
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ	255
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ	258
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	267
ПРИЛОЖЕНИЯ	272
<i>Приложение А. Диагностические методики, предназначенные для оценки проявлений буллинга</i>	272
<i>Приложение Б. Методики для диагностики ПТСР у детей</i>	284
<i>Приложение В. Возможные вопросы о смерти со стороны ребенка</i>	299
<i>Приложение Г. Малый словарь юнгианских терминов, необходимых песочному терапевту</i>	301
<i>Приложение Д. Стадии работы на песке</i>	305
<i>Приложение Е. Пример интерпретации песочной композиции</i>	306
<i>Приложение Ж. Пример серийного рисования</i>	309

ВВЕДЕНИЕ

Успешность в профессиональной деятельности психолого-педагогического сопровождения процесса социализации детей и подростков определяется сформированностью компетентности в области оценки личностных и социальных рисков процесса взросления, выявления причин дефицитарного развития и владения технологиями психологической помощи и реабилитации. Настоящее учебное пособие призвано способствовать успешному развитию этой компетентности. Издание представляет собой ресурс, необходимый для формирования базовых представлений о клинической картине переживания психотравмирующей ситуации, о концепциях и подходах к оказанию психологической помощи лицам с психотравмирующим опытом на различных стадиях возрастного развития. Также пособие ориентировано на получение студентами (слушателями) практических навыков, необходимых для оказания квалифицированной помощи лицам, столкнувшимся с психотравмирующим опытом в период детства.

Составляющими издания являются теоретический блок, содержащий три взаимосвязанных раздела: «Представления о психической травме и возможностях работы с ней в различных направлениях психологии», «Особенности психической травмы у детей на разных этапах онтогенеза», «Психотерапия детей, имеющих травматичный опыт»; контрольные вопросы и задания; практические задания; методические рекомендации для преподавателей и студентов; тестовые задания для самоконтроля; приложения, содержащие материалы информационно-справочного характера.

Теоретический блок содержит базовую информацию по проблеме психической травмы, представляющую ключевые теоретические концепции и результаты современных исследований. Особое внимание уделяется прикладному аспекту: диагностике и оказанию терапевтической помощи детям и подросткам. Методические рекомендации для преподавателей помогут наиболее эффективно построить материалы, представленные в пособии, в читаемый курс. Методические рекомендации для студентов содержат краткую навигацию по освое-

нию материала. Тестовые задания сконструированы в соответствии с требованиями тестологии и включают в себя вопросы разного типа: открытые, закрытые, вопросы на упорядочивание и соотнесение. Такой способ построения вопросов способствует качественной оценке освоения материала. Работа с приложениями облегчает усвоение материала, способствует глубокому пониманию вопросов, раскрытых в теоретическом блоке, и ориентирует на дальнейшее самостоятельное применение знаний.

Учебное пособие предназначено для студентов педагогических университетов, обучающихся по направлениям подготовки 44.03.02 Психолого-педагогическое образование, 37.03.01 Психология, 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование, 44.05.01 Педагогика и психология девиантного поведения по очной, заочной, дистантной формам обучения.

Раздел 1. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ И ВОЗМОЖНОСТЯХ РАБОТЫ С НЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ ПСИХОЛОГИИ

1.1. Представления о психической травме в психоанализе

1.1.1. Появление и историческое развитие концепций о психических страданиях

Понятие психической травмы начинает зарождаться в конце XIX в.: оно было введено немецким неврологом Альбертом Ойленбургом в 1878 г., хотя признание этого термина в качестве самостоятельной нозологической единицы произошло примерно спустя столетие.

В психологию понятие «психическая травма» пришло из смежной научной области – психиатрии. Начало современной истории психиатрии обычно связывается с именем выдающегося психиатра Эмиля Крепелина и изданием его работы «Введение в психиатрическую клинику» (1900). Научные разработки этого ученого во многом определили курс развития представлений о различных психических нарушениях. Эпоха и умонастроения того периода ставили перед психиатрией определенные задачи, среди которых ведущую роль занимала интеграция психиатрии в медицину и, соответственно, ориентация на естественно-научную методологию. В связи с этим психиатрия расценивала естественно-научную парадигму в качестве основной (можно даже сказать – единственной), постепенно отказываясь от лежавших в ее основе гуманитарных концепций о психическом аппарате. Эта ориентация способствовала тому, что клиническая классификация психических расстройств должна была носить этиопатогенетический характер (т. е. должна представить соответствующие морфологические, биохимические или инфекционные корреляты для психических расстройств). Было множество и других причин, вплоть до причин сугубо межличностного характера, но в целом необходимо признать, что со временем позиция Крепелина как врача (с естествен-

но-научным взглядом) одержала верх над позицией Крепелина как психолога (с его гуманитарной позицией и индивидуально-психологическими подходами). Э. Крепелину удалось создать восхитительную нозологическую концепцию, которая имеет огромное научное значение и в настоящее время, однако его стройная и точная классификация предельно схематизировала подход к душевной жизни пациентов. В итоге центральным понятием в психиатрии конца XIX – начала XX в. становится не пациент с его индивидуальной историей, страданием, а симптом, а затем – сопоставление симптомов и клинических случаев для характеристики синдрома [52]. Э. Крепелин утверждал, что психические расстройства детерминированы такими же этиопатогенетическими факторами, как и все другие болезни, т. е. вызываются вирусами, бактериями, травмами или токсинами.

Однако, несмотря на авторитет Э. Крепелина и естественно-научный подход, присутствующий в его исследованиях, с этим заключением согласились далеко не все.

В отличие от полемизирующих по этому поводу коллег-психиатров З. Фрейд уже в 1892 г. пишет о том, что любое событие может оказать травматическое воздействие, если оно вызывает чувство ужаса, душевной боли, стыда или беспомощности [68]. Его идеи были подхвачены многочисленными учениками и составили отдельную область исследования, которая подробно будет освещена далее.

В 1906 г. вышла научная работа Т. Тилинга, где говорилось о принципиальном значении преморбидного (т. е. имеющегося до болезни) склада личности как отдельного фактора, определяющего будущую специфику психического расстройства пациента, особенно применительно к так называемым функциональным психозам. Позже Рейсе развил научные представления Т. Тилинга, доказав на большом клиническом материале, что форма аффективного расстройства связана с предшествующим развитием характера [52].

К. Г. Юнг в работе «Психоз и его содержание» (1907) представил свою идею: подавляющее большинство проявлений тяжелого психического расстройства обусловлены исключительно предшествующими переживаниями пациента. На основе клинических дан-

ных (1 395 душевнобольных, проходивших лечение в Бургхольцли) К. Г. Юнг демонстрирует несостоятельность господствующей версии о том, что в основе душевных болезней лежит органическое изменение мозга: примерно у 80 % наблюдаемых им пациентов мозг был либо совершенно неизменным, либо его изменения были настолько незначительными, что не могли вызвать нарушения психической деятельности. В этой работе автор приводит множество примеров, где начало появления симптомов связано с каким-либо значимым, аффективно заряженным жизненным событием [75].

В своих исследованиях немецкий психиатр и невропатолог К. Бонгеффер на большой экспериментальной выборке продемонстрировал, что различные внешние воздействия, т. е. экзогенные факторы, могут вызывать идентичные психотические синдромы (1909). Это было прямое столкновение с взглядами Э. Крепелина, который постулировал, что каждое психическое расстройство детерминируется собственным этиологическим фактором.

Психиатры Гохе и Гаупп также стали антагонистами господствующей в тот момент теории Э. Крепелина и выступали против категоричных выводов естественно-научной парадигмы. Так, Гаупп считал, что истерия – это аномальный способ справиться с индивидуально непереносимыми требованиями жизни или негативными обстоятельствами [52].

Весьма рациональный подход к рассмотрению психических нарушений предлагал К. Ясперс в работе «Общая психопатология» (1913). Он призывал вначале исключить возможные органические повреждения мозга, связанные с воздействием инфекций, интоксикаций и травм, а затем дифференцировать все психические расстройства на две большие группы. Первую группу К. Ясперс относил к «болезням», которые имеют определенное течение и которым сопутствуют те или иные изменения личности. Вторую группу он обозначил как «фазы», в которые временами может вступать любая личность в соответствии с генетической предрасположенностью. Основное внимание К. Ясперс предлагал сосредоточить не на поиске медикаментозных средств для лечения психопатологии, а на систематических исследо-

ваниях пациентов с целью «вчувствоваться» в их внутренний мир, охватить психическую жизнь пациента во всем ее многообразии, исследовать переживания и обуславливающие их обстоятельства [52]. К. Ясперс добивался того, чтобы представить психопатологию как науку, избавленную от рабства неврологии и соматической медицины. Например, он рассуждал о том, что количественные оценки и постановка диагноза не играют столь главенствующей роли, которую им отводят в традиционной медицине, в то время как личность терапевта (его способность к общению с пациентами, ориентация на неповторимость и уникальность человеческой души, сочетание беспристрастности и сопереживания) имеет большое значение [78].

В ряду тех, кто внес вклад в развитие представлений о психических нарушениях как о воздействии эндогенных факторов, были также Ж.-М. Шарко (гипотеза о психогенном происхождении истерии), основатель когнитивной психотерапии П. Дюбуа («Психоневрозы и их психическое лечение», 1904), П. Жане («Обсессии и психастении», 1911).

Постепенно становилось очевидным, что психиатрия в большинстве случаев сталкивается не с «болезнями», а с определенными реакциями, связанными с психической конституцией каждого конкретного человека. И эти реакции даже при воздействии максимально схожих психотравмирующих факторов у одного человека проявляются, а у другого могут не проявиться. Тем самым был сделан значительный шаг от медицинской нозологии к конституциологии, в которой вновь играют роль личность пациента, ее индивидуальные особенности и уникальная история становления. Но этот период возврата к личности пациента оказался недлительным, и достаточно скоро нозологический подход снова стал доминирующим. В результате интересы исследователей переместились в сферу диагностики и психофармакологии, все больше отдаляясь от душевных страданий конкретного пациента. И, как справедливо отмечает М. М. Решетников [52], лишь трагический опыт Первой мировой войны, принесший огромное количество клинического материала, поставил вопрос о травматическом неврозе, который носит функциональный характер и имеет психоло-

гическое происхождение, т. е. не связан с предшествующей интоксикацией, инфекционным возбудителем или травматическим повреждением мозговой ткани. До этого официальная психиатрия понятия «психическая травма» фактически не признавала.

Таким образом, мы видим, с какими трудностями сопряжено внедрение понятия «психическая травма» в официально признанную психиатрию. Окончательное признание термина произошло благодаря развитию психоаналитических работ, прежде всего З. Фрейда.

Тем не менее на сегодняшний день термин «травма» не имеет единого значения в психологическом сообществе. Актуальным остается замечание Анны Фрейд: «Всякий раз, когда у меня возникает искушение назвать событие в жизни ребенка или взрослого травматическим, я задаю себе следующие вопросы. Имею ли я в виду, что событие было огорчительным, что оно было значительным для определения хода дальнейшего развития, патогенным? Или я имею в виду травматическое в узком смысле: т. е. разбивающее, опустошающее, вызывающее внутренние нарушения вследствие того, что функционирование эго прекращается?» (цит. по: [29, с. 292]). Следуя за ее мыслью, можно предположить, что травмой часто называют фиксацию на определенном этапе развития (например, анальная фиксация, связанная с неадекватными родительскими требованиями в отношениях опрятности). В этом случае употребление понятия «травма» терминологически не совсем корректно.

1.1.2. Представление о психической травме в концепции З. Фрейда

Гипотеза о психогенном происхождении некоторых психических расстройств была выдвинута выдающимся французским психиатром Ж.-М. Шарко приблизительно в 1883 г., однако в тот момент она не получила научной разработки. З. Фрейд, обучающийся у Шарко в Париже в 1885 г., в отличие от большинства своих коллег полностью воспринял эту идею, которая еще больше укрепилась в ходе его совместной работы с Й. Брейером [52].

В «Исследованиях истерии» Й. Брейер и З. Фрейд указывают на то, что в травматических невробах причиной заболевания является эффект испуга (т. е. психическая травма), а не обычное психическое повреждение. Авторы отмечают, что любой опыт, сопряженный с чрезмерными негативными аффектами (тревога, стыд, обида, страх, боль и прочее) может действовать как такого рода травма [68]. Можно сказать, это постулат психической травмы классического психоанализа: индивид сталкивается с переполняющими аффектами, другими словами, его аффективные отклики вызывают невыносимое психическое состояние, которое угрожает дезорганизовать или даже разрушить все психические функции. Однако такое заключение вовсе не означает, что любой излишне интенсивный или болезненный аффект будет обязательно приводить к травме (практический опыт работы демонстрирует, что события или переживания становятся травматичными в одних условиях, но не становятся таковыми в других условиях). По мере развития и расширения концепции психической травмы добавлялись новые данные о ее специфических характеристиках [52].

Изначально З. Фрейд изучал детские травмы на клиническом материале истерии, затем, в период Первой мировой войны, он обратился к изучению природы психических травм, полученных во взрослом возрасте. Весьма ценными представляются мысли З. Фрейда о том, что травма не всегда проявляется в чистом виде, как болезненное воспоминание или переживание. Достаточно часто заместителями воспоминаний и чувств, связанных с травмой, являются различные симптомы (например, энурез, бессонница, заикание, obsессивные паттерны, тики, нарушения пищевого поведения и прочее), которые затем обретают самостоятельность, оставаясь неизменными. Говоря языком психоанализа, травма хочет быть предъявленной, и, если травма не может предъявить себя в прямом значении, она всегда найдет символ, дающий ей «форму». З. Фрейд в результате своих наблюдений обнаружил, что истерические симптомы исчезают, когда удается вспомнить некое событие, послужившее толчком к началу заболевания и вызвавшее чувства, связанные с этим событием. Симптомы исчезали после того, как пациент очень подробно описывал то, что произо-

шло, и давал этой эмоции вербальное выражение. Однако здесь особенно важным является замечание З. Фрейда о том, что воспоминания, лишённые аффекта, почти никогда не являются действенными; психический процесс, который развивался изначально, необходимо воспроизвести как можно ярче, довести до момента его появления и затем выговорить [52]. В современной психоаналитической практике мы видим множество примеров того, что клиентов избавляет от болезненных переживаний вовсе не пересказ травмирующих событий, а способность пережить в безопасных условиях, которые создаются в пространстве «терапевт – клиент», все те чувства, которые когда-то в силу разных причин были не прожиты. М. М. Решетников отмечает, что это первое упоминание о принципах действия появившейся позднее психоаналитической терапии и дебрифинга¹ [52].

З. Фрейд отмечает, что снижение силы переживаний зависит существенно от того, произошла ли сразу после травматического воздействия энергичная реакция на него или же для такой реакции не было возможности или она была вынужденно подавлена. В обоих вариантах реакция на травму имеет чрезвычайно широкий диапазон отреагирования: от сиюминутного до отставленного на многие годы и даже десятилетия, от обычного плача по утрате до жестокого акта мести обидчику. И только при условии, что человек отреагировал на событие в достаточной для него степени, аффект постепенно снижается. З. Фрейд характеризует это выражениями «выплеснуть чувства» или «выплакаться» и подчеркивает, что «оскорбление, на которое удалось ответить, хотя бы на словах, припоминается иначе, чем то, которое пришлось стерпеть» [68, с. 22]. Ещё один важный нюанс, на кото-

¹*Дебрифинг* – метод работы с групповой психической травмой. Это форма кризисной интервенции, особо организованная и четко структурированная работа в группах с людьми, совместно пережившими катастрофу или трагическое событие. Дебрифинг относится к мерам экстренной психологической помощи. Считается, что оптимальное время для проведения дебрифинга не раньше, чем через 48 часов после события. К этому моменту завершится период особых реакций, и участники событий будут находиться в состоянии, в котором возвращается способность к рефлексии и самоанализу.

рый обращает внимание З. Фрейд: реакция на травму имеет очищающее и освобождающее воздействие лишь тогда, когда она является реакцией адекватной, подобно мести, но далее он снова апеллирует к психотерапии и отмечает, что для человека речь, по сути, является заместителем действия, и, соответственно, с ее помощью можно практически так же отреагировать аффект [52].

З. Фрейд вводит понятие парциальных/частичных травм – неких групп происшествий, лишь в совокупности оказывающих травматическое воздействие. Он указывает, что существуют обстоятельства, сами по себе, казалось бы, безобидные, но поскольку они совпали с действительно важным событием, то приобрели значение травмы, которое не могли иначе приобрести. «В случае общей истерии нередко случается, что вместо одной главной травмы мы находим значительное число частичных травм, образующих группу провоцирующих причин. Они способны вызывать травматический эффект лишь путем суммирования, и они взаимосвязаны, поскольку частично являются компонентами единой истории страдания» (цит. по: [29, с. 293]). Можно сказать, что каждое из частичных травматических происшествий предрасполагает к последующей чрезмерной реакции в определенных ситуациях. Дж. Кристал отмечает: «Главные последствия будут лежать в каких бы то ни было изменениях, произошедших в доступных защитных операциях и фантазийных объяснениях данного события. Если первая беда привела в результате к чувству вины, последующие беды могут переживаться как “сигнал судного дня” о нависшем ужасе наказания, сущность которого имеет отношение к детской психической травме» [29, с. 294].

З. Фрейд, развивая представления о психической травме, формулирует две теории: теорию травмы и теорию влечения. Каждая из них является следствием большой практической деятельности З. Фрейда и его интеллектуальной попыткой осмыслить принципы работы человеческой психики.

Теория травмы сформировалась во время первых психоаналитических сеансов, когда З. Фрейд обнаружил в рассказах его пациентов различные воспоминания, тем или иным образом связанные с наме-

рениями или результатами соблазнения их в детстве (прежде всего со стороны родственников и наиболее часто – дочерей отцами). З. Фрейд полагал, что нашел тот самый источник различного рода психопатологий – наличие сексуального злоупотребления, жертвой которого стал ребенок. Но первые попытки З. Фрейда представить свое научное открытие венскому врачебному сообществу вызвали отрицательную реакцию и даже привели к разрыву с Й. Брейером, не принявшим идею сексуальной травмы. Позднее признание роли психотравмирующих ситуаций в детстве (и особенно – детской сексуальной травмы в качестве катализатора психопатологии) вошло в число главных постулатов психоанализа [52].

Теория травмы З. Фрейда заключалась в том, что случаи вовлеченности детей в сексуальную жизнь взрослых оказывают крайне патологичное воздействие. В результате дети сталкиваются с интенсивными, чуждыми, непонятными им переживаниями, которые их психический аппарат не может переработать, они оказываются неспособными перенести их, в результате чего эти переживания вытесняются (из памяти и сознания). Постепенно аффективный (патологический) процесс, который уже не может остановиться, качественно трансформируется (в симптом) и вместо вытесненного страдания, которое ребенок никому предъявить не может, появляется нечто, что может быть предъявленным, в том числе нанесшему травму взрослому: та или иная психопатология. Такая психопатология может присутствовать в явной или скрытой форме с самого детства, но вызвавшая ее причина обычно недоступна для сознания. Однако психоаналитический метод позволяет воспоминаниям выйти на сознательный уровень, проявив и освободив вытесненные чувства [52].

Удивительно, но З. Фрейд постепенно уходит от теории ранней травмы (теории соблазнения), качественно видоизменяя свою теорию. В 1897 г. он делает неожиданное заключение, что было бы ошибочным обвинять всех отцов в сексуальном домогательстве той иной формы, поскольку в рассказах невротических пациентов об обстоятельствах возникновения аффективных переживаний бывает просто невозможно отличить реальные факты от вымысла. Сущность транс-

формации гипотезы З. Фрейда заключалась в следующем: сексуально окрашенные истории пациентов являются продуктом их собственных фантазий, которые пусть и в искаженном виде, но отражают их бессознательные желания и влечения. Таким образом, в новой интерпретации З. Фрейд уводит акцент с извращенности отцов, говоря о бессознательном желании дочерей быть соблазненными отцами. Тем самым позиция самого пациента в этих двух гипотезах абсолютно различна: в теории травмы особую роль играют внешние «неблагоприятные» обстоятельства с признанием возможности их существования в объективной реальности; в теории влечений главными становятся внутренние побуждения и порожденные ими фантазии; в первом случае пациент выступает в роли жертвы обстоятельств, а во втором сам является источником собственных страданий и разочарований [52].

Ключевым словом в концепции травмы у Фрейда является «беспомощность»: «Сущность и смысл травматической ситуации заключается в оценке субъектом своей силы... и в признании своей беспомощности перед лицом травматической ситуации — физической беспомощности, если опасность реальна, и психической беспомощности, если опасность связана с влечениями» (цит. по: [29, с. 297]). Именно субъективное переживание беспомощности отличает травматическую ситуацию от ситуации опасности. Значит, важны не только сила аффекта, но и понимание того, что ситуация невыносима, и капитуляция перед ней. А значит, потенциал психической травмы связан с природой саморепрезентации, со способом оценки ситуации, с аффективным и когнитивным аппаратом, с системой восприятия. Дж. Кристал анализирует то, каким образом чувство беспомощности воздействует на аффективное состояние. Он рассматривает тревогу как сигнал о восприятии угрозы и приходит к выводу, что беспомощность и капитуляция перед опасностью меняют аффективное состояние от тревоги к состоянию блокирования эмоций и пассивности [29].

Важными являются и идеи З. Фрейда о навязчивом возвращении к психотравмирующей ситуации, которое он объясняет тем, что после пассивной роли, в которой человеку пришлось что-то пережить, в этих воспоминаниях он ставит себя в активное положение, стано-

вится как бы властелином ситуации и даже удовлетворяет подавленное чувство мести за пережитое страдание. Как верно отмечает М. М. Решетников, имеет смысл дополнить эти представления всегда присутствующим после мощной психической травмы регрессом к магическому типу мышления [52].

1.1.3. Взгляды О. Фенихеля на психическую травму

Отто Фенихель в работе «Психоаналитическая теория неврозов» (1945) указывает, что любой сильный, внезапный и особенно обладающий разрушительной силой поток раздражителей может спровоцировать психическую травму у любого индивида, если он превышает способность психического аппарата к переработке. Допустимая степень возбуждения зависит от предшествующего опыта индивида, психической экономики, эмоционального и физического состояния до травмы и в момент ее переживания. Так, ребенок может быть травмирован исчезновением близкого человека, поскольку либидные устремления к нему при утрате объекта заполняют детскую психику. Взрослые люди более подвержены травматичным воздействиям в состоянии усталости, болезненности. Также автор отмечает, что для последующей психопатологии решающую роль играет то, была ли осуществлена в период травмы моторная реакция, так как ее блокирование существенно увеличивает возможность психического срыва. В случае, когда внутреннее возбуждение при угрожающей ситуации не имеет возможности «разрядки», оно провоцирует патологические формы поведения и двигательной активности, часто не поддающиеся волевому управлению в связи с подавлением эго (личности) [63].

Отто Фенихель описывает типичные группы симптомов травматических неврозов.

1. *Блокирование или снижение функций эго.*

Среди основных функций эго отмечают тестирование реальности и получение адекватных представлений о ситуации, окружающем мире и отношениях [52]. Блокирование функций эго О. Фенихель объясняет концентрированностью психики на одной задаче и накоп-

лением энергии для переработки нахлынувшего возбуждения [63]. Остальные функции становятся несущественными, и их энергия направляется на решение основной задачи – справиться с возбуждением. Блокирование функций перцепции и апперцепции позволяет избежать дополнительных стимулов, что помогает организму восстановить свои ресурсы. О. Фенихель указывает на то, что человеку необходимо находиться в состоянии максимального покоя, чтобы избегать дополнительных стимуляций, пока не будут восстановлены разрушенные травмой психологические защиты [52].

Среди функций, которые при травме также теряют свою актуальность, находятся и сексуальные функции. Сексуальная энергия, как и другие виды психической энергии, мобилизуется на овладение сверхвозбуждением: наблюдается снижение сексуального интереса, у мужчин часто возникает временная импотенция.

О. Фенихель отмечает, что в поведении травматических невротиков преобладают преимущественно регрессивные феномены, т. е. переход функций на более низкий и более примитивный уровень регуляции. О. Фенихель связывает это с утратой дифференциации высших психических функций, а также отмечает, что подобные регрессивные паттерны позволяют индивиду в определенном смысле воссоздать свое детство, в котором он ощущал свою защищенность, находясь под защитой «всемогущих» значимых взрослых. Также среди проявлений регресса автор отмечает беспомощность, пассивность, зависимость и оральную ориентацию.

К самым архаичным и примитивным защитным механизмам О. Фенихель относит обмороки, защитный смысл которых заключается в полном исключении поступления новых стимулов при риске запределельной эмоциональной стимуляции. В ряде случаев могут наблюдаться явления, которые автор называет «частичными обмороками», а современные психологи называют ступором или «тоннельным» состоянием сознания [52].

2. Разного рода эмоциональные приступы.

Различные эмоциональные приступы, по сути, являются архаичным способом разрядки скопившегося возбуждения, которое возник-

ло в травмирующей ситуации и не нашло выхода. Человек, переживший травму, может демонстрировать неутомимость, чрезмерную двигательную активность, склонность к плачу или крику. Достаточно часто эмоциональные приступы переживаются в виде гнева и тревоги [63]. Эмоциональные реакции возникают непроизвольно и неспецифически.

3. Нарушение сна и повторение симптомов.

Поскольку люди, столкнувшиеся с травмой, переполнены возбуждением, они часто не могут нормально расслабиться и уснуть. Бессонница является одним из самых типичных симптомов травматического невроза. Помимо трудностей с переходом ко сну наблюдаются специфические сновидения, в которых в той или иной форме отражается суть травматического события. О. Фенихель объясняет это тем, что повторяющиеся мучительные сновидения представляют собой некий примитивный способ восстановить контроль над травматическим событием, проигрывая его снова и снова. К тому же отсроченная разрядка помогает избавиться от напряжения [63].

4. Проигрывание травматической ситуации в дневное время в форме фантазий, мыслей и чувств.

Повторения травмы могут происходить не только в состоянии сна, но и в состоянии бодрствования. Они могут принимать форму каких-либо мучительных мыслей о произошедшем событии, эмоциональных всплесков различной интенсивности, тикоподобных движений [63]. В отдельных случаях проигрывание травматического события принимает форму двигательной активности, которая могла бы быть целесообразной в момент травмы, но не была (по той или иной причине) осуществлена [52]. Эта симптоматика связана с попыткой психики отреагировать на напряжение. «Адаптация» к перенесенной травме происходит медленно. В случае, если она оказывается неуспешной, эго (личность) пациента или разрушается, что приводит к определенной симптоматике (переживаемой и демонстрируемой пассивно), или же восстановление эго идет путем временного регресса к более примитивным формам функционирования [52].

5. Психоневрологические осложнения.

О. Фенихель отмечает, что определенное количество случаев, определяемых как травматический невроз, на самом деле представляет собой психоневроз, возникший под воздействием какого-либо инцидента. Автор ссылается на З. Фрейда, который утверждал, что в возникновении невроза играет роль и провоцирующее событие, и невротическая предрасположенность, связанная как с конституционными особенностями, так и с инфантильным опытом человека. Соответственно, человек, в силу индивидуальных особенностей и истории развития предрасположенный к неврозу, отреагирует даже на незначительные стрессовые ситуации неврозом. Тот, кто имеет гораздо меньшую предрасположенность к неврозу, способен выдерживать более тяжелые потрясения.

О. Фенихель, объясняя специфику психоневрологических осложнений, пишет о том, что каждый человек обладает определенным запасом инстинктивной энергии, которая стремится к разрядке, но сдерживается защитными силами. Автор отмечает, что пока сохраняется баланс между вытесненными побуждениями, стремящимися к разрядке, и защитными силами, препятствующими ей, человек может страдать от обеднения личности, но оставаться нормальным в других сферах. В случае тяжелой травмы, нарушающей всю экономику психической энергии, происходит нарушение баланса между вытесненными побуждениями и вытесняющими силами, что приводит к неспецифической дезинтеграции личности с размытой дифференциацией и регрессу к инфантильной зависимости [63]. Люди ищут защиту у Бога, начинают верить в судьбу и надеются, что эта вера защитит их, как в детстве защищали родители. Недостаточность или отсутствие заботы со стороны окружающих часто приводит к формированию апатии, похожей на «первичную депрессию» у детей, лишенных материнской любви [52].

О. Фенихель справедливо отмечает, что симптомы, появляющиеся в результате психической травмы, часто детерминируются не только ее актуальным содержанием, но и предшествующими травматическими ситуациями, которые каким-либо образом находят отголосок

в травматическом событии настоящего. Так, О. Фенихель упоминает пациента с неврозом, вызванным взрывом гранаты во время военных действий, который демонстрирует реакцию, связанную с его переживаниями в трехлетнем возрасте.

О. Фенихель описывает два метода, использование которых способствует нормализации личности после травматического события.

1. «Метод успокоения»: предоставление пациенту возможности дистанцироваться как в территориальном, так и в ментальном плане от травмирующей ситуации; обеспечение пациенту отдыха для постепенного восстановления жизненной энергии. Автор отмечает, что основные функции эго будут при этом еще какое-то время сниженными, поскольку психика «экономит» свои ресурсы для преодоления воздействия травмы. На первом этапе происходит как бы «отступление» эго на «тыловые позиции», где и восстанавливается нарушенное равновесие.

2. «Метод отреагирования»: пациенту необходима отсроченная разрядка накопившегося аффекта через эмоциональную и двигательную сферы в сочетании с феноменами повторения (аффективных переживаний, воспоминаний и эмоциональных «всплесков»).

По мнению О. Фенихеля, психотерапевт должен успокоить, вселить уверенность, удовлетворить потребность пациента в зависимости и пассивности. На этом этапе эго напугано, и проработка травматических событий еще невозможна, их повторение слишком болезненно. Когда этот период миновал, целесообразно, чтобы пациент, находясь уже в безопасности, говорил о травме и своих переживаниях как можно больше; здесь уже терапевт должен способствовать катарсису, бурным разрядкам, повторному переживанию травмы, вербализации и прояснению конфликтов [63].

1.1.4. Понятия инфантильной психической травмы и психической травмы взрослых Дж. Кристалла

В описании специфики психической травмы Дж. Кристал основывается на взглядах З. Фрейда, уделяя особое место расстройству в аффективности, т. е. способности переживать эмоции и чувства.

Дж. Кристал отмечает, что беспомощность – ключевое звено в представлении о травме у З. Фрейда, который утверждал, что «сущность и смысл» травматической ситуации заключается в «оценке субъектом своей силы... и в признании своей беспомощности перед лицом травматической ситуации...» [29, с. 297]. Дж. Кристал в результате своих наблюдений за оставшимися в живых узниками пришел к выводу, что «финальной общей тропой» травматизации стало развитие подавляющих индивида аффектов, что и было первоначально высказано З. Фрейдом. При беспомощном подчинении неминуемой опасности аффективное состояние изменяется от тревоги к каталептической пассивности. Тревога, как утверждает Дж. Кристал, является сигналом о восприятии предотвратимой опасности. В ситуации, когда субъект признает свою беспомощность, происходит психическая капитуляция перед опасностью, и аффективное состояние изменяется от гипербдительного и гиперактивного отклика (от тревоги) к состоянию блокирования эмоций и прогрессивного торможения.

Дж. Кристал уделяет большое внимание периоду младенчества и формулирует теорию инфантильной детской травмы. Для понимания взглядов Дж. Кристалла важно понять, как в норме развиваются аффекты в процессе онтогенеза. На первых этапах психический аппарат регулируется принципом удовольствия. Младенец – это существо, которое может испытывать пока только диаметрально противоположные состояния: либо тотальное удовольствие (покой), либо тотальное неудовольствие (напряжение). Из этих двух состояний постепенно будут развиваться другие аффективные состояния, т. е. каждый раз состояние дискомфорта будет приобретать специфическую окраску, которую человек мог бы описать, например, как «мне страшно / я злюсь / мне больно / мне одиноко / я грущу». Подобную специфическую окраску приобре-

тают также состояния, которые ранее можно было обозначить общим термином «удовольствие». По мере развития ребенок начинает эти состояния, которые раньше просто переживались как неудовольствие (или удовольствие), дифференцировать. Другим приобретением, которое ребенок получает по мере развития, является то, что его аффект постепенно отделяется от тела: аффект начинает существовать сам по себе, ребенок начинает понимать не только то, что он ощущает телесно, но и то, что он чувствует эмоционально. Третьей линией развития аффекта в онтогенезе является способность назвать свой аффект. Функция матери – откликаться на потребности ребенка и защищать его от аффективной гиперстимуляции, к которой ребенок еще не готов.

Рассматривая детскую психическую травму, Дж. Кристал отмечает, что если мать не облегчает напряжения ребенка, возбуждение нарастает и охватывает все более широкие части тела и психики ребенка. В какой-то момент состояние напряжения в психическом аппарате превышает возможный предел выносимости. Для младенца, оставленного надолго без эмоционального отклика на его непереносимое напряжение, ситуация становится биотравмирующей. Младенец оказывается в ситуации запредельного напряжения, которое не вербализовано, не имеет специфической окраски, а также не имеет дифференциации на психологическое и физиологическое. Предшественники аффектов являются неспециализированными, т. е. имеется лишь один паттерн для всех состояний дистресса, и один – для состояний комфорта и удовлетворения. Можно сказать, при инфантильной травме возникает массовый отклик, вовлекающий в себя весь психологический и физический репертуар ребенка. Организм ребенка находится в состоянии возбуждения. Дж. Кристал отмечает, что для оценки глобальности инфантильного травматического состояния, необходимо учитывать как незрелость психики в целом (ее безвременность, безобъектность и другие примитивные характеристики), так и то, что предшественники аффектов не могут быть поняты ссылками на психическую реальность характерных для взрослых аффектов [29].

Можно лишь пытаться представить себе психическое состояние маленького ребенка, который полностью «затопляем» любым ощуще-

нием (болезненным и иным), который испытывает коликообразные спазмы по всему телу, а также мобилизацию всех высших и низших центров боли, дистресса и удовольствия. Когда ребенок в течение длительного временного отрезка находится под воздействием подобного травматического опыта, у него изменяются регуляторные центры удовольствия и боли, включая регуляторные центры для жизненно важных функций. Если такое состояние длится очень долго или повторяется слишком часто, оно ведет к серьезной патологии развития, маразму, госпитализму, анаклитической депрессии, и, в конечном счете, может привести к летальному исходу. Множество независящих друг от друга исследований демонстрируют тот факт, что эта проблема связана не с питанием, а с необходимой аффективной поддержкой материнской фигуры.

Тем самым под *инфантильной травмой* понимается состояние невыносимого напряжения младенца при участии предшественников аффектов и массивной стимуляции.

Среди прямых последствий тяжелой детской травмы у взрослых Дж. Кристал отмечает пожизненный страх возвращения травматического состояния и его ожидание. Сами эмоции начинают восприниматься как завесы травмы, что приводит к страху перед собственными эмоциями и ухудшению переносимости аффектов. Также Дж. Кристал в качестве последствий инфантильной травмы указывает на общую и пожизненную ангедонию, переплетающуюся с различными мазохистскими паттернами. Любопытно, что сами ангедоники могут не обнаруживать у себя недостаток радости и удовольствия: часто они с усердием занимаются своими делами, надеясь, что когда-нибудь им воздастся за это и к ним придет огромное счастье и радость. «Например, большинство людей ожидают, что после того как они выйдут на пенсию, они станут наслаждаться жизнью; возможно, они станут “много путешествовать”. Однако после выхода на пенсию некоторые люди осознают свою ангедонию, и это открытие может вызвать тяжелую депрессию» [29, с. 308].

К последствиям инфантильной травмы Дж. Кристал относит и идею «судного дня», т. е. глубинный пессимизм, которому часто со-

путствуют депрессивное отношение к жизни и хронические страхи. Ожидаемый судный день символизирует собой возвращение к инфантильному травматическому состоянию. Дж. Кристал также отмечает в последующем снижение переносимости аффектов и различные свидетельства остановки в аффективном развитии.

Таким образом, ранняя материнская забота воспринимается как позволение жить; ранняя травма приводит к тому, что не формируется структура, дающая возможность осуществлять заботу о себе.

Оказывается, что в детской травме есть вторичный «клапан безопасности» между травматическим состоянием и его продолжением в смерти. Ребенок, оставленный в одиночестве в состоянии крайнего напряжения, в большинстве случаев не умирает и не остается в травматическом состоянии навсегда, но засыпает. Так, родители всегда могли справиться с ребенком, позволив ему «проплакаться, пока не заснет». По сути, непонятным для нас способом ребенок может закончить травматическое состояние, перейдя ко сну. Есть указание на то, что здесь задействованы эндокринологические и нейрофизиологические реакции. Несмотря на то что ребенок защищен от психогенной смерти способностью засыпать в состоянии тотального несчастья и истощения, повторение таких эпизодов приводит к неудачам развития, истощению или анаклитической депрессии.

Взрослая травма – переживание неизбежной опасности. Травма относится к переполняющему парализующему психическому состоянию, включающему в себя утрату функций эго, остановку функций саморефлексии, паралич всех когнитивных функций и функций самосохранения, тревожность или кататонию вплоть до психогенной смерти. Взрослую травму в психоанализе можно назвать термином «катастрофическая», иногда этот термин употребляется и в отношении детей («детская катастрофическая травма»), в этом случае имеется в виду, что событие, оказавшее травмирующее воздействие, пришлось на период детства.

Можно выделить общие особенности взрослой и инфантильной травмы:

- 1) чувство беспомощности;

2) постоянное ожидание повторения травматической ситуации;

3) нарушения процесса аффективности. При инфантильной травме идет существенная задержка развития аффекта, а взрослая травма приводит к ресоматизации, девербализации и дедифференциации аффектов.

Дж. Кристал обозначает четкие различия между инфантильной и взрослой травмой:

1) у взрослых людей регрессия имеет место быть, но не является полной. Взрослые люди могут блокировать эмоции и сужать познавательную способность. «Поэтому для взрослого человека невозможно испытывать такую полную регрессию в форме и природе аффектов и в остальном психическом функционировании, чтобы пережить психическое состояние инфантильной травмы. Одной из причин такого отличия является структура взрослой психики. Она содержит все те ресурсы для предотвращения травмы, которые мы имели обыкновенно описывать в качестве “стимульного барьера”» [29, с. 312];

2) в травматическом состоянии взрослый человек способен сохранять «наблюдающее эго». «Следовательно, по мере развития функций самонаблюдения травматические переживания и “около-травматические” состояния могут быть использованы при развитии “сигналов травмы” (Sandler, 1967), максимального отклика при чрезвычайных обстоятельствах, мобилизирующего тревогу, который может позднее служить для предотвращения травмы. Сигналы травмы могут мобилизовывать защиты человека или могут быть вовлечены в получение им помощи от других людей (Petty et al., 1974)» [29, с. 312–313];

3) другое важное различие между инфантильной травмой и взрослой травмой наблюдается в связи с ее отношением к аффектам. «Для ребенка сами аффекты становятся подавляющими и травматическими вследствие их примитивной природы и примитивного состояния психики ребенка. У взрослого человека интенсивные аффекты сами по себе не порождают травму, и при определенных условиях они могут даже желаться. Даже аффективные бури отличаются от психической травмы в том отношении, что они несут в себе угрозу затопления, но

в действительности не подавляют интегративные и исполнительные функции индивида. И лишь подавление эго, капитуляция к полной беспомощности и безнадежности и продвижение к кататоноидному состоянию делают ситуацию травматической» [29, с. 313].

1.1.5. Интерсубъективный подход к травме Р. Д. Столороу

Современный американский психолог, психоаналитик и философ Роберт Столороу разрабатывает понятие травмы в рамках интерсубъективного подхода. Вслед за Дж. Кристал он рассматривает травму как переживание непереносимого аффекта и выделяет два основных качества эмоциональной травмы:

1) ее контекстуальную укорененность, которая заключается в том, что болезненные эмоции становятся травматичными, если они не могут найти контекст эмоционального понимания, в котором они смогли бы быть удержанными и интегрированными. Р. Д. Столороу предлагает весьма метафоричный термин «эмоциональный приют», под которым он понимает отношения, характеризующиеся адекватной сонастроенностью, отзывчивостью и чуткостью;

2) ее экзистенциальную значимость, которая заключается в том, что человек, столкнувшийся с травматичной ситуацией, лишается иллюзии безопасности, стабильности и предсказуемости мира. Используя терминологию М. Хайдеггера, он пишет о том, что травма погружает человека в подлинное бытие-к-смерти, от которого нетравмированный человек защищается арсеналом иллюзий. Р. Столороу размышляет о роли повседневных очевидностей, бессознательно играющих определенную роль в жизни людей. Он пишет: «Когда человек говорит другу: “До встречи”, – или родитель говорит ребенку перед сном: “Увидимся утром”, то действительность подобных заявлений, так же, как и бреда, не нуждается в обсуждении. Подобные очевидности становятся основой для своего рода наивного реализма и оптимизма, которые позволяют людям функционировать в мире, воспринимаемом как стабильный и предсказуемый. Сущностью эмоциональной травмы является разрушение этих очевидностей, катастро-

фическая потеря невинности, ведущая к перманентной смене ощущения “бытия-в-мире”. Тотальная деконструкция очевидностей повседневной жизни раскрывает неизбежную случайность существования в непредсказуемой вселенной, в которой нельзя быть уверенным в безопасности и постоянстве бытия» [59, с. 43].

Важным является тот факт, что болезненные детские переживания сами по себе не являются травматичными при условии, что для них существует эмоциональный приют в лице отношений с чутким взрослым. «Боль – это не патология», – пишет Р. Столору, и именно отсутствие адекватной сонастроенности и отзывчивости к болезненным переживаниям ребенка является фактором, делающим эти аффекты непереносимыми, а значит, превращающим их в источник травматизации и психопатологии. Травмированный ребенок, лишенный удерживающегося контекста, в котором болезненные чувства могут быть прожиты и интегрированы, диссоциирует болезненные эмоции от своего опыта, что часто провоцирует психосоматические симптомы или является источником раскола между его психическим и телесным восприятием. В этом случае ребенок, даже помня о психотравмирующей ситуации, все равно сталкивается с сомнениями относительно реальности и адекватности своих переживаний, что связано с отсутствием эмоциональной сонастройки. Р. Столору утверждает, что травмированный ребенок не развивает устойчивости к аффекту и не научается использовать аффект как сигнал, т. е. болезненные переживания при своем появлении будут вызывать всплеск травматических состояний.

Р. Столору исследует также разрыв связующей нити темпоральности при травме. Вслед за М. Хайдеггером он называет прошлое, настоящее и будущее «экстазами» времени, которые существуют не отдельно, а переплетаются друг с другом, создавая «экстатическое единство темпоральности» [59]. Оно означает, что любое жизненное переживание существует сразу в трех измерениях времени, и в силу этой «трехмерности» переживание собственного бытия «растянуто между рождением и смертью». Тезис Р. Столору состоит в том, что именно экстатическое единство темпоральности разрывается при трав-

ме: травматичный опыт становится стоп-кадром в бесконечном настоящем, к которому человек вынужден постоянно возвращаться, проживать его раз за разом. Можно сказать, что прошлое словно становится настоящим, а будущее вообще теряет смысл. Поскольку при травме меняется универсальная структура темпоральности, травмированный человек словно живет в другой реальности, что обуславливает чувство отчужденности от других, не травмированных, людей. Идея М. Хайдеггера в изложении Р. Столороу заставляет взглянуть на травму как на фактор, меняющий структуру темпоральности, а значит, разрушающий понимание человеком его бытия, что приводит к «поломке» ощущения единой самости.

1.1.6. Концепция «кумулятивной травмы» М. Хана

В рамках эго-психологии в работах А. Фрейд, Д. Винникотта и др. подчеркивается значение отношений в диаде «мать – ребенок», что заставляет авторов пересмотреть смысл психической травмы и ее специфические особенности. Развивая эти представления, английский психоаналитик М. Хан предложил термин «кумулятивная травма». Он рассматривает роль матери в развитии ребенка с точки зрения функции «щита», т. е. защитной функции, и утверждает, что кумулятивная травма проистекает из незначительных повреждений в результате ошибок матери при выполнении этой функции. Как считает автор, это утверждение справедливо на протяжении всего развития ребенка (от рождения до пубертатного возраста) в тех сферах жизни, в которых ребенок нуждается в этом «щите» для поддержания своего еще слабого и незрелого «я». Подобные незначительные повреждения в момент их возникновения могут и не иметь еще травматического характера, однако, накапливаясь, они превращаются в психическую травму. В наилучшем случае неминуемые промахи матери корригируются или преодолеваются в результате созревания и развития; если же они происходят слишком часто, то увеличивается риск формирования у ребенка психосоматического расстройства, которое затем становится ядром последующего патогенного поведения [61].

Дж. Кристал, анализируя точку зрения М. Хана, приходит к заключению, что автор использовал термин «травма» для охвата очень широкого круга явлений. Дж. Кристал пишет, что он «определял последствия неудачи матери защитить своего ребенка от разнообразных неблагоприятных обстоятельств. Однако он не рассматривал вопрос о том, каким может быть переживание травмы. В действительности он отмечал, что кумулятивная травма абсолютно бесшумна, приходит незаметно для каждого затрагиваемого ею человека и “становится заметной лишь ретроспективно”» [29, с. 290]. Дж. Кристал отмечает: М. Хан пояснил, что говорил о патогенных воздействиях, возникающих в результате некоторой неспособности матери функционировать в качестве защитного щита. «Позднее он радикально расширил данное определение патогенных воздействий до включения в них любого развития или переживания, которое не способствует оптимальному развитию ребенка. Таким образом, “бреши в материнской роли в качестве защитного щита” могут приводить в результате к неадекватным фазосоответствующим фрустрациям, которые вряд ли можно представить в качестве источников продуцирования травмы» [29, с. 291]. Из последней фразы можно понять, что Дж. Кристал считал теорию кумулятивной травмы недоработанной, однако, на наш взгляд, теория М. Хана имеет большое значение, поскольку в ней находит отражение идея о том, что детская травма состоит из всего негативного опыта ребенка и проявляется в некий будущий момент времени.

1.1.7. Представление о нарциссической травме в работах Х. Кохута

В психоаналитическом направлении людей, усилия которых направлены на поддержание самоуважения путем получения подтверждения со стороны, называют *нарциссическими*. Безусловно, каждому человеку свойственна определенная уязвимость в отношении того, насколько ценным и значимым он себя чувствует, однако для некоторых людей озабоченность «нарциссическим запасом» или поддержанием самоуважения преобладает над другими потребностями.

ми настолько, что в этом случае их можно считать поглощенными исключительно собой. Термины «нарциссическая личность» и «патологический нарциссизм» применяются именно ко второй категории людей [32].

Термин «нарциссизм» был использован З. Фрейдом в 1910 г. для обозначения гомосексуального выбора объекта. Он позаимствовал этот термин из греческого мифа о юноше Нарциссе, который влюбился в свое отражение в зеркале воды. З. Фрейд показал, что гомосексуалисты видят сексуальный объект в самих себе, они исходят из нарциссической установки и ищут похожих на себя молодых людей, которых они могли бы любить так же, как мать любила их. Концепция нарциссизма подтолкнула З. Фрейда к идее о существовании особой стадии психосексуального развития, промежуточной между аутоэротизмом и объектной любовью: на этой стадии субъект начинает видеть объект любви в самом себе, в своем теле. З. Фрейд выделяет два вида нарциссизма: первичный и вторичный. Первичный нарциссизм характеризует ранний период детства, когда либидо ребенка полностью обращено на себя, а субъективный и объективный мир слиты воедино. Младенец получает удовольствие преимущественно от своего тела, маленький ребенок верит в свое совершенство и всевластие [18].

Как демонстрируют психоаналитические работы, нарциссизм может быть нормальным, обеспечивающим личности чувство самоуважения, адекватную гордость собой, удовольствие от признания своих достижений, однако патологический нарциссизм наделяет личность чрезмерно повышенным самомнением, грандиозностью, но в то же время – уязвимостью к пренебрежению и прочим нарциссическим ранениям. У нарциссических личностей – эксгибиционистская потребность во внимании и восхищении и в то же время недостаток эмпатии к другим, кого они используют лишь для удовлетворения своих нужд. Нарциссам трудно поддерживать реалистичное, здоровое самоуважение, они часто ощущают внутреннюю пустоту и испытывают трудности в социальных отношениях [32].

Современные психоаналитические концепции охватывают множество различных внешних проявлений ключевых проблем идентич-

ности и самоуважения. Бурстен (1973) предложил типологию нарциссических личностей, включающую в себя следующие нарциссические варианты: параноидный, страстно-требовательный, манипулятивный и фаллический. Общим для нарциссических личностей, по-разному репрезентирующих себя, является присущее им ощущение, что они не соответствуют чему-либо; чувство стыда, никчемности, слабости и своего низкого положения. Их компенсаторное поведение может сильно варьировать, но всегда обнаруживается сходная проблематика. Можно сказать, что в каждом грандиозном и честолюбивом нарциссе спрятан застенчивый и одинокий ребенок, также как в депрессивном и самокритичном нарциссе скрывается грандиозное представление о том, каким он мог бы быть [32].

В психоаналитической литературе постоянно выделяют стыд и зависть в качестве главных эмоций, ассоциированных с нарциссической организацией личности. Субъективный опыт нарциссов пропитан чувством стыда либо страхом почувствовать стыд. Также они уязвимы для зависти и не допускают мысли, что могут испытывать ее. «Если я внутренне убежден, что обладаю некоторыми недостатками и моя неадекватность всегда может быть разоблачена, я начинаю завидовать тем, кто кажется довольным или обладает теми достоинствами, которые (как мне кажется) могли бы способствовать тому, чего я лишен. Зависть нередко лежит в основании другого широко известного качества нарциссических людей – склонности осуждать самого себя или других. Если я ощущаю дефицит чего-либо и мне кажется, что у вас все это есть, я могу попытаться разрушить то, что вы имеете, выражая сожаление, презрение или путем критики», – пишет по этому поводу Н. Мак-Вильямс [32, с. 225]. Личности с нарциссической организацией могут использовать целый спектр психологических защит, но наиболее характерными для них являются идеализация и обесценивание. Родственной защитной позицией, к которой часто прибегают нарциссические личности, считается перфекционизм. Они ставят сами перед собой недостижимые идеалы и задачи, и либо уважают себя за то, что достигают их (грандиозный исход), либо ощущают себя как тотально дефективных (депрессивный исход). «Иногда

нарциссические личности решают свои проблемы с самоуважением, считая кого-либо – любовника, учителя, литературного героя – совершенным. Затем они чувствуют собственное величие, идентифицируясь с этим человеком (“Я – придаток его, который не может ошибаться”). Некоторые пациенты имеют пожизненные паттерны идеализации кого-либо и вслед за этим свержения этой личности с пьедестала, когда обнаруживается его несовершенство. Перфекционистское решение нарциссической дилеммы, по сути, является саморазрушительным: недостижимые идеалы создаются, чтобы компенсировать дефекты в “я”», – отмечает Н. Мак-Вильямс [32, с. 227].

Х. Кохут обнаружил несоответствие между наблюдаемой им патологией и классическим фрейдовским описанием и предложил рассматривать нарцисса как страдающего от неудач в развитии и недостатков при создании связной, интегрированной самости. Х. Кохут создал новую теорию нарциссизма – теорию дефицита. Он пересмотрел классические психоаналитические взгляды о том, что развитие психики происходит благодаря фрустрации, и утверждает, что оно происходит благодаря эмпатическому понимающему отклику. Х. Кохут считает, что развитие человека – это непрерывное, целостное развитие чувства самого себя, своего «Я» (самости). Представление о себе, согласно взглядам Х. Кохута, формируется на самых ранних периодах онтогенеза благодаря невербальным реакциям матери, ее эмоциональному отклику на ребенка, позднее к этим невербальным сообщениям прибавляются и вербальные сообщения (т. е. мать является тем, кто сообщает ребенку информацию о нем, о том, что с ним происходит, какие чувства он испытывает, каков он) [24].

Х. Кохут выделяет две базовые нарциссические потребности:

- 1) потребность в идеале – в той важной и прекрасной фигуре, которая угадывает потребности субъекта и удовлетворяет их;
- 2) потребность в отзеркаливании, которое осуществляется той идеальной фигурой.

Тем самым при взаимодействии с матерью через отзеркаливание ребенок получает цельное переживание себя: он узнает что-то о себе, исходя из того, что в нем увидела мать и что она ему преподнесла.

В случае, когда матери не удалось угадать и отразить какие-то потребности или переживания ребенка, они воспринимаются как отсутствующие. Чем больше таких неотраженных матерью компонентов, тем больше пустоты формируется внутри. Х. Кохут справедливо считает нарцисса не носителем внутреннего конфликта, а носителем некого дефицита, который и провоцирует внутри пустоту и недостаточное чувство своего «я». Человек нарциссической конфигурации – это человек, у которого не были в достаточной степени удовлетворены эти базовые потребности, и он продолжает искать некий идеальный объект, а также подтверждение своей состоятельности, красоты или силы. Поскольку ни один другой человек не может взять на себя материнскую функцию и стать настолько же идеальным и зеркалящим, нарцисс вынужден сталкиваться с постоянным разочарованием (деидеализацией), которое вызывает у него приступы ярости, депрессии. Нарциссическая психопатология, по мнению Х. Кохута, проистекает, в сущности, из травмирующего недостатка эмпатии матери и нарушения нормального развития процессов идеализации [24]. Эти травматические события приводят к блоку развития, к фиксации на стадии архаичного инфантильного грандиозного Я и к бесконечному поиску идеализированного Я-объекта, необходимого для завершения развития психических структур.

Х. Кохут делает важное клиническое заключение, касающееся природы переноса нарциссических клиентов: нарциссы способны формировать перенос, пусть и специфический. Зачастую в терапии нарциссическая личность будет формировать идеализированный перенос, поскольку ее потребность в идеале осталась неудовлетворенной. При работе с подобными клиентами терапевт длительное время использует технику отзеркаливания, позволяя клиенту получить опыт, когда его потребности становятся услышанными и отраженными.

Нарциссическую травму ребенок получает в отношениях с родителями. Опыт отвержения детей и детских потребностей в родительских семьях разнообразен и может быть продиктован очень разными по контексту ситуациями.

Рассуждая о том, каким образом родители формируют нарциссический склад характера у ребенка, следует отметить, что, по сути, каждый ребенок до некоторой степени рассматривается как нарциссическое расширение. Ведь каждый родитель испытывает гордость и радость, если его ребенок преуспевает в чем-то или воплощает в жизнь какую-то родительскую задумку. Как правило, проблемой является степень и баланс: получает ли ребенок внимание также и независимо от того, содействует ли он целям родителей? Родственным аспектом воспитания людей, ставших впоследствии нарциссическими, является атмосфера постоянного оценивания в семье. Если на ребенка делается ставка как на жизненно важный объект, необходимый для собственной самооценки, то всякий раз, когда ребенок разочаровывает, его будут прямо или косвенно критиковать. Конечно, никто не воспитывает ребенка совсем без критики, но скрытое сообщение о том, что он почему-то (неясно, почему) недостаточно хорош, резко отличается от конкретной обратной связи при совершении какого-либо проступка [32]. Также одной из причин, способствующих формированию нарциссических черт, является то, что родители предъявляют невыполнимые требования к детям потому, что предъявляют невыполнимые требования к самим себе. Такие семьи можно назвать «фасадными», поскольку для них большое значение играет впечатление, которое они производят на окружающих, социальная оценка. Дети в таких семьях отчасти воспринимаются как угроза, поскольку реальный (и неидеальный) ребенок неизбежно сообщает в социум информацию, которую взрослые хотели бы скрыть. Часто дети в таких семьях не имеют права уставать, иметь социальных трудностей или проблем в развитии, не должны быть грязными, испытывать неодобряемые чувства или болеть. Функция этих детей – быть дополнением к портрету идеальной семьи. Дети, столкнувшиеся с затяжной тяжелой ситуацией в жизни, также могут развивать нарциссические черты в качестве защиты, которая помогает им выжить в этих условиях. Например, если родители часто ругаются, и ситуация близится к разводу, ребенок может брать всю ответственность за происходящее на себя. Такая форма нарциссизма связана у ребенка с магическим мышлени-

ем, основанным на его ощущении себя центром мира. Также нарциссизм может развиваться у детей насильников, людей с психическими расстройствами, зависимых, неизлечимо больных. В этом случае можно сказать, что реальность слишком сложна и болезненна, и фантазии этих детей, направленные на то, чтобы справиться с фрустрацией, начинают обретать гиперкомпенсирующий характер. Это же характерно для тех, кто попал в тяжелую жизненную ситуацию: оказался в детском доме, в эпицентре военных действий [13].

Контрольные вопросы и задания

1. Как появился термин «психическая травма»?
2. Какие основные причины возникновения психического расстройства признавала психиатрия конца XIX в.?
3. Каковы взгляды З. Фрейда на формирование психической травмы?
4. Какие основные группы симптомов травматических неврозов выделяет О. Фенихель?
5. В чем отличие инфантильной травмы от взрослой травмы?
6. В чем сущность интерсубъективного подхода к травме?
7. Каковы особенности личности, столкнувшейся с нарциссической травмой?
8. Сформулируйте свое мнение по поводу вклада психоанализа в развитие представлений о психической травме.

1.2. Психическая травма в когнитивной психологии

1.2.1. Появление и развитие понятия «когнитивная схема»

В психологии *когнитивными схемами* называют структуры, организующие опыт и поведение индивида и включающие в себя определенные убеждения и правила. По словам Р. Хока, понятие «схема» является одной из теоретических основ, на которых держится когнитивная психология. Он определяет когнитивную схему как единый блок знаний, возникающий на основе прошлого опыта, обеспечивающий точку отсчета для оценки предстоящего опыта и влияющий на восприятие событий и людей и реакцию на них. По его мнению, схемы являются способами организации информации о мире.

В целом понятия «убеждения», «схемы», «правила», «когнитивные паттерны», «когниции» можно назвать взаимозаменяемыми, поэтому вполне допустимо употребление понятий «дисфункциональные схемы» и «дисфункциональные убеждения» в одном значении. Отметим, что в понятии «когнитивная схема» внимание фиксируется на когнитивном содержании схем, тогда как в понятии «убеждение» больше эмоциональных и мировоззренческих коннотаций [42].

Задолго до появления в когнитивной психологии концепта схемы И. Кант использует его в работе «Критика чистого разума» (1781). Он, пытаясь преодолеть конфликт между эмпиризмом и рационализмом в гносеологии, вводит два вида знания: априорное (существующее до опыта) и апостериорное (полученное в опыте). Желая отыскать область, которая позволяет этим двум видам знания соединиться, И. Кант пишет: «Ясно, что должно существовать нечто третье, однородное, с одной стороны, с категориями, а с другой – с явлениями, и делающее возможным применение категорий к явлениям. Это посредствующее представление должно быть чистым (не заключающим в себе ничего эмпирического) и, тем не менее, с одной стороны, интеллектуальным, а с другой – чувственным. Именно такова трансцендентальная схема» [19, с. 123]. По сути, И. Кантом описана специфика схем: априорная функция схем заключается в предвосхищении

восприятия человеком происходящих событий, а апостериорная функция – в трансформации самих схем под влиянием этих событий.

В когнитивную психологию понятие схемы было введено английским психологом Ф. Бартлеттом. В 1932 г. он инициировал исследование, в ходе которого было установлено то, каким образом европейские испытуемые воспроизводят неизвестную им сказку западной культуры. Анализируя эксперименты, смысл которых заключался в том, что различные испытуемые должны были пересказать одну и ту же историю, Ф. Бартлетт обнаружил, что при воспроизведении этой истории встречаются устойчивые паттерны ошибок. Так, при пересказе индейских сказок испытуемые-европейцы вносили в них изменения до тех пор, пока индейская сказка не становилась похожей на европейскую: незнакомый «арахис» мог превратиться в знакомый «желудь», а неопределенные или плохо понятные места текста при воспроизведении замещались вымышленными предположениями, отражающими привычные сведения об окружающем мире. Для объяснения этого явления Ф. Бартлетт и предложил концепт схемы как компонента памяти, некоего «пакета» знаний, который формируется из взаимодействия с внешним миром и одновременно организует новый поступающий материал определенным образом [43].

У. Найсер также полагал, что все виды восприятия зависят от уже имеющихся в репертуаре индивида структур – когнитивных схем, которые направляют перцептивную активность и сами изменяются под влиянием этой активности. У. Найсер считал, что схемы выступают неким посредником, через которого прошлое оказывает воздействие на будущее. Схемы не регулируются каким-либо одним источником получения информации (зрение, слух, осязание и т. д.), они носят обобщенно-перцептивный характер. В начале развития схемы являются элементарными, зачаточными (например, уже у младенца будет наблюдаться стремление следить глазами за предметами или поворачиваться к источнику звука), в процессе онтогенеза схемы также усложняются, развиваясь в направлении от общего к частному, от глобального к категориальному. Процесс восприятия в теории У. Найсера заключается во взаимодействии между конкретным объ-

ектом (событием) и более общей схемой. Восприятие рассматривается как процесс генерализации объекта или конкретизации схемы [42].

По мнению Д. Нормана, схема – это некий пакет информации, определенный комплекс знаний, касающийся какой-либо области. Схема включает в себя значительные сведения о соответствующих понятиях, в том числе о типичных особенностях обозначаемых ею объектов. Так, схема «животное» констатирует, что у этого организма есть одна голова, схема «млекопитающее» – что у организма есть четыре конечности и т. д. [47]. Д. Румельхарт и Д. Норман под схемами понимают единицы организованной информации, взаимосвязанные структуры знания, которые принимают участие в понимании входной информации и управляют процессом ее обработки. Этап, называемый «структурирование знания», включает формирование новых схем на основе уже существующих путем видоизменения последних под влиянием нового опыта [42].

Дж. Брунер формулирует конструктивистскую теорию познания, указывая на селективную функцию схем в познании. В этой теории речь идет о том, что новый опыт «ложится» на уже существующие категории, которые и придают ему то или иное значение. Категории определенным образом организуют поступающую информацию, давая возможность человеку выдвигать гипотезы в отношении воспринимаемых объектов [42].

Безусловно, схемы формируются в процессе онтогенеза, рождаясь из первичных наблюдений в момент нашей обработки их и постоянно усложняясь по мере развития человека. Наиболее полную концепцию развития когнитивных схем сформулировал Ж. Пиаже (1969), речь о данной теории будет идти далее.

1.2.2. Представление о психической травме как разрушении базовых схем и убеждений

Наиболее развернутую и структурированную теорию генетического развития когнитивных схем предложил швейцарский ученый Ж. Пиаже (1969). Он указывал на ведущее значение схем в когнитив-

ном развитии человека: «Никакое поведение, даже если оно является новым для данного индивида, не может рассматриваться как абсолютное начало. Оно всегда привязано к предшествующим схемам, будучи, таким образом, равносильным ассимиляции новых элементов ранее сконструированными структурами (врожденными, как в случае рефлексов, либо приобретенными ранее)» (цит. по: [43, с. 122]). Ж. Пиаже вводит понятия ассимиляции и аккомодации, играющие важную роль при объяснении воздействия травмы на когнитивные схемы.

Ассимиляция – это добавление нового объекта в уже существующие схемы. Благодаря ассимиляции новый опыт интегрируется в уже существующие сенсомоторные и концептуальные структуры. В случае, когда уже имеющиеся схемы не могут полностью охватить новое воздействие, возникает аккомодация, т. е. подстройка самих схем, их адаптация к новому объекту. Согласно взглядам Ж. Пиаже онтогенетическое развитие происходит благодаря чередованию этих процессов. Следовательно, любой опыт, в том числе травматический, интегрируется в уже имеющиеся у личности схемы либо модифицирует эти схемы. Можно предположить следующее: в ситуации травмы человек переживает опыт, который крайне тяжело ассимилировать, однако и аккомодация схем к такому опыту произойти не может (возможно, по причине того, что предполагает образование некомфортных для человека схем, ассоциирующихся с непредсказуемостью и враждебностью окружающего мира) [43]. Например, человек, имеющий в своем репертуаре когнитивную схему о том, что люди сами притягивают к себе события, могут испытать травмирующее воздействие, оказавшись в ситуации, когда с ними произошло что-то плохое. В таком случае человеку приходится либо принять вытекающую из этого мысль, что он сам является виновником произошедшего (ассимиляция), либо допустить, что некоторые события в жизни абсолютно не зависят от человека, его моральных принципов и личностных качеств (аккомодация). В случае же, если в приведенном примере когнитивная схема не подвергается никакой обработке, возникает эффект травмы.

Убеждения человека находятся в центре известной триады ABC, предложенной американским психологом, основателем рационально-эмотивной психотерапии А. Эллисом: А (activating events) – события, происходящие в жизни человека; В (beliefs) – система убеждений относительно данных событий; С (consequences) – последствия этих событий, которые могут привести к эмоциональным и поведенческим нарушениям. Система убеждений в теории А. Эллиса представляет собой нечто вроде базовой философии человека. «Она может содержать как вполне разумные рациональные убеждения, проверяемые опытным путем, так и иррациональные, которые, как правило, являются реакциями на неблагоприятные активирующие события, неоднократно повторявшиеся как в детском, так и в более позднем возрасте», – отмечают М. Падун и Н. Тарабрина [43, с. 126]. Действительно, оценка происходящих событий и последующая реакция на них зависит от убеждений, которыми оперирует человек, именно поэтому на одни и те же стимулы люди выдают различные реакции. Для иллюстрации можно рассмотреть распространенную ситуацию: молодой человек, познакомившись с девушкой в кафе, желает оплатить не только свой счет, но и ее. Одно и то же событие может повлечь различные последствия в зависимости от когнитивных схем, которыми располагает девушка. Если девушка воспринимает это событие через убеждение «настоящий мужчина должен оплачивать счета понравившейся женщины», то предложение парня ее обрадует, а вот если у девушки существует убеждение, что тем самым молодой человек демонстрирует ей свое превосходство и является сексистом, то предложение парня ее возмутит. По тем же сценариям можно рассмотреть и любое стрессовое и травматичное событие. Безусловно, есть «универсальные» травмы, вызывающие у всех индивидов одни и те же эмоциональные и поведенческие последствия, однако зачастую именно индивидуальные установки человека будут определять то, станет событие для него травматичным или нет.

Для понимания воздействия психической травмы выделяют следующие характеристики когнитивных схем:

1) схемы являются когнитивно-эмоциональными структурами, формирование которых происходит в процессе приобретения челове-

ком определенного опыта. Эта характеристика подчеркивает эмоциональную составляющую схем;

2) схемы обладают различной степенью гибкости. Они могут быть как ригидными (и тогда будут выступать причиной дезадаптации), так и сверхгибкими (и будут приводить к снижению способности человека придерживаться какой-либо жизненной стратегии);

3) убеждения имеют различную иерархичность: существуют поверхностные, более глубокие и центральные убеждения (их также можно назвать базисными). Те убеждения, которые человек сам с легкостью осознает в себе и может открыть другим, называются поверхностными. Центральные убеждения без дополнительных усилий со стороны человека осознаваться не будут, для их «вскрытия» требуются специальные расспросы или терапевтическая работа;

4) убеждения также можно дифференцировать по степени абстрагированности и глобальности. Взяв за основу этот критерий, убеждения можно разделить на две большие группы: убеждения, которые касаются определенных жизненных сторон (например, убеждения «Я профессионал своего дела», «Я хорошо разбираюсь в музыке», «Я легко нахожу общий язык с разными людьми») и убеждения относительно себя и мира в целом (например, «Хороших людей гораздо больше, чем плохих», «Я заслуживаю любви и уважения»). Те убеждения, которые личность сформировала относительно себя и мира в целом, называются базисными убеждениями [42].

Далее речь пойдет о базисных убеждениях, поскольку именно они подвергаются воздействию при столкновении с травматическим событием.

1.2.3. Концепция психической травмы Р. Янофф-Бульмана

Р. Янофф-Бульман, взяв за основу когнитивно-экспериментальную теорию С. Эпштейна, сформулировал концепцию базисных убеждений. Исследователь делает попытку объяснить влияние психической травмы с помощью этого понятия. «Согласно Янофф-Бульману, структура базисных убеждений включает имплицитные

убеждения личности о доброжелательности-враждебности внешнего мира, его справедливости, а также представления о собственном “Я”» [43, с. 130].

1. Базисное убеждение личности о доброжелательности-враждебности внешнего мира.

Первая группа базисных утверждений включает в себя представления человека об окружающем мире в контексте «позитивного-негативного». «По мнению Янофф-Бульмана, большинство людей убеждены в том, что мир в целом – достойное место для жизни, а неудачи в нем происходят довольно редко. Как правило, большинство индивидов считают также, что их окружают добрые, порядочные, достойные доверия люди, которые при необходимости придут на помощь» [43, с.130]. В тех случаях, когда человек сталкивается с какой-либо негативной информацией, вступающей в конфронтацию с убеждением в позитивности окружающего мира (например, из СМИ), для сохранения своего комфорта он вынужден словно проводить различия между большим внешним миром в целом и собственным маленьким миром, где живет он сам. Это позволяет человеку, с одной стороны, относиться к миру объективно, признавая, что в нем есть беды, несправедливости и катастрофы, но, с другой стороны, сохранять представление о своем «личном мире» как о позитивном.

2. Базисное убеждение личности о справедливости мира.

Эта группа базисных убеждений отражает взгляды человека на то, каким образом осуществляется распределение удач и неудач. По мнению Р. Янофф-Бульмана, базисное убеждение о справедливости мира содержит в себе три основные характеристики:

а) первая характеристика отражает убежденность человека в том, что события, которые происходят с людьми, распределяются согласно принципу справедливости, т. е. каждый получает то, что заслуживает («Если я хороший человек, то в моей жизни все будет хорошо», «Каждый получит по заслугам»);

б) вторая характеристика отражает убежденность человека в том, что люди обладают способностью предотвращать неприятные события своим поведением: если человек действует правильно / осторож-

но / дальновидно, то он избежит негативных событий («Я сам виноват, что со мной это случилось», «Если бы я был внимательнее, то сразу бы понял обман»);

в) третья характеристика относится к принципу распределения хороших и плохих событий в контексте их случайности или закономерности. Речь идет о следующем: человек формирует представление о том, случайны ли события, происходящие с ним, существует ли между ними определенная закономерность, есть ли какой-то особый смысл в том, что происходит («Ничего не случается просто так», «Все, что случается, к лучшему», «Это случилось затем, чтобы меня чему-то научить»).

3. *Базисное убеждение личности о собственном «Я».*

Базисное убеждение о ценности и значимости собственного «Я» также можно представить через три основные категории:

а) первая категория отражает представление о себе как о достойном человеке, соблюдающем требования морали и заслуживающем любви, уважения, достатка («Я заслуживаю хорошего к себе отношения», «Я добрый и честный человек»);

б) вторая категория содержит представления человека о том, что он может контролировать происходящее с ним и действовать так, чтобы события развивались в его пользу («Все, что с нами происходит, – дело наших рук», «У меня не получилось, и это значит, что я просто плохо старался»);

в) третья категория описывает убеждения человека через призму «везение – невезение» («Я везучий человек», «Со мной всегда происходят какие-то неприятности»). «Даже если индивид считает, что события, происходящие в мире, не подвластны контролю и распределяются между людьми случайно, он может считать себя просто везучим человеком и таким образом поддерживать чувство собственной неуязвимости» [43, с. 131].

Формирование базисных убеждений, как уже было отмечено, происходит в раннем детстве благодаря общению ребенка со значимым взрослым. Первые впечатления ребенка, касающиеся окружающего мира и себя, складываются еще до момента того, как ребенок

овладевает речью. Р. Янофф-Бульман, развивая постулаты теории объектных отношений, подчеркивает важнейшую роль в формировании базисных утверждений того, какую реакцию ребенок получал со стороны взрослых на крик: утешают ли его, пытаются понять причину крика, игнорируют или раздражаются по этому поводу. Во многих психологических теориях (З. Фрейд, Э. Эриксон и др.) подчеркивается, что еще до года ребенок начинает структурировать собственный опыт, постепенно формируя глубинные убеждения о безопасности, доброжелательности, справедливости окружающего мира, а также о самом себе как достойном любви, заботы, признания (или недостойном их). Базисные убеждения, сформированные столь рано, позволяют ребенку чувствовать себя в безопасности и воспринимать мир как стабильное и заслуживающее доверие место, что в дальнейшем способствует формированию ощущения собственной неуязвимости [43].

Анализируя концепцию и исследования Р. Янофф-Бульмана, М. А. Падун отмечает: «Базисная концепция большинства взрослых здоровых людей приблизительно выглядит так: “В этом мире больше хорошего, чем плохого. Если что-то плохое и случается, то это бывает, в основном, с теми людьми, которые делают что-то не так. Я хороший человек, следовательно, я могу чувствовать себя защищенным от бед”. Таким образом, из уст людей, столкнувшихся с травмой, можно услышать следующее: “Я никогда не мог подумать, что это может случиться со мной”. Базисные убеждения, касающиеся позитивного Я-образа, доброжелательности окружающего мира и справедливых отношений между “Я” и окружающим миром, наиболее сильно подвержены влиянию психической травмы. Тем самым при столкновении с психотравмирующей ситуацией человек сталкивается с ужасами окружающего мира, а также с собственной уязвимостью и беспомощностью, т. е. имеющаяся ранее уверенность в собственной защищенности и неуязвимости оказывается иллюзией, повергающей личность в состояние дезинтеграции, преодоление которого заключается в восстановлении базисных убеждений. В результате проведенных исследований было отмечено, что базисные убеждения испытуемых, имеющих в анамнезе сильные психические травмы, и испытуемых, не

имеющих травм, значительно отличаются, причем травмирующие события по-разному влияют на различные убеждения» [43, с. 132].

Р. Янофф-Бульман считает, что для преодоления травматического воздействия требуется восстановление базисных убеждений. Этот процесс является сложным и длительным, поскольку в опыте человека одновременно присутствуют две модели реальности, которые противоречат друг другу: прежние, привычные глубинные убеждения, не получившие своего подтверждения, и опыт травмы, сопряженный со страхом, болью, бессмысленностью. Процесс совладания с травмой метафорически можно представить как «наведение моста» между прежними конструктами и опытом травматизации.

Первый этап, который Р. Янофф-Бульман обозначает как этап «автоматических процессов», заключается в том, что включаются защитные механизмы, благодаря которым человек справляется с сильнейшим потрясением, вызванным травматическим событием. К таким защитным механизмам можно отнести эмоциональную онемелость и отрицание, позволяющие человеку справиться с возбуждением, которое неминуемо возникает в ситуации травмы. При запредельных для человека переживаниях травмы, которые не поддаются контролю, психика подключает защитные механизмы, направленные на избегание травматической информации. В норме спустя какое-то время интенсивность действия защитных механизмов снижается. Это приводит к тому, что переживания, связанные с травмой, становятся психически доступными, в результате чего усиливаются, но при этом они уже не вызывают сверхсильного возбуждения.

Второй этап совладания с травмой заключается в попытках человека осознать произошедшее с ним, обнаружить какой-то смысл в травматическом опыте, найти точки опоры, которые позволили бы ему позитивно переинтерпретировать этот опыт. Мотивация к позитивной интерпретации случившегося чаще всего остается неосознанной. «Индивид, переживший травму, не говорит себе: “Мне нужно восстановить разрушенную картину мира, поэтому нужно переинтерпретировать мой опыт”. Согласно Янофф-Бульману, тенденция к позитивной интерпретации тяжелого опыта является неотъемлемым

свойством здоровой личности, пытающейся вновь обрести равновесие» [43, с. 133].

Спустя некоторое время после травматического события человек предпринимает попытки вернуться к прежним комфортным базовым убеждениям, что постепенно влечет за собой реинтерпретацию травматического опыта. Это значит, что травматический опыт уже не вызывает такой конфронтации с внутренней реальностью, и человек способен увидеть не только негативные аспекты травматического события, но и те положительные изменения, которые тоже имели место быть. Можно сказать, что спровоцированный травмой кризис в определенной степени способствует личностному росту (при условии, что человеку удастся успешно проходить все этапы совладания с травмой и что речь идет о взрослой травме). Областью положительных изменений могут выступать межличностные отношения, Я-концепция, профессиональный рост, мировоззрение в целом и многое другое. Таким образом, восстановление базовых убеждений, необходимое для совладания с травмой, заключается в том, что эти убеждения качественно трансформируются, т. е. восстанавливаются не до того состояния, которое было до травмы, а лишь до определенной степени, необходимой для адекватной оценки реальности. То есть, с одной стороны, человек может снова опираться на свои глубинные базовые убеждения, но, с другой стороны, у него исчезает иллюзия собственной неуязвимости [42]. В этом случае мы наблюдаем, как травматический опыт интегрируется в психическую реальность человека (происходит ассимиляция), а также видим и то, что под влиянием этого опыта перестраивается и сама картина мира (происходит аккомодация).

1.2.4. Работа с чувством вины, вызванным травмой, в когнитивной психотерапии

На сегодняшний день когнитивно-бихевиоральный подход признан одним из наиболее эффективных направлений в психотерапии посттравматического стресса. Анализируя работы в этой области,

М. А. Падун и А. В. Котельникова выделяют три направления в когнитивной психотерапии травмы [42].

Первое направление делает акцент на распознавании и коррекции дисфункциональных убеждений, включающих в себя представления о своей незащищенности, небезопасности внешнего мира, а также связанных с потерей доверия, сниженной самооценкой, самобичиванием, депрессивным взглядом на будущее, деформацией духовных ценностей. Так, у жертвы насилия может сформироваться убеждение об опасности всех мужчин в целом, что повлечет за собой неспособность выстраивать партнерские отношения с противоположным полом. У человека, столкнувшегося с предательством близкого, может развиться убеждение о том, что никто не достоин доверия или что он глупец и неудачник, неспособный распознать ненадежного человека. Участник серьезного ДТП, произошедшего по вине нетрезвого водителя, в результате травматизации может приобрести убеждение об опасности пользования автомобилем или даже о небезопасности мира в целом. Пожалуй, каждый человек может привести множество примеров того, каким образом травма порождает дисфункциональные убеждения.

Второе направление терапии травмы в когнитивной психологии основано на «теории семантических сетей» П. Лэнга. Он, опираясь на результаты психофизиологических исследований, предположил, что существуют так называемые пропозициональные сети, включающие в себя информацию о поступающих стимулах, семантическую информацию об этих стимулах, информацию о реакциях на эти стимулы и программу эмоциональных реакций. Так, согласно П. Лэнгу, люди с тревожными расстройствами характеризуются дезадаптивными пропозициональными сетями, или «структурами страха», включающими неадекватную семантическую информацию (например, преувеличение опасности) и неадекватную информацию о реакциях (например, склонность к избегающему поведению). Теория семантических сетей предполагает терапию, заключающуюся в активации образовавшихся под влиянием травмы «структур страха» и заполнении их новой адекватной информацией (т. е. нетравматичной).

Третье направление заключается в работе с нарративами² людей, подвергшихся травме. Здесь основное внимание уделяется не отдельным дисфункциональным когнициям, а нарративу в целом. Речь идет о том, что чем более целостен, внутренне согласован, логичен, последователен нарратив, тем человек более эффективен в процессе совладания с травмой.

Одной из важнейших тем когнитивной психотерапии при травме является работа с чувством вины. «Посттравматическая вина представляет собой сложный когнитивно-аффективный комплекс, который включает в себя:

- 1) ответственность за причины и результаты происшедшего;
- 2) убеждение в неоправданности предпринятых индивидом действий;
- 3) представление о нарушении индивидом существующих моральных норм;
- 4) убеждение, что индивид знал, как поступить иначе» [43, с. 136].

Выражаясь языком когнитивной психотерапии, люди, испытывающие посттравматическую вину, имеют когнитивные нарушения, в основе которых лежат дисфункциональные представления о непредусмотрительности и ошибочности своих действий, личной ответственности за случившееся, способности предвосхищать события. В этом случае речь идет о магическом и ошибочном мышлении травмированных людей, которое требует коррекции и специальной терапевтической работы совместно с психологом.

Психотерапевтическая работа с чувством вины проходит в несколько этапов. Первый этап работы направлен на оценку чувства посттравматической вины, выявление деструктивных представлений по поводу случившегося и ошибок мышления. Также клиент на первом этапе может получить приблизительный прогноз результатов психотерапевтической работы. Второй этап работы можно обозначить как

² *Нарратив* – вербальное выражение и описание связанных между собой событий. Нарратив выражается в том, каким образом человек предьявляет другому свой полученный опыт с помощью рассказа о нем, как интерпретирует его и эмоционально окрашивает.

дебрифинг, поскольку происходит выяснение всех связанных с событием подробностей. Клиенту необходимо как можно более подробно вспомнить и рассказать о случившемся с ним травматическом событии: описать ощущения (как экстероцептивные, так и интероцептивные), чувства, мысли, поведение других людей в мельчайших деталях. Завершающим звеном второго этапа является попытка клиента (при поддержке терапевта) сконцентрироваться на самом тяжелом моменте травмирующей ситуации и описать все свои мысли и чувства, возникшие тогда. На третьем этапе работы в полуструктурированной форме терапевт акцентирует внимание на ошибки мышления клиента, демонстрируя ему необоснованность его суждений. М. Падун и Н. Тарабрина так описывают этот этап: «Так, например, при работе с убеждением о личной ответственности за происшедшее терапевт и пациент сначала должны развести понятия причины-следствия (что-то привело к тому-то) и обвинения в собственный адрес (что-то привело к тому-то из-за неправильных действий). Затем пациента просят составить список всех людей (кроме себя) и внешних факторов, так или иначе причастных к травматическому событию и его результатам, и, не прибегая к обвинениям, на причинно-следственном уровне оценить процентное соотношение вклада каждого фактора в то, что произошло. На заключительном этапе пациент производит переоценку собственной ответственности. Клиент также получает домашние задания для мониторинга собственного мышления и самостоятельного выявления когнитивных ошибок» [43, с. 137].

1.2.5. Когнитивная модель работы А. Элерса и Д. Кларка с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР)

А. Элерс и Д. Кларк разработали когнитивную модель посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), основанную на их психотерапевтических наблюдениях (Ehlers, Clark, 2000). Авторы предположили, что когнитивная переработка травматической информации ведет к хроническому ощущению угрозы (внешней или внутренней). Внешняя угроза, как правило, обусловлена чувством физиче-

ской опасности, тогда как изнутри человек чувствует угрозу своему «Я» и будущему.

Ключевые механизмы, ведущие к ПТСР, заключаются в негативной оценке травматического опыта и его последствий («Для всех окружающих я – жертва»; «Я заслуживаю того, что со мной случилось»; «Я не сделал того, что зависело от меня») и в функционировании травматической памяти. Информация о травме представлена в структурах памяти фрагментарно (нет четкого и структурированного пространственно-временного контекста). Это является причиной того, что воспоминания о травматическом событии не поддаются контролю человека: произвольные воспоминания о травме, как правило, затруднительны (человек хочет вспомнить что-то, но не может), при этом травматические образы активируются непроизвольно в ответ на внешние сигналы. Извлечение из ассоциативной памяти происходит в обход сознания – человек переживает атаку травматических воспоминаний, не осознавая стимулов, которые запускают эти воспоминания.

А. Элерс и Д. Кларк предлагают рассматривать когнитивную переработку травматической информации на двух уровнях: сенсорно-перцептивном и концептуальном. Концептуальная переработка облегчает интеграцию психотравмирующей информации в автобиографическую память с помощью создания нарративов, в то время как переработка сенсорно-перцептивной информации, к которой относятся звуки, запахи, тактильные ощущения, зрительные образы и телесные сигналы, происходит непроизвольно, за границей сознания [42].

1.2.6. Теория двойной репрезентации

Попытка интеграции когнитивных моделей ПТСР представлена К. Бревиным и коллегами в так называемой теории двойной репрезентации. В отличие от П. Лэнга и его последователей, утверждавших, что травматическая память работает так же, как память на обычные события, но включает в себя определенные структуры, получившие название «сети страха», другие авторы, начиная с П. Жане (1904), считают, что при травме образы диссоциируются и существу-

ют отдельно. Они включают в себя информацию разной модальности (сенсорную, моторную, физиологическую), которая начинает активно и непроизвольно проявляться при воздействии какого-либо стимула, ассоциирующегося с травматическим событием [42]. Когнитивные процессы при травме рассматриваются подобно процессам неосознаваемой перцепции и импринтинга. Процесс совладания с травмой, согласно такому пониманию, состоит в том, чтобы диссоциированные травмой образы перешли в обычную память и стала возможной вербальная переработка травматических переживаний (Brewin, Holmes, 2003).

В теории двойной репрезентации выделяются два основных типа памяти. *Вербально доступная память* (*verbally accessible memory*) находится в доступе создания, и воспоминания, относящиеся к этому виду памяти, могут быть четкими, произвольными, детальными. Благодаря вербально доступной памяти становится возможным воспроизвести в нарративной форме все то, что связано с травмой: обстоятельства, чувства, возможные детали. И это позволяет травматичному опыту интегрироваться в автобиографической памяти. Вербально доступные воспоминания о травме включены в жизненный контекст человека – в репрезентации настоящего, прошлого и будущего: они содержат информацию о событиях до травматической ситуации, о самой травматической ситуации и о том, что случилось после нее. Такие воспоминания часто актуализируются в общении с другими людьми. Однако у вербально доступной памяти существуют ограничения: сюда включены только те воспоминания, которые воспринимались на сознательном уровне и прошли все «защитные фильтры».

Вторую группу воспоминаний (и, соответственно, памяти) называют *ситуационно доступными*, и они являются бессознательными. К ним относятся флэшбэки – непроизвольные наплывы травматических воспоминаний, которые могут запускаться как внешними, так и внутренними стимулами. Ситуационно доступная система памяти включает в себя информацию, которая не достигла уровня осознания, но была воспринята на бессознательном уровне (например, какой-то звуковой стимул, который имел место быть в момент травмы,

но на который не было нацелено внимание). В ситуационно доступную память включаются также телесные ощущения, имевшие место при травме (боль, изменение температурного режима тела, дыхательные нарушения, тошнота и прочее). Поскольку воспоминания этого вида не имеют вербального выражения, они не могут быть символизированы, а значит, не могут и интегрироваться в структуры автобиографической памяти. Также воспоминания ситуационно доступной памяти не поддаются контролю со стороны человека и сопровождаются эмоциями с низким когнитивно-оценочным компонентом [42].

В соответствии с обозначенными типами памяти выделяют и два типа эмоциональных реакций. В ситуационных воспоминаниях фиксируются реакции первого типа, которые активируются одновременно с сенсорной и физиологической информацией. Эти эмоции в норме постепенно стираются из памяти, замещаясь новыми впечатлениями. Вторичные эмоции возникают в процессе сознательной переработки информации о травме, они дольше и труднее перерабатываются, поскольку человек должен включить их в автобиографическую память и привести в соответствие со своей системой убеждений.

Таким образом, теория двойной репрезентации представляет ПТСР как некие дисфункции в работе двух описанных систем: первая связана с разрушением существующей до травмы картины мира и невозможностью связать травматический опыт с прежними убеждениями; вторая работает на бессознательном уровне и заключается в атаке флэшбэков. Исходя из этого, психологическая работа с пострадавшим человеком должна учитывать эти особенности. Вербально доступные воспоминания о травматическом событии перерабатываются благодаря когнитивной переоценке этого события, восстановлению убеждений о контроле над происходящими событиями, интеграции информации о травме в структуру убеждений человека. Ситуационно доступные воспоминания о травме в процессе терапии могут быть блокированы: для этого должны быть сформированы новые неосознаваемые образы памяти, состоящие из травматических образов, но пережитых в процессе психотерапии в условиях сниженного негативного аффекта [42].

Контрольные вопросы

1. Что психологи понимают под когнитивной схемой?
2. В чем сущность механизмов ассимиляции и аккомодации в контексте травмы?
3. Какие базисные убеждения, подвергающиеся воздействию травматичного события, рассматривает Р. Янофф-Бульман?
4. Какие два типа памяти выделены в теории двойной репрезентации? Раскройте их содержание.

Практические задания

ТЕХНИКА «Обучение основной формуле ABC»

Упражнение 1

В следующих примерах описаны ситуации ABC, но во всех отсутствует В. Вам нужно предположить, какие мысли (В) могут иметь место, чтобы связать ситуацию (А) и эмоции (С). Определите, в каждом случае А и С и впишите В.

Начальник Дмитрия выразил недовольство за его опоздание на работу. После разговора с начальником Дмитрий почувствовал себя униженным.

Марина потеряла книгу своей подруги и проплакала весь вечер.

Анна пришла на собеседование и от волнения стала заикаться.

Ангелина пришла на групповую терапию, но бросила ее после первой встречи.

У Евгении заболел живот. Ей стало страшно.

Игоря остановили для проверки документов, и он сильно разозлился.

Ирина смутилась, когда ее друзья заметили, что она плачет на романтических сценах фильма.

Иван был в ярости после того, как служащий попросил его документы в то время, как Иван заполнял анкету.

Упражнение 2

Приведите пять примеров из своей жизни, в которых Ваши мысли (В) вызывали болезненные эмоции (С). Опишите их в терминах ABC.

1.3. Экзистенциальная психология о психической травме и психотерапии

1.3.1. Травма как влияние утраты смыслов в логотерапии В. Франкла

Смысловые аспекты психологической травмы широко представлены в направлении экзистенциальной терапии – логотерапии В. Франкла. Термин «логотерапия» В. Франкл предложил еще в 1920-е гг., однако позже он стал применять равнозначный ему термин «экзистенциальный анализ». В. Франкл делает акцент на греческом содержании этого понятия: логос – это слово, но не просто как вербальный акт, а как квинтэссенция идеи, смысла, т. е. это и есть сам смысл. Именно такая трактовка проливает свет на недопонимание, возникающее при толковании евангельского текста: «В начале было слово...»

Логотерапия постулирует то, что люди обладают свободой воли: они единственные из живых существ могут размышлять о различных вариантах выбора, имеющихся у них, и оценивать их. В. Франкл настаивает на том, что люди могут формировать собственную личность и ответственны за то, что они создают из самих себя. «Что же такое человек? – пишет В. Франкл. – Это существо, постоянно принимающее решения, что оно такое. Это существо, которое изобрело газовые камеры, но это и существо, которое шло в эти газовые камеры с гордо поднятой головой и с молитвой на устах» [65, с. 155].

В 1942 г. вся семья В. Франкла, как и многие другие семьи с еврейскими корнями, попала в концентрационный лагерь. Здесь он провел три года своей жизни и потерял всю семью, кроме сестры. Но именно в эти трагические и трудные годы родилась и оформилась логотерапия. В. Франкл был членом тайного общества, которое оказывало заключенным посильную психологическую помощь. Он работал с состоянием первого шока, суицидальными намерениями, истериками, помогал людям, страдающим эпилепсией, возрождал в людях духовные качества. Эта помощь спасла немало человеческих жизней,

и поддерживала самого В. Франкла, позволяя ему чувствовать свою нужность.

Будет полезным привести отрывок из книги В. Франкла, описывающий его опыт психотерапевтической работы в лагере:

«Возможности психотерапии были, естественно, в лагере крайне ограничены. Гораздо больше, чем можно было добиться разговорами, помогал в этом отношении пример. Никто не ждет от нас рассказов о той “малой” и малейшей психотерапии, которая осуществлялась в форме импровизаций – на плацу, на марше, в котловане или в бараке. Последнее, но немаловажное – нам приходилось заботиться о предотвращении самоубийств. Мы организовали службу информации, и о любом проявлении мыслей о самоубийстве или даже намерений нам незамедлительно сообщали. Что было делать? Любая попытка вновь поднять дух людей в концлагере предполагала, что нам удастся направить их на какую-то цель в будущем. Тот же, кто уже не мог больше верить в будущее, в свое будущее, был потерян. Вместе с будущим он утрачивал и духовный стержень, внутренне ломался и деградировал как телесно, так и душевно. Чаще всего это случалось довольно внезапно, в виде своеобразного кризиса, проявления которого были хорошо известны сколько-нибудь опытным заключенным. Знаменем, под которым предпринимались все попытки психотерапевтической помощи заключенным, была апелляция к воле к жизни, к продолжению жизни, к выживанию в лагере. Однако мужество жить или соответственно усталость от жизни оказывались всякий раз зависящими единственно лишь от того, имел ли человек веру в смысл жизни, его жизни. Девизом всей психотерапевтической работы в концлагере могли бы служить слова Ницше: “У кого есть, зачем жить, может вынести почти любое как”. “Зачем” – это содержание жизни, а “Как” – это были те условия жизни, которые делали жизнь в лагере столь тяжелой, что ее можно было выдержать, лишь принимая во внимание ее “Зачем”. Нужно было довести до сознания заключенных, поскольку то и дело представлялась для этого возможность, это “Зачем” их жизни, их жизненную цель. Тем самым удавалось внутренне поднять их вровень с ужасающим “Как” их нынешнего

существования, с кошмарами лагерной жизни и помочь им выстоять перед ними. В любой психотерапии, к которой приходилось обращаться в лагере, играло роль то, что я назвал “стремлением к смыслу”. Но в той чрезвычайной пограничной ситуации, в которой находился человек в лагере, тот смысл, стремлению к осуществлению которого он должен был посвятить себя, должен был быть настолько безусловным, чтобы он охватывал не только жизнь, но и страдание и смерть. Ведь жизнь, смысл которой держится или рушится в зависимости от того, помогает он спастись или нет, жизнь, смысл которой зависит от милости случая, не стоила бы, пожалуй, того, чтобы вообще быть прожитой. Итак, мы говорили о безусловном смысле жизни <...> Безусловный смысл, на который мы указывали в лагере сомневающимся и отчаявшимся в нем людям, отнюдь не был общим и расплывчатым, скорее как раз наоборот, это был конкретный, наиконкретнейший смысл их личного существования. Это можно пояснить следующим примером: как-то раз в лагере передо мной сидели два человека, оба решившие покончить с собой. Оба твердили стереотипную формулу, которую то и дело слышишь в лагере: “Мне больше нечего ждать от жизни”. Нужно было попытаться произвести в них своего рода коперниканский переворот, чтобы они уже не спрашивали, ждать ли и что им ждать от жизни, а получили представление о том, что, наоборот, жизнь ожидает их, что каждого из них, да и вообще каждого, что-то или кто-то ждет – дело или человек. Действительно, очень скоро обнаружилось, что – вне зависимости от того, чего оба узника ожидали от жизни, – их в жизни ожидали вполне конкретные задачи. Выяснилось, что один из них издает серию книг по географии, но эта серия еще не завершена, а у второго за границей есть дочь, которая безумно любит его. Таким образом, одного ждало дело, другого – человек. Оба в равной мере получили тем самым подтверждение своей уникальности и незаменимости, которая может придать жизни безусловный смысл, невзирая на страдания. Первый был незаменим в своей научной деятельности, так же как второй – в любви своей дочери» [65, с. 150–152].

Из представленного выше отрывка мы видим, что логотерапия опирается на идею, что стремление к смыслу является базисным мотивом человеческого поведения, и полагает, что психологическая травма происходит в связи с утратой человеком жизненно важных смыслов и ценностей. Психологическая травма переживается в большинстве случаев как неожиданная, беспричинная, бессмысленная – это делает травму тяжело переносимой. Отсюда следует, что психологическая травма ставит перед человеком задачу обрести этот утраченный смысл.

В. Франкл подчеркивает, что смысл является уникальным и индивидуальным для каждого человека: его нельзя придумать или взять откуда-то извне, его можно только осознать и открыть для себя. В. Франкл говорит о трех основных способах, с помощью которых люди могут находить смысл в жизни:

- 1) давая что-то миру (в виде своего творчества, профессии);
- 2) беря что-то от мира (в виде своих отношений, встреч, переживаний, любви);
- 3) занимая по отношению к жизни такую позицию, которая позволяет принимать события, если изменить их человек не в силах (например, принятие неизлечимой болезни) [64].

Кроме того, переживания, имевшие место в прошлом, и религия – это еще две области, в которых люди могут обнаружить смысл.

Вспоминая опыт проживания в концлагере, автор подчеркивает огромное значение духовной жизни (при этом В. Франкл не отождествляет ее с религиозной): «Если заключенный обнаруживал, что он не может больше выносить реальность лагерной жизни, он находил в своей духовной жизни возможность выхода, которую трудно переоценить, – возможность ухода в духовную сферу, которую СС не в состоянии разрушить... Духовная жизнь заключенного укрепляла его, помогала ему адаптироваться и тем самым в существенной степени повышала его шансы выжить. Чувствительные люди, с детства привыкшие к активному духовному существованию, переживали тяжелую внешнюю ситуацию лагерной жизни хоть и болезненно, но, несмотря на их относительно мягкий душевный нрав, она не оказы-

вала такого разрушительного действия на их духовное бытие. Ведь для них как раз был открыт путь ухода из ужасающей действительности в царство духовной свободы и внутреннего богатства. Только так можно понять тот парадокс, что иногда люди хрупкой телесной организации лучше переносили лагерную жизнь, чем физически сильные натуры» [65, с. 153–154].

Анализируя теоретические взгляды и терапевтическую работу В. Франкла, Р. Нельсон-Джоунс выделяет группу методов, с помощью которых автор центрирует внимание клиентов на проблемах, связанных со смыслом [41].

1. Оказание клиентам помощи в осознании ими своей ответственности за нахождение смысла, а также помощи в выслушивании голоса своего сознания.

В. Франкл считает, что человеческая жизнь никогда, ни при каких обстоятельствах не теряет смысл, при этом клиенты должны усвоить, что именно они ответственны за нахождение смысла. В. Франкл в своих трудах повторяет, что смысл должен быть найден и не может быть дан, клиенту необходимо услышать голос своего сознания.

2. Постановка перед клиентами вопросов о смысле и увеличение числа источников смысла.

Экзистенциально направленные терапевты могут задавать клиентам вопросы о том, каких творческих успехов они могли бы добиться, и помогать им искать ответы на заданные вопросы. Логотерапевты также могут помогать клиентам расширять свои представления об источниках смысла. В. Франкл приводит пример клиентки, которая заявляла, что ее жизнь бессмысленна и что ей может стать лучше лишь при условии, что она найдет работу, связанную с лечением больных людей. В. Франкл помог ей осознать, что не только работа, которую она выполняла, но и определенное отношение к своей работе могли бы помочь ей реализовать свои потенциальные возможности и ресурсы. Помимо этого, в личной жизни, не связанной с работой, он предложил клиентке пересмотреть свою роль жены и матери и найти смысл в этих ролях.

3. Выявление смысла через сократический диалог.

В. Франкл описывает клиентку, которую постоянно мучило ощущение мимолетности жизни. Он попросил ее вспомнить человека, которого она уважает и ценит, и клиентка назвала имя семейного доктора. Затем В. Франкл с помощью ряда вопросов помог клиентке увидеть, что, хотя доктор уже умер и не все пациенты его помнят и чтят, его жизнь не потеряла смысл.

4. Выявление смысла через логодраму.

В. Франкл приводит опыт работы в рамках групповой терапии с женщиной, оказавшейся в его клинике после попытки суицида. Она потеряла младшего сына 11 лет и осталась одна со старшим ребенком, пораженным детским параличом. В. Франкл сначала попросил другую женщину, участника группы, представить, что ей 80 лет, и оглянуться на свою жизнь, в которой не было детей, но был финансовый достаток и успех. Эта женщина в итоге назвала свою жизнь бесцельной. Затем В. Франкл снова обратился к женщине, попытавшейся уйти из жизни, и попросил ее также оглянуться на свою жизнь. Прodelав это, клиентка увидела, что ее жизнь наполнена смыслом, поскольку она сделала жизнь своего искалеченного сына более счастливой и полной.

5. Предложение смысла.

В. Франкл описывает пример пожилого доктора, находящегося в депрессии, связанной с горем после смерти любимой жены. В. Франкл спросил его, что случилось бы, если бы первым умер он, а не его жена. На это доктор ответил, его жена ужасно бы страдала, оказавшись в одиночестве. В. Франкл тогда отметил примерно следующее: «Вы видите, доктор, от такого страдания она была избавлена благодаря Вам. Но теперь вы должны заплатить за это, пережив жену и оплакивая ее».

6. Анализ сновидений.

В. Франкл повествует о клиентке, которой приснилось, что вместе с грязным бельем она взяла в прачечную грязного кота. Когда она пришла за бельем обратно, то кот был мертв. Когда В. Франкл предложил женщине озвучить ее ассоциации, то оказалось, что «кот» вы-

ступал символом «ребенка», а «грязным бельем» была «грязь» сплетен, окружавшая личную жизнь дочери и ее любовные отношения. В. Франкл увидел в этом сновидении призыв к женщине перестать мучить дочь своим критикующим отношением, ведь иначе она может ее потерять.

В заключение хотелось бы представить способ, который В. Франкл нашел для себя в период нахождения в лагере: «Я сам все время старался прибегать к средствам, позволявшим мне дистанцироваться от всего страдания, которое нас окружало. Я пытался объективировать его. Я вспоминаю, как однажды утром я шагнул из лагеря на работу и чувствовал, что уже больше не в состоянии выносить голод, холод и боль в моих вздувшихся от голода и по этой причине засунутых в открытые ботинки, подмороженных и нарывающих ногах. Моя ситуация представлялась мне безотрадной и безнадежной. Тогда я представил себе, что я стою на кафедре в большом, красивом, теплом и светлом конференц-зале, собираюсь выступить перед заинтересованными слушателями с докладом под названием “Психотерапия в концентрационном лагере” и рассказываю как раз о том, что я в данный момент переживаю. С помощью этого приема мне удалось как-то подняться над ситуацией, над настоящим и над страданиями и увидеть их так, как будто они уже в прошлом, а я сам, со всеми моими страданиями, представляю собой объект научно-психологического исследования, которое я же и предпринимаю» [65, с. 154].

1.3.2. Экзистенциальная психотерапия И. Ялома

Основоположник другой ветви экзистенциальной психотерапии И. Ялом предлагал рассматривать все психологические проблемы, в том числе связанные с переживаниями травматических событий, с точки зрения «экзистенциальных данностей», т. е. таких понятий, как «смерть», «свобода», «изоляция», «бессмысленность», которые составляют содержание человеческого существования. В работах И. Ялома особый акцент делается на том, что человек, даже если он пытается избежать мыслей и чувств, связанных с темой смерти, сво-

боды, одиночества и отсутствия смысла в своей жизни, все равно не может избежать их воздействия на свою жизнь и свое мироощущение. Однако в ситуации травмы человек переживает экзистенциальный кризис гораздо острее: он испытывает ограничение свободы, чувство вины, разочарование, беспомощность при потере близкого, страх перед фактом собственной смерти, невозможность найти новые смыслы, неспособность встретиться с собственным априорным одиночеством и многое другое. Кроме того, и сама травма приводит к возрастанию чувства неопределенности, а значит, и к непереносимой тревоге. Смысловая составляющая в экзистенциальной терапии рассматривается как важная часть переживания травмы [31].

И. Ялом считает, что клиенты приносят множество материала, связанного с смертью, одиночеством, свободой и бессмысленностью, однако не каждый терапевт может помочь распознать их за теми защитами, которые использует человек и сам терапевт. В своих работах И. Ялом предлагает рассматривать два вида механизмов психологической защиты, направленных на избавление от тревоги, связанной с экзистенциальными данностями. Во-первых, имеются обычные механизмы защиты, такие как проекция, рационализация и другие, которые работают независимо от источника тревоги. Во-вторых, отмечает И. Ялом, можно выделить специфические механизмы защиты от тревоги, вызванной каждой из обозначенных категорий (смерть, свобода, одиночество, бессмысленность). Эти механизмы не только помогают защититься отдельным клиентам, но и реализуются целыми культурами. Безусловно, все виды экзистенциальных данностей составляют полотно человеческой жизни, однако психологическая травма наиболее часто сопряжена с темой конечности жизни. И. Ялом, анализируя виды защиты от тревоги, связанной со смертью, выделил два главных механизма защиты:

- 1) вера в свою уникальность. В то время как на сознательном уровне большинство людей осознают неизбежность конечности своей жизни, глубоко в душе они могут иметь иррациональную надежду на собственное бессмертие и неприкосновенность;

2) вера в спасителя. Основой этого механизма служит вера человека в то, что, хотя с ним может произойти что-то плохое, он будет спасен кем-то вездесущим, кто сможет прийти и спасти его в последний момент [41].

Экзистенциальные психотерапевты должны уметь идентифицировать такие неадекватные механизмы защиты и их отрицательные последствия. Они помогают клиентам скорее признать факт, что те будут жить не вечно, нежели отрицать конечность жизни.

В работе «Вглядываясь в солнце. Жизнь без страха смерти» (2008) И. Ялом приводит множество примеров того, как мысли о смерти могут проникать в сны, находясь при этом сколь угодно далеко от нашего сознания. Он пишет: «Любой ночной кошмар – это проявление страха смерти, который покинул свое укрытие и угрожает спящему. Ночные кошмары будят спящего, рисуя ситуации, в которых его жизнь подвергается опасности. Эти сны могут быть разными: человек спасается от преследования, падает с большой высоты, пытается спрятаться от смертельной опасности или видит себя умирающим или уже умершим...» [76, с. 502].

В качестве примера одного из таких снов приведем отрывок из книги И. Ялома: «...мужчина средних лет, страдающий желудком и подозревающий у себя рак, во сне видит себя со своей семьей в самолете, они летят на экзотический курорт на Карибском море. В следующий момент он уже лежит на земле, скорчившись от боли в желудке. В ужасе он просыпается и тут же понимает, почему он не в самолете и не летит на экзотический курорт: он уже умер от рака желудка, и жизнь продолжается без него» [76, с. 502]. Сюда же относится и следующий пример И. Ялома, в котором он описывает сон своей клиентки, потерявшей не так давно мужа: «Я сижу на бортике бассейна, ноги свисают в воду. Вдруг я вижу огромные листья, которые тянутся ко мне из воды, и начинаю дрожать от страха. Я чувствую, как они трутся о мою ногу... Господи, даже сейчас, вспоминая об этом, я начинаю дрожать. Они – черные и по форме напоминают яйцо. Я пытаюсь двигать ногами, чтобы создать волны и отбросить эти листья, но к ногам привязаны мешки с песком, они тянут их вниз. А мо-

жет быть, в этих мешках – известь. – Вот тогда у меня началась паника, – рассказывает Элис, – и я с криком проснулась. Я еще долго боялась заснуть, чтобы снова не увидеть этот сон.

Истолковать значение сна помогла одна ассоциация.

– Мешки с известью? Как вы думаете, что это значит? – спросил я.

– Похороны, – ответила Элис. – Разве не известь бросали в те общие могилы в Ираке? И в Лондоне, во время эпидемии чумы?

Итак, незнакомцем, который мог вломиться в ее дом, была смерть. Ее смерть. Смерть мужа сделала ее беззащитной перед лицом смерти.

– Если умер Альберт, значит, могу умереть и я. Значит, я тоже умру, – говорила Элис» [76, с. 512–513].

И. Ялом указывает на то, что в жизни каждого человека присутствуют моменты, которые обостряют переживания, связанные со смертью. Из своего клинического опыта он делает вывод, что мощнейшими катализаторами переживаний конечности жизни выступают следующие события:

- потеря близкого человека;
- разрыв любовных отношений;
- смертельная болезнь;
- тяжелое потрясение: пожар, изнасилование, ограбление;
- жизненная веха – например, 50-, 60-, 70-летие;
- уход на пенсию;
- уход из дома выросших детей (ситуация «пустого гнезда»);
- потеря работы, смена сферы деятельности;
- необычные по силе сновидения, передающие послание из глубин нашего «Я»;
- переезд в дом престарелых;

Помимо этого, сама повседневность постоянно сталкивает с напоминаниями о ходе времени: физические признаки старения (такие как появление морщин, седых волос, пятен на коже, снижение выносливости, ухудшение зрения и многое другое) разрушают иллюзию постоянной молодости и жизни. Даже такие события, как встречи одногруппников, наглядно демонстрируют, как быстро течет жизнь.

Р. Нельсон-Джоунс, анализируя средства, которые могут использовать экзистенциальные терапевты, отмечает, что многие из них обычно не пользуются искусственными вспомогательными средствами для углубления осознания клиентами смерти, но в некоторых случаях прибегают к ним. Например, они могут попросить клиента составить собственный некролог или ответить на вопросы в анкете, касающейся тревоги, связанной со смертью. Также терапевты этого направления могут предложить клиентам пофантазировать на тему своей смерти, фантазируя, где, когда и как она может случиться и какими будут их похороны. Помимо этого, И. Ялом описывает два способа вынудить клиентов взаимодействовать со смертью: наблюдение за неизлечимо больными людьми и включение неизлечимого больного в группу клиентов. Терапевты могут помогать клиентам справляться со страхом смерти, многократно вынуждая их испытывать этот страх в пониженных дозах. Работая с группами, состоящими из онкологических больных, терапевты часто наблюдают, как страх смерти у этих больных постепенно снижается благодаря всего лишь получению новой подробной информации [41].

Задачей экзистенциальных консультантов является помощь клиентам в ситуации травмы в осознании и способности взглянуть на глубинные экзистенциальные процессы внутри себя, помощь в совладании со страхами и принятии данности такой, какой она является. И. Ялом в своих научных работах приводит примеры того, каким мужеством должен обладать сам терапевт, раскрывая вместе с клиентом тему смерти, и какое значение для терапии имеет честная и смелая попытка вместе взглянуть в глаза страху. При этом он отмечает, что терапевт, не проработавший собственные чувства и мысли по поводу смерти, не может помочь это сделать другому [76].

В работах И. Ялома можно проследить влияние взглядов М. Хайдеггера, выделившего два фундаментальных модуса существования в мире: 1) состояние забвения бытия, 2) состояние сознания бытия. Забвение бытия – это погружение в жизненную рутину, когда человек не чувствует себя творцом своей жизни и окружающего мира, не чувствует себя аутентичным; это состояние поглощенно-

сти суетой, заботами, вещами (их свойствами и оценками). Это своеобразный панцирь от истинного бытия. Второй модус – сознание бытия – заключается в том, что человек сосредоточен не на «как», а на «что» – не на свойствах и оценках вещей, а на том, что эти вещи существуют, и они обладают бытием. Существование в этом модусе называют онтологическим (от греч. «онтос» – существование), что значит непрерывное осознание бытия – не только его мимолетность, но и ответственность за него. Только в онтологическом модусе существования человек может соприкоснуться с самим собой как творением собственной самости, а потому и награжден властью менять себя, свою жизнь. М. Хайдеггер подчеркивал, что просто благодаря рациональным попыткам осознать свою конечность и другие экзистенциальные факты невозможно перейти из первого модуса во второй, поскольку для этого требуются какие-то неотвратимые и непоправимые обстоятельства, некоторый запредельный и экстремальный опыт, который буквально «вырывает» человека из повседневного модуса существования в состояние сознания бытия [77]. Мы можем предположить, что психическая травма может стать тем самым фактором, который делает переход во второй модус существования возможным.

И. Ялом отмечает, что имеется значительное несоответствие между важностью смерти для детей и вниманием, которое ей уделено в науках о детском развитии и воспитании. Он указывает на дефицит эмпирических исследований детских концепций смерти, хотя такие попытки эпизодически предпринимались психоаналитически ориентированными клиницистами. И. Ялом с уважением отзывается о монографии Сильвии Энтони «Открытие смерти в детстве и позднее», где представлен глубокий обзор и анализ литературы, содержащей факты исследований и наблюдений. Собственная клиническая работа И. Ялома и изучение работ других исследователей позволили ему сформировать ряд выводов:

- 1) при глубоком подходе к изучению вопроса смерти можно обнаружить, что детей чрезвычайно занимает эта тема. Беспокойство детей по поводу смерти носит всепроникающий характер и оказывает очень сильное воздействие на их переживания. Для детей смерть –

большая и сложная загадка, а преодоление страхов беспомощности и уничтожения – одна из основных задач развития; что же касается сексуальных проблем, то они вторичны;

2) озабоченность детей темой смерти возникает в более раннем возрасте, чем принято считать;

3) осознание смерти в детском возрасте и те способы, которые используют дети, чтобы справиться с этим страхом, отличаются на разных этапах развития; существует определенная закономерная последовательность прохождения данных этапов [77].

В работе «Экзистенциальная психотерапия» (1980) И. Ялом приводит множество примеров неожиданных вопросов детей о смерти, которые порой возникают из ниоткуда и застают взрослых врасплох: «Однажды, когда мы с моим пятилетним сыном молча прогуливались по пляжу, он внезапно поднял взгляд на меня и сказал: “Понимаешь, оба моих дедушки умерли до того, как я успел с ними встретиться”. Похоже, это заявление было “вершиной айсберга”. Явно он долго размышлял об этом внутри себя. Я спросил его, как мог мягко, насколько часто он думает о подобных вещах, о смерти, и его ответ, произнесенный непривычно взрослым тоном, ошеломил меня: “Я никогда не перестаю думать об этом”. В другой раз он простодушно прокомментировал отъезд брата в колледж: “Теперь мы остаемся дома только втроем: ты, я и мама. Интересно, кто из нас умрет первым?” Девочка четырех с половиной лет внезапно сказала своему отцу: “Каждый день я боюсь умереть; мне хотелось бы никогда не вырастать, чтобы никогда не умирать”. Другая девочка в три с половиной года попросила положить ей на голову камень, чтобы она перестала расти и не могла состариться и умереть. Четырехлетняя девочка рыдала целые сутки после того, как узнала, что все живые существа умирают. Мать смогла ее успокоить лишь единственным способом – молчаливым подтверждением, что она, ее малышка, никогда не умрет. Другая четырехлетняя девочка через несколько дней после смерти бабушки со стороны отца, войдя дома на кухню, увидела на столе мертвого гуся с окровавленной головой, неподвижно висевшей на длинной шее. Ребенок, слышавший о смерти бабушки, но никак особенно на

это известие не прореагировавший, мгновение тревожно смотрел на гуся и затем спросил у матери: “Это и есть то, что вы называете “мертвый”?...» [77, с. 88–89]

Тем самым мы видим, что экзистенциальные данности человеческого бытия никогда не прекращают оказывать на нас своего воздействия. Разница лишь в том, защищаемся ли мы от столкновения с ними или разрешаем себе эту встречу. Можно сказать, что столкновение со смертью, одиночеством, бессмысленностью может оказаться весьма травматичным для личности, но одновременно может дать иное переживание жизни, более осмысленное и аутентичное.

1.3.3. Концепция психической травмы П. Левина

Крайне важный и интересный подход к рассмотрению феномена травмы, разработанный известным американским ученым и терапевтом Питером Левином, носит название «соматическая терапия травмы». Травма понимается автором «как прорыв в барьере, защищающем человека от воздействий, сопровождающихся чрезвычайно сильным чувством беспомощности» (цит. по: [31, с. 32]) и испуга при столкновении с внезапным и угрожающим событием, превосходящим возможности его контролировать либо отразить [30].

В теории П. Левина подчеркивается, что само травматическое событие не вызывает впоследствии травматических симптомов, если сразу после него у человека наступила энергетическая разрядка, которая позволяет нервной системе адекватно отреагировать возникшее возбуждение, переработать его и вернуться в привычное нормальное состояние. Симптомы, свидетельствующие о травме, являются результатом «замораживания» остаточной энергии, для которой не нашлось выхода. Автор указывает здесь ведущую роль иммобилизации (замирания, оцепенения), которая возникает у живого организма в момент столкновения с опасностью. Иммобилизация – одна из трех возможных ответных реакций (остальные две – борьба или бегство), характерных для рептилий и млекопитающих, когда они сталкиваются с угрозой [30]. П. Левин пишет о том, что реакция иммобилизации

была создана самой природой по ряду рациональных причин: во-первых, она является последней, предсмертной попыткой жертвы спастись (животное «притворяется» мертвым, что часто приводит к изменению поведения хищника, и жертва имеет шанс спастись); во-вторых, замерев, животное попадает в измененное состояние сознания, в котором не переживает столь болезненных ощущений. Однако здесь П. Левин подчеркивает большую разницу между иммобилизацией животных и человека: замерев, животное выжидает, когда минует опасность, а затем обязательно реализует скопившуюся энергию через интенсивные действия (бег, дрожь и другое), человек же после столкновения с угрозой не всегда прибегает к разрядке. Именно в случае, когда человек не в состоянии завершить полный процесс иммобилизации – входа в это состояние «замороженности», пребывания в нем и успешного выхода, – у него формируются долгосрочные, тревожные, мешающие вести привычный образ жизни симптомы ПТСР.

Одна из причин того, почему люди не могут, как и животные, естественно порождать и завершать различные инстинктивные реакции, связана с неокортиксом – высокоразвитой корой головного мозга, которой обладает лишь человек. Неокортекс (рациональный мозг) по своей структуре является очень сложным и обладает столь сильным воздействием, что может препятствовать формированию инстинктивных восстановительных импульсов и реакций, за которые отвечает рептильный (животный) мозг. П. Левин считает, что именно развитая кора головного мозга с легкостью подавляет некоторые из слабых инстинктивных реакций, к которым можно отнести и реакции, управляющие восстановительным процессом после травмы с помощью энергетической разрядки. В случае, если неокортекс оказался сильнее животных инстинктов, человек получает травму.

Однако П. Левин уверяет, что завершить процесс отреагирования на угрозу можно и спустя годы, для этого он предлагает свой метод.

П. Левин отмечает, травма – это не всегда страшное и выходящее из ряда повседневности событие: травму может запустить любое событие, связанное с субъективным чувством опасности и невозможностью разрядить нервное перевозбуждение, например, стандартные

медицинские процедуры и хирургические вмешательства могут иногда переживаться человеком как чрезвычайно травматичные, хотя объективно они таковыми не являются.

В концепции соматической терапии описываются следующие основные симптомы травмы (помимо них П. Левин указывает и на другие симптомы, которые бывают не всегда):

- сверхвозбуждение (учащенное сердцебиение, дыхание, бессонница или нарушения сна, путаница в мыслях, панические атаки);
- беспомощность (чувство подавленности и разбитости);
- диссоциация тела и сознания.

П. Левин пишет, что человеческая способность адекватно реагировать на опасность зависит от множества различных факторов.

1. *Характер самого события.* Важную роль в травматизации играет то, насколько сильна нависшая угроза, долго ли длится данное событие, как часто оно происходит. Наиболее серьезные проблемы создают чрезвычайно интенсивные и долгие угрожающие события. Однако и те случаи, которые угрожают жизни или целостности, но длятся недолго (при этом повторяются часто и с небольшим промежутком), также влекут за собой очень тяжелые последствия. Война и насилие в детском возрасте представляют собой наиболее яркие примеры травматических событий, которые зачастую превосходят индивидуальные ресурсы выживания.

2. *Жизненные обстоятельства личности в момент травматического события.* Большую роль играет поддержка (или ее отсутствие) со стороны семьи или других людей. П. Левин отмечает, что при нехватке социальной поддержки человеку сложнее эффективно справиться с последствиями травмы.

3. *Индивидуальные физические особенности.* При оценке способности адекватно реагировать на возникшую угрозу следует принимать во внимание и то, что люди отличаются между собой по степени стрессоустойчивости: некоторые люди в генетическом отношении значительно устойчивее к стрессам, нежели другие. Большое значение имеют возраст и уровень физического развития и устойчивости. Также следует помнить, что слабый иммунитет, непрерывный стресс,

переутомление и плохое питание негативно влияют на способность справляться с опасностью и увеличивают риски травматизации.

4. *Способность к обучению.* Люди, у которых нет необходимого опыта и умения, чтобы справиться с фрустрирующей ситуацией, в значительно большей степени подвержены воздействию травмы, а значит, группу риска составляют дети. Необходимо понимать, что воздействие травмы не зависит от того, как вызвавшее ее событие выглядит в глазах других, травматическое событие всегда носит субъективную тяжесть.

5. *Индивидуально переживаемое ощущение своей способности противостоять угрозе.* П. Левин обращает внимание на то, уверенность в собственных силах, в своей возможности противостоять угрозе имеет очень большое значение. В случае, если человек ощущает себя абсолютно беспомощным перед лицом опасности, риск последующей травматизации повышается. Оценка своей уверенности определяется теми доступными ресурсами, которые могут помочь противостоять нависшей угрозе. Эти ресурсы бывают внутренними и внешними.

Внешние ресурсы – это все те ресурсы окружающей среды, которые могут оказать содействие в реализации защиты от угрозы: камни, которыми можно отбиваться, крепкое дерево, на которое можно вскарабкаться, друг, готовый помочь, палка, пригодная для обороны. Для ребенка таким внешним ресурсом может стать значимый взрослый, который относится к нему с уважением и защищает его, или безопасное место, где ребенок защищен от насилия, внешним ресурсом для ребенка может быть животное или мягкая игрушка (в некоторой степени это актуально и для взрослых людей).

Внутренние ресурсы – это некие психологические установки и переживания, а также инстинктивные реакции, которые можно обозначить как природные стратегии действий. Любой животный организм, к которому относится и человек, использует инстинктивно принимаемые решения для увеличения своих шансов на спасение. По сути, эти инстинктивные решения похожи на заданные программы, контролирующие все базовые биологические реакции (питание, сон, ре-

продуктивная функция, защитная функция и прочее). В нормальном варианте нервная система здорового человека при возникновении угрозы активизирует эти природные стратегии защитных действий.

П. Левин приводит такой пример: «Одна женщина рассказала мне следующую историю: однажды она возвращалась домой, на улице было темно. Вдруг она увидела двух мужчин, приближающихся к ней с противоположной стороны улицы. Что-то в их поведении сразу же показалось ей странным, и женщина насторожилась. Подойдя к ней поближе, двое мужчин разделились: один из них пошел ей наперерез через дорогу, а другой попытался обогнуть ее сзади. Подозрения женщины теперь получили подтверждение: она в опасности. Ее сердце забило сильнее, она насторожилась еще больше и стала лихорадочно подыскивать в уме оптимальный выход из положения. “Нужно ли ей закричать? Или побежать? А если бежать, то куда? И что ей кричать?”, – разные варианты вихрем крутились у нее в голове. У нее было слишком много возможностей, из которых надо было выбрать всего одну, но времени на это уже не хватало. Напряжение росло, и ее инстинкты взяли верх. Так и не приняв сознательного решения, как ей поступить, женщина вдруг обнаружила, что уже движется через дорогу навстречу первому мужчине, шагая быстро и уверенно. Явно пораженный ее храбростью, мужчина свернул в сторону, изменив направление. Второй мужчина скрылся в тени где-то позади нее, когда его сообщник потерял свою стратегическую позицию. Они – в замешательстве. Она – в безопасности. Благодаря тому, что эта женщина смогла довериться своим инстинктам, она не была травмирована. Несмотря на первоначальное замешательство и неуверенность в том, что же ей предпринять, она последовала своей природной реакции самозащиты – одному из природных планов действий – и успешно смогла избежать нападения» [30].

6. *Прошлые успехи и неудачи.* П. Левин обращает внимание на то, что способность активировать свои инстинктивные стратегии действий во многом определяется прошлыми успехами или неудачами в подобных ситуациях.

Соматическая терапия травмы уделяет большое внимание телесности. П. Левин пишет о том, что необходимо отдавать «должное телу» при работе с травмой: травма формируется с помощью процессов, протекающих на телесном уровне, в теле же существуют процессы, позволяющие эту травму исцелить.

В соматической терапии травмы важнейшими компонентами работы признаются завершение нереализованных защитных реакций борьбы или бегства, а также тесный человеческий контакт, необходимый для того, чтобы дать непроизвольно протекающему процессу завершение. П. Левин указывает на то, что травмированный человек остается испуганным и изолированным от окружающих, однако объединение людей помогает освободиться от травмы. Другими словами, разрешение травмы требует особого качества отношений, этого же качества отношений требует и терапевтический контакт, который можно назвать «сопереживающим, сострадающим присутствием» [30].

В качестве основного метода в терапии психической травмы используется техника, названная П. Левиным соматическим переживанием. Этот метод широко использует процессы телесного осознания, которые позволяют пациентам управлять своими ресурсами и трансформировать травму. «Соматическое переживание» можно назвать возвратом к ощущениям своей телесности, попытка исследовать процессы, протекающие в теле, здесь в центре внимания – работа с ощущениями, их осознание, прослеживание и трансформация. П. Левин писал: «Ключ к выходу из, казалось бы, неразрешимого положения находится в той характеристике, которая отличает человека от животного – в нашей способности сознавать наш собственный опыт. Когда мы можем замедлять и осознать все элементы переживаемого ощущения и чувствовать то, что сопровождает травматические образы, мы позволяем им самим разрешаться, до того как сами погрузимся в травматическое переживание. Мы можем получить к ним доступ и начать преобразовывать побудительные мотивы, которые в противном случае заставили бы нас снова почувствовать травматическое оцепенение» [30]. П. Левин вводит также понятие «телесно ощущаемое чувство», которое, по сути, является те-

лесным осознанием события, человека, ситуации. Как отмечает сам автор, это понятие трудно описать словами, поскольку речь носит линейный характер, а телесно ощущаемое чувство – это нелинейное переживание. Можно сказать, что предпринимаемые попытки вербально описать это переживание влекут за собой весомую утрату его смысла. С помощью телесно ощущаемого чувства люди могут переживать огромную гамму ощущений. В процессе исцеления травмы П. Левин предлагает концентрировать свое внимание на отдельных телесных ощущениях, наблюдая за ними словно извне и одновременно переживая их.

В ходе терапии происходят разрядка и высвобождение энергии, которая была мобилизована при встрече с травмой, трансформация травматических реакций, восстановление ощущения целостности.

П. Левин в работе «Пробуждение тигра – исцеление травмы. Природная способность трансформировать экстремальные переживания» (1997) описывает множество примеров работы с травмами различного рода (шоковыми или хроническими). Приведем отрывок, относящийся к началу его терапевтической практики: «Ее звали Ненси, и она страдала от сильных приступов панических атак. Эти приступы были настолько тяжелы, что она не могла даже одна выходить из дома. Ее направил ко мне психиатр, который знал о том, что я интересуюсь возможностями использования подхода, основанного на взаимосвязи тела и психики в процессе исцеления (новая и малопонятная в то время область). Он думал, что его пациентке может помочь какой-нибудь курс упражнений для релаксации. Но релаксации оказалось явно недостаточно. На первой же нашей сессии, когда я просто душно и из самых лучших побуждений попытался помочь ей расслабиться, она испытала самый настоящий и очень сильный приступ тревоги. Внешне она выглядела как парализованная, и почти не могла дышать. Сначала ее сердце билось очень быстро, а потом вдруг практически остановилось. ...Скованный сильным страхом, однако, все же стараясь как-то сохранять присутствие духа, я увидел мимолетное видение: прямо на нас прыгал огромный тигр. Охваченный этим переживанием, я громко воскликнул: “Большой тигр хочет напасть на вас.

Смотрите, он все ближе и ближе! Бегите вон к тому дереву, залезайте на него и спасайтесь!” К моему огромному удивлению, ее ноги задвигались, имитируя бег. ...Она задрожала, вся затряслась и зарыдала, а все ее тело стало содрогаться в конвульсиях. Ненси продолжала дрожать почти целый час. Она вспомнила ужасное переживание из своего детства. Когда ей было три года, ей удаляли миндалины, и во время операции ее привязали к столу. В качестве анестезии использовался эфир. Не в силах пошевелиться, чувствуя удушье (обычная реакция на эфир), она испытала ужасные галлюцинации. Эти ранние переживания оказали на нее очень глубокое воздействие. ...Ненси была ошеломлена и напугана, в результате чего она оказалась физиологически скованной реакцией иммобилизации. Другими словами, ее тело в буквальном смысле сдало свои позиции, придя в состояние, когда ни о какой попытке бегства не могло быть и речи. Наряду с этой “отставкой”, ее реальному и витальному “Я” был нанесен значительный ущерб, и у нее пропало ощущение личной безопасности и спонтанности. Двадцать лет спустя после этого травмирующего события проявились его скрытые и неуловимые эффекты. Ненси находилась в людной комнате, где она сдавала вступительный экзамен в аспирантуру, как вдруг у нее начался сильный приступ паники. Позднее у нее развилась агорафобия (боязнь выходить из дома одной). Это переживание было таким сильным и казалось настолько иррациональным, что Ненси сразу поняла, что она должна обратиться за помощью. После прорыва, произошедшего во время нашей первой встречи, Ненси покидала мой офис, чувствовала себя, по ее словам, так, “будто она вновь обрела себя”. И хотя мы продолжали работать с ней еще несколько сеансов, где она испытывала легкую дрожь и волнение, тот приступ тревоги, который она пережила на первой нашей встрече, стал для нее последним. Она перестала принимать лекарства, подавляющие эти приступы, а впоследствии вновь поступила в аспирантуру, где вскоре получила свою докторскую степень, без каких-либо рецидивов. В то время, когда я познакомился с Ненси, я изучал поведение “хищник-жертва” среди животных. Я убежден, что именно эти мои исследования и вызвали то видение воображаемого тигра» [30].

Любопытно, что П. Левин, размышляя над тем, каким образом обычно происходит работа с травмой в других направлениях, пишет, что катартические методы при лонгитюдном их использовании создают зависимость от повторяющихся катарсисов и формируют так называемые «ложные воспоминания». П. Левин, указывая на обозначенные выше особенности травмы, утверждает, что катартическое переживание может стать не исцеляющим, а повторно травмирующим.

Контрольные вопросы

1. Что подразумевает под собой логотерапия В. Франкла?
2. С помощью каких методов В. Франкл решает задачу поиска индивидуального смысла для каждого клиента?
3. Какие И. Ялом выделяет события, обостряющие переживания, связанные со смертью?
4. В чем сущность процесса иммобилизации, описанной П. Левином?
5. От каких факторов будет зависеть реакция на угрозу (в концепции П. Левина)?

Практические задания

ТЕХНИКА «Осознание своего тела и его ощущений»

Упражнение 1 (предложенное П. Левином):

«Это упражнение поможет вам на собственном опыте получить основные представления о телесно ощущаемом чувствовании. Где бы вы ни находились, читая эти строки, устройтесь как можно удобнее. Почувствуйте то, как ваше тело контактирует с поверхностью, которая поддерживает вас. Почувствуйте свою кожу и то, что вы ощущаете при соприкосновении с одеждой. Почувствуйте то, что под кожей – какие ощущения вы замечаете там? А теперь запомните эти ощущения, и спокойно подумайте вот о чем: как именно вы определяете, что вы чувствуете себя комфортно? Из каких физических ощущений состоит ваше общее чувство комфорта? Какие чувства приносит вам большее осознание этих ощущений – стало вам комфортнее, или наоборот? Изменяется ли это с течением времени? Присядьте на ми-

нутку и насладитесь телесно ощущаемым чувствованием чувства комфорта».

Результаты обсудите в группе.

Упражнение 2

Студентам предлагается разработать и выполнить упражнение, направленное на установление контакта с телом.

Раздел 2. ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ОНТОГЕНЕЗА

2.1. Психические травмы младенческого и раннего возрастов

2.1.1. Представления Д. Винникотта об отношениях матери и ребенка

Д. Винникотт известен как педиатр, психиатр, лидер независимой группы британского психоаналитического общества, один из первых убежденных приверженцев теории отношений в противовес теории влечений. Д. Винникотт считал, что в развитии личности влечения, которым фрейдисты придают ведущее значение, играют далеко не первую роль [9; 10]. Он смещает акцент на то, как развиваются самые ранние отношения у ребенка и его матери. Д. Винникотт пишет: «Существуют почти неуловимые вещи, которые мать постигает интуитивно, без всякого интеллектуального понимания происходящего... Она, например, знает, что самое главное в кормлении – не кормление. ...Все отношения этого нового человеческого существа (ребенка) с реальным миром будут базироваться на том, как все начиналось, и на паттернах, которые постепенно сформируются на основании опыта самых первых человеческих взаимоотношений – между ребенком и его матерью» [9].

В своих трудах Д. Винникотт формулирует идею того, что сама природа и сущность женщины позволяют ей настраиваться на своего ребенка, подключаться к нему и угадывать его потребности и желания. При этом матери совсем не обязательно стремиться стать «идеальной»: она имеет право на ошибки, усталость, собственные желания, ей позволительны ситуации, в которых она не смогла верно интерпретировать какие-либо запросы ребенка. Д. Винникотт использует термин «достаточно хорошая мать»/«обычная преданная мать», подчеркивая основную роль матери – быть заботливой и надежной,

чувствующей ребенка, эмоционально и физически доступной ему, при этом временами ошибающейся или устающей. Достаточно хорошая мать (ею необязательно является только родная мать) активно приспосабливается к потребностям ребенка, причем ее адаптация постепенно снижается в связи с возрастающей способностью самого ребенка понимать что-то о себе и выдерживать большую фрустрацию. Д. Винникотт пишет о том, что отношения, развивающиеся с самого начала у матери и младенца, не заключаются в знаниях или уровне умственного развития матери, а зависят от степени ее самоотдачи. Способность быть хорошей матерью для своего ребенка часто нарушается вмешательством со стороны других людей, считающих себя более опытными или знающими в отношении младенца: врачей, бабушек, других специалистов, поэтому женщине крайне важно научиться воспринимать себя в качестве той, кто знает о своем ребенке лучше других [9]. Это объясняется тем, что достаточно хорошая мать после рождения ребенка погружается в состояние, в котором она переживает своего собственного младенца как продолжение своего тела, своего телесного «я». Если такое состояние достигнуто, то ритмы между матерью и младенцем синхронизируются, что выражается в том, что у матери желание покормить ребенка грудью появляется синхронно с желанием младенца получить грудь. Когда многократно срабатывает синхронизация данных процессов, младенец словно извлекает из этого очень важный для его развития опыт: как только у меня появилось желание, сразу появилось нечто, с помощью чего это желание удовлетворено. В этом акте младенец переживает чувство всемогущества: он считает, что его желание создало грудь. Этот опыт инфантильного всемогущества очень важен, поскольку мир для ребенка выглядит как то, чем он может управлять, значит, мир предсказуем и безопасен для него. Таким образом, из идентификации матери с ребенком и синхронии их процессов формируется базовое доверие к миру.

Сначала младенцу кажется, что все вокруг – это продолжение его самого. Принятие реальности происходит следующим образом: младенец в своей фантазии сначала создает мир объектов вокруг се-

бя, а потом, при условии его безопасности, позволяет ему существовать. Чтобы убедиться в безопасности мира объектов, важно, чтобы он обладал качеством предсказуемости.

Поскольку в фантазиях младенца материнская грудь подвластна его потребностям и неопасна, со временем младенец позволяет этой груди существовать реально и независимо от него. Грудь становится первым реальным объектом внешнего мира. Если же мать не способна настолько идентифицироваться с ребенком, чтобы на телесном уровне угадывать его желания, она начинает кормить ребенка по расписанию, невзирая на его чувство голода и желание груди. В этом случае ребенок либо будет получать кормление, когда он этого еще не хочет, либо не получать его, когда желание уже возникло. В данном случае у младенца не получается сделать грудь подвластной ему, а значит, предсказуемой и безопасной.

Д. Винникотт, описывая основные задачи достаточно хорошей матери, предлагает воспользоваться двумя понятиями: холдинг и хэндлинг (их принято использовать без перевода с английского языка).

Холдинг (от англ. «hold» – держать, выдерживать, признавать и выносить) – это материнская способность идентифицироваться с младенцем, сопереживать ему, понимать его желания, поддерживать его еще слабое понимание самого себя и его нарциссизм. И хотя мать не может получить у ребенка ответ, почему он плачет, она может настроиться с ним и утешить, предложив именно то утешение, в котором он нуждается в настоящий момент. Младенец с его нуждами, желаниями и чувствами словно присутствует во внутреннем мире матери, и это позволяет ей знать о его переживаниях и потребностях (при условии, что она сама находится в ресурсном состоянии, иначе риск того, что в кризисный момент она будет эмоционально срывать-ся на ребенка, очень велик)

«Возьмем двух детей. Холдинг одного из них был достаточно хорошим (в моем – широком – смысле слова), и в этом случае ничто не препятствует быстрому эмоциональному развитию в соответствии с врожденной тенденцией. Другой не знал опыта удовлетворительного холдинга, его развитие будет искривленным и задержанным, а зна-

чит, какую-то долю примитивного хаоса чувств, первичного страдания он понес с собой в жизнь. Давайте скажем так: в случае обычного опыта “достаточно хорошего” холдинга мать способна обеспечить дополнительную эго-функцию, и ребенок, уже на ранней ступени, обретает эго, очень слабое, но собственное эго, крепнущее благодаря способности матери приспособиться к ребенку, идентифицирующей-ся с ребенком и поэтому знающей, каковы его основные потребности. Ребенок, лишенный подобного опыта, поставлен перед необходимостью преждевременного развития эго-функции – иначе он совсем запутается» [9].

Хэндлингом (от англ. «hand» – «рука» и «handling» – «умение обращаться») Д. Винникотт называет важную часть холдинга, заключающуюся в умении матери просто физически держать своего ребенка на руках и осуществлять уход за ним. По мнению Д. Винникотта, нахождение на руках у взрослого задает ребенку чувство границы, т. е. позволяет ребенку постепенно понимать, что такое «я» и что такое «не-я»: там, где начинаются руки матери, там ребенок и ощущает свои границы. Кроме того, материнские руки спасают маленького ребенка от слишком внезапной и интенсивной атаки на него разных стимулов, представляющих «не я» ребенка: очень яркий свет, непривычная температура, громкий звук, резкий запах. Нахождение у матери на руках позволяет ребенку более мягко столкнуться с атрибутами внешнего мира, что влечет за собой большую последующую адаптивность и к другим объектам окружающего мира. Также опыт пребывания на руках является началом персонализации младенца: понимания себя как персоны со собственными ощущениями, формами и движениями.

2.1.2. Понятие «переходный объект» в теории Д. Винникотта

Согласно взглядам Д. Винникотта, когда младенец только рождается на свет, он некоторое время существует лишь в своей внутренней реальности, от внешней реальности он оторван. Можно сказать, что мир младенца представляет собой множество галлюцина-

торных всемогущих фантазий, где все объекты внешнего мира – это и есть сам младенец. Живя и развиваясь, он постепенно утрачивает представление о мире как о самом себе, т. е. младенец приходит к пониманию, что он и мир существуют отдельно, что мир не включен в границы его «я» и не подлежит контролю. Такой переход в отношении себя и внешнего мира не только не может, но и не должен совершиться одномоментно, иначе это был бы запредельно травмирующий опыт для ребенка. В норме понимание, что есть «я» и что не есть «я» приходит постепенно, и зона непосредственного опыта становится той переходной зоной, через которую можно постепенно принять окружающий мир. Именно эта идея лежит в феномене переходного объекта, разработанного Д. Винникоттом. Благодаря большой педиатрической практике Д. Винникотт наблюдал множество детей младенческого возраста и обратил внимание, что ребенок рано начинает тянуть в рот те предметы, которые оказываются доступны: свои кулачки, игрушки, уголок одеяла или подушки.

Д. Винникотт делает заключение, что здесь замешано не только оральное удовольствие, но и то, что таким образом ребенок символически «вплетает» в границы своего «я» объекты, которые на самом деле продолжением его не являются и относятся к внешнему миру. Эти первые объекты, используемые ребенком, получили у Д. Винникотта название «переходные объекты»: «Я предлагаю термины “переходный объект” и “феномен перехода” для обозначения промежуточной зоны опыта, находящейся между сосанием пальцев и плюшевым мишкой, оральным эротизмом и истинными объектными отношениями, между первичной творческой активностью и проекцией того, что уже интроецировано, между исходным непониманием “обязательств” и признанием своей зависимости (скажи “Спасибо!”). В соответствии с этим определением путь перехода от младенческого гуления к песенкам, которые малыш “мурлыкает”, засыпая, как раз относится к той промежуточной зоне, к феномену перехода вместе с использованием объектов, которые не являются частью тела ребенка, но все еще не полностью осознаются им как принадлежащие к внешнему миру» [10, с. 6]. То есть переходный объект позволяет ребенку посте-

ленно выстраивать свои границы, а также спасает его от депрессивного состояния, помогая нетравматично переносить периоды, когда его матери рядом нет.

Переходный объект обладает следующими характеристиками:

- 1) заменяет грудь как объект первых взаимоотношений;
- 2) предшествует тестированию реальности, служит для сепарации того, что не относится к «я» ребенка;
- 3) позволяет ребенку перейти от всемогущего контроля к контролю посредством манипуляции (с использованием мышечного эротизма и удовольствия от согласованности собственных действий);
- 4) в определенных условиях он может превратиться в фетишистский объект и в этом качестве проявлять активность во взрослой сексуальной жизни [10].

Переходный объект по мере развития ребенка будет меняться: например, в один период – это уголок одеяла, в другой – любимая игрушка, которую ребенок желает брать с собой повсюду. С определенного момента переходный объект перестает восприниматься именно как материнская грудь, но продолжает быть ее символом, хотя ребенок уже вполне может ощущать разницу между ним и действительной грудью. Очевидно, что насильно лишать ребенка переходного объекта совершенно нецелесообразно, поскольку, если он в нем нуждается, это означает, что его сепарация от окружающего мира еще не завершена. Отняв переходный объект, родители спровоцируют сепарационную травму, поэтому следует дождаться, когда сам ребенок расстанется с выбранной вещью.

Переходная область наполнена содержаниями, которые Д. Винникотт называет иллюзиями. Иллюзия – это то, что сознательно воспринимается субъектом как отличное от реальности, но при этом наделено всеми свойствами такой реальности. Например, такой иллюзией выступает игра: когда дети, предположим, играют в войну, они понимают, что это не война и здесь никто не умрет и не победит, но они испытывают все эмоции, как если бы это было на самом деле.

У взрослого человека тоже очень много иллюзий, которые необходимы ему для нетравматичного восприятия окружающей реально-

сти: например, фотография как иллюзия присутствия близкого человека. Во взрослой жизни область иллюзии в норме заполняется искусством и религией, при нарушении процесса – алкоголем и наркотиками. Д. Винникотт утверждал, что реальность сама по себе настолько непереносима, что иллюзия выступает способом, помогающим ее принимать менее травматично.

Также важной в творчестве Д. Винникотта является идея отзеркаливания. Идея о том, что мать является первым зеркалом для ребенка, связана с тем, что контакт глаз матери и ребенка, возникающий в первую очередь во время кормления, позволяет младенцу видеть свое отражение. Когда младенец смотрит на лицо матери, он видит в нем себя, свои переживания, радости и печали: если ребенок встревожен – лицо и взгляд его матери отражают тревогу, если он спокоен и удовлетворен – она также показывает это на своем лице. В случае, когда мать слишком занята чем-либо или просто эмоционально далека от ребенка, он, глядя на нее, увидит только ее чувства, которые не созвучны ему, и не сможет понимать себя в этот момент. Младенец словно собирает себя из мозаики своих отражений, доступных ему благодаря лицу и взгляду матери. «Смысл данного процесса заключается в том, он обеспечивает удовлетворение жизненно важной человеческой потребности в “эмпатическом резонансе”. Даже если ребенок испытывает сильные эмоции при невзгодах и неудовольствиях, то наряду с их отражением в глазах матери светится нежность к ребенку. Детям необходимо, чтобы родители показывали их желанность и замечательность, их ценность. Д. Винникотт, Х. Кохут обращали внимание на то, что это узнается скорее не из слов, а из выражения лица. ...Те люди, у которых не было в раннем возрасте достаточного опыта отзеркаливания значимым взрослым, сохраняют эту потребность в ее примитивной форме, они чувствуют свою неполноценность, прерывающуюся волнами нереальной грандиозности. По словам М. Якоби (2001), искажение отражения в раннем детстве приводит к тому, что ощущение своего полноправного существования в этом мире ускользает (Якоби М., 2001)» (цит. по: [62]).

Д. Винникотт поднимает и другие вопросы, связанные с различными травмами младенчества, развивая теорию объектных отношений, которая и на сегодняшний день весьма популярна.

2.1.3. Теория привязанности Дж. Боулби

Дж. Боулби – основоположник теории привязанности, которая получила дальнейшее развитие в трудах множества зарубежных и отечественных психологов (М. Эйнсворт, К. Х. Бриш, И. Брезертон, Д. Хеад, Б. Лайк, М. И. Лисина, Г. В. Бурменская, Л. В. Петрановская, Н. Н. Авдеева и др.), не утратила своей актуальности в настоящее время и нашла подтверждение в психотерапевтической практике.

Дж. Боулби, анализируя взгляды на развитие отношений младенца и заботящегося о нем взрослого (чаще – матери), подчеркивает, что исследователи единодушны в признании того, что ядро личности формируется в ранних отношениях младенца с другими людьми: «Путь, ведущий к пониманию тех уз, которые связывают ребенка с матерью, пролегает через понимание его реакции на разлуку с ней. В психоаналитических трудах обсуждение данной темы ведется в терминах объектных отношений. Поэтому в любом изложении традиционной теории неизбежно частое использование терминологии объектных отношений, однако новую теорию предпочтительнее представить в таких терминах, как “привязанность” и “лицо, к которому привязан ребенок”» [3].

Поведение привязанности рассматривается Дж. Боулби как один из видов социального поведения, при этом его значение столь же велико, как и значение поведения, связанного с созданием пары или родительского поведения. Автор предполагает, что оно выполняет особую биологическую функцию, направленную на выживание человечества и отдельного человека. Система привязанности является первичной генетически закрепленной мотивационной системой, которая активизируется сразу после рождения, при первом контакте новорожденного с матерью. К. Х. Бриш, развивая идеи Дж. Боулби, особо подчеркивает значимость генетически заданного поиска близкого че-

ловека и установления привязанности на первом году жизни: «Эта готовность свойственна всем без исключения детям. Весь первый год жизни ребенка проходит под эгидой установления этой связи, и многое тут зависит от взрослого человека, для которого благополучие новорожденного превращается в жизненную необходимость. Эмоциональная связь между ребенком и взрослым постепенно становится гарантией выживания грудного ребенка, тихой гаванью в бурном океане» [5].

Дж. Боулби выделил пять форм инстинктивного поведения, выступающих в качестве компонентов поведения привязанности: сосание, цепляние, следование, плач и улыбка. Однако затем он расширил свое представление о поведенческих системах, добавив, что в возрасте между девятью месяцами и полутора годами эти формы поведения включаются в более сложные системы, организованные так, что их активация вызывает у ребенка стремление находиться в непосредственной близости к матери [3]. На определенном уровне ребенок чувствует, что утрата контакта с родителем означает его гибель.

На основе наблюдений за младенцами были описаны их способности устанавливать человеческие отношения:

- 1) с раннего детства младенцы имеют внутреннюю направленность на отношения с другим человеком;
- 2) младенцы с рождения имитируют человеческое поведение;
- 3) младенцы предпочитают лицо игрушкам, лучше сосредотачиваются на фронтальном положительно настроенном лице;
- 4) младенцы могут отличать голос человека от иных звуков и предпочитают его;
- 5) младенцы способны улавливать изменения интонаций голоса и тревожатся, если лицо и голос матери не находятся в соответствии.

Привязанность ребенка, согласно Дж. Боулби, детерминирована не стремлением к пищевому или сексуальному удовольствию, а потребностью в защите и безопасности [3]. Привязанность ребенка, как и у животных, обусловлено врожденными, генетическими механизмами и обеспечивает выживание и благополучие потомства.

В процессе формирования надежной привязанности при общении матери и младенца важными факторами являются: 1) ее предсказуемость, 2) эмоциональная стабильность, 3) мотивация к ответной реакции.

Дж. Боулби описал фазы (стадии) развития привязанности, которые согласуются с теорией развития интеллекта Ж. Пиаже [3].

1. *Неразборчивая реакция на людей.* Эта фаза охватывает диапазон от рождения до трех месяцев.

С момента рождения способность младенца отличать одного человека от другого или вовсе отсутствует или весьма ограничена. Так, ребенок может различать людей только на основе слуховых стимулов. Путем наблюдений за младенцами было выявлено, что сразу же после рождения они любят слушать человеческие голоса и рассматривать лица людей. Приблизительно в течение первых трех недель младенцы улыбаются преимущественно с закрытыми глазами, и эти улыбки еще нельзя назвать социальными, они мимолетны и не адресованы конкретному человеку. Однако уже с трех недель младенцы начинают улыбаться в ответ на человеческий голос, эти улыбки уже можно назвать социальными, хотя они по-прежнему мимолетны.

Полноценные социальные улыбки обычно появляются в возрасте пяти-шести недель, когда младенец реагирует на человеческое лицо широкой улыбкой, к которой уже присоединяется контакт глазами. Формы поведения младенца на этой стадии по отношению к любому человеку в его окружении включают в себя ориентировочные реакции, слежение глазами, хватание, улыбку и лепет. На стадии неразборчивой реакции младенец проявляет данные формы поведения независимо от того, кто вступает с ним в контакт. При неблагоприятных условиях развития ребенок может дольше задерживаться на этой фазе.

2. *Ориентация на определенное лицо (или лица) и адресация ему (им) сигналов.* Эта фаза охватывает диапазон примерно от трех до шести месяцев.

На этой фазе младенец по-прежнему положительно и дружелюбно настроен к окружающим, однако его социальные реакции ста-

новятся избирательными, очерчивая круг людей, которые являются для ребенка знакомыми. К возрасту четырех-пяти месяцев малыши гуляют и лепечут лишь в присутствии знакомых людей. К пяти месяцам дети начинают тянуться и хвататься за части человеческого тела, но делают это по отношению к знакомому объекту.

Постепенно ребенок сужает свои реакции на знакомые лица, отдавая предпочтение двум-трем людям и одному в особенности. Этим основным объектом привязанности обычно становится мать, но им может также оказаться отец или другой значимый человек. Повидимому, у ребенка формируется наиболее сильная привязанность к тем людям, которые с наибольшей готовностью отвечают на их сигналы и участвуют в наиболее приятных формах взаимодействия с ним. На этом этапе из поведенческого арсенала исчезают многие рефлексы: рефлекс Моро, цепляния и поиска.

3. Сохранение близкого положения к определенному лицу с помощью локомоций и сигналов. Эта фаза относится к диапазону от шести месяцев до примерно трех лет.

На этом этапе развития у младенца постепенно дифференцируется отношение к людям, а также расширяется репертуар его реакций: он содержит теперь следование за уходящей матерью, ее приветствие по возвращении и восприятие ее в качестве «базы», откуда младенец может начинать исследовательское поведение. Когда мать уходит, ребенок плачет, а когда она возвращается, он, как правило, тянется к ней, желая, чтобы она взяла его на руки или обняла, и издает радостные звуки. Если мать и ее годовалый или двухгодовалый ребенок приходят на игровую площадку, ребенок чаще всего какое-то время держится рядом с матерью, а затем решается на исследования. Часто ребенок при этом инициирует короткие контакты, как будто желая удостовериться, что мать находится неподалеку. На данном этапе очень важна адекватная позиция взрослого, который, с одной стороны, позволяет ребенку исследовать мир, а с другой – постоянно транслирует непрерывающуюся привязанность и готовность откликнуться на него.

На этой же стадии снижается активность неразборчивых проявлений дружелюбного приветствия, адресованного другим людям: ребенок выбирает в качестве второстепенных объектов привязанности одних людей и исключает из этого круга других людей, к которым может относиться с настороженностью. Уже к семи-восемью месяцам ребенок начинает проявлять тревогу по отношению к незнакомцам и реагировать на них избеганием. Это может проявляться в виде легкой настороженности или громкого плача. Эта фаза может начинаться позднее – после года, особенно у тех детей, которые не имели тесного контакта с главным объектом привязанности.

4. Формирование целекорректируемого партнерства.

По мере своего развития ребенок начинает постигать тот факт, что поведение его матери организовано вокруг ее собственных целей, мотивов и желаний. Когда это происходит, закладывается основа для развития более сложных отношений между ребенком и матерью (или другим объектом привязанности), которые Дж. Боулби назвал партнерством. По сути, это означает, что ребенок начинает принимать в расчет планы и цели матери, распознавать и понимать ее чувства. Приблизительно к трем годам у ребенка формируется некоторое представление о планах матери, ее поведении в момент отсутствия, а также у него присутствует уже достаточный опыт того, что мать вернется (если мы рассматриваем вариант надежной привязанности). Ребенок начинает все больше вести себя как партнер в отношениях, не требуя лишь односторонней заботы и внимания от главного объекта привязанности. Неслучайно возраст ребенка, начинающего посещать детский сад, приближен к трем годам – это как раз то время, когда в норме ребенок может без травмирующей фрустрации выдерживать отсутствие матери.

2.1.4. Основные типы привязанности (М. Эйнсворт, Дж. Боулби)

М. Эйнсворт, ученице Дж. Боулби, удалось эмпирически установить и выделить несколько типов привязанности у детей. Существует три классических типа привязанности: надежная, избегающая,

амбивалентно-тревожная. Однако в крайних случаях можно говорить о дезорганизованной привязанности и тяжелых нарушениях эмоциональных связей [5].

1. *Надежная, безопасная привязанность.* Эта группа детей (в которую входят приблизительно 65 % детей) демонстрирует адекватное формирование привязанности к опекающему взрослому. Можно сказать, что по мере своего развития они ощущали себя в зоне психологической безопасности, так как рядом с ними в достаточной мере был внимательный и отзывчивый взрослый (чаще – мама), нацеленный на эмоциональный контакт, облегчающий физический и психический дистресс ребенка. Безусловно, мать иногда сталкивается с ситуациями, в которых она не сразу понимает причину дискомфорта ребенка или не может ее устранить, однако даже в этом случае ребенок улавливает желание матери понять его. Тем самым во внутреннем мире ребенка постепенно формируется и крепнет положительный опыт преодоления страха и беспомощности.

Надежная привязанность проявляется в том, что ребенок отрицательно реагирует на уход объекта привязанности и проявляет радость при его возвращении. Он с удовольствием инициирует общение со «своим» взрослым, а в случае какой-либо фрустрации обращается к нему за помощью.

Дети с надежным типом привязанности в незнакомой обстановке с удовольствием исследуют новое пространство, используя мать как отправную точку взаимодействия с миром: они с интересом познают окружающий мир, но при этом иногда испытывают потребность удостовериться, что мать не исчезла (например, периодически оборачиваются). Эмпирически было установлено, что потребность в эмоциональной связи и потребность в исследовательском поведении взаимосвязаны: они могут находиться в активном состоянии лишь поочередно, т. е. только в том случае, когда потребность ребенка в привязанности полностью удовлетворена, он способен не только спокойно играть, но и полноценно реализовывать активность и любознательность [5].

На основе надежной привязанности формируется гибкая и устойчивая структура личности. Дети с надежным типом привязанности лучше и быстрее адаптируются к психическим нагрузкам, чаще устанавливают дружеские отношения, в конфликтных ситуациях предпочитают социально ориентированные образцы поведения, реже проявляют агрессивность по отношению к другим и себе. Как правило, дети этой группы имеют развитые творческие способности и умеют гибко реагировать на изменение обстоятельств. Также они обладают способностью к сопереживанию и пониманию чувств других людей, т. е. такое социально важное качество, как эмпатия, формируется у детей именно с надежной привязанностью.

2. *Ненадежная, избегающая привязанность.* Избегающий тип привязанности характерен для тех детей, чьи ранние попытки найти утешение и эмоциональную поддержку от значимого объекта неоднократно наталкивались на равнодушие или даже порицание. Если в течение уже первого года жизни ребенок привыкает к тому, что в ответ на свой плач, крик или призыв о помощи он чаще получает отказ, то со временем он и вовсе перестает выражать появляющуюся у него время от времени потребность в эмоциональном участии родителей. Дети рано научаются скрывать свое желание обратиться к родителям за поддержкой и помощью, чтобы лишний раз не получать отвержение. Также избегающий тип привязанности может сложиться вследствие резкого и болезненного разрыва отношений с объектом привязанности.

С самого раннего возраста дети с избегающим типом привязанности фактически не реагируют на уход матери, словно вовсе не замечают ее отсутствия, будто их это не беспокоит. В связи с этим дети данной группы часто выглядят достаточно адаптированными: они не возмущаются уходом матери, не цепляются за нее, легко вступают в контакт с любыми другими людьми, не выражают недовольства от смены привычного окружения, им словно одинаково комфортно оставаться с самыми разными людьми. Однако многочисленные исследования показали, что дети с избегающим типом привязанности также испытывают стресс в момент расставания с близкими (их пульс уча-

щается, выделяются гормоны стресса), но они научились подавлять проявления своих чувств, поскольку эти чувства не находили адекватного отклика ранее. Также особенностью поведения ребенка этой группы является то, что он не радуется матери в момент ее возвращения: не бросается к ней на руки, взгляд его может быть устремлен в обратную от нее сторону, он демонстрирует незаинтересованность в ее адрес. Избегающий тип привязанности часто провоцирует различные психосоматические проявления. Это связано с тем, что эмоции и чувства ребенка оказываются запертыми внутри него, вследствие этого уровень напряжения нарастает и психика использует телесный симптом в качестве способа разрядки. Сформировавший такую привязанность ребенок часто бывает замкнутым.

Родители, чьи дети оказываются в этой группе, часто ориентированы на излишнюю и раннюю автономность ребенка, которая видится им как фактор стрессоустойчивости и потенциала развития. Они достаточно рано пресекают попытки ребенка плакать и жаловаться, предпочитая давать ребенку самому справляться с тяготами его жизни. Можно сказать, что избегающий тип привязанности формируется, когда родитель не оправдал доверия, не был рядом тогда, когда были необходимы его поддержка, участие и эмоциональный отклик.

Этот тип является условно-патологическим и встречается примерно у 20 % детей.

3. *Ненадежная, тревожно-амбивалентная привязанность.* Дети, относящиеся к этой группе, демонстрируют две противоречивые тенденции: стремление к матери и отвержение ее. Например, в момент расставания с матерью или в состоянии некой фрустрации, когда потребность в эмоциональной поддержке резко повышается (т. е. активизируется система привязанности), они бурно проявляют свои чувства: кричат, протестуют, со слезами зовут маму, цепляются за нее. Но как только мать откликается на их сигнал, например, возвращается, чтобы утешить, они могут реагировать отвержением или даже агрессией в ее адрес. То есть дети с тревожно-амбивалентным типом привязанности, с одной стороны, выражают потребность в участии

и эмоциональном контакте с матерью, а с другой – отрицают саму эту возможность и отворачиваются от нее.

Для детей этой группы характерны противоположные по значению сигналы, адресованные объекту привязанности, и их смена часто оказывается очень резкой – от панического страха перед расставанием с матерью до агрессивных выпадов в ответ на ее приближение. Это противоречивое поведение формируется под воздействием противоположных ожиданий по отношению к детям и непоследовательных истеричных реакций на них. Такие родители могут то приласкать ребенка, то отругать или наказать по одним и тем же поводам без объективных причин, и у ребенка нет возможности понять их поведение, чтобы приспособиться к нему. Опыт детей этой группы пронизан противоречивостью и непредсказуемостью взрослых, которые не позволяют ребенку в полной мере реализовать потребность в поддержке и утешении (пренебрежительно-гиперопекающий тип воспитания). Дети с амбивалентно-тревожным типом привязанности при сложных жизненных обстоятельствах буквально цепляются за близкого им человека, однако они не могут довериться ни одному из решений, которые им предлагают. У них не слишком много друзей, и они чаще предпочитают агрессивные способы разрешения конфликтов в отличие от детей с надежным типом привязанности.

Как правило, дети с тревожно-амбивалентным типом привязанности со временем проявляют все меньше исследовательской активности. Это связано с тем, что в большинстве случаев эти дети не получали от родителей необходимого одобрения или поощрения, мотивирующих их к изучению окружающего мира.

4. *Патологический вариант – дезорганизованный тип привязанности.* Можно сказать, что дезорганизованный тип привязанности обладает некоторыми характеристиками избегающего и амбивалентно-тревожного типов, заключающихся в том, что у детей этой группы не возникает целостной внутренней картины эмоциональной безопасности. Например, в ситуации разлуки дети, с одной стороны, протестуют против ухода матери и требуют ее возвращения, но при этом при ее появлении могут неожиданно останавливаться на полпу-

ти, начать убегать от нее, на некоторое время замирать, кричать. У детей этой группы возможны своеобразные повторяющиеся движения, а также некие реакции, когда ребенок выглядит отсутствующим, словно в состоянии транса. Эти реакции чаще всего возникают тогда, когда дети испытывают потребность в эмоциональной поддержке в ситуациях страха и разлуки.

Дезорганизованный тип привязанности характерен для детей, подвергающихся систематическому жестокому обращению и не имеющих надежного опыта привязанности. Крайне важно понимать, что родители детей этой группы нередко имеют опыт психической травмы, полученной в результате унижения или насилия, утраты близкого или трагической беременности [5].

2.1.5. Нарушение привязанности

Нарушения привязанности формируются в условиях, когда ребенок подвергается со стороны значимого взрослого различным формам насилия, к которым относятся игнорирование эмоциональных и физиологических потребностей ребенка, словесные унижения, длительное нахождение ребенка в одиночестве, физическое и сексуальное насилие, наблюдение ребенком сцен домашнего насилия. Помимо перечисленного, нарушения привязанности могут быть следствием внезапной разлуки с объектом привязанности и замена его другим человеком без необходимого периода адаптации к нему. Существуют различные варианты нарушения привязанности, рассмотрим два из них, описанные К. Х. Бришем в работе «Теория привязанности и воспитание счастливых людей [5]³.

1. *Недифференцированность в проявлениях привязанности.* Этот вариант характерен для детей, растущих в детских домах или семьях в условиях постоянного пренебрежения к ним. У таких детей нет близких людей, кто мог бы общаться с ними на эмоциональном

³ В своей работе «Терапия нарушений привязанности» [6] автор дает и другие варианты нарушений с их подробной клинической картиной. Книга рекомендуется для самостоятельного прочтения.

уровне, прислушиваться к их чувствам и чутко отвечать на них. Нередко на физическом уровне эта категория детей менее развита, и на поведенческом уровне уже на первом году жизни ребенка возникают некоторые особенности: ребенок без разбора идет ко всем людям, просится к ним на руки, прижимается и ластится, т. е. ведет себя по отношению к незнакомым или малознакомым лицам так, будто это очень близкий ему человек. Такое поведение не является истинным проявлением привязанности ребенка, его правильнее рассматривать как способ социальной адаптации к эмоциональному безразличию, как попытку компенсировать недостаток близких эмоциональных отношений и обрести внутренний покой. При работе с этой категорией детей необходимы как можно более ранняя психотерапия (например, адекватная возрасту игровая терапия или песочная терапия) и другая среда, в которой у этих детей может постепенно сформироваться опыт надежной привязанности. В случае, если ребенку посчастливилось быть усыновленным/удочеренным, необходимо также консультирование и психологическое сопровождение приемной семьи.

2. *Отказ от проявлений привязанности.* В случае, если ребенок с самого раннего возраста подвергается агрессии и насилию со стороны ближайшего окружения, его опыт взаимоотношений с ними наполняется страхом и тревогой, поэтому такой ребенок даже в ситуации, когда ему страшно, больно или грустно, не может искать утешения и поддержки в кругу близких, он может плакать от испуга или боли, но не ищет при этом утешения у своих родителей (или заменяющих их лиц). Таким детям, имеющим на ранних стадиях весьма травматичный опыт взаимоотношений, неведомо, что в минуты страха и отчаяния кто-то откликнется и придет на помощь: вместо сопереживания, утешения и объятий они ожидают (исходя из их реального опыта) вспышек ярости, негодования, оскорблений и даже физического наказания. Эта категория детей сталкивается с внутренней дилеммой: с одной стороны, они испытывают страх перед близким взрослым, с другой – они нуждаются в близкой и «теплой» фигуре. Как отмечает К. Х. Бриш, дети, желающие обрести «настоящего» близкого человека и не имеющие удовлетворяющей это желание фи-

гуры, патологическим образом привязываются к тому, кто представляет опасность для них. Он называет этот своеобразный процесс развития эмоциональных отношений патологической привязанностью к насильнику [5]. «Насильником» он называет близкого ребенку человека, проявляющего в его адрес открытую агрессию. Конечно, в случае развития привязанности по этому типу требуется безотлагательная терапевтическая помощь. Психологи могут работать с маленькими детьми методом игровой или песочной терапии, далее может присоединяться любая арт-терапевтическая работа, при этом обязательно следует проводить интенсивную психотерапевтическую работу с родителями. К сожалению, последний пункт не всегда возможен, и это значительно осложняет или вовсе делает работу с ребенком неэффективной.

Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) описывает также два типа нарушения привязанности: *реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте* и *расстройство привязанностей в детском возрасте по расторможенному типу*. Первый тип расстройства «характеризуется устойчивыми отклонениями модели детских социальных взаимоотношений, что связано с эмоциональным нарушением и реактивностью по отношению к изменениям окружающей обстановки (боязнью, сверхбдительностью, бедностью социальных взаимосвязей со сверстниками, агрессивностью по отношению к себе и другим, страданием и остановкой развития в некоторых случаях). Синдром, вероятно, возникает как непосредственный результат полного отсутствия заботы о ребенке со стороны родителей, как результат злоупотреблений и жестокого обращения с ним» [37]. Второй тип описывается как «особая модель аномального социального функционирования, которая возникает в первые пять лет жизни и имеет тенденцию сохраняться, несмотря на выраженные перемены в окружающей обстановке, а именно: диффузное, неизбирательно сфокусированное привязчивое поведение, требующее к себе внимания, и неразборчиво дружественное поведение; плохо модулированные взаимодействия со сверстниками. В зависимости от обстоятельств могут присоединяться эмоциональные и поведенческие

расстройства. Психопатия от недостатка привязанностей. Синдром детского закрытого учреждения» [37].

Недостаточная или патологическая привязанность на ранних этапах онтогенеза детерминирует развитие дезадаптивной привязанности во взрослой жизни. Различные варианты нарушения привязанности в раннем возрасте являются фактором риска развития психического расстройства в будущем: установлена связь депрессии во взрослом возрасте с утратой объекта привязанности в раннем детстве и враждебностью со стороны родителей, а также нарушения привязанности обнаружены у больных психозами [6]. Также симптомами нарушения привязанности могут служить следующие признаки (если они встречаются не изолированно друг от друга): склонность к интригам и манипулированию другими людьми, систематическое нарушение установленных границ и правил, вспышки гнева или истерики в ответ на попытки взрослого ввести запрет, жестокость по отношению к животным и людям, аутоагрессия, нарушение пищевого поведения или пищевых привычек, ранняя озабоченность сексуальностью, неустойчивость в отношениях со сверстниками.

Терапия нарушения привязанности, как уже было отмечено, должна включать работу с ребенком и его окружением. Наиболее часто применяются различные формы игровой деятельности с детьми, соотносящиеся с возрастом ребенка. Например, прекрасно зарекомендовала себя юнгианская песочная терапия. Интересной также является идея Веры Фалберг, направленная на сопровождение семьи, о способах «пробуждения» и формирования привязанности. Она описывает циклы «возбуждение – релаксация», «позитивное взаимодействие», «активный поиск помощи извне» как некие способы, позволяющие ребенку в новых безопасных и принимающих условиях испытать неизвестный ему ранее опыт эмоциональной близости.

В завершении рассмотрения вопроса о различных травмах, связанных с привязанностью, важно отметить, что травма отношений может быть исцелена только отношениями. Каким бы методом ни работал специалист, без учета специфики взаимоотношений, без глубины и вовлеченности, возникающих в терапии, невозможно прорабо-

тать столь раннюю и глубокую травму. Травма привязанности, случившаяся в раннем детстве, оставляет за собой след, который будет проявляться и во взрослой жизни, однако тяжесть последствий можно значительно смягчить, если оказать квалифицированную помощь ребенку и его окружению.

2.1.6. Исследования Ф. Дольто и ее учеников о языковой структуре психики в понимании детской травмы

Ф. Дольто – известный французский психоаналитик, педиатр, одна из ключевых фигур детского психоанализа, открывшая новые горизонты для исследования психики ребенка. Своих пациентов она называла «юными субъектами», подчеркивая важность принятия ребенка в качестве того, кого следует уважать так же, как взрослого, и чьи желания и потребности должны быть распознаны и учтены. Ф. Дольто никогда не относилась к ребенку как к беспомощному и бесправному существу. Она считала, что ребенок имеет право принять решение о необходимости терапии, поэтому своих юных клиентов она часто спрашивала, хотят ли они что-то сделать со своим страданием, хотят ли они, чтобы им помогли. Также для многих детей вне зависимости от оплаты родителей Ф. Дольто вводила «символическую плату» (камешек, бусинка, листик) как некое подтверждение их желания проходить у нее курс терапии.

Центральной составляющей учения Ф. Дольто был язык и «символическое», она часто использовала идеи Ж. Лакана для описания процессов, происходящих в глубинах бессознательного. Для Ф. Дольто человек (в том числе и младенец, не умеющий говорить) – это прежде всего «языковое существо», нуждающееся в том, чтобы коммуницировать с другими с помощью слов. Она утверждала, что грудной ребенок стремится насытиться речью не меньше, чем молоком матери. Это видно по тому, как он открывает рот или срыгивает (поскольку срыгивание – это то, что младенец предьявляет вместо слов). Младенец воспринимает мир при помощи различных каналов: зрения, осязания, обоняния, вкуса, – но лишь обращенное к ребенку сло-

во дает ему возможность почувствовать себя частью человеческого рода. Речь, по мнению Ф. Дольто, структурирует психику ребенка, делая доступным для него те содержания, которые касаются конкретно его, его семьи, происходящего с ним. «Психоаналитическое лечение состоит в том, чтобы помочь облечь в слова то, что человек переживает. Когда мать умеет высказать словами свою тревогу, это меньше травмирует ребенка, и в результате он чувствует себя лучше» [16, с. 280].

Работая в начале своей практики в детских больницах, Ф. Дольто убеждается в необходимости осуществлять не «ветеринарный уход» за ребенком, а правдиво говорить с ним, помогая ребенку понять ход его рождения, его семейную историю и все происходящее с ним. Задача детского психоаналитика – не соболезновать, не утешать, не пытаться изменить что-либо, а помочь выявить и символизировать, т. е. обозначить ребенку причину его страдания с помощью вербального акта, обращенного к нему.

Ф. Дольто много работала с детьми, страдающими соматическими нарушениями. Опыт ее работы демонстрирует, как часто симптом, который безрезультатно пытаются вылечить врачи, исчезает при объяснении самому ребенку (даже только что родившемуся) смысла, который этот симптом несет. Говоря с ребенком, Ф. Дольто всегда обращалась к нему как к субъекту и предлагала ему примириться с собственным телом. Воскрешая его короткую жизненную историю, она обозначала ребенку источники его страдания, тем самым заменяя симптом, символизирующий о некой боли, на речевую коммуникацию. Опыт подобной работы прекрасно осветила ученица Ф. Дольто К. Эльячефф в книге «Затаенная боль. Дневник психоаналитика» (1994).

2.1.7. Концепт «образ тела» как ключ к пониманию специфики детской травмы

Одним из самых важных и ценных конструктов теории Ф. Дольто является образ тела. В ее концепции образ тела – это бессознательная память всего опыта отношений субъекта и связанных с ними переживаний, это живой и постоянно развивающийся синтез эмоционального опыта, созданный в отношениях ребенка с матерью. Образ тела можно метафорически соотнести с символическим воплощением субъекта еще до того, как он начнет осознавать себя, он включает в себя всю историю ранних телесных и вербальных взаимодействий матери и ребенка. Бессознательный образ тела также можно назвать совокупностью представлений, имеющих отношение к телу, переживаемых через избирательные эрогенные ощущения. Ф. Дольто, являясь последовательницей З. Фрейда, считает, что психическое уходит своими корнями в тело и структурируется в логике тела, поэтому отверстия тела, являющиеся в разные периоды эрогенными, по сути, обозначают место встречи с другим [14].

Ф. Дольто определяет три составляющих бессознательного образа тела: собирание «я» и идентичности через первичный материнский объект (первичный нарциссизм); получение материнского признания, переживание себя желанным для матери (источник происхождения идеального «я»); формирование «я» как речевого субъекта, включенного в поле культуры.

В работе «Бессознательный образ тела» [14] Ф. Дольто разводит понятие «образ тела» с понятием «схема тела». Они связаны между собой, но не являются синонимичными. Схема тела универсальна, она специфицирует индивида как представителя вида, каковы бы ни были место, время и условия его проживания, это фактическая реальная жизнь тела. Схему тела можно обозначить как жизнь нашей плоти в ее взаимодействии с внешним миром, она зависит от целостности организма либо от тех нарушений (временных или постоянных), которые претерпевает тело в реальности.

Схема тела в принципе одна и та же для всех индивидов, в то время как образ тела носит индивидуальный характер: он напрямую связан с историей субъекта и отражает тип либидинозного отношения. Схема тела может быть сознательной, предсознательной и бессознательной, образ же тела практически полностью бессознателен. Взаимоотношения схемы тела и образа тела наглядно представлены множеством клинических описаний самой Ф. Дольто. Одним из наиболее известных случаев, когда ребенок с сохранной схемой тела, но с искаженным образом тела, не может в полной мере овладеть своим телом, является пример девочки, «не знавшей», что у нее есть руки: «...была такая девочка, которая больше не знала о существовании рук и что руки были отверстиями оральными и анальными. Давайте вспомним, что на оральной стадии ребенок смещает оральность на все, и в первую очередь как раз на руки, и они, подобно рту, умеют брать, отпускать, говорить. Именно по этой причине, когда я хотела, чтобы она взяла предложенный пластилин, я сказала: “Ты можешь взять его ртом своей руки”. И она отреагировала правильно, взяла именно рукой и поднесла ко рту. Можешь себе представить, все выглядело бы совершенно по-другому, попроси я ее взять предмет иначе: “Возьми пластилин в руку» или «Сделай что-нибудь из пластилина”. Тогда слова остались бы лишены смысла и не имели бы никакого действия. В то время как через фразу: “Возьми ртом своей руки” я ей вложила рот в руку, как если бы мое слово восстановило согласование между ее ртом и рукой. <...> Уверенно говоря: “Ты можешь взять ртом своей руки”, я предложила ей фантазматическое опосредование ртом, как если бы при пробуждении ее рта она могла начать пользоваться рукой» [14, с. 14].

В работе «Бессознательный образ тела» Ф. Дольто выдвигает положение, что наиболее архаичным образом тела является дыхательный образ. При рождении ребенка именно воздух заменяет ему внутриутробную жизнь, а дыхание и бронхо-легочное древо заменяет младенцу сосудистые разветвления плаценты. К тому же воздух является общим для всех людей, в связи с этим Ф. Дольто называет его общей плацентой [14]. Она приводит пример младенца, мать которого

была отлучена от него почти сразу после рождения. Люди, занимающиеся заботой о ребенке, вынуждены были обратиться к мадам Дольто, поскольку ребенок не мог сосать, хотя и страдал от голода. Тогда Ф. Дольто предложила обернуть бутылочку с молоком в белье, которое имело запах матери, и дать ребенку. Это вернуло ему обонятельный образ, и впоследствии он смог есть.

Ф. Дольто имела огромную клиническую базу, подтверждавшую ее идеи об образе тела, и эти идеи носят важное теоретическое и практическое значение. На сегодняшний день мы видим огромное число детей с нарушениями функционала тела, однако, как мы можем убедиться благодаря работам Ф. Дольто, эти нарушения не всегда относятся к схеме тела. Если же они относятся к искажению в образе тела, значит, эти нарушения телесного уровня могут быть значительно скорректированы психотерапевтической работой, учитывающей некий дисфункциональный и травматичный для ребенка опыт взаимодействия.

2.1.8. «Стадия зеркала» в учении Ф. Дольто

Еще одна важная концепция Ф. Дольто – концепция зеркала. Так же как и Ж. Лакан, она уделяет большое внимание этапу, когда ребенок начинает сталкиваться со своим отражением в зеркале. Ф. Дольто рассматривает опыт зеркала как символическую кастрацию⁴: это промежуточный этап между анальной (автономное существование от тела матери) и первичной кастрацией (различение пола), связанной со вторичным нарциссизмом. Ф. Дольто выделяет два процесса в ситуации зеркала: первый – зеркало в другом человеке, идентификационные метки отношений с телом другого, позволяющие ребенку переживать чувство «я есть», это вопрос становления первичного нарциссизма; второй – собственно встреча с зеркалом, с холодной зеркальной поверхностью.

⁴ *Кастрацией* в психоанализе принято считать вынужденный отказ от некоего удовольствия, на место которого затем встает другое удовольствие: так, оральная кастрация – это отказ от груди матери, но приобретение речи.

Ф. Дольто рассматривает ситуацию встречи ребенка с зеркальным отражением как драматичную, если при этом отсутствует взрослый, поясняющий маленькому ребенку смысл этого опыта, а также помогающий осознать свое тело в отдельности от тела взрослого. Если взрослый не обозначил это столкновение с зеркалом словами, ребенок может ощутить неустойчивость, неуверенность в чувстве собственного существования, пережить некое расщепление («я здесь и одновременно я там»). Тем самым опыт зеркала может, с одной стороны, способствовать развитию символической функции, вхождению в поле речи и символов, утверждению «я» ребенка, но, с другой стороны, при неблагоприятных условиях приводить к колебаниям чувства идентичности:

Ф. Дольто, Ж.-Д. Назьо в известной публикации, результирующей работу совместно проведенного семинара, «Ребенок Зеркала» уделяют особое внимание первой встрече ребенка со своим зеркальным отражением, подчеркивая, что неверное, некорректное сопровождение этого серьезного испытания родителями может приводить к серьезным проблемам процесса самоотождествления и закономерным поведенческим трудностям. В частности, Ф. Дольто полагает, что наиболее распространенный вариант вербализации этой незаурядной встречи родителями – «Смотри, это ты» – является в корне неверным, и наиболее адекватной задаче должна стать реплика, позволяющая обеспечить символообразующий эффект: «Ты видишь, это твое отражение в зеркале, точно такое же, как мое отражение рядом, которое ты видишь». «Из-за отсутствия символизации в первых приведенных словах ребенок, несомненно, получит некий опыт зрительного восприятия – например, констатируя исчезновение собственного изображения, если он не находится перед зеркалом, и то, что оно вновь появляется, когда он перед зеркалом. Но, не получив ответа и возможности общения, ребенок так и останется с неким болезненным опытом зрительного восприятия. Для ребенка труднопереносимо, если рядом с ним перед зеркалом никого нет. Другой должен присутствовать не только для того, чтобы говорить, но и для того, чтобы ребенок наблюдал в зеркале отражение взрослого, отличного от его

собственного, открывая для себя, что он ребенок. Ведь ребенок не знает, что он ребенок, что он мал ростом и имеет вид ребенка. Чтобы узнать, ему надо смотреть в зеркало и констатировать различия между собственным образом и образом взрослого. Если, напротив, тот же ребенок находится рядом с ребенком, более младшим, он страдает, чувствуя нестабильность своего самоотождествления. Дети не хотят быть в зеркале вместе с младшим ребенком, вступать в личностное общение. Это также одна из причин, почему ребенок, подрастая, толкает самых маленьких. Например, случается, дети не просто вырывают игрушку у более младших, но норовят толкнуть и сбить с ног. Надо объяснить, что он оттолкнул товарища по игре, чтобы удостовериться, что не стал таким, как он; иначе он мог бы потерять себя, свою личность. После объяснения взрослого ребенок счастлив и больше не нуждается в том, чтобы толкать других детей» [15, с. 37–38].

Важность и в то же время травматичность неадекватного опыта встречи ребенка со своим отражением в зеркале как нельзя более точно отражает случай маленькой американки, «потерявшей “рот руки”» (см. п. 2.1.7). Ф. Дольто сообщает, что ребенок, оставленный в отеле, пока родители изучали достопримечательности Парижа, на попечение няни, знавшей английский язык, но не владевшей его американизированной версией, к тому же занятой в большей степени вторым ребенком-младенцем, остался фактически без полноценного общения. Далее педиатр и психоаналитик Дольто, рассказывая историю девочки, «разучившейся глотать», особое внимание обращает на специфику травмирующей ситуации: «К тому же на стенах комнаты висели зеркала, и мебель тоже была с зеркалами. Оказавшись в пространстве этой зеркальной комнаты без внимательного участия, она совершенно потерялась, раздробившись на кусочки тела, видимые кругом. В довершение всего постоянное присутствие младенца, которым няня все время занималась, привело ребенка в еще большую растерянность... Ужасно было видеть, как опыт зеркала диссоциировал и раздробил все ее существо. Добавлю, что вначале родители были довольны и верили, что эти многочисленные фрагменты зеркала забавляют ребенка... они не заметили, что девочка становится безум-

ной» [15, с. 39–40]. Двух месяцев конвергенции двух крайне неблагоприятных, спровоцированных родителями (активно осваивающими французские достопримечательности) факторов, вполне хватило для того, чтобы здоровый ребенок в 2,5 года заболел шизофренией.

Очевидно, что психоанализ юного субъекта, предложенный Ф. Дольто, является одним из наиболее интересных направлений при работе с травмами, вызывающими неврозы или даже психозы. В работах Ф. Дольто, безусловно, прослеживаются классические идеи психоанализа (например, Эдипов комплекс), но при этом предлагается абсолютно новый взгляд на детскую психику, символическую роль отца и матери, теорию кастрации.

Контрольные вопросы и задания

1. Что подразумевает «переходный объект» в теории Д. Винникотта и какую функцию он выполняет?
2. Что Д. Винникотт называет холдингом и хэндлингом и каково их значение в формировании гармоничной личности?
3. Каковы биологические предпосылки формирования привязанности?
4. Какие основные фазы развития привязанности выделяет Дж. Боулби?
5. Какие существуют типы привязанности?
6. Каковы основные особенности работы с детьми, предложенные Ф. Дольто?
7. Приведите пример, когда у ребенка сочетается сохранная схема тела с нарушенным образом тела.
8. Приведите пример, иллюстрирующий нарушенную схему тела в сочетании со здоровым образом тела.
9. Что представляет собой стадия зеркала и в чем состоит ее травматичный эффект, по мнению Ф. Дольто?

2.2. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков

2.2.1. Стресс, травматический стресс и посттравматическое стрессовое расстройство

Стресс (от англ. *stress* – нагрузка, давление, напряжение) – это неспецифическая (общая) реакция организма на физическое или эмоциональное воздействие, нарушающее его гомеостаз, а также соответствующее состояние нервной системы организма (или организма в целом) [48].

В своей книге «Стресс без дистресса» (1979) Г. Селье рассматривал стресс как физиологическую реакцию на физические, химические и органические факторы. Эти реакции доказывают, что:

1) все биологические организмы обладают врожденными механизмами поддержания состояния внутреннего баланса (равновесия функционирования своих систем);

2) сильные внешние раздражители (стрессоры) нарушают внутреннее равновесие. Организм отвечает на приятный или неприятный стрессор неспецифическим физиологическим возбуждением. Эта реакция является защитно-приспособительной;

3) адаптационные возможности организма по предупреждению и нивелированию стресса имеют резервы, которые, истощаясь, могут привести к болезни или смерти;

4) развитие стресса и адаптация организма к нему включает несколько стадий, которые Г. Селье назвал общим адаптационным синдромом [2].

Первая стадия – стадия тревоги, проявляющаяся при первом появлении стрессора. На этой стадии происходит снижение уровня резистентности организма, а также наблюдаются дисфункции некоторых соматических и вегетативных реакций. Затем организм мобилизует резервы и включает механизмы саморегуляции защитных процессов. В случае, когда защитные реакции оказываются эффективными, тревога угасает, и организм возвращается к привычной активно-

сти. Вторая стадия называется стадией резистентности (сопротивления). Эта стадия связана с продолжительным воздействием стрессора, когда организм испытывает потребность в поддержании своих защитных реакций. Здесь происходит сбалансированное использование адаптационных резервов на фоне адекватного внешним условиям напряжения функциональных систем. Третья стадия – стадия истощения, наступающая как следствие чрезмерно интенсивного и длительного воздействия стрессоров. Сопротивляемость организма снижается, в результате чего могут возникать функциональные нарушения и морфологические изменения в организме (рис. 1) [48].

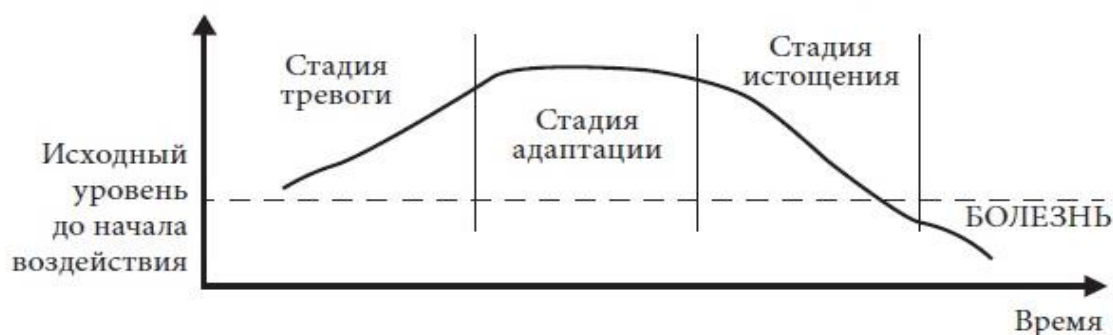


Рис. 1. Стадии развития стресса, по Г. Селье

Интенсивность реакций человека зависит не столько от характеристик стрессора, сколько от личностной значимости действующего фактора. Р. Лазарус обращает внимание на то, что одинаковые внешние события могут стать или не стать стрессовыми для различных субъектов. Также он отмечает, что одно и то же событие в одном случае может оцениваться как стрессовое, а в другом – как нормальное, и это часто сопряжено с изменениями в физиологическом или психическом состоянии субъекта [48].

Психологический стресс обусловлен субъективными и объективными причинами, которые в совокупности вызывают различные реакции организма: нарушение психомоторики, дрожание голоса, изменение ритма дыхания, речевые дисфункции, замедление сенсомоторной реакции и др.

Существует множество вариантов разных классификаций стрессовых ситуаций в зависимости от выбранного основания.

1. Эмоционально положительные и эмоционально отрицательные стрессы (Г. Селье использует понятия аустесс и дистресс).

2. Кратковременные (острые) стрессы и долгосрочные (хронические) стрессы.

3. Физиологические (соматические, средовые) стрессы и психоэмоциональные стрессы.

В свою очередь физиологические стрессы можно разделить:

- на механические (повреждение целостности кожи и различных органов, различные травмы, ранения, операции, шоковое состояние);

- физические (перегрев, переохлаждение, обморожение, ожог, воздействие радиации, невесомости или ускорения, голод, жажда, гипокинезия, иммобилизация);

- химические (отравление действием ядохимикатов и их паров, загрязнением воздуха, воды или почвы, недостатком или избытком кислорода);

- биологические (вирусы, бактерии, токсины, грибы и их разновидности, вызывающие болезнь человека).

4. Психоэмоциональные стрессы делятся:

- на информационные;

- эмоциональные.

Согласно современным представлениям эмоциональный стресс можно обозначить как феномен, возникающий при соотношении требований, предъявляемых к личности, с ее способностью соответствовать данным требованиям. Если у человека не хватает стратегий совладания со стрессовой ситуацией, возникает состояние напряжения, вызывающее совместно с первичными гормональными изменениями во внутренней среде организма нарушение его гомеостаза. Преодоление стресса включает психологические (сюда входят когнитивная и поведенческая стратегии) и физиологические механизмы. В случае, если предпринимаемые личностью попытки справиться с ситуацией оказываются неэффективными, стресс будет нарастать, что может

привести к появлению патологических реакций и органических повреждений [34].

Травматический стресс – это переживание особого рода, это нормальная реакция на выходящие за рамки нормальности обстоятельства. Травматический стресс возникает в условиях, когда человек сталкивается с тем, что является за пределами для его привычного опыта. И в данном случае принципиально важным является не составление исчерпывающего перечня травмирующих событий, а понимание того факта, что травматическое стрессовое нарушение возникает в случае, если субъект «прочитывает» ситуацию как угрожающую его жизни и здоровью или жизни и здоровью «значимого другого», угрожающую целостности его организма. Именно в этом случае велика вероятность формирования весомых нарушений в психической сфере, например, таких как нарушения «структуры самости», когнитивной модели мира, эмоциональной сферы, когнитивной сферы. Экстремальные кризисные ситуации, являющиеся стрессором, подрывают чувство безопасности личности и вызывают различные переживания травматического стресса, психологические последствия которого часто становятся разрушительными. Сравнивая между собой термины «стресс» и «травматический стресс», можно отметить, что первый будет соотноситься с понятиями гомеостаза и адаптации, в то время как второй – с нарушениями, расстройствами и психопатологическими реакциями [61].

По статистике около 50 % европейцев хотя бы один раз в жизни подвергаются воздействию травматических событий [52], которыми чаще всего выступают:

- ДТП, аварии на производстве;
- утрата близких;
- нападение, сексуальное и домашнее насилие;
- техногенные катастрофы вплоть до национального масштаба;
- стихийные бедствия;
- терроризм, войны, локальные конфликты и т. д.

Травматический стресс примерно в 10–15 % случаях становится причиной формирования посттравматического стрессового расстрой-

ства (ПТСР). Согласно МКБ-10, ПТСР «возникает как отсроченный или затянувшийся ответ на стрессовое событие (краткое или продолжительное) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которое может вызвать глубокий стресс почти у каждого» [37]. Статистические данные, описывающие частоту ПТСР по американской выборке, составленной Р. Кесслером с соавторами, представлены в табл. 1 [56].

Таблица 1

Статистические данные частоты развития ПТСР (американская выборка), представленные Р. Кесслером с соавторами

Характер травмы	Частота травмы, %	Частота развития ПТСР, %
Изнасилование	5,5	55,5
Сексуальное домогательство	7,5	19,3
Война	3,2	38,8
Угроза применения оружия	12,9	17,2
Телесное наказание	9,0	11,5
Несчастные случаи	19,4	7,6
Свидетель насилия, несчастного случая	25,0	7,0
Пожар/стихийное бедствие	17,1	4,5
Плохое обращение в детстве	4,0	35,4
Пренебрежение в детстве	2,7	21,8
Другие угрожающие жизни ситуации	11,9	7,4
Другие травмы	2,5	23,5
Наличие какой-либо травмы	60,0	14,2

Очевидно, что по представленным в таблице данным именно преступления против половой неприкосновенности (изнасилование, сексуальные домогательства), «травмированное детство» (плохое обращение в детстве и пренебрежение в детстве) наряду с участием в военных действиях (в любой роли) являются наиболее патогенными с точки зрения формирования ПТСР.

К сожалению, официальные российские данные о распространенности ПТСР среди населения либо отсутствуют, либо не являются открытыми, что не снимает остроты проблемы, особенно в условиях социального неблагополучия и объективных угроз здоровью и жизни.

Проведенное по инициативе и при поддержке Всемирной организации здравоохранения в 40 странах мира исследование позволило не только собрать обширную фактологию по последствиям стресса, но и включить в Международную классификации болезней 10-го пересмотра – МКБ-10 маркеры сформированности такой болезни, как «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации» (F-43). Более того, были определены и дифференциальные признаки таких психических и поведенческих расстройств в результате воздействия стресс-фактора, как «острая реакция на стресс» (F-43.0), «посттравматическое стрессовое расстройство» (F-43.1) и «расстройства адаптации» (F-43.2).

Пострессовые нарушения могут отличаться по динамике формирования у человека, и неслучайно исследователи ПТСР не единодушны в определении его этапов.

Приведем одну из наиболее признанных схем динамики формирования пострессовых нарушений, предложенную В. Г. Ромеком, В. А. Конторович, Е. И. Крукович. Взаимосвязь различных по продолжительности и глубине стадий формирования постстрессовых нарушений схематично представлена на следующей схеме (рис. 2) [54].

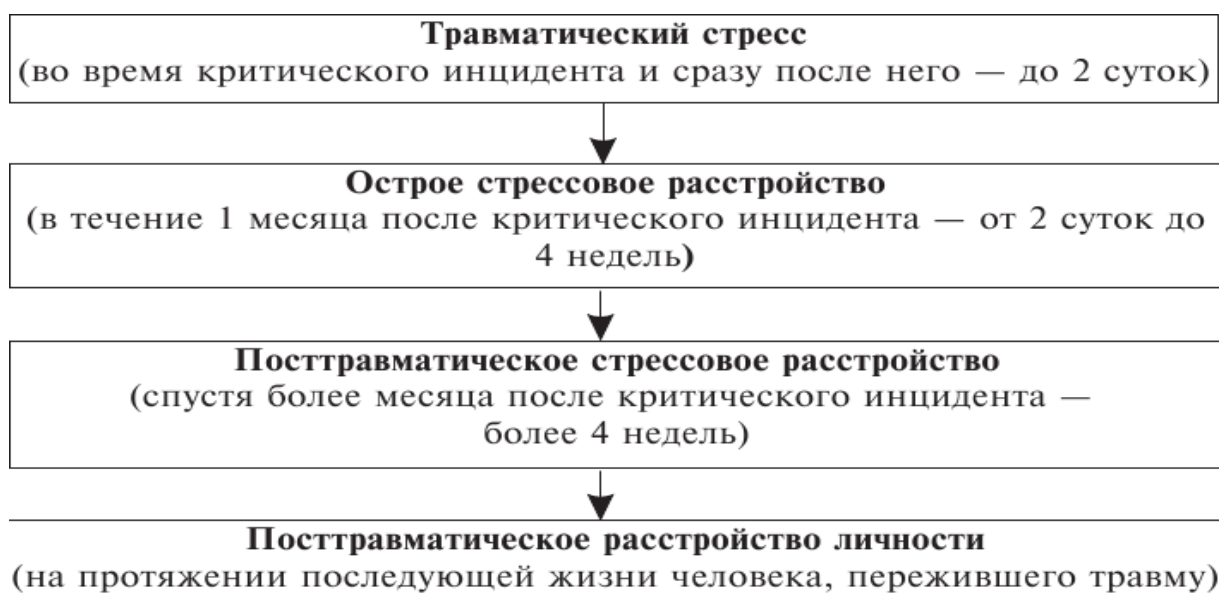


Рис. 2. Формирование постстрессовых нарушений

Важно понимать, что проявление ПТСР может быть отсрочено (на месяцы и годы) и проявляться в ситуации появления нового стресс-фактора.

ПТСР – это нарушение психики, возникающее по разным причинам, обусловленным природой происходящего события, индивидуальными свойствами травмированной личности и особенностями окружения. Социальные последствия ПТСР продемонстрированы в исследованиях, посвященных выжившим жертвам концентрационных лагерей, которые в сравнении с контрольной группой имели менее стабильный трудовой стаж, чаще меняли и место жительства, и род деятельности. Также им чаще был свойственен переход в менее квалифицированные и, соответственно, менее оплачиваемые социальные слои (25 % случаев в экспериментальной группе против 4 % случаев в контрольной группе) [61].

Поведенческий паттерн, часто встречающийся у травмированных людей, – компульсивное повторное переживание травматических событий, проявляющееся в том, что человек бессознательно стремится к попаданию в ситуации, которые сходны с начальным травматическим событием. И хоть этот феномен не включен в критерии ПТСР, описанных классификаторами болезней, он наблюдается практически при всех видах травм.

Лицам с ПТСР часто свойственно болезненное чувство вины, не только по поводу того, что они выжили, а другие погибли, но и по поводу того, что с ними произошло. Интересно, что в некоторых случаях чувство вины является отягощающим ПТСР фактором, но в других способствует более скорому выздоровлению (установлено, что жертвы сексуального насилия, считающие себя виновными в этом, имеют лучший прогноз, чем те, кто не берет на себя ложной ответственности, поскольку это дает им избежать чувство беспомощности и верить в саму возможность контроля и предупреждения угрожающей ситуации [61].

Присутствие симптомов ПТСР у кого-либо из членов семьи влияет на общее ее функционирование, поскольку внутренние страдания и кажущиеся другим неадекватные чувства, страхи и действия лиц

с ПТСР часто становятся причиной ссор, конфликтов и непонимания. Однако семья является мощной социальной поддержкой, способной оказывать компенсирующее влияние на страдающего ПТСР члена семьи, помогая ему справляться с эмоциональными и когнитивными последствиями травматического события.

2.2.2. Характеристики травмы, способной вызвать травматический стресс

Для объяснения уязвимости личности к развитию ПТСР А. Мэркер предлагает этиологическую мультифакторную концепцию, в которой он обозначает три группы факторов, сочетание которых вызывает развитие ПТСР:

– факторы, связанные с травматическим событием: тяжесть и тип травмы⁵, ее неконтролируемость, неожиданность;

– защитные факторы: способность к осмыслению произошедшего, наличие социальной поддержки, механизмы совладания (те, кто имеет возможность говорить о травме, отличаются лучшим самочувствием и реже обращаются к врачам любого профиля);

– факторы риска: возраст индивида, отрицательный прошлый опыт, имеющиеся психические расстройства в анамнезе, склонность к суицидальным мыслям или попыткам, низкий социальный уровень [56].

У детей по сравнению со взрослыми отмечается более высокая вероятность развития ПТСР, при этом ПТСР у детей может сформироваться не только под воздействием чрезмерных травматических

⁵ Важно отметить, какую роль играет тип травмы: например, легче всего переносятся стихийные бедствия, далее – случайные события, техногенные или социальные кризисы (большая группа пострадавших в конкретном регионе). Тяжелее переносится тип травмы, где виновник конкретен и пострадали ни в чем не повинные люди. Самому большому риску подвергаются люди, которые пострадали в результате воздействия человека, если имел место интенсивный межличностный контакт, что подтверждается высокой частотой развития ПТСР у лиц, пострадавших от сексуального насилия.

стрессовых факторов (таких как насильственные преступления или сексуальное насилие) но и в результате непосредственного наблюдения страшных и жестоких сцен (как в реальности, так и по телевизору). Факторами уязвимости к формированию ПТСР у детей являются и их личностные особенности: сверхчувствительность к тревоге, тормозимый тип темперамента с повышенной реакцией на новизну и восприимчивостью к смене раздражителей.

Отдельного внимания заслуживает вопрос о значении факторов, связанных с характеристиками семьи и типами привязанности, сформированной между ребенком и значимым для него взрослым.

В своей диссертационной работе, посвященной ПТСР у детей, О. Б. Есина отмечает, что дети, воспитывающиеся в условиях пренебрежения и злоупотребления со стороны взрослых, обладают высокой степенью уязвимости к ПТСР: «На риск развития поздних диссоциативных процессов в ходе психологической адаптации к стрессу влияет дезорганизованный тип привязанности в младенческом анамнезе, так как именно этот механизм является частью психологической защиты младенцев в отношениях с родительской фигурой, к которой младенец стремится за утешением и в то же время испытывает перед ней страх в случае ее дезорганизованного, непредсказуемого поведения. Диссоциация становится прототипом для реакций адаптации, особенно в условиях стресса или травмы, что подтверждается наличием связи между дезорганизованным типом привязанности в младенческом анамнезе и наличием диссоциативных симптомов в детском и подростковом возрасте. Наличие небезопасной привязанности по дезорганизованному типу в младенчестве является предиктором тяжести ПТСР, в том числе его общих симптомов, симптомов повторного проживания, избегания и повышенной возбудимости» [17, с. 20–21].

Также группу риска для формирования ПТСР имеют дети, чья привязанность сложилась по тревожно-амбивалентному типу. Это может быть связано с тем, что в ситуации фрустрации они не привыкли получать необходимую социальную поддержку, которая является одним из факторов совладания с ПТСР. Также «такие черты, как

сверхнастороженность, наблюдаемые среди детей с привязанностью тревожно-амбивалентного типа, могут указывать на повышенную вероятность более интенсивного физиологического и эмоционального реагирования на травматическое воздействие, что усиливает риск развития ПТСР» [17, с. 21].

Развитие симптоматики ПТСР у детей во многом зависит от того, какова эмоциональная реакция на травматическое событие со стороны родителей: если оно вызывает у них дистресс, то это повышает риск развития ПТСР у ребенка. Также характер протекания ПТСР у детей связан с наличием психопатологических особенностей у родителей (особенно гиперсоциальных, инфантильных личностных особенностей или психических нарушений) [17].

В целом можно сделать заключение, что недостаток поддержки в семье, а также тяжелое эмоциональное состояние родителей ребенка с ПТСР, которое не позволяет им в полной мере настраиваться на своего ребенка и сопереживать ему, отягощают течение ПТСР и ухудшают его прогноз.

2.2.3. Жестокое обращение с детьми

Дети являются наименее защищенной от насильственных действий категорией, и статистика случаев жестокого обращения по отношению к детям ежегодно подтверждает это. Согласно уголовной статистике, в России в период 2000–2017 гг. число несовершеннолетних, потерпевших от преступных посягательств, варьируется от 78,7 до 194,4 тыс., данные представлены в табл. 2 [73]. При этом необходимо понимать, что далеко не все случаи жестокого обращения получают огласку и регистрируются, поэтому в реальности цифры будут гораздо более удручающими. Также данные не включают сведения о том, сколько детей и подростков, не найдя иного способа спасения от жестокого обращения, заканчивают жизнь самоубийством.

**Число лиц, признанных потерпевшими от преступных посягательств
(Российская Федерация, 2000–2017 гг., тыс. человек)**

Годы	Число лиц, потерпевших от преступных посягательств		В том числе			
			погибли		получили тяжкий вред здоровью	
	всего	из них	всего	из них	всего	из них
несовершеннолетние		несовершеннолетние		несовершеннолетние		
2000	2 095,5	104,1	76,7	3,8	74,5	5,7
2001	2 162,3	96,7	78,7	3,9	71,3	4,7
2002	1 893,2	94,1	76,8	3,3	68,2	3,9
2003	2 077,1	91,1	76,9	3,4	63,9	3,6
2004	2 222,2	113,5	72,3	3,1	59,5	3,3
2005	2 809,2	175,0	68,5	3,0	61,0	3,2
2006	2 966,0	194,4	61,3	2,9	57,1	3,0
2007	2 675,1	161,6	54,0	2,5	52,9	2,8
2008	2 303,8	126,5	46,0	1,9	48,5	2,3
2009	1 953,2	108,7	31,3	1,6	40,8	2,4
2010	1 785,2	100,2	30,3	1,7	39,7	2,4
2011	1 656,7	93,2	30,5	1,8	39,3	2,5
2012	1 639,3	89,2	31,7	2,1	41,8	2,7
2013	1 566,9	89,1	31,1	2,2	42,0	2,9
2014	1 595,7	95,4	32,6	2,6	43,5	3,1
2015	1 699,1	102,7	32,4	2,8	45,4	3,1
2016	1 544,2	78,7	29,9	2,4	43,3	2,8
2017	1 417,3	...	27,3	...	41,5	...

Жестоким обращением с ребенком будут считаться «любые умышленные действия или бездействие со стороны родителей, лиц, их заменяющих, лиц, на которых обязанности по воспитанию ребенка возложены по закону, а также лиц, обязанных осуществлять надзор за ребенком, причинившие вред физическому или психическому здоро-

вью ребенка или вследствие которых нарушилось естественное развитие ребенка либо возникла реальная угроза для его жизни или здоровья» [70, с. 18].

Существует множество классификаций форм жестокого обращения с детьми⁶, однако наибольшее распространение получила следующая классификация:

1) физическое насилие – «умышленное причинение ребенку телесных повреждений, а также любое иное использование физической силы (причинение боли, лишение свободы, понуждение к употреблению психоактивных веществ и др.), которое причиняет ущерб его физическому или психическому здоровью, нарушает нормальное развитие или создает реальный риск возникновения таких нарушений» [70, с. 35–36];

2) психическое насилие – «эпизодические или регулярные оскорбления или унижения ребенка, высказывание в его адрес угроз, демонстрация негативного отношения или отвержение, которые приводят к возникновению выраженных эмоциональных или поведенческих нарушений <...> также однократное воздействие тяжелой психической травмы, приведшее к возникновению посттравматического стрессового расстройства; а также случаи повторного воздействия менее тяжелых психических травм, в результате чего возникает расстройство адаптации» [70, с. 109–110];

3) сексуальное насилие – «вовлечение ребенка взрослым в совершение действий сексуального характера с помощью насилия, угроз или путем злоупотребления доверием (с использованием беспомощного состояния), что причинило вред его физическому или

⁶ Некоторые авторы используют понятия «жестокое обращение с детьми» и «насилие» как синонимичные, что является не совсем корректным, поскольку насилием правильнее считать физические действия или угрозу физических действий. Однако указанные далее термины «физическое насилие», «сексуальное насилие», «психологическое насилие» являются уже общепринятыми, и насилие здесь понимается широко (как синоним злоупотребления).

психическому здоровью либо нарушило психосексуальное развитие ребенка» [70, с. 61–62];

4) пренебрежение основными нуждами – «постоянное или периодическое неисполнение родителями или лицами, их заменяющими, своих обязанностей по удовлетворению потребностей ребенка в развитии и заботе, пище и крове, медицинской помощи и безопасности, приводящее к ухудшению состояния здоровья ребенка, нарушению его развития или получению травмы» [70, с. 143].

Исследователи рассматривают жестокое обращение как многомерный феномен, т. е. выделяют несколько факторов, взаимодействие которых ответственно за его формирование: социально-экономические факторы (низкий доход, безработица, многодетная или неполная семья, недостаток помощи от государства или общественных организаций, принадлежность к меньшинствам и др.), внутрисемейные факторы (приемные родители, конфликтные отношения внутри семьи, проблемы между супругами, наличие у самих родителей патологических отношений со своими родителями и др.), личностные особенности родителей (доминирование, тревожность, раздражительность, низкий уровень социальных навыков, недостаток эмпатии, замкнутость, неадекватные ожидания в отношении детей, психопатологические отклонения, алкоголизм и наркомания, проблемы со здоровьем, эмоциональная уплощенность или умственная отсталость и др.), личностные особенности ребенка (нежеланные дети, недоношенные и нуждающиеся в связи с этим в большем внимании дети, дети с нарушениями здоровья, дети с расстройствами и нетипичными вариантами поведения, дети с отличающейся от других внешностью, дети из многодетных семей с маленькой разницей в возрасте, часто болеющие и требующие внимания и эмоционального отклика дети и др.) [70]. Безусловно, существуют и другие классификации факторов риска жестокого обращения с ребенком.

Нарушения, возникающие в связи с жестоким обращением с ребенком, охватывают все уровни функционирования. Рассмотрим наиболее специфичные нарушения в зависимости от формы насилия [70].

1. *Нарушения, чаще всего возникающие у жертв физического насилия.*

Дети до трехлетнего возраста, как правило, будут демонстрировать следующий перечень: малоподвижность и невыраженную реакцию на внешние стимулы (применимо к младенцам), страх перед родителями и другими взрослыми, удрученный внешний вид, агрессивность, капризность, чрезмерную настороженность.

Дети дошкольного возраста, как правило, будут демонстрировать следующий перечень: пассивность и излишнюю уступчивость, заискивающее поведение, агрессивность по отношению к людям и животным, воровство, вранье.

Дети младшего школьного возраста, как правило, будут демонстрировать следующий перечень: желание как можно дольше находиться вне дома, низкая успеваемость в школе, трудности в концентрации внимания, воровство, агрессивность, замкнутость, желание скрыть причины имеющихся у них повреждений, трудности в общении со сверстниками.

Подростки, как правило, будут демонстрировать следующий перечень: нежелание оставаться дома, бродяжничество, делинквентное поведение, депрессивные тенденции, суицидальные попытки или мысли, агрессивное и аутоагрессивное поведение.

2. Нарушения, чаще всего возникающие у жертв сексуального насилия.

Сексуальное насилие представляет собой наиболее опасную форму жестокого обращения, и его последствиями часто становятся тяжелые и длительные нарушения.

Ближайшими последствиями сексуального насилия являются эмоциональные, когнитивные, поведенческие и вегетативные расстройства. Эмоциональные расстройства будут проявляться в сниженном настроении, тревоге, нежелании общаться, злости и гневе; когнитивные – в трудностях концентрации, утомляемости, навязчивых воспоминаниях о произошедшем; вегетативные – в расстройстве сна и аппетита. Поведенческие нарушения сильно варьируются, поскольку зависят от возраста: у маленьких детей они могут проявляться в виде капризности, плаксивости, у более старших детей – в виде страха перед взрослыми, нарушения отношений со сверстниками,

у детей предпубертативного возраста – в виде аутоагрессии, нежелания общаться с другими ребятами и пр.

Следующую группу нарушений составляют отсроченные психологические последствия: нарушения сексуального поведения (сексуализированное поведение, гомосексуализм, педофилия, мазохизм, садизм, неспособность устанавливать стабильные сексуальные отношения, страх близких отношений, фригидность, аноргазмия и пр.), трудности при воспитании детей, различные психические расстройства, асоциальное поведение.

3. *Нарушения, чаще всего возникающие у жертв психологического насилия*: отставание в психическом развитии, агрессивность, импульсивность, низкая самооценка, тревожность, нарушения коммуникативных навыков и способности выстраивать эмоционально теплые и комфортные отношения, низкая способность к контролю за своим поведением.

4. *Нарушения, чаще всего возникающие вследствие пренебрежения основными потребностями ребенка*: отставание в психическом и физическом развитии, задержка речевого развития, апатичность, плохое состояние здоровья, низкий иммунитет, навязчивое стремление к вниманию со стороны взрослых, избирательная доверчивость, плохая школьная успеваемость, агрессивность, девиантное поведение, беспризорность и попрошайничество и пр.

2.2.4. Буллинг как фактор травматизации

В психологии под *буллингом* обычно понимается запугивание, унижение, травля, физический или психологический террор, целью которых является подчинение другого человека себе, желание заставить его испытывать страх. Буллинг – это социальное явление, характерное, прежде всего, для организованных детских коллективов (в первую очередь – для школы). Нельзя сказать, что проблема буллинга актуальна только для настоящего времени: первые публикации, описывающие насилие в школе, появились достаточно давно – работа К. Дьюкса, затрагивающая школьную травлю, была опубликована

еще в 1905 г. Благодаря работам Д. Олвеуса, Е. Роланда и других ученых в 1978 г. термин «буллинг» был введен в научный оборот.

Буллинг не является синонимом обычного конфликтного поведения, поскольку включает в себя следующие характеристики: умышленность, регулярность, неравенство сил, групповой процесс (т. е. вовлеченность широкого круга участников), при буллинге негативное воздействие распространяется на всех участников [58]. Многие дети, ставшие жертвами буллинга, испытывают настолько тяжелые страдания, что практически утрачивают все свои навыки, становятся замкнутыми и скрытными, теряют интерес к любимым прежде занятиям, хуже справляются со школьной программой, нередко имеют суицидальные мысли или даже предпринимают суицидальные попытки. Некоторые исследователи полагают, что в некоторых ситуациях опыт травли в обществе воспринимается тяжелее, чем опыт насилия в семье (т. е. ребенок, столкнувшийся с насилием в семье, но имеющий поддержку в социуме, может пережить такой опыт более благополучно, чем школьник, столкнувшийся с мощным буллингом) [45]. Необходимо отметить, что ребенок может подвергаться буллингу не только со стороны других учеников, но и со стороны учителя (однако далее речь пойдет в большей степени о буллинге со стороны учащихся).

Термин «буллинг» часто подменяется схожим по значению термином «моббинг», однако, несмотря на некоторые общие характеристики, они имеют ряд отличий:

- 1) буллинг осуществляется одним лицом или группой лиц, в то время как моббинг – групповой процесс;
- 2) буллинг часто имеет физический аспект в отличие от моббинга, который носит психологический внестатусный характер.

Буллинг можно классифицировать по следующим критериям:

- 1) по виду воздействия: физический (удары, толчки и пр.), психологический (вербальный – оскорбления, обидные прозвища и пр.; социальный – игнорирование, изоляция и пр.), экономический (вымогательство, порча вещей и пр.), сексуальный (нежелательные прикосновения, любые действия сексуального характера);

- 2) по типу среды: школьный, в рабочем коллективе, в армии;
- 3) по признаку нетерпимости: половая принадлежность, национальность, особенности развития, сексуальная ориентация, материальный статус;
- 4) по форме взаимодействия: прямой (лицом к лицу), непрямой (например, кибербуллинг).

Школьный буллинг обычно можно описать в следующих стадиях:

1) образование буллинг-группировки: вокруг лидера начинает образовываться группа лиц, стремящаяся к его покровительству и доминированию над другими;

2) начало конфликта и его эскалация: со стороны агрессора или группы агрессоров начинаются, а затем повторяются насильственные действия; объект буллинга при этом испытывает страх и тревогу, постепенно теряя способность к сопротивлению;

3) деструктивное поведение: за выбранным лицом закрепляется статус жертвы; окружающие люди обвиняют его в сложившейся ситуации, что приводит к тому, что жертва запугана, подавлена и деморализована;

4) изгнание (академический вред буллинга): жертва стремится изолироваться из образовательного пространства, что приводит к прогулам и снижению социальной активности.

Многие исследователи подчеркивают, что буллинг – это не только наличие преследователей или потенциальных жертв, это социальная система со своим «гомеостазом». Так, Е. Роланд рассматривает преследователей, жертв и наблюдателей как единые звенья «буллинг-структуры». «D. Olweus (1994) утверждает, что “обидчики” могут быть охарактеризованы как индивиды, обладающие высоким потенциалом общей агрессивности. Они “нападают” так или иначе не только на своих жертв, но и на учителей, родных, проявляют более положительное отношение к агрессии, чем “свидетели” и “жертвы”. У них отмечается недостаток в проявлении эмпатии к “жертвам” и высокая потребность в доминировании над другими. “Обидчики” испытывают сильную потребность управлять детьми и получать удовлетворение от их подчинения. Olweus также установил, что “обид-

чики” ощущают себя успешными и самоуверенными» [46, с. 152]. С. В. Кривцова добавляет к этому портрету и то, что инициаторами травли являются лица с нарциссическими чертами характера, основной мотив которых – стремление к власти. При этом властолюбивых учеников она подразделяет на два типа: активные и пассивные (к первым относит тех, кто различными путями задевают не только одноклассников, но и педагогов, а ко вторым – тех, кто корректно ведет себя с педагогами, но самоутверждаются за счет более слабых) [28].

Характеристика жертв выглядит следующим образом: «они отличаются социальной отрешенностью, склонностью уклоняться от конфликтов и характеризуются как чувствительные, замкнутые и застенчивые люди с проявлениями разнообразных психосоматических симптомов, соматической ослабленностью, повышенной тревожностью и депрессивностью, низкой самооценкой и неуверенностью в себе с преобладанием неконструктивных стратегий совладания со сложными ситуациями, сниженной учебной мотивацией и многочисленными проблемами в общении. “Жертвы” буллинга склонны проявлять симптомы депрессии, высокий уровень тревожности и другие подобные отрицательные эмоциональные проявления [13]. Исследование Ким (1997) и Шефер (1997) показало, что у “жертв” буллинга имеются социальные проблемы, такие как, например, чрезмерная хвастливость или игнорирование других. Указанные выше особенности “жертв” позволяют разделить их на две категории: покорная и агрессивная “жертвы”. Фактически агрессивная “жертва” обладает всеми теми же чертами, что и “обидчики”. Они совершают агрессивные действия против других и в то же время являются “жертвами” буллинга» [46, с. 152].

К семейным факторам, предрасполагающим ребенка к статусу жертвы, относятся гипер- или гипоопекаемый стиль воспитания, низкая степень сплоченности членов семьи, эмоциональная холодность в семье, директивный стиль отношений, отсутствие в ближайшем окружении ребенка значимого взрослого [58]. Несмотря на это описание, статистика показывает, что жертвой буллинга может стать любой ученик вне зависимости от его особенностей! Особого внимания

заслуживает и тот факт, что высокоинтеллектуальный ребенок также часто выступает в роли «жертвы» со стороны сверстников или учителей: «если для школьников явно раздражающим фактором может являться наряду с высоким интеллектом и значительным запасом знаний прилежание, то для учителя именно конкурентность в знаниевом уровне часто становится поводом для преследования ученика-жертвы» [25, с. 60].

Характеризуя помощников агрессора, отметим следующие особенности: низкий социометрический статус, внутриличностный конфликт (конформность-авторитарность), заниженная самооценка и средний уровень притязаний. Пассивные наблюдатели чаще всего отличаются равнодушием либо чувством вины за невмешательство, высокой терпимостью к различным проявлениям поведения, диффузной ответственностью, их основной мотив – «самому не быть жертвой». Все исследователи буллинга едины во мнении, что свидетели также подвергаются крайне негативному воздействию буллинга: в результате ощущения постоянного бессилия их самооценка существенно снижается, повышаются тревога и страх. Защитники жертвы обычно обладают высоким социометрическим статусом в группе, позволяющим им «бросить вызов» агрессору и вступить за жертву, высоким социальным интеллектом, развитой эмпатией и высокой самооценкой [58].

Последствия буллинга крайне негативны для всех его участников. Жертвы буллинга впоследствии часто формируют заниженную самооценку, обладают высоким уровнем депрессии и тревоги, им нередко свойственны суицидальные мысли (или даже попытки), у них чаще возникают головные боли, нарушения сна, боли в животе, энурез, сниженный эмоциональный фон. Также они более склонны к развитию психотических симптомов. Буллинг часто является причиной развития ПТСР ребенка. Взрослые, имеющие некогда опыт жертвы буллинга, характеризуются значительно более высоким уровнем депрессии и более низким уровнем самооценки, у них больше проблем с социальной изоляцией, одиночеством, беспокойством и даже анти-социальным поведением. Очевидцы буллинга также подвергаются крайне негативному воздействию: они часто испытывают страх

в школе и беспомощность перед лицом насилия. Для них свойственно испытывать чувство вины из-за того, что не делали попыток вмешаться, а в некоторых случаях из-за то, что они сами присоединились к буллингу. Все это, конечно, существенно трансформирует школьные и общечеловеческие отношения и нормы, делает людей, наблюдающих за насилием, циничными и безжалостными [28]. Однако негативный эффект буллинга распространяется и на самих агрессоров: у них происходит закрепление насилия как способа коммуникации, образуются трудности с успеваемостью и получением образования, развиваются различные формы проблемного поведения (аддикции, правонарушения) и нередко наблюдается отвержение группой [58].

Методы профилактики буллинга можно условно дифференцировать на три основные группы:

- 1) методы, ориентированные на конкретных детей и подростков;
- 2) методы, ориентированные на семейные отношения;
- 3) методы, ориентированные на ближайшее окружение ребёнка (микросоциум).

Отечественными исследователями разработаны многочисленные программы, составлены рекомендации, основные положения которых могут быть сведены к следующим:

- 1) диагностика психоэмоциональной среды и мотивационно-образовательная работа с администрацией;
- 2) консультативно-образовательная работа с педагогическими кадрами и родителями;
- 3) консультативно-коррекционная работа с детьми, подвергшимися жестокому обращению;
- 4) информационно-образовательная работа с детьми;
- 5) формирование психоэмоциональной среды учебного заведения, которая включает систему взаимоотношений между всеми субъектами образовательного процесса.

В 2017 г. был проведен ретроспективный социологический опрос среди 607 студентов очных и заочных отделений вузов г. Новосибирска под руководством М. И. Кошеновой, в ходе которого было

обнаружено, что 95 % респондентов так или иначе сталкивались с явлениями травли во время обучения [25]. Проанализировав результаты исследования, авторы пришли к заключению, что в течение двух последних десятилетий в школах:

- расширяются и ужесточаются формы моббинга со стороны сверстников (более молодые респонденты перечисляют формы унижения жертвы-сверстника или учителя, “не доступные” воображению опрошенных более старшего возраста; часть практикуемых способов унижения явно “позаимствована” из “высокохудожественных” фильмов-“жизнеописаний” тюремного быта;

- снижается число мер физического насилия, к которым прибегают учителя, хотя показатели психологического насилия остаются на прежнем уровне;

- и у школьников, и учителей тема секса становится средством осуществления моббинга;

- в качестве нового средства преследования “набирает обороты” кибермоббинг;

- в целом сохраняется логика определения потенциальной жертвы» [25, с. 59].

Согласно данным другого социально-психологического исследования М. И. Кошеновой, участниками которого стали 478 обучающихся 5, 7 и 9 классов г. Новосибирска, «самой опасной территорией – территорией насилия подростки называют улицу (24 % пятиклассников, 32 % семиклассников), затем школу (9 % пятиклассников, 13 % семиклассников, 20 % девятиклассников)» [26, с. 91]. Исследование демонстрирует, что «обидчиками чаще всего являются одноклассники (48 % пятиклассников, 35 % семиклассников и 34 % девятиклассников)» [25, с. 91]. Также в исследовании указано, что учителя могут принимать участие в психологическом насилии: «чаще всего под психологическое насилие попадают ученики девятого класса – 11 %, тогда как среди семиклассников об этом заявляют 8 %, а среди обучающихся в пятом классе только 2 %» [25, с. 91].

В *Приложении А* представлены диагностические методики, предназначенные для оценки проявлений буллинга: опросник риска

буллинга (А. А. Бочавер, В. Б. Кузнецова, Е. М. Бианки, П. В. Дмитриевский, М. А. Завалишина, Н. А. Капорская, К. Д. Хломов) [4], опросник «Smob» [27].

2.2.5. Фазы психологической реакции на травму

Психологическая реакция на травму состоит из трех относительно самостоятельных фаз.

1. *Психологический шок*. Эта фаза включает два компонента:

- угнетение активности, нарушение ориентировки в окружающей среде, дезорганизация деятельности;
- отрицание происшедшего (выступающая в роли защитной реакции психики).

В норме первая фаза достаточно кратковременна.

2. *Воздействие*. Вторая фаза сопровождается интенсивными и плохо контролируемыми эмоциональными реакциями на событие и его последствия: страхом, ужасом, гневом, обвинениями, обидой, плачем. Постепенно на место этих чувств и реакций приходят критика, сомнение в себе, чувство вины, фантазии по типу «что было бы, если бы...». На этой фазе приходят болезненное осознание произошедшего, понимание его неотвратимости, признание собственного бессилия. Эта фаза зачастую оказывается критической, поскольку в некоторых случаях происходят фиксация на травме и переход постстрессового состояния в хроническую форму. В норме же вторая фаза постепенно сменяется третьей.

3. *Отреагирование и принятие реальности*. Третья фаза означает постепенный процесс выздоровления, когда человеку удалось примириться с реальностью, пережить большой спектр чувств и адаптироваться к новым жизненным обстоятельствам [56].

А. Л. Пушкарев (2000) выделяет пять фаз развития ПТСР у ветеранов войны:

- 1) начальное воздействие;
- 2) сопротивление/отрицание;
- 3) допущение/подавление;

- 4) декомпенсация;
- 5) совладание с травмой и выздоровление [51].

Важной для понимания специфики реакции на травмирующее событие является также шкала психофизиологического состояния, состоящая из нескольких стадий.

1. *Стадия витальных реакций.* Эта стадия длится от нескольких секунд до 15 минут и характеризуется тем, что поведение человека полностью подчинено идее сохранения своей жизни, т. е. инстинктивное поведение доминирует над социальным: человек может на какое-то время «забыть» о своих близких, спасая собственную жизнь. Впоследствии эти люди могут страдать от чувства вины и собственной «плохости», хотя их поведение было подчинено инстинкту и не могло быть скорректировано в тот момент их желанием. Наблюдается также ограничение сознания, исчезновение моральных норм и ограничений, нарушается восприятие времени и внешних стимулов (так, человек может словно не испытывать боли даже при серьезных повреждениях). Эта фаза часто завершается оцепенением.

2. *Стадия острого психоэмоционального шока с явлениями сверхмобилизации.* Вторая фаза обычно начинается после кратковременного состояния оцепенения и длится от 3 до 5 часов, сопровождается предельной мобилизацией всех психофизиологических резервов, обострением восприятия, проявлением героических поступков или безрассудной смелостью, направленной на спасение близких. На этой стадии присутствует рациональность, но способность критически оценивать ситуацию понижена. Практически всегда этой стадии сопутствует чувство отчаяния, возможны панические реакции. Заканчивается фазой истощения, которая может развиваться постепенно или наступить мгновенно (ступор, обморок).

3. *Стадия психофизиологической демобилизации.* Эта стадия имеет длительность до 3 суток. В этот период человек начинает осознавать масштаб трагедии, что сопровождается резким ухудшением самочувствия, растерянностью, паникой, снижением познавательных функций (памяти, внимания и прочее), отказом от деятельности, депрессивными тенденциями, невозможностью адекватно тестировать ре-

альность. В большинстве случаев наблюдается бледность, потливость, тремор, тошнота, тяжесть в голове, диарея, затруднение дыхания.

4. *Стадия разрешения.* Длительность варьируется от 3 до 12 суток. На этой стадии пострадавшие постепенно испытывают стабилизацию самочувствия, хотя эмоциональный фон остается сниженным. Наблюдаются замедленность движений, потеря сна и аппетита, гипомимия, ограничение контактов с окружающими людьми. К концу четвертой стадии все же появляется желание выговориться, реализуемое избирательно (направлено на лиц, не участвующих в трагедии). Продолжается тенденция к снижению психофизиологических резервов, выражающаяся в состоянии переутомления.

5. *Стадия восстановления.* Обычно эта стадия охватывает конец второй недели. Активизируется межличностное общение, возвращается эмоциональная окраска речи и мимические реакции, у многих пострадавших возвращается привычный характер сновидений.

6. *Стадия отсроченных реакций.* Эта стадия проявляется через месяц и характеризуется в 20 % случаев нарушением сна, страхами, галлюцинациями, конфликтностью, в 75 % случаев признаками астеноневротических реакций в сочетании с психосоматическими нарушениями деятельности (в 10 % эти признаки означают начало формирования ПТСР [52]).

2.2.6. Типы ПТСР у детей и подростков

Исходя из особенностей клинико-психопатологической картины заболевания, П. В. Волошин выделяет следующие типы ПТСР.

1. *Тревожный* тип: преобладает дисфорический эмоциональный фон, сочетающийся с повышенным уровнем соматической и психической немотивированной тревоги. В клинической картине присутствуют непроизвольные мысли, относящиеся к травмирующей ситуации (вторгающиеся представления возникают часто и представлены весьма детально и ярко). Наблюдаются раздражительность, расстройства сна (трудности при засыпании, страхи перед неприятными сновидениями). Характерны пароксизмальные вечерне-ночные состояния

с чувством нехватки воздуха, повышенным сердцебиением, потливостью, ознобом либо приливами жара. Взрослые больные с ПТСР этого типа самостоятельно обращаются за помощью, и хотя доминирует стремление избежать ситуаций, напоминающих о психотравме, стремятся к общению, какой-либо целенаправленной деятельности, получая облегчение от активности.

2. *Астенический* тип: преобладает чувство вялости и слабости, эмоциональный фон снижен, формируется безразличное отношение к сферам жизни, которые раньше привлекали. Человек становится пассивным и утрачивает чувство удовольствия от жизни. В течение недели в сознание могут непроизвольно вторгаться эпизоды психотравмирующей ситуации (как правило, они лишены яркости и эмоциональной окраски). Также наблюдается расстройство сна, выражающееся в гиперсомнии с невозможностью подняться с постели и мучительной дремотой, которые могут сохраняться в течение всего дня. Для взрослых больных с ПТСР этого вида нехарактерно избегающее поведение: они редко скрывают свои переживания и, как правило, самостоятельно обращаются за помощью.

3. *Дисфорический* тип: отличается постоянным переживанием внутреннего недовольства, раздражения, настроение носит угнетенно мрачный вид, периодически возникают вспышки агрессии, которую больные стремятся выместить на окружающих. В сознании часто проигрываются фантазии о неких наказаниях мнимых обидчиков, драк, споров с применением физической силы. Часто эти мысли пугают самих страдающих ПТСР, что приводит к снижению социальных контактов и изоляции. Зачастую они не способны контролировать себя и на замечания окружающих людей отвечают бурными эмоциональными реакциями, о которых впоследствии сожалеют. Типичными для этого вида ПТСР являются избегающее поведение, замкнутость, малословность. Зачастую обращение к специалистам вызвано именно поведенческими расстройствами, регистрируемыми семьей или близким кругом общения.

4. *Соматоформный/ипохондрический* тип: наблюдаются массивные соматоформные расстройства с преимущественной локализа-

цией дискомфортных ощущений в области сердца (54 %), желудочно-кишечного тракта (36 %) и головы (20 %). Классические симптомы ПТСР возникают у взрослых больных спустя 6 месяцев после психотравмирующего события, что позволяет обозначить этот тип как отставленный вариант ПТСР. Также в клиническую картину входят панические атаки, в то время как симптомы эмоционального оцепенения и феномены «флэшбэк» встречаются редко и не носят столь тягостного эмоционального характера. Эмоциональный фон депрессивный, представлен недифференцированной гипотимией с отчетливыми тревожно-фобическими включениями. Наблюдается иппохондрическая концентрация на неприятных телесных ощущениях и выраженная тревога, связанная с их ожиданием [34].

Зачастую клиническая картина ПТСР представлена таким образом, что наблюдаются признаки сразу нескольких типов, что позволяет выделить смешанный тип ПТСР.

2.2.7. Диагностические критерии ПТСР у детей

При диагностировании ПТСР у детей обычно опираются на критерии, адаптированные к взрослым.

В международной классификации психических нарушений в травматическом стрессе выделяют три группы симптомов:

1) симптом повторного переживания /симптом «вторжения»: травматическое событие навязчиво повторяется в виде воспоминаний, кошмарных сновидений и флэшбеков, сопровождаясь интенсивными негативными переживаниями;

2) симптом избегания: избегание стимулов, связанных с травмой, в сочетании с симптомами эмоционального отчуждения, реакцией эмоционального «оцепенения», частичной психогенной амнезией и чувством изолированности от окружающих;

3) симптом физиологической гиперактивации: наличие симптомов постоянного психоэмоционального возбуждения в виде нарушений сна, снижения концентрации внимания, ощущения нависшей угрозы, раздражительности, вспышек гнева.

DSM-5 описывает следующие критерии ПТСР:

«Примечание: Приведенные ниже критерии применимы к взрослым, подросткам и детям старше 6 лет.

А. Столкновение со смертью или с угрожающей жизни ситуацией, подверженность серьезной травме или сексуальному насилию в одном или нескольких из перечисленных вариантов:

1. Непосредственное (личное) переживание травматического события (травматических событий).

2. Непосредственное (личное) зрительное восприятие травматического события (события), которое переживают другие.

3. Получение информации о том, что травмирующее событие (события) произошли с членами семьи или близкими друзьями; при этом такое событие (события) должно быть либо насильственным либо характеризоваться как несчастный случай.

4. Переживание повторяющегося и/или экстремального вредного раздражающего с отрицательной окраской травматического события (событий), такое как участие в спасательной команде, собирающей человеческие останки, служба в полиции, связанная с неоднократными ситуациями жестокого обращения с детьми. Этот критерий не применим к электронным источниками информации, телевидению, фильмам и фотографиям, если только фотографии не связаны с работой индивидуума.

В. Присутствие одного или более из следующих симптомов вторжения, связанных с травматическим событием, которые развиваются после действия стрессора:

1. Периодические повторяющиеся непроизвольные навязчивые и тягостные воспоминания о травматическом событии (событиях).

Примечание. У детей старше 6 лет они могут выражаться в игровой форме (отыгрывании).

2. Диссоциативные реакции (например, флэшбэки, иллюзии и галлюцинации), в которых индивид ощущает себя так, как будто это событие (события) повторяется вновь сейчас (эти реакции могут проявляться на границе сознания настоящей действительности и прошлого опыта, иногда может наступать полная потеря сознания настоящей

действительности). Примечание: у детей такие реакции могут проявляться в поведении, которое было в момент события.

3. Интенсивные тяжелые переживания, которые были вызваны внешней или внутренней ситуацией, напоминающей о травматических событиях или символизирующей их.

4. Физиологическая реактивность в ситуациях, которые внешне или внутренне символизируют аспекты травматического события.

С. Постоянное избегание стимулов, ассоциирующихся с травматическим событием (травматическими событиями), которое начинается после возникновения травматической ситуации и подтверждается либо одним, либо двумя признаками:

1. Избегание либо попытки избежать неприятных воспоминаний, мыслей, чувств о травматическом событии либо неприятных воспоминаний, мыслей, чувств, тесно ассоциирующихся с травматическим событием.

2. Избегание либо попытки избежать напоминающих о внешних стимулах событий (людей, мест, разговоров, действий, объектов, ситуаций), которые вызывают тревожные воспоминания, мысли или чувства о травматическом событии либо воспоминания, мысли или чувства, тесно ассоциирующиеся с ним.

Д. Отрицательные изменения когнитивных процессов и настроения, связанные с имевшим место травматическим событием (событиями), возникающие после травматического события или ухудшения после события (событий) (два или более признака из нижеперечисленных):

1. Невозможность вспомнить важные аспекты травматического события (вследствие диссоциативной амнезии, признак обычно не связан с такими факторами, как черепно-мозговая травма, употребление алкоголя и других психоактивных веществ).

2. Устойчивые и преувеличенные негативные убеждения в отношении себя, других и мира или постоянные и преувеличенные негативные ожидания от себя, других и мира (например, «Я – плохой», «Никому нельзя верить», «Весь мир опасен», «Моя нервная система полностью разрушена»).

3. Устойчивые искаженные суждения о причинах и/или последствиях травматических событий, которые заставляют индивидуума винить себя или других.

4. Устойчивые негативные эмоции (например, страх, гнев, вина, стыд).

5. Заметно сниженный интерес к участию в значимых для индивида мероприятиях либо отказ от участия в них.

6. Чувство отдаленности (отсутствие эмоциональной вовлеченности) в межличностных отношениях или отчуждения от других.

7. Устойчивая неспособность испытывать положительные эмоции (например, неспособность испытывать счастье, удовлетворение или любовь).

Е. Заметные изменения в возбуждении и реактивности, ассоциированные с травматическим событием (событиями) либо которые начинаются и/или усиливаются после самого события (событий) (два или более признака из нижеперечисленных):

1. Раздраженное поведение либо вспышки гнева (минимально спровоцированные или без провокации), обычно выраженные в форме вербальной или физической агрессии по отношению к людям или объектам.

2. Безрассудное (опроектировано рискованное) или саморазрушительное поведение.

3. Сверхнастороженность (гипербдительность).

4. Чрезмерная реакция испуга (повышенная физиологическая реакция вздрагивания).

5. Проблемы с концентрацией.

6. Нарушения сна.

Ф. Нарушения (критерии В, С, D и E) продолжаются более одного месяца.

Г. Вызывает клинически значимый дистресс функционирования организма и нарушения в профессиональной, социальной или в других важных областях жизни.

Н. Нарушения восприятия не относятся к физиологическим эффектам каких-либо веществ (например, наркотиков, лекарств, алкоголя) или проявлениям эпилептических припадков.

Посттравматическое стрессовое расстройство у детей 6 лет и младше:

А. Дети шести лет и младше сталкиваются с ситуацией смерти или угрожающей жизни, подвергаются серьезной физической, эмоциональному или сексуальному насилию одним или несколькими из перечисленных способов:

1. Непосредственный (личный) опыт переживания травматического события (событий).

2. Непосредственное (личное) зрительное восприятие травматического события (событий), переживаемого другими, особенно основными опекунами.

Примечание. Зрительное восприятие не включает просмотр событий по электронным медиа, телевидению, просмотр кинофильмов или картинок.

3. Получение информации о том, что травматическое событие произошло с родителем или опекуном.

В. Присутствие одного или более из следующих навязчивых симптомов, ассоциированных с травмирующим событием, которые развиваются после действия стрессора:

1. Рекуррентные, неконтролируемые и навязчивые тягостные воспоминания о травматическом событии (событиях).

Примечание. Спонтанные и навязчивые воспоминания могут не обязательно производить впечатления дистрессовых и могут выражаться в игровой форме (отыгрывании).

2. Рекуррентные кошмарные сновидения, в которых содержание или аффект соотносятся с травматическим событием (событиями).

Примечание. Порой невозможно соотнести пугающее содержание сновидения с травматическим событием.

3. Диссоциативные реакции (например, флэшбэки, иллюзии и галлюцинации), в которых индивид ощущает себя так, как будто это событие (события) повторяется вновь сейчас (эти реакции могут про-

являться на границе сознания настоящей действительности и прошлого опыта, иногда может наступать полная потеря сознания настоящей действительности). Примечание: у детей такие реакции могут проявляться в поведении, которое было в момент события.

4. Интенсивный или продолжительный психологический дистресс при столкновении с внутренними или внешними признаками чего-либо или кого-либо, символизирующими или напоминающими какой-либо аспект травматического события (травматических событий).

5. Заметные психологические реакции на напоминания о травматическом событии (событиях).

С. Должны присутствовать один или более из перечисленных симптомов, отражающих либо упорное избегание стимулов, ассоциированных с травмирующим событием, либо негативные изменения когнитивных процессов и/или эмоций, что связано с травматическим событием (событиями). Изменения появляются или становятся более серьезными после события.

Устойчивое избегание стимулов:

1. Избегание либо попытки избежать действий, мест или физических напоминаний, оживляющих воспоминания о травматическом событии (событиях).

2. Избегание либо попытки избежать людей, разговоров или межличностных отношений, напоминающих о травматическом событии (событиях).

Негативные изменения когнитивных процессов:

3. Существенное учащение появления негативных эмоций (например, страха, вины, печали, стыда, смущения).

4. Заметное уменьшение интереса и/или участия в значимой ранее деятельности, включая сужение игровой активности.

5. Социально отгороженное поведение.

6. Устойчивое уменьшенное выражение положительных эмоций и их уменьшение или отсутствие.

Д. Изменения в возбуждении и реактивности, ассоциированные с травматическим событием (событиями), начинаются после действия

стрессора либо усиливаются после травматического события (два или более признака из нижеперечисленных):

1. Раздраженное поведение или вспышки гнева (после минимальной провокации или ничем не спровоцированные) обычно проявляются как вербальная или физическая агрессия по отношению к людям или объектам (включая экстремальные по силе истерические реакции).

2. Сверхнастороженность (гипербдительность).

3. Чрезмерная реакция испуга (повышенная физиологическая реакция вздрагивания).

4. Проблемы с концентрацией.

5. Нарушения сна.

F. Нарушения (критерии В, С, D и E) продолжаются более одного месяца.

G. Вызывает клинически значимый дистресс функционирования организма и нарушения в профессиональной, социальной или в других важных областях жизни.

H. Нарушения восприятия не относятся к физиологическим эффектам каких-либо веществ (например, наркотиков, лекарств, алкоголя) или проявлениям эпилептических припадков» [79].

Критерии ПТСР в МКБ-10 определены следующим образом:

«А. Больной должен быть подвержен воздействию стрессорного события или ситуации (как краткому, так и длительному), исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума.

Б. Стойкие воспоминания или “оживление” стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах либо повторное переживание горя при воздействии ситуаций, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором.

В. Больной должен обнаруживать фактическое избегание или стремление избежать обстоятельств, напоминающих либо ассоциирующихся со стрессором.

Г. Любое из двух:

Психогенная амнезия, либо частичная, либо полная, в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора.

Стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (ненаблюдавшиеся до действия стрессора), представленные любыми двумя из следующих:

- а) затруднения засыпания или сохранения сна;
- б) раздражительность или вспышки гнева;
- в) затруднения концентрации внимания;
- г) повышения уровня бодрствования;
- д) усиленный рефлекс четверохолмия.

За редкими исключениями соответствие критериям б, в и г наступает в пределах шести месяцев после экспозиции стресса или по окончании его действия» [37].

Однако при оценке посттравматической патологии у детей существуют объективные диагностические ограничения. Как показано выше, некоторые из критериев ПТСР требуют вербального описания внутренних состояний и переживаний, что не всегда под силу детям младшего возраста. Также следует отметить, что у детей с ПТСР часто присутствуют симптомы, не наблюдаемые у взрослых. В целом чем меньше возраст ребенка, тем менее специфична клиническая картина и тем более атипичны проявления расстройства по отношению к диагностическим критериям ПТСР.

На сегодняшний день диагностировать ПТСР можно с помощью специализированных стандартизированных тестов и дополнительных методик исследования. В мировой психологической практике для диагностики ПТСР распространенным клинико-психологическим методом выступает структурированное клиническое диагностическое интервью – СКИД (SCID – Structured Clinical Interview for DSM) и клиническая диагностическая шкала (CAPS – Clinical-administered PTSD Scale). В России первые специализированные методики для диагностики ПТСР появились благодаря российско-американскому проекту лаборатории Р. Питмена и лаборатории посттравматического стресса и психотерапии Института психологии РАН под руководством Н. В. Тарабриной, где был предложен апробированный вариант ком-

плекса методик, в который входили шкала оценки тяжести воздействия травматического события, Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций, опросник депрессивности Бека, опросник для оценки выраженности психопатологической симптоматики (шкала Дерогатиса), шкала ПТСР из ММРІ, шкала оценки тяжести боевого опыта Т. Кина [60].

Однако большинство из названных методик проходило апробацию и стандартизацию на взрослой выборке (в частности на участниках боевых действий и техногенных катастроф), что делает их несостоятельными при диагностике детей. Необходимо отметить, что на сегодняшний день действительно ощущается дефицит надежного и валидного диагностического инструментария ПТСР у детей. Тем не менее перечислим основные диагностические инструментарии, используемые при выявлении ПТСР у детей.

Для диагностики ПТСР у детей Н. В. Тарабриной и ее коллегами были разработаны две взаимодополняющие методики: полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей и родительская анкета для оценки травматических переживаний детей [60]. Указанные методики представлены в *Приложении Б*. Также М. Г. Магомедовым была модифицирована методика Миссисипской шкалы оценки посттравматических реакций для детей подросткового возраста, пострадавших в результате военных действий и террористических актов [35].

2.2.8. Клинические характеристики ПТСР у детей

Диссертационная работа О. Б. Есиной содержит результаты исследования клинических проявлений ПТСР в детском возрасте [17]. Самыми распространенными симптомами, выявленными в исследовании, являются флэшбэк-симптомы, снижение концентрации внимания, избегание схожих с стрессогенной ситуацией, повышенная тревожность, раздражительность и вспышки гнева, эмоциональная неустойчивость, гипотимия, трудности со сном (нарушение засыпания, поверхностный сон), повышенная боязливость, страх повторения

травматического события, коммуникативные проблемы, трудности в обучении, изменение рисунка поведения, повышенный уровень бодрствования. Анализ выявленных в ходе исследования симптомов показал значительное расхождение симптоматики у детей со списком диагностических критериев ПТСР взрослых: в исследовании было выявлено 33 симптома ПТСР у детей, при этом лишь 8 из них соответствовали общепринятым критериям (МКБ-10), в связи с чем О. Б. Есиной была предпринята попытка разделить все многообразие симптоматики детского ПТСР на три группы в зависимости от того, насколько они соответствуют общепринятым диагностическим критериям.

1. Специфические для ПТСР симптомы – симптомы, соответствующие диагностическим критериям МКБ-10: стойкие непроизвольные воспоминания перенесенного, отражающиеся в сновидениях и усиливающиеся при попадании в ситуацию, ассоциирующуюся со стрессовой (флэшбэки); избегание ситуаций, напоминающих травматичную; нарушение засыпания, поверхностный сон; снижение концентрации внимания; раздражительность; повышенный уровень бодрствования; повышенная боязливость; амнезия на важные аспекты перенесенной стрессовой ситуации.

2. Ассоциированные симптомы – симптомы, не включенные в диагностические критерии МКБ-10, но в целом являющиеся специфичными для ПТСР и отражающие застревание детей на травматическом событии: снижение настроения при воспоминании о событии; страх повторения этого события; сновидения с негативным содержанием; трудности в игровой или учебной деятельности из-за мыслей о травматической ситуации; потеря интереса к предпочитаемым прежде занятиям; ощущение своей отчужденности; чувство вины, связанное с травмой.

3. Неспецифические симптомы, встречающиеся у детей с ПТСР, не входящие в МКБ-10, не являющиеся специфичными для данного расстройства и часто встречающиеся при различных психических заболеваниях в детском возрасте: повышенная тревожность, эмоциональная неустойчивость, гипотимия, коммуникативные нарушения,

проблемы в обучении, неуверенное поведение, поведенческие нарушения (нарушения дисциплины), совместный сон с родителем/опекуном, агрессивное поведение, жалобы на плохое самочувствие, жалобы на затруднение дыхания, возрастной психологический регресс, наличие единичных обманов восприятия, аутоагрессивное поведение, энурез, энкопрез, заикание.

Исследования также выявили следующую особенность: дети не всегда могут связать свои травматические проявления с фактом психологической травмы [60]. Это вызывает дополнительные трудности при диагностике ПТСР и непосредственно при терапии травмы.

Клиническая картина ПТСР меняется с возрастом ребенка. О. Б. Есина отмечает, что детям дошкольного возраста с присущим им соматовегетативным психомоторным уровнем реагирования при ПТСР свойственны следующие признаки: потеря приобретенных навыков развития (проявления энуреза и энкапреза, утрата речевых навыков и пр.), страх разлуки с родителями, который часто проявляется в виде тревожной привязанности, «цепляющегося поведения», а также психосоматические проявления (боли в животе, головные боли). Часто ПТСР дошкольников принимают за синдром дефицита внимания и гиперактивности, поскольку они могут выражать посттравматическое беспокойство через гиперактивность, отвлекаемость и повышенную импульсивность. Признаками ПТСР у детей 7–12 лет (аффективный уровень реагирования) часто выступают различные страхи, склонность попадать в рискованные ситуации, снижение школьной успеваемости, различные варианты нарушения сна (кошмарные сны, сноговорение). Дети этого возраста могут воспроизводить травматический опыт в игре, рисовании, речевых высказываниях. Так же как и у дошкольников симптомы тревожности у них часто принимают форму гиперактивности, рассеянности, повышенной импульсивности. Подросткам (эмоционально-идеаторный уровень реагирования) уже свойственны симптомы ПТСР в соответствии со стандартами DSM, они часто демонстрируют диссоциативную симптоматику (дереализацию, деперсонализацию), самоповреждающее поведение, злоупотребление химическими веществами, вспышки

ярости. Существуют и половые различия в проявлениях ПТСР: у девочек наблюдается длительность заболевания больше и чаще встречаются астенические и истерические реакции; у мальчиков в свою очередь чаще наблюдается астенодепрессивный и психопатоподобный вариант ПТСР с сопутствующими агрессивными вспышками, расторможенностью, реакциями протеста [17].

2.2.9. Горе как процесс: стадии и задачи горя

Горе – это реакция на утрату близкого человека после невозвратной разлуки с ним или его смерти. Когда человек сталкивается со смертью близкого, она предстает перед ним с двух сторон: во-первых, человек становится свидетелем смерти близкого человека, а во-вторых, осознает, что он сам смертен. Формирование ПТСР при утрате объекта привязанности происходит в первые 6 месяцев после психотравмирующего события и продолжается от 6 месяцев до нескольких лет и более.

Э. Линдемманн выделяет следующие проявления горя утраты [49]:

1) *физическое страдание*, которое может выражаться в виде периодических спазмов в горле, припадков удушья, нехватки воздуха, потери сил, отсутствия аппетита и др.

2) *некоторые изменения сознания*, выражающиеся в чувстве нереальности, поглощенности образом умершего (что часто провоцирует зрительные, слуховые или обонятельные иллюзии), ощущении увеличения эмоциональной дистанции между горюющим и окружающими;

3) *чувство вины*, которое заставляет человека интерпретировать свой прошлый опыт через призму того, что он сделал неправильно (или сделал недостаточно хорошо) для умершего;

4) *враждебные реакции*, проявляющиеся в нежелании общения с окружающими, возникновении агрессивных вспышек, потребности в уединении, снижении эмоциональной теплоты в отношениях с людьми;

5) *утрата прежних моделей поведения*, проявляющаяся в том, что действия человека в состоянии горя могут выглядеть неадекватно торопливыми, излишне суетными или, напротив, могут быть «заморожены». Появляется бесцельность в действиях и трудности в поддержании организованной деятельности. Многие виды прежней приносящей удовольствие деятельности становятся неинтересными, лишаются смысла и выполняются весьма формально;

б) *идентификация с утратой*, состоящая в появлении у горюющих черт умершего, особенно симптомов его последнего заболевания или манеры его поведения в момент трагедии.

В психологии различными авторами описываются *стадии горя*, которые объясняют происходящие с человеком реакции на утрату. Остановимся на следующем описании.

1. Стадия шока и оцепенения: человек отказывается поверить в реальность происшедшего. Эта стадия обычно длится 7–9 дней. В этот момент физическое состояние горюющего человека ухудшается: обычны утрата аппетита, сексуального влечения, мышечная слабость, замедленность реакций. Шок словно «оставляет» человека в том времени, когда умерший был еще живым. Настоящее сопровождается дереализацией («это словно происходит не по-настоящему») и деперсонализацией («это происходит не со мной»). На смену шоковой реакции часто приходит чувство злости, что обусловлено резкой фрустрацией – невозможностью осуществления планов, желаний, связанных с умершим.

2. Стадия поиска: очерчивается стремление вернуть умершего и отрицается безвозвратность утраты. Человеку, столкнувшемуся с утратой близкого, часто кажется, что он видит его в толпе на улице, слышит его шаги в соседней комнате и пр.

3. Стадия острого горя: достигают пика ощущения пустоты, бессмысленности, отчаяния, чувство брошенности, одиночества, злость, страх и тревога, беспомощность, чувство вины (вина по причине смерти умершего или по причине каких-либо «неправильных» действий при его жизни). Сохраняются и даже могут усиливаться физические симптомы: затрудненное дыхание, мышечная слабость, фи-

зическая усталость даже при отсутствии реальной активности, повышенная истощаемость, ощущение пустоты в желудке, стеснения в груди, комок в горле, повышенная чувствительность к запахам, снижение или необычное усиление аппетита, сексуальные дисфункции, нарушения сна. В это время человеку бывает трудно удержать свое внимание во внешнем мире, возникает спутанность и забывчивость, реальность словно рассеивается, часто возникает образ умершего. Особенно тягостны праздники, дни рождения, годовщины, которые подчеркивают утрату близкого. В отношениях с другими может наблюдаться раздражительность.

Стадию острого горя считают критической в отношении дальнейшего переживания потери (человек либо переходит к следующей стадии, либо «застревает» здесь»)

4. Стадия восстановления: восстанавливаются физиологические функции, профессиональная деятельность, постепенно появляется все больше воспоминаний, освобожденных от боли, чувства вины, обиды. Человек по-прежнему переживает горе, но эти переживания уже не носят столь масштабный характер и случаются все реже. Человеку приходится решать множество новых задач, и эти практические задачи переплетаются с переживанием потери.

5. Завершающая стадия: боль становится терпимей, и человек, переживший утрату близкого, понемногу возвращается к прежней жизни. В этот период происходит «эмоциональное прощание» с умершим, осознание того, что нет необходимости наполнять болью утраты всю жизнь. К этой стадии человек обычно приходит спустя год после утраты.

Хотя сама последовательность типична и поэтому предсказуема, названные этапы не идут строго один за другим и часто перекрывают друг друга. Переживание горя представляет собой индивидуальный процесс, и характерные признаки этапов могут сочетаться по-разному [34], синдром утраты у всех людей проявляется по-разному. Однако психологи выделяют общие задачи, с которыми сталкивается горящий человек для возвращения к нормальной жизни.

1. *Признание факта потери.* Эта задача означает, что человек должен осознать, что любимый человек умер и больше не вернется.

Некоторое время после утраты человек совершает некие автоматические действия, имеющие смысл, когда близкий человек был еще жив: машинально набирает его телефонный номер, «видит» среди прохожих на улице, покупает ему продукты, словом, будто «забывает», что человека уже нет. Нередко встречается противоположное поведение – отрицание произошедшего, которое может варьировать от легкого расстройства до тяжелых психотических форм (например, когда человек проводит несколько дней в квартире с умершим, прежде чем замечает, что тот умер). Чаше встречающаяся и менее патологичная форма проявления отрицания – «мумификация», т. е. желание сохранить все так, как было при умершем (такое поведение является нормальным лишь незначительный промежуток времени). Иногда люди, напротив, поспешно убирают все личные вещи покойного, все, что может о нем напомнить, такое поведение направлено на то, чтобы уберечь себя от столкновения лицом к лицу с реальностью потери (те, кто демонстрируют такое поведение, относятся к группе риска развития патологических реакций утраты). Следующий способ, позволяющий людям избегать реальности потери, – отрицание значимости утраты («я не тоскую по нему», «он был плохим отцом», «я не особо был к нему привязан» и т. п.). Еще один способ избежать осознания потери – отрицание необратимости утраты, вариантом которого является оккультизм (у религиозных людей вера в последующую встречу в Царстве Божьем не является примером такого поведения, поскольку она скорее отражает мировоззренческий контекст, нежели реакцию на утрату).

Мы видим, что существуют различные варианты отрицания произошедшего. Отметим, что они все являются нормальными, если существуют лишь непродолжительное время, позволяющее человеку справиться с первым шоком.

2. *Пережить боль потери.* Утрата близких всегда сопряжена с чувствами сильной интенсивности, которые очень трудно вынести. Часто боль утраты ощущается, переживается как апатия, «обесчувствование», потеря смыслов.

Выполнение этой задачи осложняется несколькими причинами. Во-первых, сам человек может не понимать важности процесса горе-

вания, ему стыдно плакать и выглядеть слабым, ему может казаться, что окружающие уже устали от его понурого вида. Часто находящиеся рядом люди действительно испытывают дискомфорт от сильной боли и чувств горюющего (они не знают, что с этим делать, и боятся этих чувств), что приводит к тому, что окружающие начинают подгонять горюющего и не давать ему возможности быть в адекватных ситуации чувствах столько, сколько ему требуется: «Ты должен жить дальше», «Слезам горю не поможешь», «От твоей грусти ничего не изменится», «У вас еще будут дети», «Сейчас не время горевать». Во-вторых, существуют объективные причины, не позволяющие человеку позволить себе горевать, например, наличие маленького ребенка, ради которого надо «держаться». В таких случаях проявления горя блокируются, не происходит отреагирования и эмоции не приходят к своему логическому завершению.

Избегание выполнения второй задачи достигается разными способами. Это может быть отрицание наличия боли или других мучительных чувств, в других случаях – избегание воспоминаний. Некоторые люди в качестве «анестезии» используют алкоголь или наркотик, другие используют «географический способ» – непрерывные путешествия или непрерывную работу с большим напряжением, которое не позволяет задуматься о чем-нибудь, кроме повседневных дел. Более эффективным способом, хотя зачастую он является болезненным, является проговаривание своих чувств другому, самому себе. Некоторые люди испытывают потребность много говорить об умершем с другими, кто его знал, пишут прощальные письма, обращаются за помощью к психологам – все это способствует тому, что чувства находят себе место, постепенно проживаются и становятся все более переносимыми.

3. *Организация окружения, где ощущается отсутствие ушедшего.* Сталкиваясь с утратой, человек лишается определенного уклада жизни: умерший человек был не только дорог, но и участвовал в быту, брал на себя какие-либо обязанности или исполнял определенные роли. На этом месте часто образуется пустота, которая требует реорганизации жизни, которая для разных людей означает разный смысл:

для кого-то это включение других людей в свой уклад, для других – освоение какой-либо деятельности, для третьих – кардинальное переосмысление жизненных основ и собственных паттернов поведения. Так, исследования показали, что женщины, определяющие свою идентичность через взаимодействие с близкими или заботу о других, потеряв объект заботы, переживают чувство утраты себя. Работа с таким клиентом охватывает намного больше задач, чем просто выработку новых навыков и умение справляться с новыми ролями.

4. *Выстраивание нового отношения к умершему и продолжение полноценной жизни.* Эмоциональное отношение к умершему должно перемениться таким образом, чтобы появилась возможность продолжать жить, вступать в новые эмоционально насыщенные отношения, получать удовольствие от жизни и не расценивать это как предательство или забвение. В некоторых случаях может возникать страх, что новые близкие отношения могут тоже закончиться и придется снова пройти через боль утраты – такое бывает особенно часто, если чувство потери еще свежо. В других случаях выполнению этой задачи может противиться близкое окружение, например, дети могут протестовать в случае новой привязанности у овдовевшей матери. За этим нередко стоит обида: мать нашла для себя замену умершему мужу, а для ребенка нет замены умершему отцу. Часто выполнению четвертой задачи мешает романтическое убеждение, что любят только раз, а все остальное безнравственно. Это поддерживается культурой, особенно у женщин. Признаками того, что эта задача не решается и не завершается период траура, часто бывают ощущение, что «жизнь стоит на месте», непрекращающееся беспокойство, жизнь представляется как замерший кадр, события потеряли свои краски, все кажется тусклым. Признаком благополучного разрешения задачи (а значит, и предыдущих, поскольку без разрешения одной задачи невозможен переход к последующей) является способность вести нормальную жизнь, наличие интересов и смыслов (не связанных с умершим), адаптация к новым обстоятельствам жизни, функционирование, адекватное своему социальному статусу и складу характера. Следует понимать, что боль не пройдет бесследно, поскольку утрата – это навсе-

гда, но боль уже не «затапливает» и не является доминирующим чувством; печаль также остается, но она возникает чаще при воспоминаниях и ее можно назвать спокойной, «светлой» [34].

Безусловно, разрешение перечисленных задач требует огромных усилий и смелости от горюющего, каждое горе субъективно, и его масштаб каждым воспринимается через индивидуальную призму. Невозможно провести временную черту, согласно которой работа горя является завершенной выполненной.

2.2.10. Формы осложненного горя

Разница между нормой и патологией горя заключается в длительности и интенсивности переживаний. И если переживание горя в течение года считается нормативным (с учетом индивидуальной вариативности горевания), то многолетнее переживание по поводу утраты, «застывание» в этом состоянии наряду с существенным затруднением функционирования человека в повседневной социальной реальности свидетельствует о том, что мы имеем дело с осложненным горем. «*Осложненное горе* возникает, если вышеуказанное течение переживания горя замедляется, приостанавливается или появляются трудности с интеграцией утраты и приобретением нового опыта. Среди всех горюющих оно составляет не более 10–15 %» [38, с. 16].

Избегание контактов с другими людьми и социальной активности, утрата способности радоваться и снижение эффективности в трудовой деятельности, ощущение безнадежности и бессмысленности существования, все мысли «крутятся» вокруг утраты, об умершем говорят как о живущем сейчас, достаточно часто наделяя чертами святости или, наоборот, демонизируя его личность – все это вариации осложненного горя. В нашей практике нам приходилось сталкиваться с фактом длительного «поддержания виртуального Я» погибшего члена семьи – ведения страниц в социальной сети с описанием событийного ряда и вероятных мыслей якобы продолжающего жить ребенка или мужа.

Очевидно, что часто горящий пытается «оглушить», «притупить» боль, используя для этого алкоголь или седативные средства.

Определенным индикатором развития *осложненного горя* являются избегание погребальных ритуалов и процедур поминовения или, наоборот, неадекватная фиксация на их выполнении. Возможно и «отождествление» с умершим. Такой вариант может выражаться как в принятии форм поведения объекта отождествления, если даже раньше они не считались приемлемыми, так и в страхе умереть от той же болезни.

В крайней форме осложненному горю могут сопутствовать галлюцинации, деперсонализации, витальная депрессия, фактически свидетельствующие о психопатологии [38].

Практикующим психологам хорошо известно, что существуют факторы, усугубляющие риск формирования осложненного горя. К ним, безусловно, относятся референтная значимость личности-объекта утраты; трагическая гибель близкого (внезапная, насильственная смерть); конфликт непосредственно перед смертью, что часто сопровождается всепоглощающим чувством вины; непрощенные обиды; «изматывающая неизвестность», связанная с фактом безвестной пропажи близкого человека. Потеря близкого человека в результате самоубийства – один из наиболее провокационных факторов «залипания» в горевании, причем зачастую для членов не только нуклеарной, но и расширенной семьи. Всепоглощающее чувство вины в этом случае становится питательной почвой для «взрачивания», по сути, гипертрофированного горевания. Иногда в этот процесс пытаются вовлечь не только других членов семьи, но и людей совершенно посторонних. Примером такого варианта развития событий является создание в социальной сети группы родителей детей, покончивших жизнь самоубийством. Анализ контента такой группы показывает, что при позиционировании желания помочь другим родителям и детям в предупреждении непоправимой беды доминирует фиксация на погибшем ребенке, собственном чувстве вины или поиске самооправданий.

А. Н. Моховиков и Е. А. Дыхне выделяют несколько форм осложненного синдрома потери [38].

1. *Хроническое горе*. При этой, наиболее частой форме переживание горя носит постоянный характер, и интеграции утраты не происходит. Среди признаков преобладает тоска по умершему, с которым у горюющего была очень тесная эмоциональная связь. Даже спустя много времени после утраты малейшее напоминание о ней вызывает интенсивные переживания.

2. *Конфликтное (преувеличенное) горе*. Один или несколько признаков горя искажаются или чересчур усиливаются, прежде всего чувства вины и гнева. Оно затягивается, поскольку возникают амбивалентные чувства. Сразу после нее появляется ложная эйфория, переходящая в длительную депрессию с идеями самообвинения.

3. *Подавленное (маскированное) горе*. Проявления горя незначительны или отсутствуют полностью. Вместо них возникают соматические жалобы, признаки болезни, имеющиеся у умершего, с последующим развитием длительной ипохондрии. Осознание их связи с утратой отсутствует.

4. *Неожиданное горе*. Внезапность делает почти невозможным принятие и интеграцию утраты. Их развитие замедляется, преобладают интенсивные чувства тревоги, самообвинения и депрессия, осложняющие ежедневную жизнь. Весьма характерно возникновение суицидальных мыслей.

5. *Отставленное горе*. Переживание горя откладывается на длительное время. Сразу после утраты возникают эмоциональные проявления, но затем «работа горя» останавливается. В дальнейшем новая потеря или напоминание о прежней запускают механизм переживания. Дома горюющий человек не желает что-либо менять, расставаться с дорогими вещами или действует прямо противоположным образом.

6. *Отсутствующее горе*. При этой форме отсутствуют какие-либо внешние проявления, как если бы утраты не произошло вообще. Человек полностью отрицает ее или остается в состоянии шока» [38, с. 17].

2.2.11. Психологические особенности детского горя

Проблемы, переживаемые в связи с утратой близкого, имеют возрастные особенности. С. А. Шефов, обобщая данные публикаций, выделяет типичные трудности горевания ребенка для разных этапов онтогенетического развития [71].

1. *Возраст до двух лет.* Понимания смерти у ребенка, безусловно, еще не может быть. Но он в любом случае реагирует на исчезновение родителя (или заменяющего его другого взрослого) и на эмоциональное состояние взрослых. Соответственно, ребенок, «отзеркаливая» эмоции, может стать раздражительным, плаксивым, капризным; у него могут измениться пищевые привычки; возможны нарушения акта дефекации или мочеиспускания. С учетом возможных нарушений важно обеспечить ребенку не только кинестетический контакт со взрослым, но и соблюдение режимных моментов.

2. *Возраст 2–3 года.* Для этой возрастной группы типичным является поиск умершего родителя (другого значимого взрослого). Специалисты полагают, что ребенку уже в этом возрасте необходимо мягко и тактично объяснять, почему родитель не возвращается. Очевидно, что и на данном этапе необходимо поддерживать стабильность окружения и существовавшего порядка, в том числе питания и сна.

3. *Возраст 3–5 лет.* Понимание смерти в этом возрасте все еще ограничено. Тем не менее считается верным объяснить ребенку, что «его родитель умер и никогда не вернется. Важно понимать, что возможны различные соматические реакции, падения настроения, возрастной регресс (сосание пальца и др.). Ребенок может вдруг начать бояться темноты, испытывать периоды печали, гнева, тревоги, плача. Поскольку этот возраст является возрастом нормального эгоцентризма, ребенок может думать, что это он явился причиной смерти родителя, и его близким необходимо его уверить, что это не так. Полезно вспоминать с детьми некоторые позитивные или особенные вещи, которые родитель делал с ними, такие как совместные игры, праздники и т. д.» [71, с. 97].

4. *Возраст 6–8 лет.* В этом возрасте дети, пережившие потерю, испытывают чувства неопределенности и ненадежности, и именно поэтому они имеют склонность «цепляться» за оставшегося родителя. Горюющие дети могут проявлять агрессию в адрес сверстников или взрослых, нарушать дисциплину в школе, отказываться отвечать у доски, беспричинно плакать. Считается разумным подготовить ребенка к вопросам со стороны других людей, подсказать, что на вопросы других детей или взрослых можно ответить просто: «Мой папа умер», не вдаваясь в подробности. Ребенку важно дать понять, что он может сам решить, кому он хочет открыться.

5. *Возраст 9–12 лет.* Переживание утраты на этом возрастном этапе может приводить к формированию чувства беспомощности и снижению самооценки, в том числе и в учебной деятельности. Отмечается также, что у детей могут развиваться трудности, связанные с идентичностью, болезненная реакция на критику, склонность вступать в конфликты со сверстниками (драки) и взрослыми. На данном этапе развития дети могут скрывать свои эмоции. Очень важно учитывать, что ребенок этого возраста в ситуации потери родителя может пытаться принять на себя роль матери или отца, что, по сути, не должно поощряться взрослыми (даже если им это очень импонирует), так как не соответствует задачам возрастного развития и может оказаться «неподъемным грузом». Ему важно сохранить круг друзей и соответствующие возрасту увлечения и формы организации продуктивного досуга.

6. *Подростковый возраст.* Один из самых сложных периодов для переживания горя и интеграции этого опыта в собственную картину мира и личную историю. Подростки зачастую не имеют возможности поговорить о своих чувствах, так как стремятся оградить от негативных переживаний даже более старших членов своей семьи, а сверстники обнаруживают неготовность обсуждать травматичный опыт потери. В качестве возможных рисков дезадаптации в этом случае специалисты называют самоизоляцию подростка, поиск новых приятелей среди девиантных групп, побеги из дома, уход в аддикции (алкоголь, наркотики, секс, компьютерные игры и пр.)

как поиск суррогатных эмоций. Депрессия и суицид также могут стать результатом горевания.

Взрослым важно быть готовыми принять сопереживание ребенка по поводу утраты, если он его высказывает, но не менее важно не лишать его ни возможности уединиться (для работы горя), ни возможности соблюдать его интересы (в учении, самореализации, общении).

Потеря близкого человека сказывается как на непосредственных переживаниях детей, так и на развитии личности в целом. Вначале наиболее часто возникают безразличие, ухудшение памяти, страхи, расстройства сна, вялость или же нарушения общения, трудности в учебе, конфликты с окружающими, встречаются также и более серьезные формы расстройства общения, укладывающиеся в клиническую картину аутизма. «Искаженное развитие личности, возникшее вследствие потери родителя, способствует в последующем формированию депрессивных состояний. При неблагоприятных преморбидных свойствах личности и ситуационных трудностях потеря близкого может стать началом хронических нервно-психических расстройств, на длительное время декомпенсирующих детей. Отклонения в формировании детской личности после смерти одного из родителей объясняют нарушением психологической атмосферы в семье. Встречаются и абсолютно неблагоприятные последствия потери родителя, приводящие к попыткам самоубийства, что находит объяснение в чрезмерно сильной идентификации ребенка с родителем обычно того же, что и умерший, пола и желанием вернуть последнего любыми средствами, например «встретившись с ним на небесах». Другое объяснение наблюдавшихся суицидальных попыток у переживающих потерю родителя детей сводится к тому, что их незрелое «Я» не способно принять факт смерти близкого человека, а это делает невозможным для них совладание с психической травмой» [71, с. 94–95].

Рассматривая вариации детских реакций на утрату, можно произвести примерную классификацию, отражающую реакции, относящиеся к норме, и реакции, которые можно отнести к патологическим. Безусловно, это разделение весьма условно, поскольку переживание горя, особенно в детском возрасте, крайне субъективно. Чаще всего

дело касается выраженности симптомов и продолжительности их существования. Спектр реакций представлен в табл. 3.

Таблица 3

Детские реакции на утрату

Наиболее типичные детские реакции на утрату	Дисфункциональные детские реакции на утрату, наблюдающиеся длительное время
1	2
Вопросы, интерес: встречаются случаи, когда ребенок начинает задавать очень много вопросов, связанных со смертью, которые не всегда кажутся уместными или тактичными. Взрослым важно понимать, что это вовсе не является признаком равнодушия, а попытка осмыслить происходящее	Избегание разговоров и даже упоминаний об умершем или о смерти
Изменение рисунка поведения: непослушание, агрессия, рассеянность, нарушение работоспособности, неадекватность, странности в поступках и высказываниях	Упорное непослушание или агрессия (дольше шести месяцев), оппозиция авторитетным фигурам, нарушение прав других людей; частые и необъяснимые вспышки гнева, падения настроения; деструктивные способы выражения гнева
Невротические и психосоматические симптомы: повышенная возбудимость или физическое переутомление, нарушения сна и/или питания, энурез, головные и другие боли	Множественные жалобы на физические недуги; несчастные случаи, лежание ничком (как самонаказание или способ привлечь внимание); постоянные ночные кошмары, выраженные трудности засыпания и другие расстройства сна, отказ идти спать
Тревога, страх (страх собственной смерти или смерти других близких, а также актуализация старых страхов или формирование новых)	Стойкая тревога или фобии, частые приступы паники; продолжительный страх оставаться одному
Печаль, слезы (детское горе по внешним проявлениям обычно довольно интенсивно, но непродолжительно)	Затянувшаяся депрессия, во время которой ребенок теряет интерес к окружающему, не способен справиться с проблемами и повседневными делами

1	2
Чувство вины, зарождающееся из-за фантазии о том, что ребенок явился причиной смерти. Также чувство вины может возникать у детей из-за того, что они ничего не чувствуют или не знают, что они чувствуют, в то время как все вокруг них печальны и расстроены	Тотальное чувство вины, не проходящее длительное время, отражающееся на самооценке ребенка и его способности полноценно функционировать
Возрастной регресс неглубокой степени	Гиперактивность, непоседливость (если раньше этого не было); поведение, свойственное намного более младшему возрасту, в течение длительного периода
Снижение школьной успеваемости и нежелание посещать школу	Резкое снижение школьной успеваемости, плохие отметки, несмотря на старание; настойчивый отказ посещать школу
Возможны эпизоды противоправного поведения	Употребление алкоголя или наркотиков; воровство, половая распущенность, вандализм, противоправное поведение

Таблица иллюстрирует тот факт, что симптомы, наблюдаемые у детей в период горя, крайне разнообразны, и говорить о патологии процесса горя имеет смысл, когда эти симптомы не исчезают длительное время. В процессуальном плане детское горе так же, как и взрослое, проходит ряд стадий: шок и оцепенение, отрицание, поиски, гнев, вина, страдание, реорганизация и завершение. В связи с этим близкие, находящиеся рядом с ребенком, должны понимать, что практически каждая реакция на утрату является нормальной, если она постепенно начинает ослабевать, приводя к тому, что ребенок медленно, но все же возвращается к привычному образу жизни. Безусловно, именно ближайшему окружению ребенка принадлежит огромная роль в совладании ребенка с горем. В этот момент все близ-

кие должны быть максимально терпимыми, эмоционально открытыми и настроенными на ребенка, какими бы страшными ни казались его реакции на потерю.

2.2.12. Принципы помощи горюющему ребенку

Помощь горюющему ребенку заключается, прежде всего, в эмоциональной поддержке. Необходимо помнить, что не только маленький ребенок, но и подросток в этот трудный период нуждается в тактильных контактах, а также в честных ответах на вопросы (с учетом возрастных возможностей понимания), в том числе по поводу чувств взрослых. Важнейшим фактором нормального течения работы горя являются хорошие взаимоотношения ребенка с его ближайшим окружением, продолжающим осуществлять заботу о ребенке, а также непосредственно с умершим членом семьи. Безусловно, способность остающихся рядом членов семьи восполнить утрату (пусть и не в полной степени), создать ощущение прочности семейных отношений, являются решающими факторами, позволяющими процессу горя протекать естественным путем без фиксации на каких-либо стадиях. Большое значение имеют и обстоятельства смерти значимого человека: если умерший человек совершил самоубийство, то это является очень мощным отягощающим фактором, также присутствие ребенка в момент смерти близкого (если она сопряжена с насильственными действиями) затрудняет работу горя. «Если собственная жизнь ребенка при гибели близкого человека тоже находилась под угрозой, но он выжил, то психическая травма еще сильнее. Существенную роль в переживании ребенком утраты играют и такие факторы, как его возраст, уровень психического развития, наличие и характер собственного опыта столкновения со смертью (в первую очередь опыта предыдущих потерь)» [71, с. 96].

Близкие, окружающие ребенка, сталкиваются с рядом вопросом по поводу того, какие их действия являются наиболее адекватными по отношению к горюющему ребенку. Представим наиболее типичные действия, требуемые от взрослых, в табл. 4.

Типичные действия взрослых при взаимодействии с горюющим ребенком

Адекватные действия со стороны близких	Конкретные способы его правильной реализации	Последствия, возникающие при игнорировании данных действий
1	2	3
Сообщить ребенку о смерти его близкого человека	<ul style="list-style-type: none"> – любой ребенок, даже грудной, нуждается в правде; – желательно, чтобы сообщить об утрате мог другой близкий ребенку человек; – необходимо выражаться прямо, употребляя слова «умер», поскольку другие фразы могут оказаться слишком двусмысленными; – установить тактильный контакт с ребенком (посадить к себе на колени, обнять, приласкать); – проявить как можно больше душевной мягкости, сензитивности, терпения и мужества; – позволить ребенку выразить свои чувства во всей их полноте, насколько он к этому готов 	В случае сокрытия случившегося обычно возрастает тревога, создается почва для страхов, различных фобий и недоверия к взрослым, могут развиваться различные психосоматические реакции
Включить ребенка в процесс семейного горевания и организацию похорон (с учетом возраста ребенка)	<ul style="list-style-type: none"> – позволить ребенку находиться в контакте с близкими ему людьми (пожалуй, самый нежелательный для ребенка вариант в это время – быть забытым, предоставленным самому себе и своим переживаниям); – взрослым не следует прятать от ребенка свое огорчение, словно ничего не произошло, однако лучше пытаться контролировать слишком интенсивные эмоциональные вспышки; 	Исключенный из общего процесса ребенок ощущает себя покинутым, лишним и оставленным наедине со своими чувствами, что только усилит страдание от утраты

1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> – обеспечить нахождение с ребенком кого-то, кто позаботится о сохранении режима дня (покормить ребенка, уложить спать и т. п.); – подключить ребенка к общим делам, связанным с похоронами (если возраст ребенка уже позволяет и если он сам не против): например, поручить ему какое-то простое дело; – объяснить ребенку, что выражать свои чувства – это нормальная реакция на потерю 	
<p>Позволить ребенку присутствовать на похоронах (с учетом возраста ребенка)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – помнить, что участие в похоронах помогает людям признать реальность утраты, осознать, что произошедшее необратимо; – ребенок имеет право присутствовать на похоронах, если он этого хочет и готов к этому процессу; – доступно и одновременно прямо объяснить, что будет происходить на похоронах, включая процедуру погребения; – ребенок должен быть осведомлен, что на похоронах люди могут плакать, кричать – и это нормальное выражение их чувств; – желательно найти взрослого человека, который мог бы находиться с ребенком во время похорон, чтобы чутко и гибко реагировать в случае изменения состояния ребенка. Имеет смысл и самим детям сказать, что они не обязаны оставаться на похоронах, если они этого не хотят: маленькие дети вполне 	<p>Если ребенок не присутствовал на похоронах, его отношения с умершим могут оказаться незавершенными, что нарушает работу горя. Возможно также возникновение страхов и психосоматических реакций</p>

1	2	3
	<p>могут выйти с взрослым на улицу, прогуляться или поиграть;</p> <ul style="list-style-type: none"> – нельзя принуждать ребенка к участию в похоронах или вызывать в нем чувство вины, если он не хочет там присутствовать; – попытаться выяснить причины нежелания, которое может быть связано с неправильными представлениями и страхами, обсуждение которых позволит ребенку принять участие в похоронах; – отнестись с пониманием к его решению; – не принимать решения о целесообразности участия ребенка в похоронах, ориентируясь лишь на возраст ребенка. Относительно возрастного порога не существует единого мнения: считается, что примерно с трехлетнего возраста ребенок способен понять смысл последнего прощания. Однако в каждом конкретном случае близкие ребенка должны принимать решение о целесообразности участия ребенка в процессе похорон: хочет ли этого ребенок; есть ли взрослые, которые в момент похорон будут достаточно адекватны и ориентированы на ребенка; готов ли ребенок эмоционально; – можно предложить ребенку попрощаться с умершим каким-нибудь особенным способом, символическим: поместить в гроб 	

1	2	3
	<p>памятный подарок, нарисовать рисунок, написать письмо или положить цветок</p>	
<p>Вспоминать вместе с ребенком умершего, говорить о нем</p>	<p>– взрослым не следует оставлять без внимания адресованные им вопросы и высказывания об умершем (можно и со своей стороны вопросами пробуждать в ребенке воспоминания: «Помнишь, как вы ходили за грибами?»)</p> <p>– время от времени вслух вспоминать о покойном, например, о том, что ему нравилось («Это было его любимое блюдо»), об интересных моментах его жизни (особенно из детства);</p> <p>– делиться своими чувствами с ребенком (в пределах допустимого: не делать из него собственную жилетку);</p> <p>– привлекать ребенка к общесемейным мероприятиям (оформлению памятного фотоальбома, посещению кладбища и т. д.), но не настаивать на этом, если ребенок отказывается</p>	<p>Если взрослые избегают говорить с ребенком об умершем, то детское горе может быть не вполне прожитым, его «работа» остается незавершенной</p>
<p>Демонстрировать ребенку, что его жизнь продолжается</p>	<p>– сохранить время для игр и бесед без упоминания об умершем;</p> <p>– сбалансируйте разделение печальных чувств и совместные более приятные дела (не превращайте жизнь ребенка и свою в тотальную скорбь);</p> <p>– продолжать выражать свою любовь к ребенку, чтобы он мог чувствовать себя значимыми и любимыми;</p>	<p>Взрослые должны понимать, что через определенное время (у каждого оно свое) ребенок должен вернуться к нормальной жизни, которая, конечно, будет существенно отличаться от его прежней жизни, но, тем не менее,</p>

1	2	3
	– поощрять увлечения ребенка, а также его общение с другими детьми	может содержать в себе много хорошего и перспективного

Реализация перечисленных действий в соответствующих способах позволяет не только предотвратить нежелательные последствия, но и в противовес им добиться определенных позитивных результатов:

- облегчение проживания утраты, снижение психоэмоционального напряжения, отреагирование чувств;
- углубление взаимоотношений с близкими, эмоциональная поддержка друг друга;
- конструктивное освоение реальности смерти, расширение мировоззрения;
- приобретение важного жизненного опыта, выработка адекватных вариантов поведения в случае утраты близкого;
- продолжение полноценной жизни, несмотря на печаль и скорбь [71].

Часто близким адресуется масса вопросов со стороны ребенка относительно природы смерти: «Если я крепко усну, я тоже умру?» / «Почему он умер?» / «Что происходит потом?» Перечень подобных вопросов и их примерное описание представлены в *Приложении В*. Маленьким детям иногда полезно читать терапевтические сказки, раскрывающие в метафоричной форме феномен смерти. Это позволяет им лучше понять и осознать происходящее, найти образцы для идентификации и благополучно пережить этот тяжелый период.

Контрольные вопросы и задания

1. При каких обстоятельствах стресс становится травматическим?
2. Что понимают под посттравматическим стрессовым расстройством?
3. Каковы факторы, осложняющие течение и прогноз ПТСР?
4. Дайте определение буллингу.

5. В каком возрастном периоде буллинг достигает максимально высоких показателей?
6. Какие особенности школьной среды провоцируют развитие буллинга среди учащихся?
7. Назовите стадии психофизиологического состояния, обусловленные нахождением человека в экстремальной ситуации.
8. Что общего и каковы различия в диагностических критериях у взрослых и детей?
9. Каким образом меняется клиническая картина ПТСР в зависимости от возраста?
10. Какова разница между нормальным и осложненным горем?
11. Сформулируйте рекомендации, раскрывающие варианты помощи горюющему ребенку.

Практические задания

Упражнение 1.

Проанализируйте следующие описания детей и подростков и найдите те, которые соответствуют ПТСР:

Полина, 4 года.

Стала плаксивой, пугливой, боится засыпать одна ночью; отказывается от посещения детского сада, перестала контактировать с другими детьми и негативно реагирует на появление малознакомых или незнакомых ей людей. Тяжело расстается с мамой, буквально цепляясь за нее во время разлуки. Наблюдаются признаки некоего регресса, заключающегося в том, что девочка часто ведет себя не по возрасту. Бывают вспышки агрессии. В игре появился повторяющийся сюжет о том, как чудовище захватывает к себе в темницу маленьких детей.

Данная симптоматика началась приблизительно спустя два месяца после того, как отец девочки, с которым ее мать разведена, без разрешения выкрал ее во время прогулки в детском саду. Девочка около трех недель находилась в его доме под присмотром его новой жены.

Марк, 15 лет.

На протяжении нескольких месяцев наблюдается снижение успеваемости в школе, отмечаются периодические пропуски. Потерял интерес к музыкальным занятиям и английскому языку, испытывает желание заниматься боксом. В школе учителя отмечают появившуюся резкость в отношении с ними, родители также считают поведение сына грубым. Свободное время молодой человек проводит с компанией сверстников, где у него появилась девушка. Примерно год назад семья переехала в новый город.

Мария, 17 лет.

Стала плохо спать по ночам, поскольку иногда слышит, как соседи обсуждают ее и планируют подбросить ей наркотики. Днем чувствует себя лучше, но боится сглаза и порчи, поэтому предпочитает не общаться с кем-то, кто мог бы ей навредить. В последнее время стала конфликтовать с учителями по поводу их предвзятого к ней отношения и желания разрушить ее будущее. О каких-либо необычных событиях, происходящих на протяжении года, родители не сообщали. В отношениях с родителями отстраненна.

Эрана, 14 лет.

Девушка подверглась избиению в классе, в котором существует предвзятое отношение к детям другой национальности. Несмотря на то что в классе у девочки есть несколько подруг, отношения со многими учащимися напряженные. Спустя пару месяцев родители девочки отметили изменения в характере и поведении дочери: стала раздражительной, закрытой, потеряла интерес к кружкам, которые раньше посещала с удовольствием, по ночам часто просыпается, с трудом концентрируется на учебе, в связи с чем успеваемость заметно снизилась.

Ярослав, 17 лет.

После попадания в серьезную аварию на машине, которая произошла неделю назад, боится ездить в машине, испытывает страх за

свою жизнь и жалуется на головные боли. Раньше любил кататься по городу с друзьями, у которых уже есть водительское удостоверение, а сейчас считает их легкомысленными и безответственными и желает прервать с ними отношения.

Упражнение 2

Прочитайте описание случаев переживания горя детьми и ответьте на вопросы после них?

Евгения, 11 лет

Три года назад у девочки умерла бабушка, с которой они были очень близки. Девочка, к удивлению всех, очень спокойно пережила потерю, даже на похоронах оставаясь практически равнодушной. Девочка иногда расспрашивала родителей о том, где сейчас ее бабушка, но вскоре перестала проявлять к этой теме интерес. Недавно в семье трагически погибла любимая собака Жени, после чего последовала крайне бурная реакция: девочка сильно горевала, много плакала, стала испытывать страх, что кто-то из членов семьи тоже может умереть, очень часто вспоминала бабушку. Как объясняет сама девочка, только сейчас она до конца поняла, что такое смерть и что ее бабушка покинула ее навсегда. Она стала задумываться над тем, что в любой момент жизни может произойти что-то ужасное с кем-то из близких.

Владимир, 8 лет.

В разговоре со старшим братом мальчик сказал, что ненавидит своего умершего отца за то, что тот умер и бросил их. Мальчик не хочет посещать кладбище, но часто просматривает на телефоне совместно снятое видео с отцом.

1. Попробуйте проанализировать причины происходящего в описанных случаях.

2. Является ли реакция детей на утрату нормальной?

3. Почему бурная реакция Евгении возникла лишь спустя три года?

4. Следует ли близким Владимира настаивать на посещении кладбища и стыдить за ненависть к отцу?

5. Какие стратегии поведения для окружающих детей близких Вы могли бы порекомендовать?

Раздел 3. ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ, ИМЕЮЩИХ ТРАВМАТИЧНЫЙ ОПЫТ

3.1. Юнгианская песочная терапия детей

3.1.1. Особенности метода песочной терапии

Юнгианская песочная терапия выступает как самостоятельный метод психотерапии либо как дополнительный инструмент психоаналитического процесса. Основным атрибутом песочной терапии является ящик размером 50×70×7 см, выкрашенный изнутри голубой краской (которая символизирует небо и воду и ассоциируется с безопасным, располагающим пространством) и заполненный затем песком. Рядом с песочницей размещается большое количество миниатюрных фигурок, которые используются при создании песочной композиции (подр. о коллекции фигурок ниже).

Начало песочной терапии обычно связывают с именем Маргарет Ловенфельд, которая с 1929 г. стала использовать песочницу в детской игровой психотерапии. Идею методологии она почерпнула из книги Г. Уэллса «Игры на полу» (1912), где мальчик играет в песке со своим отцом. М. Ловенфельд придавала большое значение тактильному взаимодействию детей с песком и водой, сочетавшемуся с манипуляцией миниатюрными игрушками. Идея М. Ловенфельд оформилась в книгу «Игра в детстве» (1935). Однако начало юнгианской песочной терапии обязано своим появлением Доре Кальфф, жившей недалеко от К. Г. Юнга и разделявшей его взгляды на устройство человеческой психики. Д. Кальфф удалось скомпилировать идеи К. Г. Юнга и метод М. Ловенфельд, у которой она прошла обучение в Лондоне в 1950-х гг. И хотя у Д. Кальфф не было требуемой тогда степени магистра, она была компетентной в вопросах детской терапии: училась в Институте Юнга, проходила терапию у Эммы Юнг, общалась со многими известными психоаналитиками, среди которых был и Д. Винникотт, много работала с детьми и занималась изучением глубинных слоев психики, позволило ей создать метод, обеспечи-

вающий прямой доступ к бессознательному. Согласно Д. Кальфф, создание песочных композиций создает условия для протекания внутреннего процесса индивидуации, который К. Г. Юнг считал источником обретения собственной Самости [72].

Д. Кальфф называла основной задачей терапевта создание свободного и защищенного терапевтического пространства, что способствует пробуждению и поддержанию внутренних целительных сил клиента, которые активизируются благодаря проявлению архетипов (в первую очередь – архетипа Самости и архетипа Ребенка). Миниатюрные фигурки представляют собой элементы естественного природного окружения, а также воплощают атрибуты разных культур, религиозных и мифологических персонажей, что приводит к актуализации врожденного психического опыта, его осознанию и проявлению исцеляющих эффектов, связанных с теми или иными образами. Метод юнгианской песочной терапии изначально использовался только при работе с детьми, однако вскоре метод был адаптирован и для работы со взрослыми. На сегодняшний день юнгианская песочная терапия является эффективной, но в то же время мягкой формой работы при терапии различных категорий клиентов [62].

Особенности метода юнгианской песочной терапии заключаются в следующем.

1. *Песочная терапия выступает посредником между арт-терапией и глубинной психологией К. Г. Юнга.*

С точки зрения К. Г. Юнга, структура личности имеет три уровня: эго, личное бессознательное и коллективное бессознательное. Эго он характеризовал как центр сознательной сферы, о существовании которого мы знаем; личное бессознательное рассматривал какместилище подавленных и вытесненных влечений, инстинктов, социально неприемлемых желаний, ранних детских воспоминаний (аналогично фрейдовскому «ид»). Особую роль в психической жизни играет коллективное бессознательное, исследованию которого К. Г. Юнг и посвятил свою жизнь. «Описывая коллективное бессознательное как “хранилище” общих знаний и переживаний, накопленных человечеством за последние 3 миллиона лет в борьбе за выживание, Юнг

полагал, что на протяжении всего своего существования люди сталкивались с одними и теми же кризисными ситуациями, и поэтому психика сформировала “внутренние” решения этих проблем. Эти “бессознательные решения” нередко находят символическое выражение посредством образов сновидений и грез. В таких случаях эти решения подлежат интеграции в сферу сознания эго. Один из путей, способствующих такой интеграции, Юнг видел в превращении символов или образов в осязаемые факты с помощью таких форм деятельности, как занятия живописью, рисованием, литературой (сочинение стихов и рассказов), керамикой, танцами и пантомимой» [1, с. 18].

Песочная терапия позволяет активизировать фантазию и дать возможность возникающим при этом образам явить себя средствами художественной экспрессии. Суть арт-терапевтических техник заключается в том, что содержание бессознательного «выплескивается» на материал, обретая конкретную форму, что помогает человеку охватить собственным взором то, что было заблокировано на вербальном уровне, делая его зримым и доступным осознанию. К. Г. Юнг полагал, что формирование символов воплощает собой стремление психики к развитию, а в случае психологической травмы – и к самоисцелению. Иначе говоря, К. Г. Юнг (1964) утверждал, что рассмотрение образов и символов бессознательного уже само по себе позволяет психической жизни раскрываться и развиваться [1]. Образы не нуждаются в специальной интерпретации, поскольку сам по себе акт обозначения бессознательного запускает глубинные процессы проработки, которые не сразу могут быть доступны сознанию, но являются терапевтическими за счет взаимодействия «я» с источником психической жизни. В течение всего процесса арт-терапевтического процесса терапевт обеспечивает клиенту свободное и защищенное пространство, позволяющее внутреннему содержанию психики высвободиться при помощи материалов (конфликт перемещается из внутреннего мира личности во внешний мир, становясь зримым). В песочной терапии бессознательное проецируется на поднос, обретая символическую форму в виде рек и озер, пещер и вулканов, гор и пустынь, людей,

животных, мостов, мифических существей, драгоценностей в сундуках, гробах и скелетах.

В ходе арт-терапии создаваемые из традиционных изобразительных материалов художественные образы остаются в неизменном виде, песочная композиция же многократно и быстро может быть трансформирована. Суть трансформации на песке заключается в следующем: то, в чем психика нуждалась, символически разрешилось, а значит, может происходить процесс интериоризации – психика впускает в себя новый опыт и присваивает его. Этот феномен возможен не только на песке, например, клиент после обсуждения рисунка может что-то дорисовать, но песок позволяет трансформациям происходить гораздо быстрее, сопровождаясь при этом различными переживаниями. Разрушение созданной на песке композиции и возможность многократного образования новых песочных композиций придают работе ритуальный оттенок. Важно отметить и то, что в отличие от традиционного рисования и лепки, которые зачастую ассоциируются с наличием творческих навыков, работа с песком оберегает от ощущения собственной неумелости и раскрепощает самовыражение. Это связано с тем, что человеку предлагается использовать уже готовые миниатюрные фигурки и различные предметы коллекции (при желании клиент может и сам создавать фигурки для песочных композиций, но в начале люди предпочитают работать с уже готовыми материалами).

2. Метод сочетает в себе вербальную и невербальную составляющие.

Изначально работа с песком не сопровождалась речью, это была созерцающая работа, но сегодня все больше песочных терапевтов предпочитают подключать к этому творческому процессу вербальные компоненты: терапевт задает вопросы, а клиент делится переживаниями, чувствами, ассоциациями, возникающими в процессе работы. В отличие от традиционного психоанализа после завершения работы песочная композиция не интерпретируется. Следует отметить, что песочная терапия не ставит единственной целью сделать все сознательным на вербальном уровне: осознание не ограничивается лишь тем,

что может быть выражено вербально. Довербальное осознание является не менее значимым и может привести к переживанию личностной трансформации и весомым изменениям личности [62]. «Вейнриб определяет песочную терапию как невербальную форму психотерапии, позволяющую установить доступ к глубоким довербальным уровням психики» (Weinrib, 1983, p. 1). Она также добавляет, что «глубоко в бессознательном скрыты самоисцеляющие возможности психики, и они проявляются при определенных условиях», а также что песочная терапия «обеспечивает творческий регресс, который делает возможным самоисцеление» (Weinrib, 1983, pp. 1–2)» [72, с. 22].

3. В юнгианской песочной терапии песок символизирует психику и тело.

Клиент может не совершать с песком никаких манипуляций, а может придавать какую-либо форму, создавать различные ландшафты, рисовать на нем. Мы не можем взять и физически прикоснуться к нашей психике, но мы можем прикоснуться к песку как ее символу и «навести там порядок». Ни одно действие на песке не является случайным или бесцельным. Мы бессознательно руками делаем с песком то, в чем нуждается наша психика. Например, все знают, как маленькие дети любят делать формы из песка: они засыпают песок в формочки, затем переворачивают их и либо оставляют так, словно некие горки, требующие поддержку извне, либо делают «куличик». Создание подобных «куличиков» с помощью формочек или каких-либо емкостей можно рассматривать в качестве символического «рождения». Для ребенка тело матери – это первичная среда обитания, от которой он должен впоследствии отделиться. Также все знают, как часто дети и взрослые с упоением делают свои отпечатки. При работе с песком отпечатки рук, ног и различных предметов не только позволяют значительно украсить пространство песочницы, но и отражают стремление человека намеренно оставить «свой след», знак своего присутствия. [72]. То есть мы видим, как самые простые вещи приобретают огромное значение, когда мы переводим это на символический язык.

Песок также символизирует кожные покровы и различные тактильные переживания, поэтому он может активировать воспоминания, связанные с опытом тактильного взаимодействия между младенцем и матерью. В зависимости от множества факторов тактильный контакт между грудью и руками матери и кожей и губами маленького ребенка может быть ассоциирован с переживаниями различного спектра: как с позитивными, так и с негативными. Л. Штейнхардт отмечает: «И кожные покровы тела, и поверхность земли, и поверхность песка являются естественной границей, за которой находится некая внутренняя субстанция. Проникновение в толщу песка ассоциируется с проникновением вглубь земли или в человеческое тело» [72, с. 189]. При работе на песке это находит свое отражение в том, что люди, имеющие травматичный телесный опыт или просто гиперчувствительные, часто отказываются использовать песок, поскольку работа с этим материалом вызывает у них ассоциации с неприятным тактильным контактом, связанным с нарушением личных границ.

4. *Возможность использования воды (как отдельно от песка, так и при смешивании с песком).*

Слияние воды и песка зачастую действует магнетически, поскольку пробуждает нашу глубинную бессознательную часть. В процессе работы с песком переживает примордиальный (зародышевый) психический опыт, поскольку ощущение от соприкосновения с песком и водой воссоздает ощущения материнского тела.

При создании песочной композиции клиенту иногда приходится использовать дозированное количество воды, чтобы избежать «затопления» песочницы. В некоторых случаях терапевт заранее предупреждает о том, какое максимальное количество воды можно использовать при работе, в других случаях терапевт, имея в запасе дополнительный песок, позволяет клиенту использовать столько воды, сколько ему захочется. Часто встречается, что клиент желает изобразить в своей работе водоем, но при этом не просто используя голубое дно песочницы или наливая воду в песок, а сохранив воду в изначальном виде. Для этого рационально предложить клиенту прозрачную емкость, которую он может наполнить водой, предотвратив ее исчезно-

вление при смешивании с песком. Вид реальной воды может оказывать разное воздействие: иногда он актуализирует деструктивные потребности у клиента, из-за чего он пытается лить воду в поднос.

5. Песочная композиция не интерпретируется клиенту.

Как уже было отмечено, песочная композиция не должна интерпретироваться клиенту, он сам делает заключение о том, что она символизирует. Безусловно, песочный терапевт имеет определенные критерии, которые могут приблизить его к пониманию смысла песочной постройки, но подобную интерпретацию он скорее производит для себя (например, терапевт учитывает основные формы песка, отмечает используемые фигуры, обращает внимание на цвета, анализирует размещение фигур в пространстве, обращает внимание на собственные чувства и т. д.). К. Г. Юнг считал, что суть заключается не в интерпретации образов, а скорее в их переживании. Клиент благодаря созданию песочной композиции и ее последующему созерцанию, имеет возможность соприкоснуться с материалом, ранее незримым, спрятанным в глубине бессознательного. Сам процесс построения влечет за собой изменения и трансформацию личности [62].

Специалисту, работающему с песком, необходимо обладать определенными знаниями и теоретическими конструктами юнгианского анализа. В *Приложении Г* представлен малый словарь юнгианских терминов [55], необходимых песочному терапевту.

3.1.2. Оснащение кабинета и требования к материалам

Обязательный инвентарь, необходимый для работы при песочной терапии, включает следующее:

1) песочница: водонепроницаемый ящик с бортами и дном приятного голубого цвета. Размер классической песочницы: 50×70×7 см (однако встречаются и другие варианты размеров). Некоторые песочные терапевты предпочитают использовать две песочницы: с сухим и влажным песком;

2) чистый просеянный песок: 7 кг на 1 песочницу (песок в течение работы может высыпаться или грязниться, поэтому чистый сухой песок должен всегда быть в запасе);

3) коллекция миниатюрных фигурок и предметов:

– фигурки людей разного пола и возраста, представителей различных исторических эпох, разнообразных профессий. Кукольные семейства, мифические и фантастические существа, персонажи сказок и легенд, мифов, божества разных народов, колдуны, ведьмы и пр.;

– животные (наземные, летающие, водные обитатели) как дикие, так и домашние, а также вымершие и доисторические представители фауны, фантастические животные (единорог, грифон, пегас и т. п.);

– дома, другие жилища, мебель, мосты, лестницы, заборы, ворота, здания, имеющие специальное предназначение (вокзалы, больницы, школы и т. п.), храмы различных религий;

– продукты питания, домашняя утварь, орудия труда;

– деревья, кустарники, цветы и другая растительность;

– материалы природной среды: камни, минералы, кора деревьев, плоды деревьев, ракушки, кораллы, сухие ветки, перья;

– транспортные средства (наземные, водные, воздушные);

– постройки: мосты, ограды, ворота, порталы, загоны для скота;

– разные «мультяшные» персонажи;

– ритуальные предметы: свечи, кресты, цветы, пирамиды, саркофаги;

– ларцы, коробочки, сундуки, деньги;

– различные аксессуары: зеркала, часы, музыкальные инструменты, тряпочки, пуговицы, разноцветные стеклянные и хрустальные шарики и многое другое.

Тем самым для проведения психотерапевтической, коррекционной или развивающей работы на песке набор фигурок должен быть представлен различными категориями, включать изделия природного и искусственного характера, содержать персонажей как отрицательных, так и положительных;

- 4) небольшие подносы (2–3 разного цвета или формы);
- 5) пластилин разного цвета;
- 6) графин с водой и стакан.

Выбор той или иной фигурки может быть связан с ее характером, размером, цветом, возможными ассоциациями с ней, а также материалом, из которого она изготовлена. *В коллекцию необходимо включить следующие группы материалов:*

– металл: символически он может воплощать собой эмбрион, зарождающийся в земном чреве. Различные металлы соответствуют различным планетам и богам: золоту соответствует Солнце, серебро ассоциируется с Луной, свинец связан с Сатурном, железо – с Марсом, медь и бронза – с Венерой, ртуть – с Меркурием;

– камень: в некоторых культурах камни символизируют кости Матери-Земли, а также ассоциируются с прочностью, бессмертием, стабильностью. Вертикально расположенные камни представляют собой фаллические символы;

– стекло и кристаллы: эти материалы символизируют собой чистоту, взаимопонимание и духовный опыт. Кристаллы могут обозначать целебный эффект психотерапии, заключающийся в том, что в психике клиента происходят глубинные процессы, схожие с процессом кристаллизации;

– минералы: символизируют скрытые ценности, которые могут быть открыты в процессе психотерапии;

– дерево: может выступать символом ложа (например, колыбели или ложа новобрачных), а также символом гроба. В некоторых случаях, когда клиент желает обработать дерево с помощью каких-либо инструментов, это воплощает собой стремление к упорядочиванию. Семена деревьев могут метафорически обозначать рост и развитие, а также процесс становления личности;

– раковины: могут воплощать собой сексуальность и плодородие, также часто символизируют собой внутриутробное развитие;

– кости: могут олицетворять собой вечность жизни и возможность воскресения. Также они могут напоминать о неизбежности смерти и краткости земной жизни;

– пластмасса: пластмассовые или резиновые фигурки очень распространены и могут отлично передавать характер персонажа и сюжет создаваемой сцены. Иногда пластмасса может символизировать современное общество и характерное для него стремление производить внешний эффект для того, чтобы как можно выгоднее продать тот или иной товар или идею [72].

Понять, имеет ли особое значение выбор материала, можно, проанализировав характер выбора предметов для создания композиции. Например, клиент неоднократно предпочитает стеклянную фигуру человека, хотя имеются фигуры людей из металла, дерева или пластмассы. Другим примером, когда целесообразным будет уделить внимание материалу, являются песочные композиции, в которых сразу несколько различных фигур представлены одним и тем же материалом (например, дома, фигуры людей и животных, транспорт выполнены из дерева). В таких ситуациях можно предположить, что материал имеет для клиента определенное значение.

3.1.3. Процесс построения песочного мира и дальнейшая работа на песке

Обычно процесс построения песочной композиции можно условно разделить на несколько этапов, которые будут отличаться у детей и взрослых.

1. Подготовительный этап.

Основная цель этого этапа – установление доверительных отношений между клиентом и терапевтом, создание безопасного и располагающего пространства, в котором человек может безбоязненно исследовать содержание своего внутреннего мира.

Первая встреча начинается со знакомства клиента с терапевтом, а также с методом песочной терапии: клиенту объясняются принципы работы, разъясняются правила работы с песком, оговаривается ход работы, уточняется позиция терапевта (терапевт – это не тот, кто знает, как следует правильно поступить, а тот, кто позволяет клиенту развивать свою Самость). На этом же этапе терапевту имеет смысл

узнать, обращался ли клиент за психологической помощью ранее и в чем она заключалась.

2. Выяснение запроса.

Клиент обозначает свою проблему, разрешение которой принесло бы ему облегчение. На данном этапе важно обсудить, насколько вообще запрос адекватен. Запрос бывает сознательный и бессознательный, терапевту важно учитывать, что клиент порой сообщает лишь очень поверхностный запрос. При работе с детьми запрос, как правило, поступает от родителей, но терапевту важно уточнить, как сам ребенок относится к тому, что высказывается в качестве запроса на терапию. Родительский запрос часто не соответствует внутреннему запросу ребенка, в этом случае терапевту важно ориентироваться на потребности ребенка.

3. Знакомство с песком.

Терапевт предлагает человеку повзаимодействовать с песком: он предлагает опустить руки в песок, потрогать его, поперебирать, при желании можно придать ему конкретную форму. Практическое взаимодействие с песком и формирование рельефа вызывает тактильные ощущения, пространство песка открывает двери фантазии. Терапевт в этот момент побуждает человека рассказать о своих чувствах при соприкосновении с песком. Как было уже отмечено, в некоторых случаях клиенту может быть неприятно трогать песок, тогда можно предложить ему какой-то вспомогательный инструмент (например, грабли). Также имеет смысл позволить клиенту не трогать песок, если ему этого не хочется.

4. Выбор фигурок для составления композиции.

Существует несколько вариаций этого этапа:

– чаще всего клиент получает примерно следующую инструкцию: «Постройте на песке все, что хочется» / «Создайте на песке свой мир». Может быть несколько иной вариант: «Д. Калфф обычно говорила так: “Посмотрите на полки, найдите то, что вызывает у Вас интерес, поставьте это в песочницу, а затем, если захотите, добавьте другие предметы”» [62];

– можно предложить клиенту отразить на песке конкретную ситуацию. Например, он может поставить на песок фигурку, в данный момент символизирующую его самого или близких ему людей, а также подобрать предметы из коллекции, отражающие его чувства;

– часто не требуется вообще никакой инструкции, и человек просто доверяется своему порыву построить что-то на песке.

Процесс создания песочной композиции дает возможность бессознательному материалу обретать символическое выражение в ландшафтах и формах песка, в выбранных фигурках или предметах окружающей среды. Это способствует тому, что бессознательные содержания становятся доступными для интуитивного схватывания и чувственного проживания. Можно сказать, что бессознательное, получив возможность «оформиться», позволяет сознательному разуму всматриваться в визуально представленные образы и постигать тот смысл, который они несут. Человеку можно предложить дать название готовой композиции, а также предложить соотнести его реальную ситуацию с тем, что проявилось на песке. Клиент интерпретирует свою песочную композицию сам, но терапевт сопровождает его в этом процессе, помогая исследовать внутренний мир и соотносить его с внешним миром, проживать вытесненные чувства. Клиенту не обязательно интерпретировать и осознавать все явившиеся образы, поскольку даже если их значения не полностью поняты интеллектом, они стали открытыми для постижения душой. В некоторых случаях работа завершается на этом этапе.

5. Развитие сюжета.

В большинстве случаев после отстройки песочной композиции работа продолжается: дети, как правило, почти сразу начинают играть с героями, придумывают роли для себя и часто предлагают роли терапевту; взрослые также после обсуждения композиции могут испытать потребность в том, чтобы поманипулировать предметами на песке. Клиента можно побуждать к «раскручиванию» сюжета: расспросить его о персонажах, их особенностях, характере их взаимодействия; уточнить, всем ли персонажам здесь комфортно или есть те, кого притесняют; предложить подумать о том, что могло бы об-

легчить трудности персонажей. На данном этапе появляется возможность в символической форме проиграть какую-то важную ситуацию. Если у клиента при работе возникает слишком много тяжело переносимых чувств, можно предложить ему слепить эти чувства из пластилина, найти им место на песке или персонажа, который смог бы помочь эти чувства пережить. Поскольку песочная терапия активизирует и телесные процессы, можно предложить клиенту поисследовать это чувство в собственном теле.

6. Трансформация песочного мира.

Песочная терапия позволяет сюжету и фигуркам изменяться, могут вводиться или устраняться какие-либо персонажи, песок может приобретать другие формы – все это обеспечивает важный процесс трансформации. Так, дети в процессе игры на песке отстраивают и проигрывают множество вариантов миров, они с легкостью заменяют персонажей, устраивают сражения или просто закапывают ненужное. Например, ребенок, выстроивший на песке зоопарк с тесными клетками, в процессе работы может ввести героя, который освобождает животных и подарит им свободу. Можно предложить клиенту снова придумать название своему миру.

7. Завершающий этап.

Клиенту можно предложить сфотографировать свою работу – это облегчит процесс интернализации нового опыта. На завершающем этапе терапевту важно поинтересоваться чувствами клиента, его состоянием после работы. Детям можно предложить в качестве символического акта задуть свечу. Далее происходит обсуждение следующих встреч. Существует несколько взглядов на то, кто должен заниматься разбором песочной работы (клиент или терапевт). Придерживаясь традиционных взглядов, мы остановим свой выбор на том, что после завершения сессии (когда клиент уже покинул кабинет), психотерапевт фотографирует работу клиента и затем сам ее разбирает [72]. Это позволяет клиенту сохранить в памяти свою работу нетронутой и облегчить процесс интернализации.

3.1.4. Особенности работы с детьми на песке

Песочная терапия с детьми имеет определенные особенности по сравнению с аналогичной работой взрослых.

1. *Заказчиком терапии является взрослый, несущий ответственность за ребенка.*

Этот пункт отражает особенность любой работы с ребенком – он сам не выступает инициатором терапии, запрос исходит от родителей ребенка (либо ближайшего окружения). Часто потребности ребенка и родителей не совпадают, и терапевту очень важно установить альянс и с родителями, и с ребенком. Ребенок часто является «симптомом» семьи, т. е. он транслирует то, что семья хочет отрицать.

2. *При песочной терапии с ребенком требуется более четкое установление границ и правил.*

Помимо обсуждения регулярности и продолжительности сессий, оговаривается, что нельзя специально разбрасывать песок, намеренно портить игрушки, проливать воду на пол, забирать игрушки домой и т. п. Можно сразу обсудить, что терапевт будет фотографировать готовые песочные композиции. Некоторые терапевты предпочитают, чтобы ребенок сам после работы возвращал фигурки на полки. В определенных случаях допускается присутствие родителей: если ребенок чересчур тревожен, испытывает страх разлучения с родителем или если ведется работа на установление более качественных детско-родительских отношений.

3. *Естественность игры для детей и их спонтанность при работе.*

Игра является основным способом развития ребенка, и дети с большой охотой приступают к созданию песочных композиций или к игре с песком. Песочные картины детей чаще носят динамичный, меняющийся характер: дети быстро и часто преобразуют ландшафт, добавляют или убирают персонажей, параллельно комментируя происходящие события и воспроизводя диалоги между героями. Их герои находятся в движении.

4. *Игры с песком часто отражают склонность детей к циклической повторяемости изображений хаоса, борьбы (организованных сражений) и исхода (разрешения конфликта).*

Хаос. Для этой стадии характерно то, что ребенок буквально «тащит» в песочницу от 10 до 300 фигурок, которые беспорядочно перемешиваются с песком. Признаки животной, растительной и человеческой жизни не представлены либо очень фрагментарны: земля суха и бесплодна; растения уничтожены или увяли. Эта стадия отображает и объективизирует эмоциональное смятение и хаос, преобладающие в жизни ребенка. Можно сказать, что тревожные чувства довлеют над эго ребенка. Стадия хаоса может продлиться от одного до нескольких занятий.

Борьба. Персонажи участвуют в сражении: это могут быть чудовища, животные, армии, которые расстреливают друг друга, взрывают, уничтожают. Подобные игры лишены победителей: часто обе стороны погибают в самом начале игры, они свалены в угол или зарыты. Стадия борьбы постепенно принимает более организованный характер: врагов могут не убить, а заключить в тюрьму; может появиться герой, побеждающий «силы тьмы» (т. е. деструктивные побуждения), может возникнуть договоренность о ведении битвы.

Исход. Эта стадия характеризуется возвращением к нормальной жизни, в которой между героями восстанавливаются порядок и равновесие. Можно увидеть, что животные помещаются в привычную для них среду обитания, а деревья и растения плодоносят. Города и деревни пересекают ровные линии дорог. Песочные картины этой стадии характеризуются упорядоченностью. На символическом уровне ощущение завершенности и целостности отражается в рисовании кругов, квадратов или треугольников. Такие песочные композиции демонстрируют, что проблема разрешилась, и ребенок готов занять свое место в окружающем мире, реализована интеграция либидинозных сил, проявившихся на предшествующей стадии [1].

В *Приложении Д* представлены фотографии, иллюстрирующие разные стадии работы на песке.

5. Предпочтение характера взаимодействия с песком и персонажами отражает характеристики и потребности возраста.

Песочная терапия может использоваться при работе с детьми от 2 лет. Чем младше ребенок, тем меньшее количество предметов коллекции ему можно предлагать (для детей 2–3 лет достаточно 15–20 персонажей). Маленькие дети еще не могут создавать упорядоченные композиции: «Бауер (Bowyer, 1970) отмечает, что дети от 2 до 4 лет при создании песочных композиций нередко сыплют песок, двигают его и закапывают в него предметы. Она также указывает на то, что “в работах детей до 5 лет часто проявляются темы, связанные с едой” (Mitchell and Friedman, 1994, p. 67). Бауер (Bowyer, 1970) пишет: “Дети от одного года до трех лет не контролировали процесс работы с песком, и их композиции имели хаотический характер... В 3–4 года, однако, в их работах начинали проявляться упорядоченные островки (p. 26–27)”» (цит. по: [72, с. 177]). Исследователь Л. Джонс соотносил структурные усложнения песочных картин со стадиями когнитивного развития Ж. Пиаже: до двух лет (этап практического интеллекта) дети обычно сыплют песок как па поднос, так и на пол; в период репрезентативного интеллекта (от 2 до 4 лет) дети зарывают и откапывают фигурки; дети от 5 до 7 лет создают устойчивые формы; в возрасте от 8 до 12 лет (стадия конкретных операций) дети строят некие простые сооружения. В 13–18 лет (этап репрезентативного интеллекта, формальных операций) молодые люди чаще используют песок для изображения земли и воды, а также создают абстрактные композиции [39].

В целом при выборе фигурок дети отдают предпочтение сказочным, «мультикшным» персонажам или животным. Композиции подростков часто уже отражают реальную жизнь, фантазии о будущем, в них отыгрываются конфликты и начинают появляться абстрактные формы.

3.1.5. Вариации форм работы ребенка на песке: индивидуальная работа, совместно с родителем, групповая

Песочная терапия детей может осуществляться в различных формах в зависимости от запроса, с которым обратилась семья.

Индивидуальная форма работы показана ребенку в следующих случаях:

- различные формы нарушений поведения;
- сложности во взаимоотношениях со взрослыми и сверстниками;
- психосоматические заболевания;
- повышенная тревожность, страхи;
- сложности, связанные с изменениями в семейной (развод, появление младшего ребенка, и т. д.) и в социальных ситуациях (детский сад, школа);
- последствия насильственных действий в отношении ребенка;
- неврозы.

В данном случае ребенок находится тет-а-тет с терапевтом, который ответственен за организацию и поддержание безопасного пространства, в котором ребенок может погрузиться в творческий и спонтанный процесс создания песочного мира. Подробно процесс проведения сессии был рассмотрен в предыдущих темах.

Достаточно часто песочные терапевты прибегают и к другой форме работы: *совместной с родителем*. Такая форма обоснована в нескольких случаях: например, при первой встрече, при тревожности ребенка и нежелании оставаться без родителей, при коррекции детско-родительских отношений. Совместная работа может протекать в двух вариациях:

- ребенок и родитель строят общий мир на песке;
- психолог делит пространство песочницы на две равные части и предлагает каждому построить свой мир.

Во втором варианте работы построение миров лучше производить в тишине, чтобы не мешать другому. После окончания работы каждый презентует свой мир, придумывая ему название и рассказывая о персонажах и разворачивающемся сюжете. Терапевт может за-

давать любые вопросы и предложить героям песочных миров сходить в гости друг к другу.

Любой вариант совместной работы позволяет провести некую диагностическую работу. При обсуждении миров полезно спрашивать ребенка и родителя, напоминает ли сцена на песке или характер персонажей какую-либо сторону из реальной жизни, что чувствуют их персонажи, что могло бы поспособствовать разрешению возможных конфликтных ситуаций на песке. Терапевту полезно вести протоколы наблюдения, в которых отражаются различные формы поведения родителей и детей по отношению друг к другу. Часто в процессе совместной работы, даже если терапевтом был выбран вариант разделения миров, происходит трансформация обеих композиций, когда граница стирается и выстраивается единый мир. Но все же не столь важно, остаются ли миры отдельными или объединяются – важно, чтобы произошло взаимодействие.

Групповая песочная терапия проводится с несколькими детьми и в основном имеет целью развитие коммуникативных навыков участников группы, расширение арсенала способов эффективного взаимодействия, получение опыта разрешения конфликтных ситуаций, совместного преодоления трудностей. Группа может состоять из двух, четырех и более детей. Однако, если группа состоит из тяжело организуемых детей (агрессивных, гиперактивных и пр.), лучше не собирать группу более трех человек (терапевт выступит четвертым). Групповая работа с детьми выглядит более организованной, приближенной к примерному плану:

- этап знакомства детей друг с другом;
- введение правил.

В целом правила идентичны правилам любой арт-терапевтической группы: не отбирать игрушки, не просыпать специально песок, не заходить без разрешения в «мир» другого; игрушки брать по 1–2 штуки по очереди; возвращать игрушки в конце работы на место, при необходимости мыть их;

- тематическая часть.

Темы выбираются любые в соответствии с возрастом: «Моя мечта», «Мое настроение», « Я в школе» , «Любимые домашние животные», «Любимая игра» и т. п.;

– свободная работа.

Песочница делится на необходимое количество детей (в групповой работе часто задействуют несколько песочниц), и участникам группы предлагается на своей части построить любой мир. Далее дети презентуют свои миры, дают им названия и начинают устанавливать взаимодействие с помощью персонажей. На данном этапе терапевту важно понаблюдать за тем, как дети проявляют себя в игре и контакте друг другом: кто-то заявляет себя как лидер или ведомый; кто-то «захватывает» чужие территории, а кто-то предпочитает играть в уединении. В песочных играх у детей «включается» механизм естественной регуляции игрового взаимодействия;

– рефлексия участников.

Дети делятся впечатлениями с терапевтом и друг другом о том, что им понравилось или не понравилось, что оказалось для них самым важным и интересным в работе. В конце сессии можно детям предлагать задуть свечу.

3.1.6. Особенности интерпретации песочной композиции

Как уже было отмечено, песочная композиция не интерпретируется клиенту, однако терапевт отмечает для себя особенности работы, что приближает его к пониманию внутреннего мира клиента.

Существует множество аспектов, которые принимаются во внимание при интерпретации композиций. Так, М. Калфф останавливается на двадцати основных пунктах, с которыми можно ознакомиться в книге Е. Г. Трошихиной «Сосуд и зеркало. Развитие эмоционального ресурса личности» [62]. Мы рассмотрим лишь несколько основных аспектов.

1. Использование песка.

То, каким образом клиент обращается с основным материалом песочницы (песком) выступает важным критерием при анализе рабо-

ты. Некоторые клиенты испытывают нежелание прикасаться к песку во время работы или перемешивать его, придавать ему форму. Могут использоваться различные варианты рационализации: «Не люблю, когда что-то липнет к рукам» / «Для создания моего мира необязательно что-то менять в песке» и пр. Подобное избегание соприкосновений с песком может указывать на страх перед бессознательным материалом, который может проявиться во время работы. Иначе говоря, таким образом часто проявляется сопротивление процессу психотерапии. Также нежелание прикасаться к песку может указывать на трудности взаимодействия с физической стороной жизни. Как было уже отмечено, песок олицетворяет собой кожные покровы, поэтому людям с негативным опытом тактильного взаимодействия порой неприятно прикасаться к песку – это отсылает их к переживаниям, связанным с этой травмой. Выравнивание песка может говорить о попытках контролировать эмоции или же в зависимости от того, как это было сделано, о страхе перед бессознательным материалом и о попытке защититься от него. Песочный терапевт также держит во внимании формы, которые преобладают в композиции клиента. Так, большое количество округлых форм может говорить о склонности к феминности или о большом значении чувственной сферы. Напротив, композиции с геометрическими, точными структурами могут свидетельствовать о маскулинности и приоритете интеллектуальной сферы. Встречаются случаи, когда получившиеся из песка формы напоминают части тела или внутренние органы, что указывает на физический уровень, затронутый процессом [62].

В книге «Юнгианская песочная терапия» Л. Штейнхардт описывает четыре вида отверстий, связанных с проникновением в толщу песка: ямки, тоннели, специально создаваемые углубления для закапывания предметов, а также углубления, созданные для извлечения уже находящихся в песке предметов [72].

Так, ямка, образуемая при помощи рук или других предметов в песочнице, может ассоциироваться с уборной или другим отверстием, необходимым для извлечения чего-нибудь ненужного или вредного. Пещера символизирует матку, утробу, где берет начало новая

жизнь, также может символизировать и могилу. Пещера часто олицетворяет собой некое укрытие, священное место, где человек может повстречаться с высшими силами.

Появление на песке тоннелей и мостов может воплощать собой коммуникацию, соединение и процесс перехода из одного состояния в другое. Перемещение предмета через темный тоннель нередко олицетворяет самый первый в жизни переход – движение по родовому каналу. Это может переживаться клиентом как символическое рождение или трансформация.

Очень частым явлением при работе с песком является погружение рук в толщу песка: клиент может поместить руки в песок, чтобы спрятать или извлечь что-то, защитить или похоронить кого-то. Подобное действие на песке ассоциируется с движением вглубь как в прямом, так и в метафорическом значении. Часто клиенты, устремленные навстречу с содержанием своего внутреннего мира, мотивированные на осознание, желающие встретиться с самими собой погружают свои руки в песок с первых минут работы. Иногда песок выступает как место захоронения, вызывая ассоциации со смертью и похоронами, но одновременно – и с вечным покоем, приходящим вслед. Погребение символизирует тот факт, что все существующее вернется обратно в землю. Нередко песок воплощает защиту и убежище, также он может связываться с интимностью и местом зарождения новой жизни. Закапывая что-либо в песок, человек иногда пытается избавиться от неприятных качеств или переживаний.

Извлечение чего-то из толщи песка символизирует процесс осознания. Это может касаться чего-либо неприятного или социально неприемлемого, а может быть связано с каким-то важным для человека открытием, воспоминанием о некогда забытом. Поиск закопанных предметов, извлечение их из песка похоже на поиск сокровищ и поэтому символизирует находку, которая представляет для человека ценность. Отметим, что извлечение предметов из песка – очень распространенный вид работы у детей. Им нравится прятать в песок мелкие изделия, которые позже они пытаются отыскать. Достаточно часто дети просят терапевта найти эти спрятанные предметы или пря-

тать что-то для них. Поиск предмета, погруженного в песок, олицетворяет надежду ребенка на то, что в ходе терапии он обнаружит в себе нечто ценное.

2. Использование воды.

Вода является символом бессознательного, также она может выступать в качестве метафоры глубины, покоя, чистоты либо бурного движения или даже хаоса. Песочный терапевт всегда должен отмечать, каким образом используется вода. Встречаются случаи, когда клиент выливает в песочницу очень много воды, что превращает песок в жижеобразную хаотичную массу. Такое изобилие воды ассоциируется с «затоплением» психики бессознательным содержанием.

3. Использование пространства песочницы.

Следует учитывать, насколько задействуется пространство песочницы. В некоторых случаях использование большого количества фигурок при создании композиции указывает на переполнение психики бессознательной активностью. Песочные композиции, включающие в себя мало предметов, иногда могут символизировать депрессию, подавленность. Однако пустота песочной композиции может также свидетельствовать о внутренней ясности и покое, или же символизировать готовность для встречи с новыми образами. Если терапевт наблюдает в нескольких песочных мирах повторяющиеся пустые участки, это можно интерпретировать как глубокую внутреннюю неустойчивость и неспособность найти выражение мучительным внутренним переживаниям (особенно если заполненные участки песочницы выглядят очень позитивно).

Значение фигур часто интерпретируется в соответствии с тем, какое место в пространстве песочницы они занимают. Существует несколько вариантов деления пространства на области. Так, М. Калфф подчеркивает значение диагоналей, считая, что предметы, образующие диагональ, часто связаны между собой. Другие варианты деления пространства песочницы на зоны представлены на рис. 3 и 4 [62].

На рис. 3 представлены оси: горизонтальная ось отражает временной контекст, а вертикальная ось – уровень осознанности. Соот-

ветственно, нижняя часть олицетворяет область бессознательного, верхняя часть – область сознания; прошлое клиента отражается в левой части, а будущее – в правой. Центральная часть воплощает в себе основную тему нынешней жизни клиента, часто в центре проявляются символы самости.

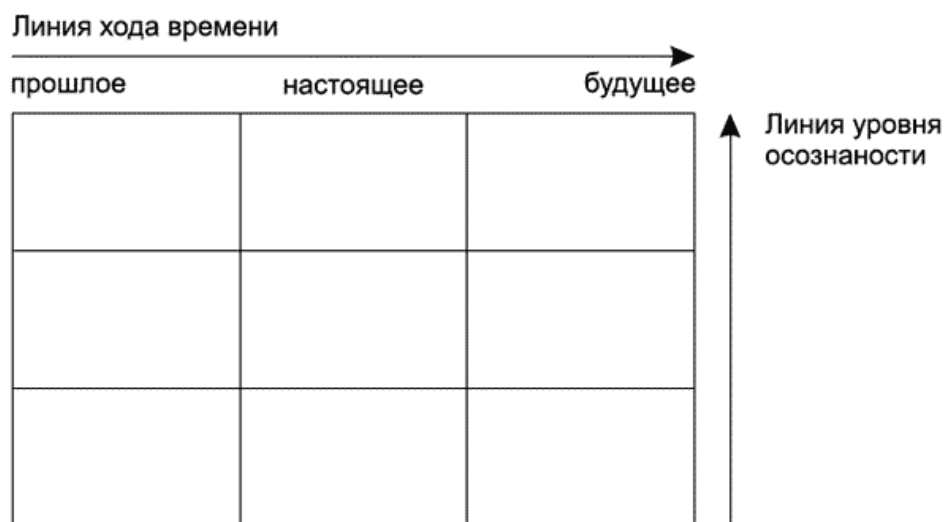


Рис. 3. Символическое разделение пространства подноса на области

Р. Амманн, ориентируясь на свой терапевтический опыт, предлагает другую символическую интерпретацию пространства песочницы (рис. 4). Левая сторона отражает сферу бессознательного: духовный мир, близость, интимность, интуитивность (если соотносить с телом человека, то левая сторона связана с функционированием правого полушария). Правая сторона отражает более сознательные аспекты: это внешний мир, социальность, активность, тенденция к прогрессу (правая сторона связана с функционированием левого полушария). Центральная часть песочницы отражает актуальные проблемы человека и презентует центр личности. По замечанию Р. Амманна, мандалы всегда располагаются в центральной части композиции.

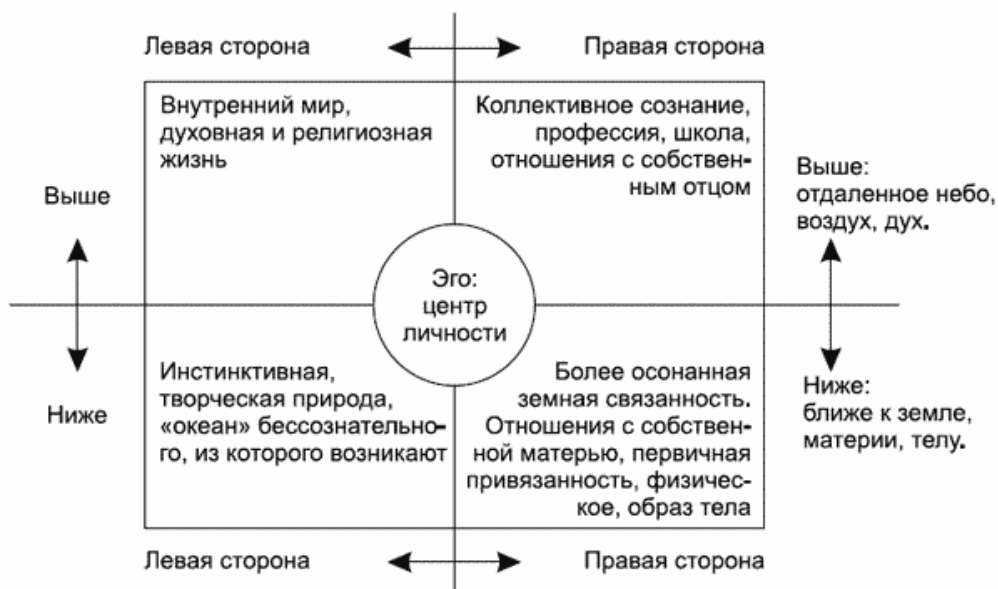


Рис. 4. Символическая интерпретация пространства подноса

Существуют и другие варианты интерпретации того, какие аспекты психики может раскрывать та или иная часть песочницы.

4. Цветовые предпочтения.

Песочные композиции, в которых встречается многообразие и насыщенность цветов, могут свидетельствовать о жизнерадостности, энергии, наличии внутренних ресурсов, в то время как недостаток цвета может говорить о погруженности в себя или нехватке сил. Для терапевта полезным будет учитывать и характеристики цвета, если в песочнице прослеживается доминирование конкретного цвета.

5. Задействование голубого дна песочницы.

При работе с песком клиенты по-разному используют дно песочницы, некоторые вообще его не задействуют. В случае, когда клиент, длительное время работающий с песком, избегает задействовать дно песочницы, это можно интерпретировать как его страх заходить слишком далеко. В обратном случае, когда клиент задействует дно песочницы на первых стадиях работы, это может указывать на доступ к более глубоким ресурсам психики. Встречаются случаи, когда морские животные или предметы, связанные с водой, размещены на песке, вне воды – это может говорить о недостаточной способности клиента к дифференциации.

6. *Чувства терапевта.*

Безусловно, юнгианская песочная терапия, являясь глубинным методом, затрагивает и бессознательное терапевта, поэтому к терапевту предъявляется особое требование – собственная проработанность. Достаточно часто чувства, возникающие в ответ на постройку клиента, дают ценную информацию, ускользающую от самого клиента. Так, терапевт может испытать чувство тоски и одиночества в ответ на, казалось бы, позитивно презентуемую работу. В этом смысле важно понимать, что клиент еще не готов встретиться с какой-либо проблемой, отрицает ее, но терапевт, откликаясь на него, способен почувствовать болевую точку.

7. *Символическое значение фигурок.*

Любой символ можно рассматривать как архетипический, но одновременно учитывать то индивидуальное значение, которое приписывает ему клиент. В связи с этим терапевт должен обладать определенным знанием символики, отражающейся в мифах, сказках и легендах, но интерпретация «из словаря» часто является не увязанной с видением клиента. Для того чтобы определить, что может означать символ в отдельной композиции, важно соотнести знание о нем с конкретной сценой и ситуацией клиента.

Пример интерпретации песочной композиции представлен в *Приложении Е*.

3.1.7. Возможности работы с детской травмой с помощью песочной терапии

Песочная терапия может применяться к психическим травмам любого типа. Ограничением применения этого метода является психоз и возможные аллергические реакции на песок.

Разные авторы по-разному объясняют терапевтический эффект песочной терапии. Так, Дж. Аллан пишет: «Игра с песком предоставляет ребенку возможность избавиться от психологических травм с помощью экстерниоризации фантазий и формирования ощущения связи и контроля над своими внутренними побуждениями. Установ-

ление связи с бессознательными побуждениями, особенно с архетипом самости, и их выражение в символической форме в значительной мере облегчают здоровое функционирование психики» [1, с. 246].

Важным преимуществом песочной терапии является то, что она позволяет формироваться такому навыку, как символизация. Е. Г. Трошихина отмечает важность этого процесса: «Способность создавать символы развивается у человека с рождения. Образ матери – это тот первый символ, который позволяет ребенку чувствовать себя в безопасности даже тогда, когда мать исчезает из поля зрения, понимать, что при этом она все равно существует. М. Фордхам указывал, что способность к образованию символов формируется в результате тесного эмоционального общения матери и младенца. Она начинает развиваться с умения удерживать образ матери. Недостаток способности к образованию символов, по словам М. Фордхама, происходит из-за нарушения эмоциональной связи матери и ребенка, в случае отсутствия матери, а также в результате серьезного заболевания ребенка. В свою очередь, сильные психологические травмы могут нарушать уже сформировавшуюся способность к символизации. С этой точки зрения процесс построения на песке в ходе терапии может содействовать развитию или восстановлению данной функции» [62].

В число тех, кому показана песочная терапия, входят дети, воспитывающиеся в детских домах, дети, чьи родители страдают различными зависимостями, а также дети, пострадавшие от отсутствия надежных и близких отношений со значимым другим. В образовательных учреждениях метод песочной терапии может быть использован при работе с детьми, демонстрирующими поведенческие нарушения, невротические симптомы, с детьми, отстающими от учебной программы.

Поскольку в предыдущих разделах уже было подробно рассмотрено влияние ранних детских отношений ребенка с матерью, здесь отметим, что юнгианская песочная психотерапия позволяет протекать процессу восстановления поврежденного образа матери. Когда терапевт заботится о создании и поддержании эмоционально теплого и принимающего пространства, возникает чувство некоего единства,

похожее на взаимоотношения в диаде «мать – ребенок». Это дает шанс человеку заново прожить эмоциональное отношение в переносе и достичь психической целостности. Другими словами, то, что не произошло в детстве во взаимоотношениях с матерью, может, наконец, произойти внутри психотерапевтических отношений. Терапевт, справляющийся с материнскими функциями отзеркаливания и контейнирования, позволяет самости клиента манифестироваться, активизироваться и осуществлять свою исцеляющую функцию [62].

Дж. Аллан, описывая свой опыт работы с тяжелыми детскими травмами, дает четкое описание методов, которыми применимы для их проработки: «Сексуальные и физические акты насилия приводят к появлению глубоких физических и психических шрамов: ощущения, образы и эмоции интернализуются ребенком, что приводит к частичному торможению его психического развития. И, тем не менее, как свидетельствует мой опыт, одними беседами невозможно устранить психологическую травму. Занятия живописью, рисованием и керамикой в сочетании с игровой инсценировкой (разыгрыванием) служат надежными средствами экстернализации указанных форм насилия и поэтому обеспечивают возможность исцеления и дальнейшего развития психики» [1, с. 83]. Хотя автор не упоминает здесь конкретно песочную терапию, очевидно, что по своим свойствам она стоит в одном ряду с перечисленными методами (это доказывает и тот факт, что песочной терапии отведен отдельный раздел его книги).




Резюмируя, можем назвать юнгианскую песочную психотерапию глубинным и тонким методом, способным работать с различного рода травмами и возрастом клиентов. Символы, проявляющиеся на песке, открывают доступ к болезненным чувствам клиента, и переживание, разделенное с терапевтом, становится не таким мучительным. В песочных композициях можно выразить все: мысли, чувства, надежду, разочарование, потери и воскрешения. Песочные картины уникальны и неповторимы даже при схожем спектре проблем. Возможности песка и фигурок позволяют каждому человеку быть увиденным и понятым в своей уникальности.

Контрольные вопросы и задания

1. Каковы особенности песочной терапии и в чем ее преимущества среди других методов арт-терапии?
2. Каким образом появилась песочная терапия, какие психологи внесли вклад в ее развитие?
3. Что понимается под архетипом? Какие архетипы предложил К. Г. Юнг?
4. Каким образом необходимо обустроить рабочее место для работы с песком?
5. Какие есть варианты работы с детьми на песке? Необходимо ли участие взрослых?
6. Что понимается под трансформацией песочного мира?
7. Каким образом происходит анализ песочного мира?
8. Объясните, за счет чего достигается терапевтический эффект, если песочная композиция не интерпретируется клиенту.

Практическое задание

Соотнесите фотографии песочных картин детей со стадиями работы:

1. 	А. Стадия хаоса
2. 	В. Стадия борьбы
3. 	С. Стадия исхода
	D. Стадия контроля

3.2. Психоаналитическое консультирование детей

3.2.1. История развития детского психоанализа

Детский психоанализ базируется на тех же методологических принципах, что и психоанализ взрослых: работа аналитика строится на анализе неявных, подавленных переживаний индивида, чтобы вывести их из сферы бессознательного в сознание. Психоаналитики исходят из того, что без вербализации излечение невозможно, поскольку говорение – это нечто, что стоит между чувством и поступком. Среди психоаналитиков долго шли дискуссии по поводу возможности применять психоанализ по отношению к детям, а также относительно того, каким образом должна быть адаптирована техника работы.

Проследим основные исторические вехи в развитии детского психоанализа.

В 1909 г. З. Фрейд повествует об истории болезни мальчика, получившей название «Анализ фобии пятилетнего мальчика» [69]. В этой работе З. Фрейд описывает случай Ганса (настоящее имя – Герберт Граф), который, оказавшись во власти Эдипова комплекса, начал страдать фобией. Фобия Ганса проявилась в четыре года и девять месяцев (через некоторое время после рождения его младшей сестры) в неконтролируемом страхе укуса лошади, поэтому он боялся выходить на улицу. Кроме того, родители мальчика отмечали, что Ганс проявлял живое любопытство в отношении гениталий своего отца, матери, маленькой сестры и животных. Сам З. Фрейд не занимался анализом мальчика, но он постоянно консультировал его отца, М. Графа, который разделял психоаналитические взгляды З. Фрейда (отметим, что мать Ганса, О. Хенинг, также проходила курс психоанализа) и занимался анализом сына. Благодаря чуткости и внимательности родителей и комментариям З. Фрейда удалось понять смысл фобии Ганса: в силу возраста мальчик испытывал амбивалентные чувства к отцу (любовь к нему и желание его смерти, чтобы не делить с ним мать), а укус лошади символизировал страх перед отцовским наказанием за чувственные желания ребенка, направленные

на мать. Когда Гансу преподнесли, со всей осторожностью, данные анализа, симптомы начали постепенно затухать. С разрешения родителей З. Фрейд опубликовал стенографический протокол лечения с собственными комментариями. Анализ случая маленького Ганса, каким бы условным он ни был, внес огромный вклад в обогащение психоаналитической теории и стал первым случаем психоаналитической работы с ребенком. Анализ фобии Ганса наглядно продемонстрировал спонтанность понимания детьми того, что происходит в их голове, а также предоставил материал относительно того, что комплекс кастрации разыгрывается без реальной угрозы наказания со стороны взрослого.

Дальнейшее развитие детского психоанализа связано с именем Гермины Хуг-Хельмут, являющейся первым автором статей и книг по теории и технике детского психоанализа. В 1911 г. Г. Хуг-Хельмут представила результаты своей психоаналитической работы в статье «Анализ сновидения мальчика пяти с половиною лет». В этой работе она описала анализ сновидения мальчика Рольфа, ее племянника⁷: Г. Хуг-Хельмут анализирует обстоятельства, в которых протекал сам процесс сна, события предшествующего дня, ассоциации к каждому элементу сновидения. Ассоциации к сновидению являются производным от того, что Г. Хуг-Хельмут помнит из рассказанного ею ребенком, ответов, данных им на ее вопросы о фрагментах сновидения, и конструкций, предложенных ей самой. Следующие две статьи Г. Хуг-Хельмут появились в 1912 г., в центре их внимания оказались случаи провалов в памяти детей и взрослых; в этом же году была опубликована статья, посвященная анализу ребенка и его представлений о смерти. Используя клинические примеры из непсихоаналитических наблюдений за детьми, Г. Хуг-Хельмут раскрывает интенсивность разрушительных желаний ребенка и детскую веру в обратимость смерти.

⁷ В начале XX в., когда детский анализ только оформлялся, аналитики развивали практику наблюдения за собственными детьми или детьми своих знакомых. На сегодняшний день психоанализ запрещает брать в работу детей, отношения с которыми выходят за рамки профессиональных.

В период с 1912 по 1921 г. Г. Хуг-Хельмут вела в журнале «Imago» постоянно действующую рубрику «О природе детской психики», где публиковала различные статьи по детскому психоанализу, наблюдения психоаналитиков за детьми, в том числе и свои собственные. В 1913 г. Г. Хуг-Хельмут опубликовала не менее десяти статей, большая часть из них была посвящена психоаналитическому исследованию детей (остальные были посвящены вопросам психологии женщин). Г. Хуг-Хельмут утверждала, что интеллектуальное и эмоциональное развитие детей начинается сразу же после рождения. Она объясняла мастурбацию в первые месяцы жизни ребенка и отмечала сексуальный характер первых детских игр (игр с куклами) и сосания пальца. Исследуя развитие трудных детей (среди которых был и ее племянник), она отмечала, что недостаток любви на протяжении детства не может быть компенсирован в более поздний период. Являясь приверженцем фрейдистских взглядов, Г. Хуг-Хельмут затрагивала темы эдипова комплекса, комплекса кастрации, проблемы мастурбации и вины, а также ввела новые понятия. Так, она предложила термин «мышечное чувство» детей до года, которое, по ее мнению, должно быть связано с движениями плода внутри материнского тела. Кожный и мышечный эротизм представляют собой примитивные формы сексуальных ощущений, которые младенцы часто получают посредством царапания самих себя. Также Г. Хуг-Хельмут исследовала детскую мастурбацию, детские мечты и копрофилию [44].

В своих работах Г. Хуг-Хельмут уделяет внимание роли игры в жизни ребенка. В 1920 г. Г. Хуг-Хельмут выступила на VI Международном психоаналитическом конгрессе в Гааге с докладом об игре в детской терапии, а также в Венском психоаналитическом обществе – об игровых сессиях с детьми. На конгрессе и заседаниях Венского общества присутствовали А. Фрейд и М. Кляйн, в дальнейшем разработавшие свои техники детского психоанализа. Г. Хуг-Хельмут рассматривала игру ребенка как «символическое действие», идентичное вербальной коммуникации взрослых людей.

Г. Хуг-Хельмут описала, как стремления и вытеснения связаны с эмоциональным и интеллектуальным прогрессом, выделив опреде-

ленные «линии развития», к которым относятся сенсорные функции, интеллект, воля, язык, чувства, воображение и характер⁸.

За период с 1914 по 1924 гг. Г. Хуг-Хельмут выпустила тридцать три работы главным образом в области детского психоанализа: «Дневник молодой девушки» (1919), «О технике детского анализа» (1921), «Новые пути к пониманию молодежи» (1924) и др.

Благодаря работе Г. Хуг-Хельмут детский психоанализ стал оформляться и совершенствоваться: ею были описаны возможности и значение игровой деятельности ребенка, отличительные черты детской терапии, содержание первичного интервью родителей, особенности детского переноса и многое другое. После трагической смерти Г. Хуг-Хельмут⁹ в 1924 г. детский психоанализ получает свое развитие в трудах А. Фрейд и М. Кляйн, а имя основателя детского психоанализа становится надолго забытым [44].

А. Фрейд настаивала на том, что детский психоанализ требует специальной адаптированной к возрасту техники, поскольку в отличие от взрослого ребенок является незрелым и несамостоятельным, он не принимает решения о необходимости терапии и чаще всего у него отсутствует осознание его болезни. Ссылаясь на это, А. Фрейд уделяла большое внимание длительному подготовительному периоду, на протяжении которого осуществляется как бы «дрессировка» ребенка для анализа. А. Фрейд подчеркивает, что работа этого этапа не имеет еще ничего общего с действительной аналитической работой, т. е. здесь еще нет речи о переводе в сознание бессознательных процессов или об аналитическом воздействии на пациента. Подготовительный этап имеет целью создать предварительные условия, необходимые для начала анализа: сознание болезни, доверие и решение пройти анализ [66].

⁸ В 1963 г. А. Фрейд опишет линии развития ребенка, придав этой теории заверченный вид, однако имя автора этой идеи (Г. Хуг-Хельмут) останется несправедливо забытым.

⁹ Германа Хуг-Хельмут была убита своим племянником Рольфом, анализ которого она проводила и которого причисляли к «трудным» детям (на момент убийства Рольфу было 18 лет).

Сравнивая технику психоанализа взрослых и детей, А. Фрейд отмечает, что в первом случае мы получаем всю информацию от самого клиента, а во втором собираем анамнестически сведения у родителей пациента (при этом психоаналитик должен учитывать всевозможные неточности и искажения, обусловленные личными мотивами). В области толкования сновидений детей используются те же приемы, какие применяются при анализе взрослых, поэтому А. Фрейд включала анализ снов в работу с ребенком: по ее мнению, детское сновидение – это прямое исполнение желания. Наряду с толкованием сновидений большую роль в детском анализе А. Фрейд придавала «снам наяву». Многих из детей, с которыми А. Фрейд работала, она называла страстными мечтателями, и их рассказы об их фантазиях были для нее прекрасным средством при анализе. В качестве еще одного средства для анализа выступали детские рисунки. По мнению А. Фрейда, аналитику, работающему с детьми, необходимо придерживаться следующих правил: не оставаться безличным по отношению к ребенку; направлять свое внимание на окружающую ребенка домашнюю среду; стремиться занять место Я-идеала ребенка, обладать авторитетом в воспитательном отношении, т. е. анализировать и воспитывать, позволять и запрещать. А. Фрейд предпочитала использовать с ребенком вербальную коммуникацию, а не игровую, поскольку считала, что игра не является эквивалентом ассоциативных продукций.

М. Кляйн предприняла попытку интерпретации поведения детей с точки зрения психоаналитического подхода к взрослым (т. е. учитывая сексуальную символику в ее непосредственном смысловом значении). Используя психоаналитические методы исследования и лечения, М. Кляйн разработала технику детского психоанализа, основанную на игре и ранних объектных отношениях. Она придерживалась мнения, что маленькому ребенку более свойственно действие, нежели речь, поэтому она предоставляла ребенку массу мелких игрушек, целый мир в миниатюре, и давала ему возможность действовать в этом игрушечном мире. Свободной игре ребенка придавалось такое же значение, как и свободным ассоциациям взрослого пациента, с чем не могла согласиться А. Фрейд и ее последователи. Связан-

ные с игрой действия ребенка анализировались и толковались в плане проявления его сексуальных и агрессивных желаний: например, столкновение двух повозок между собой интерпретировалось как выражение наблюдения интимных отношений между родителями; опрокидывание какой-либо игрушки – как агрессивные действия, направленные против одного из родителей. М. Кляйн считала, что один из фундаментальных и универсальных механизмов игры заключается в том, чтобы выбранная ребенком роль помогала ему разделить различные идентификации, имеющие тенденцию к слипанию в единое целое. Распределяя роли, ребенок может «извлечь» отца и мать, чьи образы были абсорбированы им в ходе развития Эдипова комплекса, и чья жестокость доставляет ему страдания. В ходе подобного «исторжения» родительских фигур наступает чувство облегчения, которое является главным источником удовольствия, получаемым ребенком при игре [20]. Игровая аналитическая техника не требует подготовительного этапа к анализу, как это было у А. Фрейд, и дает возможность лучше понять объектные отношения между ребенком и родителями. В отличие от А. Фрейд, постулирующей, что анализ ребенка адекватен лишь в случае инфантильного невроза, М. Кляйн утверждала, что психоанализ приемлем и для развития нормальных детей. М. Кляйн также считала, что функции Эго, бессознательная фантазия, способность формировать объектные отношения, переживание тревожности, применение защитных механизмов доступны ребенку с самого рождения.

Во второй половине 1920-х и начале 1940-х гг. проходили идейные сражения между А. Фрейд и М. Кляйн, обусловленные их антагонистскими взглядами на детский психоанализ. Отголоски этих дискуссий среди психоаналитиков, работающих в области психоанализа детских невротических заболеваний, сохранились и по сей день.

Вопросами исследования детского развития занималась также М. Малер, работающая с психозами у детей. Она объясняла психозы у детей с точки зрения социо-биологического подхода. В своих исследованиях она пришла к выводу, что между младенцем и психотическим ребенком существует принципиальное сходство, заключающееся

в том, что ни тот, ни другой не являются отдельным индивидуальным существом и не обладают даже минимальной степенью идентичности с собой. Согласно взглядам М. Малера, основное нарушение психотика заключается в неспособности воспринимать себя и мать как отдельных существ. В связи с этим М. Малер разрабатывает концепцию, описывающую периодизацию развития ребенка и включающую такие понятия, как «симбиотическая фаза», «психическое рождение» и «процессы сепарации-индивидуации» [33].

Широкое распространение получило исследование Р. Шпица, освещенное им в научных книгах и фильмах. Р. Шпиц проводил наблюдения в детских домах, где ему стало очевидно, что отсутствие эмоционального общения даже при удовлетворении всех физиологических потребностей ребенка приводит к тяжелейшим психическим дефектам, таким как маразм и даже смерть. В науке этот феномен получил название «синдром госпитализма».

В зарубежной психологии вопросами исследования в области детского психоанализа занимались также Д. В. Винникотт, Ф. Дольто (исследования которых обсуждались в предыдущем разделе), Б. Беттельхейм (рассматривал этиологию и течение аутизма), К. Эльячефф (развивала психоанализ детей младенческого возраста) и др.

В отечественной психологии следует отметить следующих ученых: Т. К. Розенталь, И. Д. Ермаков, С. Н. Шпильрейн, В. Ф. Шмидт, О. Ю. Шмидт, М. В. Вульф и др. В Институте по изучению мозга и психической деятельности в Петрограде Т. К. Розенталь читала курс лекций «Психоанализ и педагогика», работала над темой «Теория психоневрозов и опыт войны и современности». В 1911 г. Т. Розенталь опубликовала статью «Опасный возраст Карины Михаэлис в свете психоанализа», где женские образы в творениях немецких писателей анализировались с позиций фрейдизма.

В 1920 г. Народный комиссариат просвещения издает положение «О совете изучения ребенка при секторе социального воспитания», что ставило задачу разрабатывать научно-практические вопросы, касающиеся всех областей изучения ребенка. Многие такие работы велись под руководством профессора И. Д. Ермакова, испытыва-

ющего большой интерес к психоанализу, который сформировался у него в 1910-е гг. во время пребывания в Европе. И. Д. Ермаковым был разработан новый методологический подход к детскому рисованию и анализу рисунков, готовилась к изданию книга на эту тему, велись работы по изучению половой жизни ребенка. Весной 1921 г. при отделе психологии Московского психоневрологического института был открыт детский дом-лаборатория по изучению детского возраста, руководителем которого был назначен профессор И. Д. Ермаков (научное кураторство возглавили О. Ю. Шмидт, руководивший в то время Государственным издательством, профессор А. П. Бернштейн – директор психоневрологического института, профессор И. Д. Ермаков). В штат института-лаборатории также входили врачи С. Н. Шпильрейн и Л. С. Гешелина, ответственные руководительницы В. Ф. Шмидт, Л. С. Егорова и др. Количество детей-воспитанников всегда было небольшим: 10–12 человек.

Практически с самого начала своего существования учреждение рассматривалось не только как детский дом, но и как структурное подразделение института. В 1924 г. там еженедельно проводились семинары, читались лекции: И. Д. Ермаков читал общий курс психоанализа и психотерапии, вел семинары по гипнологии; М. В. Вульф читал курс лекций по введению в психоанализ и проводил семинар по медицинскому психоанализу; С. Н. Шпильрейн курировала тему «Психоанализ подсознательного мышления», также она проводила семинары по детскому психоанализу для педагогов. Сохранившиеся отчеты свидетельствуют о том, что в помещении института два раза в месяц проводились заседания Русского психоаналитического общества. Судьба детского дома, получившего название «Международная солидарность», была трудной в связи с идеологическими разногласиями и сложностями в формировании штатов. Весной 1925 г. детский дом в качестве лаборатории института было решено ликвидировать, распределив детей по другим учреждениям.

3.2.2. Современные достижения в области детского психоанализа и техники работы

Детский психоанализ развивается и сегодня. Безусловно, его отличает своя специфика, не встречающаяся при работе со взрослыми.

Анамнез ребенка, его семейная история, формулировка трудностей и запрос психолог получает от родителей ребенка (или замещающих его лиц), при этом детский психоанализ отличает то, что информация, касающаяся ребенка и его семьи, должна быть очень детальной. Психоаналитик исходит из того, что ребенок ментально связан со всей своей семьей, включая даже тех, кого он не знает. В связи с этим особое значение для детского психоанализа приобретает подробнейший анамнез ребенка, отражающий весь его психический путь. На первой встрече, во время которой присутствуют родители и говорят о ребенке (в его присутствии), важно спросить следующее:

- желанной или случайной была беременность, какими чувствами она сопровождалась;
- особенности протекания беременности (токсикоз, госпитализации, угрозы выкидыша, эмоциональные стрессы и пр.);
- особенности рождения ребенка (кесарево сечение, обвитие, гипоксия, экстренная госпитализация и пр.);
- наличие сиблингов (как родных, так и сводных) и характер их взаимоотношений;
- имелись ли у женщины аборт, выкидыши или замершая беременность;
- каким образом происходило отлучение от груди и приучение к горшку;
- каким образом устроено личное пространство ребенка (где он спит, моется ли один или с кем-то и пр.);
- перенесенные в детстве заболевания;
- характер взаимоотношений между родителями;
- сведения о матери и отце (их взаимоотношения с собственными родителями и сиблингами, наличие/отсутствие заболеваний, личностные черты, профессиональный и социальный статус и пр.);

– в случае, если ребенка на терапию приводит мать, уточнить отношение отца к тому, что ребенок посещает терапевта, по возможности необходимо устроить встречу и с отцом ребенка.

Безусловно, приведенный перечень лишь задает направления для вопросов, которые терапевту следует уточнить у родителей, и может быть расширен и детализирован. Только после сбора подробного анамнеза и установления альянса «родители – терапевт» можно приступать непосредственно к анализу ребенка.

Детский психоанализ базируется на той же методологической основе и тех же операциях, что и взрослый психоанализ, но существуют существенные отличия:

– ребенка в терапию приводят родители, у него часто даже нет осознания своих страданий;

– психоаналитик вступает в контакт не только с ребенком, но и всей его семьей;

– у детей наблюдаются более интенсивные колебания переноса;

– у ребенка низкая толерантность к фрустрации;

– ребенок не воспринимает длительных отрезков времени и перспективы облегчения страдания в будущем.

– позиция родителей по отношению к психоаналитику определяет и позицию ребенка: если родители настроены против аналитика, то в большинстве случаев и ребенок будет настроен против него.

Психоаналитическая работа со взрослыми относится к вербальным техникам, и продукты бессознательной жизни психоаналитик и клиент исследуют с помощью вербальной коммуникации. Психоаналитическая работа с детьми не может быть сугубо вербальной, и в качестве вспомогательных инструментов, помогающих выявить глубинные процессы, выступают продукты творческой деятельности ребенка (рисунки, лепка из пластилина и пр.), содержание игровой деятельности, сновидения (так же, как и в терапии взрослых).

При работе с детьми разного возраста используются:

– игрушки для отреагирования агрессии (безопасные): сабли, мечи, солдатики, рыцари, монстры, звери с зубами и пр.;

– медицинские наборы;

- эдипальные игрушки: куклы, посуда, ванная, горшок, постельные принадлежности;
- игрушки-животные;
- зрелые игры для детей предподросткового возраста: LEGO, оригами;
- материалы для творческого выражения: бумага, клей, доска с мелом, пластилин, глина, песочница и пр.;
- различный транспорт (особенно специализированный: машина скорой помощи, полицейская и пожарная машины).

Речевые затруднения детей, трудности вербализации, связанные с какими-либо симптомами или наличием психического расстройства, восполняются богатым материалом невербальных средств выражения. На основе этих символов-сообщений можно строить психотерапевтические отношения с ребенком, при этом сама интерпретация не является главной целью, но она позволяет психотерапевтическим отношениям развиваться [7].

Детский психоаналитик исходит из того, что все, что происходит во время сессии, является историей, которую рассказывает ребенок аналитику, и эта история отражает то, что ребенку не было обозначено (и он не мог это интегрировать), некую травму, с которой он столкнулся и оказался перед ней беспомощным. И здесь необходимо проводить параллель между этим бессознательным опытом и поведением ребенка во время сессии. Роль детского психоаналитика – это переход от игры к вербализации.

К. Эльячефф, практикующая детский анализ младенцев, описывала смысл происходящей коммуникации между ребенком и терапевтом так: «Психоанализ позволяет прежде всего рассказать, выразить словами самому младенцу происхождение переживаемого им разрыва, ту невысказанную и затаенную боль, которая поначалу проявляется лишь в болезненных симптомах. Говоря с ребенком, вы обращаетесь к нему как к субъекту и предлагаете ему примириться со своим телом. Вы не утешаете его, не пытаетесь залатать образовавшийся разрыв, вы лишь выявляете и обозначаете причины его страдания, воскрешая его короткую жизненную историю, чтобы ребенок осознал

себя, свою идентичность, свое происхождение, свои корни и свои возможности как субъекта. Поэтому во время лечебного сеанса ни в коем случае не следует касаться ребенка. Нужно лишь разговаривать с ним» [74, с. 18–19]. Отметим также, что роль матери или отца для ребенка никогда не подменяется ролью аналитика, поэтому аналитик не стремится нанести урон авторитету или образу матери или отца, он лишь пытается сделать понятным для ребенка его переживания и чувства.

Ф. Дольто, известнейший детский психоаналитик, активно использовала при работе пластилин и карандаши: «В своей психоаналитической практике с детьми Ф. Дольто прибегала не только к помощи языка (как основного инструмента, позволяющего восстановить связь между реальностью и фантазиями ребенка), но также использовала детские рисунки и слепленные из пластилина изделия для понимания того, что является актуальным переживанием ее маленького клиента. Ф. Дольто утверждает, что рисунок ребенка всегда является его собственным портретом: “мы рисуем себя и видим себя избирательно в какой-либо из частей рисунка”. В связи с этим анализ детского рисунка у Ф. Дольто – это всегда диалог с его создателем, попытка прикоснуться к тому фантазму, который выносится в анализе. Госпожа Дольто интересуется у своих юных клиентов, где они сами на рисунке, или просит побыть на месте кого-то из персонажей, и как только ребенок располагает себя в каком-либо месте, он вступает в отношения с неким другим. По ее мнению, это и значит “слушать рисунок” – слушать то, что передает о нем ребенок, а не пытаться рассматривать рисунок лишь с точки зрения его графики, делая акцент на каких-то либо деталях рисунка, фантазируя о том, что они означают в картине субъекта. Говоря о своем рисунке, ребенок, так или иначе, передает свое субъективное отношение к окружающим, и для него это – еще одна возможность выявить, выразить, разместить множество своих чувств, дать выход своим аффектам. Ф. Дольто видит задачу аналитика как раз в том, чтобы оживить те или иные фантазмы, запустив у ребенка процесс ассоциаций. В ходе анализа ребенок, опираясь на свой рисунок, может с помощью ассоциаций начать говорить о матери

и отце, сиблингах, своем окружении и даже о своем аналитике» [11, с. 74]. Следует отметить, что Ф. Дольто была категорически против графического метода исследования, который предполагает анализ рисунка, опирающийся лишь на «чтение» изображения и упускающий все то, что ребенок рассказывает о нем и то, какие фантазии он проецирует.

Дж. Аллан, являясь юнгианским аналитиком¹⁰, также использует рисунки при работе с детьми, отмечая поразительные возможности этого инструмента исследования. «В работе с детьми можно использовать подход, который заключается в описании увиденного и использовании символов и образов в качестве основной темы для постановки вопросов. Например, описывая рисунок, можно сказать: «Я вижу горящий дом, людей, выбегающих их дома, и приближающегося бурого медведя. Интересно, что эти люди думают... (здесь необходимо дать ребенку возможность высказаться) ...чувствуют ...что медведь думает ...чувствует ...интересно, что произойдет с домом ...людьми ...медведем...» [1, с. 23].

В своей терапевтической практике он использует технику серийного рисования, которая предполагает еженедельное проведение занятий рисованием в присутствии терапевта, что позволяет внутренним конфликтам находить выражение и разрешение, а терапевту – составить более ясное и точное представление о «деятельности» бессознательного. «При серийном рисовании ребенок нередко останавливает свой выбор на одной символической теме и использует ее в ряде рисунков. Образ редко используется в неизменном виде. Образ изменяет свою форму и функцию. Осуществляется неоднократный переход от деструктивности и насилия к восстановлению и здоровому функционированию. Например, шестилетняя Памела, подвергшаяся изнасило-

¹⁰ Юнгианский детский анализ отличается от детского психоанализа, но в этой теме ссылка на юнгианского аналитика продиктована тем, что оба метода при работе с детьми подчеркивают важнейшую роль рисунка, указывающего путь к бессознательной жизни его автора. И тот, и другой метод ориентирован прежде всего на диалог с ребенком, с помощью которого ребенок находит возможность быть услышанным.

ванию, постоянно изображала на рисунках спальни и ванные комнаты, в которых люди занимались половыми сношениями и демонстрировали гениталии. В конце лечения она по-прежнему изображала спальни и ванные комнаты, но люди в них спали в отдельных кроватях, комнаты были аккуратно прибраны и горел свет. Пятилетняя Люси (психотик) думала, что она чайка. Она повсюду носила с собой перо чайки и вертела перед своими глазами. Вначале она изображала себя на рисунках в виде чайки (рис. 2.1), затем в виде супердевички с крыльями чайки и одним торчащим пером (рис. 2.2), потом в виде девочки с парящей над ней чайкой (рис. 2.3), и наконец, в виде индейской принцессы с пером, воткнутым в головную повязку (рис. 2.4). Здесь необходимо обратить внимание на процесс трансформации, который осуществляется по мере ее (т. е. ее эго) дистанцирования от чрезмерной идентификации с одним аспектом архетипа самости (т. е. с собой в виде чайки)» [1, с. 40–41]. В *Приложении Ж* представлены вышеописанные рисунки.

Дж. Аллан выделяет три стадии в рисовании детей.

1. Начальная стадия (от 1 до 4 занятия), рисунки которой:

- изображают внутренний мир ребенка;
- отражают чувство безысходности;
- предоставляют средство для установления первоначального контакта с помощником (терапевтом).

2. Средняя стадия (от 5 до 8 занятия), рисунки которой отображают:

- выражение эмоции в чистом виде;
- борьбу с амбивалентными чувствами;
- более глубокое отношение к помощнику (терапевту);
- раскрытие глубокой проблемы.

3. Завершающаяся (от 9 до 12 занятий), рисунки которой отражают:

- образы мастерства, самоконтроля и достоинства;
- появление позитивных образов;
- юмор;

- центральный символ самости;
- отсоединение от помощника (терапевта).

Несмотря на то что Дж. Аллан отмечает существование общих моделей психологической динамики, дети имеют индивидуальный темп работы. Некоторые дети тратят много времени на создание мучительных образов, другие же быстро переходят непосредственно к образам исцеления, встречаются и те, кто «застревает» в многочисленных противоречиях между стремлениями к росту и уничтожению. Для обнаружения этих уникальных моделей требуется время, поэтому рисунки и носят серийный характер [1].

Хотя рисование и сохраняет приоритетное значение, при работе с детьми терапевт должен найти для каждого ребенка соответствующее средство самовыражения: пластилин, инсценировка фантазий, сочинение литературных произведений и др.

Ф. Дольто часто работала с детьми, образ тела которых в силу разных причин оказался деформирован. В работе «Бессознательный образ тела» [14] она приводит в пример мальчика восьми лет, который с раннего возраста имел проблемы со спиной, и вынужден был передвигаться, используя опору. Он представлял собой особый случай перемещения, словно «не мог себя носить», также имелись трудности с речью и образованием понятий. В анамнезе этого ребенка были эпизоды, когда родители, которым необходимо было работать, привязывали его к стулу. На одном из сеансов Леон (так звали мальчика) взял пластилин из коробки и слепил из него стул, а затем, не произнося ни слова, посадил на него пластилинового человека, согнув ему обе ноги так, чтобы они касались пола перед ножками стула. Затем Леон очень сильно прижал спину человечка к спинке стула. Ф. Дольто исследовала значение этих появившихся символов, задавая вопросы и пробуждая ассоциативный процесс у Леона, и этот диалог вылился в завершающую фразу Ф. Дольто: «Словно, когда человек уйдет, стул оставит себе его спину, и у человечка не будет больше спины». Эта интерпретация позволила Леону восстановить утраченную часть образа тела, после чего он стал ходить, не используя опору.

Таким образом, детский психоанализ представляет собой процесс, который помогает ребенку воссоединиться с самим собой, своей историей и своей семьей, делая возможные травмы ребенка названными, доступными для сознания и последующей интеграции. Не ставя целью избавить ребенка от симптома или посредством жалости предложить ему другую реальность, психоаналитик примиряет ребенка с его действительностью.

3.2.3. Взгляд на симптом ребенка и работа с ним

По мнению З. Фрейда, прошлое всегда присутствует в актуальной жизни человека и продолжает оказывать влияние на его поведение и отношения, и очень часто это влияние человеком не осознается. Напомним, что З. Фрейд под «симптомом» понимал нечто вытесненное из сознания, скрытое от самого себя, но заявляющее о себе с помощью различных случайностей, оговорок, описок и т. д. Психоаналитическая практика демонстрирует, что в жизни каждого есть такие не осмысленные, не пережитые и даже никогда ранее не озвученные воспоминания, мысли, желания и влечения; задачей психоанализа является найти то самое затаенное, скрытое, вытесненное и сделать его осознаваемым и пережитым [53].

В этом параграфе симптомом мы будем считать любой феномен, который доставляет самому клиенту или его близкому окружению дискомфорт, напряжение, боль. В случае с ребенком, который далеко не всегда осознает свои страдания, симптом вызывает беспокойство у его родителей. Соматические симптомы, в которых не усматривается психологической причины, адресуются специалистам в области медицины. В области психологической практики симптомы могут дифференцироваться на психосоматические (аллергические реакции, энурез, приступы кашля и пр.), психические (фобии, навязчивости, апатия, тревога и пр.) и поведенческие (агрессия, гиперактивность, девиации и пр.). В подавляющем большинстве случаев запрос к детскому психоаналитику связан как раз с симптомом ребенка. Однако рассматривать симптом как отдельный, автономный феномен и пы-

таться от него избавиться, не поняв его значения – это грубая психотерапевтическая ошибка. Ф. Дольто писала: «Болезнь – это способ выразить что-то. Когда человек не может выразить это словами, тогда берет слово болезнь» [16, с. 213]. Иначе говоря, симптом в психоанализе является «означающим».

Симптомы не всегда связаны с болезненными ощущениями, иногда могут быть приятны его обладателю (например, навязчивая мастурбация). Симптомы являются произвольными и не поддаются контролю со стороны клиента. Каким бы ужасным ни был симптом, но благодаря ему клиент получает вторичную выгоду (чаще всего – бессознательную), при этом не только сам клиент, но и вся семья могут нуждаться в наличии этого симптома. Часто дети приобретают симптомы как раз для того, чтобы разрешить какую-либо трудную ситуацию в семье.

Симптомы часто маскируют неудовлетворенную потребность в отношениях со значимыми лицами, также симптом выступает способом коммуникации, посланием, направленным конкретному лицу или миру в целом. Клиенты, по разным причинам не способные выдерживать вербальный тип коммуникации (часто это дети) прибегают к симптоматическому способу контакта, т. е. используют тело в качестве «языка». Такой способ является онтогенетически более ранним, присущим довербальному периоду развития ребенка. В случае определенных проблем в контакте между матерью и ребенком у последнего может сформироваться психосоматическая организация личности.

Психоаналитики часто усматривают в симптомах невыраженные чувства и желания. Многие аллергические, гастроэнтерологические, кардиологические и другие реакции часто являются соматическим способом защититься от подлинно архаичных либидинозных и нарциссических желаний, которые человек ощущает как угрожающие, неприемлемые. Можно сказать, что возникшие эмоции, чувства не могут быть отреагированы психикой, поэтому они переносятся в тело примитивным невербальным путем.

Итак, терапевтическая задача – понять, какое желание / цель / потребность стоит за симптомом, что посредством него выражает ребенок.

К. Эльячефф, детский психоаналитик, последовательница Ф. Дольто, в своих работах демонстрирует удивительный клинический материал, который ей удалось собрать при работе с детьми (в том числе младенцами), по тем или иным причинам разлученными с родителями. Благодаря ее глубокому взгляду на психику ребенка, она смогла в большинстве случаев объяснить различные симптомы, возникающие у этих детей. Рассказывая детям о пережитом им болезненным разрыве, К. Эльячефф помогала им ужиться со своим собственным телом и спокойно расстаться с другим телом – телом матери. «Я начинаю говорить ему, поглаживая пупок сквозь рубашечку:

– Когда ты находился в животе у своей мамы, ты еще не дышал. Твоя мать кормила тебя через плаценту, с которой ты был связан, соединен пуповиной. Эта пуповина шла вот отсюда, где лежит моя рука. Когда ты родился, ее перерезали. То, что я трогаю рукой – это твой пупок. Это шрам, который остался от пуповины. Когда ты родился, ты дышал, пуповину отрезали, ты отделился от своей матери, которая этого захотела. Может быть, ты дышишь так плохо потому, что надеешься снова найти мать, чтобы все было, как прежде – когда ты находился в твоей матери и еще не дышал. Но если ты решил жить, ты не сможешь жить не дыша. Твоя мать – в тебе, в твоём сердце. Тебя разлучили с ней не потому, что ты начал жить. И даже если ты не будешь дышать, тебе это не поможет снова ее найти.

Все это я говорю спящему Оливье. Постепенно его дыхание становится тише. Когда я замолкаю, то с волнением замечаю, что он дышит носом, его дыхательные пути очистились, шумы исчезли, я ощущаю только легкое дуновение от его дыхания» [74, с. 24].

Часто лишь с помощью симптома ребенок может быть услышанным, выразить свою глубокую потребность.

А. Фрейд была предпринята попытка упорядочить клинический материал, относящийся к симптоматологии. Она выделила несколько

групп симптомов, каждая из которых связана с определенной этиологией [67].

1. *Симптомы, вытекающие из первоначальной слитности соматических и психологических процессов: психосоматика.*

На ранних этапах онтогенеза соматические и психологические процессы еще не отделены друг от друга. В младенчестве телесные ощущения (холод, голод, боль) выражаются через психические каналы в виде гнева, плача, ярости, беспокойства; также как и психический дискомфорт находит отражение через тело (расстройства пищеварения, выделения, дыхания и прочее). Подобные психосоматические реакции определены процессом развития на данном этапе жизни. Для последующих событий важно, какое именно телесное проявление получит индивидуальное предпочтение, поскольку этот выбор провоцирует усиление чувствительности и уязвимости соответствующего органа или системы (кожи, респираторной системы, желудочно-кишечного тракта, ритмов сна и т. д). При нормальных условиях по мере развития эго человека усиливается, появляются чисто психологические каналы выброса напряжения с помощью действия, мысли и речи, что сопровождается уменьшением доступа психики к телу. Однако в случае, когда этот доступ остается облегченным, психическое содержание по-прежнему использует своим каналом тело, что и вызывает психосоматические симптомы (астма, экзема, головная боль и пр.).

2. *Симптомы, происходящие из компромиссных образований между ид и эго: невротическая симптоматология.*

В отношении невротозов понятие «симптом» часто становится синонимом эго, выступающего посредником между производными ид и другими: моральными или рациональными – требованиями.

Путь образования симптома можно представить по следующей траектории: опасность – тревожность – регрессия – защита – компромисс.

Образовавшиеся в результате структуры симптомов могут оказаться неприемлемыми для эго и вызывать психический дискомфорт.

Однако в случае, если они окажутся созвучными эго, они могут быть принятыми и станут частью индивидуального характера.

Формирование компромисса такого рода зависит от установленных границ между ид и эго, бессознательным и сознанием. Образование невротических симптомов не происходит, пока эго не дифференцирует себя от ид. Это объясняет, почему невротические симптомы не встречаются в неструктурированной личности, т. е. в раннем детстве. Первые конфликты между ид и эго, а с ними и первые невротические симптомы, разрешающие эти конфликты, формируются в эго под натиском окружающей среды: их провоцируют угрозы со стороны внешнего мира, такие как потеря любви, отвержение, наказание. Невротические проявления этой фазы могут быть по форме истеричными или навязчивыми. Они становятся истеричными, если в них вовлечены области тела, имеющие оральное или орально-агрессивное значение: в этом случае симптомы являются примитивной защитой от таких инстинктивных проявлений (двигательные нарушения, боли и недомогания, избирательность и причудливость в еде, тошнота). Невротические проявления являются навязчивыми, когда защищают от анально-садистских влечений (первые проявления компульсивной аккуратности, избегание прикосновений).

На этапе разрешения эдиповых стремлений, а также появления суперэго как независимого источника чувства вины эти изолированные симптомы организуются в синдромы, становящиеся основой известных детских неврозов. Это могут быть фобии (животных, врачей, стоматологов, школы и т. д.), а также настоящие неврозы навязчивости, содержащие повторения, ритуалы, надоедливые мысли, компульсивные действия.

3. Симптомы, происходящие из проникновения побуждений ид в эго.

В определенных случаях могут возникать нарушение контроля за содержанием ид и вхождение его элементов в структуру эго, что приводит к деструкции эго. Подобный механизм связан с несколькими причинами: конституционально слабое эго, конституционально усиленные стремления ид, повреждение эго травматическим событи-

ем или выведение его из строя нарушением внутреннего равновесия на определенных стадиях развития. Когда в эго проникают элементы влечений, это приводит к симптомам неконтролируемых или слабо контролируемых проявлений влечений без оглядки на реальность, что типично для некоторых типов делинквентного и преступного поведения. Также А. Фрейд отмечает, что проникающие элементы могут быть частью первичных процессов функционирования и занимать место рационального вторичного процесса мышления. Характерные явные симптомы, такие как нарушения памяти и мышления, бред, галлюцинации, играют большую роль при установлении диагноза и дифференцировании невроза от психоза. Проявляясь фрагментарно, частично, они становятся одним из критериев пограничных состояний между этими двумя диагностическими категориями.

4. *Симптомы, проистекающие из изменений в экономике либидо или направлении катексиса*¹¹.

А. Фрейд указывает, что формирование симптома может быть также связано с деформациями структуры либидо и направлением либидозного развития. Например, в случае усиления нарциссического катексиса личности симптоматическими проявлениями будут являться эгоизм, эгоцентричность, переоценка себя, в исключительных случаях – даже мания величия; при чрезмерно низком нарциссическом катексисе симптомами являются пренебрежение своим телом, комплекс неполноценности, депрессивные состояния, самоуничижение, деперсонализация (в детстве). Направление катексиса имеет различные патологические варианты: во-первых, нарциссическое либидо может сместиться на тело, где усиление катексиса специфических частей тела порождает ипохондрические симптомы; во-вторых, объ-

¹¹ Термин «катексис» чаще всего используется для обозначения тех представлений З. Фрейда, которые относятся к его пониманию количественной характеристики психической энергии вообще и психосексуальной энергии в частности. *Катексис* – это процесс помещения либидозной энергии в различные сферы психической жизни, в идею или действие. Катектированное либидо перестает быть подвижным и уже не может перемещаться к новым объектам: оно укрепляется в той области психической сферы, которая привлекала и удерживает его.

ектное либидо может быть интериоризировано из внешнего мира, трансформировано в нарциссическое и полностью катектировано на свою же личность; все нарциссическое либидо может присоединиться к существующему объектному либидо и сконцентрироваться на этом внешнем объекте любви с последующим приданием ему сверхзначимости, вплоть до полного психологического подчинения.

5. *Симптомы, проистекающие из изменения характера и направления агрессии.*

Первые, количественные, изменения характера и направления агрессии детерминированы в большинстве случаев причудами в организации защит, в детстве – изменением качества действующих защитных механизмов: от крайне примитивных до изоциренных. Эти изменения ответственны за то, доступны или нет необходимые агрессивные компоненты в эго-функционировании и сублимациях. Тип используемых от агрессии защит также объясняет колебания между самоуничижительным поведением, соответствующим аутоагрессии, и жестокими агрессивными-деструктивными вспышками против объектов внешнего мира.

6. *Симптомы, происходящие из неоправданных регрессий.*

А. Фрейд также описала некие патологические проявления, схожие с начальной фазой формирования неврологических симптомов, но остающиеся недоразвитыми по сравнению с инфантильными невротами. Эти проявления относятся к фаллической стадии и проистекают из тревоги и угрозы Эдипова и кастрационного комплексов, что вызывает регрессию к оральным и анальным точкам фиксации.

При формировании невротического симптома эго защищается от подобных регрессий, в вышеуказанных же случаях они принимаются эго и не вызывают последующих конфликтов, но провоцируют снижение всех аспектов функционирования личности (активность влечений, деятельность эго). Соответствующая симптоматика в данном случае включает в себя инфантилизм и псевдодебильность, сочетающуюся с пассивно-феминными чертами у мальчиков, чрезмерной зависимостью, слезливостью и т. д.

7. Симптомы, вызванные органическими причинами.

Последними причинами нарушений психических функций являются органические причины: повреждения мозга в пренатальном периоде, при родовой травме или в результате более поздних воспалительных процессов или травм. К симптомам, вызываемым этой причиной, относятся задержки развития, проблемы с моторикой, речевые дисфункции, слабоумие, нарушения аффективности, нарушения концентрации внимания и т. д. А. Фрейд также указывает на различные симптоматические проявления, вытекающие из врожденных или приобретенных физических дефектов: так, при утрате зрения нарушается баланс между аутоэротизмом и объективными отношениями, тормозится агрессия, развивается пассивность и пр.; при потере слуха замедляются не только речевое развитие, но и процессы мышления и личностного развития.

Тем самым симптом существует не случайно, он является олицетворением некой истории субъекта и воплощает собой решение определенной психической задачи. Имея различную этиологию, симптомы могут носить абсолютно разный характер; симптом в психоанализе – это не изолированный от личности феномен, это нечто, что позволяет глубже понять и проанализировать процессы, протекающие внутри личности: одни и те же психосоматические, поведенческие и психические симптомы у различных людей могут обладать различным значением.

Контрольные вопросы и задания

1. Чем отличаются взгляды М. Кляйн и А. Фрейд на возможности детского анализа?
2. Каким образом игровой инвентарь, предпочитаемый ребенком, может отражать стадию психосексуального развития, актуальную для него?
3. Каковы возможности применения рисунков в детской терапии?
4. Что представляет собой симптом в психоанализе?
5. Назовите основные группы симптомов, которые описала А. Фрейд.

3.3. Групповая психотерапия с детьми и подростками

3.3.1. Отличительные особенности групповой терапии для детей и подростков и ее основные задачи

Групповая терапия – одна из основных форм работы, заключающаяся в способности ее участников включаться в согласованные действия, благодаря которым могут быть удовлетворены их индивидуальные потребности. На сегодняшний день групповая терапия зарекомендовала себя как эффективный способ решения психотерапевтических задач.

Существуют основные типы групп, отличающиеся по своим целям, средствам работы, рассматриваемым вопросам, составу участников, глубиной проработки:

– *рабочие* – группы, созданные специально для решения какой-то конкретной непсихологической задачи: рабочие совещания, дискуссионные группы, оргкомитеты и пр.;

– *обучающие* – группы, где акцент делается на способах решения проблем, характерных для конкретной аудитории, и на выработке соответствующих социальных навыков; участникам группы предоставляется информация по определенным проблемам и оказывается помощь в принятии эффективных решений и выработке адекватного поведенческого стиля: группы полового воспитания старшеклассников, классы начальной школы, изучающие приемы общения, группа подростков, занимающаяся проблемами профессионального самоопределения, и пр.;

– *консультационные* – группы, затрагивающие обычные, но сложные жизненные вопросы, успешность решения которых зависит от специфических навыков и опыта: переживание развода родителей, взаимоотношения со взрослыми и сверстниками, ситуации утраты, трудности с поддержанием самооценки, работа с агрессией и пр.;

– *психотерапевтические* – группы, нацеленные на решение серьезных психологических проблем и ставящие своей целью глубокие изменения в личностной сфере и поведении участников: группы под-

ростков с асоциальным поведением, группы детей, переживших травмирующие жизненные события, и пр. [57].

Групповая терапия детей младшего возраста чаще всего осуществляется в игровой форме, поскольку игра для них является более подходящим средством общения, чем просто вербальная коммуникация. Для работы со старшими детьми и подростками обычно используется разнообразный раздаточный материал, с помощью которого удается организовать их взаимодействие в игровой форме или форме активной деятельности: рисунки, лепка, аппликации, игрушки, музыкальные записи, видеофильмы и пр.

По мнению некоторых авторов, групповая психотерапия с детьми имеет ряд преимуществ по сравнению с индивидуальным форматом психотерапевтической работы [12].

1. Присутствие других детей облегчает установление отношений между терапевтом и каждым ребенком в отдельности. Нередко для маленького ребенка ситуация, когда он должен оставить своих родителей и в одиночку отправиться в комнату с чужим взрослым, является весьма пугающей; ему не будет так страшно находиться в новой ситуации с двумя-тремя детьми своего возраста. В групповой терапии присутствие нескольких детей снижает напряжение и повышает активность, спонтанность и готовность общаться с терапевтом.

2. Группа предоставляет возможности для установления многосторонних отношений, через призму которых происходит более глубокое познание себя. Групповой формат позволяет участникам оценивать свое поведение в свете реакций сверстников.

3. Группа дает больше объектов для идентификации, нежели индивидуальная терапия: дети идентифицируют себя не только с терапевтом, но и с другими участниками группы.

4. В групповой терапии каждый участник группы может не только принимать помощь, но и давать ее, что создает некий баланс между отдачей и получением, а также между созданием зависимости других от себя и адекватной зависимостью от других.

5. Групповая терапия, как и индивидуальная терапия, предоставляет два средства для катарсиса: действие (игру) и вербализацию.

Однако групповая терапия имеет преимущество перед индивидуальной: в индивидуальной терапии катарсис чаще происходит в свободной ассоциации, когда не связанные на первый взгляд виды деятельности ребенка или какая-либо его словесная ассоциация могут привести к центральным темам клиента; в групповой терапии есть также возможность для вызванного катарсиса, когда дети, не принимая активно на себя какую-либо роль, просто наблюдают за другими участниками, кто эту роль выполняет.

6. Групповая терапия создает такое окружение, в котором можно опробовать новые социальные техники и закрепить новые, более эффективные образцы поведения.

Основные задачи групповой психотерапии заключаются в следующем:

- социализация ребенка, развитие самоконтроля и умения вести себя согласно принятым в обществе нормам;
- снятие психоэмоционального напряжения;
- формирование здоровых взаимоотношений детей друг с другом;
- формирование новых, более эффективных жизненных навыков, соответствующих возрасту;
- отреагирование эмоциональных переживаний;
- переживание различного спектра чувств в спокойном и безопасном пространстве;
- раскрытие своих эмоциональных переживаний и их вербализация;
- создание условий для личностного роста и компетенции [40].

Другие приоритетные задачи групповой терапии могут быть сформулированы следующим образом:

- развитие базовых социально-психологических навыков;
- осознание и развитие эмоциональной сферы;
- повышение самооценки;
- изменение деструктивных форм поведения по отношению к окружающему миру и к себе;
- расширение представлений о мире;

- развитие позитивной перспективы будущего;
- создание системы поддержки в настоящее время и на будущее;
- проработка травмирующих ситуаций и возможность новой интерпретации пережитого опыта [34].

3.3.2. Организационные процедуры групповой терапии для детей и подростков

При организации процесса групповой терапии для детей и подростков следует учитывать основные нормативы, представленные в табл. 5. Занятие, как правило, проводится один раз в неделю вне зависимости от возраста участников.

Таблица 5

Нормативы групповой психотерапии у детей и подростков

Параметр	Норматив				
	4–5 лет	5–7 лет	7–9 лет	9–11 лет	11–14 лет
Возрастные границы	4–5 лет	5–7 лет	7–9 лет	9–11 лет	11–14 лет
Оптимальная численность детей в группе	4	4–6	6	6–8	8–10
Продолжительность групповых занятий (в минутах)	45	45–60	60	60–90	90

Важнейшей организационной задачей терапевта является формирование группы, т. е. отбор участников. Следует помнить, что дети и подростки являются психологически очень уязвимыми категориями: им сложно абстрагироваться от возможных негативных аспектов групповой работы, таких как жестокость других детей, тяжелые воспоминания о семейных трагедиях или возможное разглашение сугубо личных сведений за пределами группы; многие еще не умеют справляться со своими сильными эмоциями, с направленной на них агрессией, с необходимостью перестраивать свое поведение – это делает правильный отбор участников группы важнейшим организационным этапом.

Терапевтические группы могут быть однородными или неоднородными. Под *однородностью* понимается, прежде всего, схожесть жизненных ситуаций у разных участников, одинаковый уровень умственного развития, образования, социально-экономический статус, культурный фон и пр. [8].

К достоинствам однородных групп относятся следующее:

- быстрее достигается групповая сплоченность;
- члены группы быстрее начинают оказывать помощь друг другу и посещают занятия более регулярно;
- положительный эффект от работы достигается быстрее;
- схожесть проблем позволяет участникам понять, что они не одиноки в своих переживаниях;
- быстрее возникает чувство общности.

К недостаткам однородных групп относятся:

- большое сходство участников мешает им увидеть многообразие форм поведения и освоить новые навыки;
- взаимодействие между участниками группы может быть слишком поверхностным;
- большое сходство участников мешает возникновению конструктивных противоречий между ними и пониманию существующих индивидуальных различий между людьми.

Однородные группы наиболее всего подходят для решения конкретных проблем и обсуждения конкретных ситуаций. Замечено, что краткосрочные тематические группы работают лучше, если участвующие в них дети имеют схожие проблемы: например, переживают развод родителей, испытывают трудности в адаптации к новой школе, обладают проблемами с самооценкой.

Неоднородность означает существенные различия между участниками группы: например, различное социальное положение или культурное воспитание, различия в установках и навыках общения, различные способы работать и справляться с трудностями.

К достоинствам неоднородных групп относятся:

– участники группы имеют возможность познакомиться с различными мнениями по поводу обсуждаемых проблем и увидеть разнообразие форм поведения в одних и тех же ситуациях;

– участники получают обратную связь от людей, не похожих на них самих;

– неоднородная группа представляет больше возможностей для коррекции неадекватного восприятия себя и окружающих.

К недостаткам однородных групп относятся:

– для получения видимых результатов групповой работы требуется больше времени;

– сплоченность группы достигается большими усилиями;

– на начальных этапах работы существует риск конфликтов, поскольку детям трудно быстро наладить взаимодействие [57].

Р. Смид отмечает, что наиболее важное правило, которое следует соблюдать при отборе кандидатов, – это соблюдение баланса ролей. Поскольку эффективность групповой работы напрямую зависит от взаимодействия детей и того воздействия, которое участники оказывают друг на друга, каждый ребенок должен в определенном смысле стать примером для остальных и в то же время иметь возможность учиться у других. Р. Смид рекомендует отбирать детей, которые схожи по одним качествам и различаются по другим. Однородность может проявляться в наличии у детей одной и той же проблемы, а неоднородность – в различных способах решать эту проблему. Помимо принципа однородности/неоднородности Р. Смид предлагает следующие правила отбора участников при формировании группы: необходимо подбирать участников таким образом, чтобы каждый ребенок смог увидеть хотя бы один положительный пример поведения; группа может быть гетерогенной, если тема предстоящей работы не будет вызывать неловкости у представителей противоположного пола; разница в возрасте детей не должна превышать более двух лет. Также он рекомендует включать в группу детей, примерно одинаковых с точки зрения их социального, эмоционального, интеллектуального и физического развития; детей, поддающихся общественному воздействию и способных к сотрудничеству в коллективной работе; детей разных

рас и культур; детей, воспитанных на разных этических нормах и в разных социально-экономических условиях [57].

Р. Смид выделяет следующие категории детей, *которых лучше не включать в групповой формат работы*:

- близкие родственники, которые не смогут абстрагироваться от семейных ролей или не смогут быть откровенными в присутствии друг друга;

- дети, склонные к суицидальному поведению или мыслям;

- дети, постоянно живущие половой жизнью (если данное поведение не является нормативным в группе);

- дети, постоянно лгущие или ворующие;

- дети, переживающие травматическое событие (если группа не создается специально для таких детей).

- дети, подвергшиеся жестокому физическому или сексуальному насилию (если это не является темой групповой работы и если терапевт не прошел специальную подготовку);

- дети, чьи родители не имеют единого мнения по поводу участия ребенка в группе;

- дети, слишком отличающиеся от остальных (например, единственная беременная девочка-подросток или эмигрант, который еще не адаптировался);

- дети с чрезмерно высоким уровнем агрессии.

Р. Смид утверждает, что перечисленные случаи предъявляют весьма специфические требования к ведению группы, поскольку обычно такие дети слишком эмоционально подавлены и требуют пристального внимания терапевта, что не позволяет ему уделять достаточно внимания другим детям [57].

Х. Дж. Джинотт отмечает, что большинство детей, которым по тем или иным причинам показана групповая терапия, не страдают от грубых расстройств личности, однако, у них имеются симптоматические реакции на травмирующие ситуации и эмоциональные конфликты [12]. Обычно участникам терапевтических групп становятся дети, которых воспитывают или слишком амбициозные и подавляющие, или слишком слабые и потакающие родители, что и создает некий

«социальный голод», делающий этих детей подходящими для групповой терапии. Именно исходя из наличия «социального голода», Х. Дж. Джинотт описывает следующие категории детей, которым *показана групповая терапия*:

– замкнутые дети, которых можно описать как чрезмерно подавленных, покорных, боязливых, застенчивых, изолированных, некоммуникабельных, молчаливых, зажатых и кротких;

– незрелые дети, родители которых не осознают их взросления, новых потребностей и чрезмерно оберегают;

– дети с фобическими реакциями, чья тревога выражается в специфических вытесненных страхах, например, грязи, темноты, животных, громких звуков и пр.;

– женственные мальчики, которые в силу определенных семейных причин не смогли идентифицироваться с мужскими моделями (в данном случае показана групповая терапия с мужчиной-терапевтом и обществом мальчиков);

– дети-«паиньки», для которых послушание, великодушие и аккуратность, попытки «задобрить» являются способом строить отношения;

– дети с «вредными» привычками, такими как сосание пальцев, обкусывание ногтей, проблемы с едой, истерики (в случае, если беспокойство вызывает только это и нет другой серьезной патологии);

– дети с расстройствами поведения, такими как драки, жестокость, прогулы и общая деструктивность (в случае, если агрессивное поведение наблюдается не тотально, а, например, только дома или, напротив, только вне дома).

Групповая терапия противопоказана, как считает Х. Дж. Джинотт, если ребенок попадает в одну из следующих категорий:

– дети с сильно выраженной враждебностью по отношению к сиблингам, поскольку они воспринимают всех членов группы как заменителей своих братьев или сестер и обращаются с ними соответственно (в случае, если у ребенка наблюдается менее острое соперничество с сиблингами, его можно включить в группу);

– социопатичные дети, отличающиеся крайней степенью самолюбия, жестокости без видимой причины, полным отсутствием эмпатии и чувства вины;

– дети с чрезмерно развитыми сексуальными влечениями, которые подвергались сексуальной сверхстимуляции со стороны родителей (родители могли неосознанно соблазнять их эротическими ласками, они могли спать в спальне родителей и быть свидетелями близости между взрослыми);

– дети с извращенным сексуальным опытом (вовлеченные в гомосексуальные отношения);

– дети с длительным опытом воровства (в случае, если ребенок ворует только дома, его можно включить в группу);

– чрезмерно агрессивные дети, чья агрессия коренится в глубокой враждебности, человекоубийственных тенденциях, психопатии;

– дети, пережившие серьезную травму или внезапную катастрофу.

По мнению автора, таким детям показана индивидуальная терапия.

На вопрос о том, что является показанием к групповой терапии, а что является противопоказанием, существуют различные точки зрения. Так, Дж. Г. Мэнделл и Л. Дамон считают, что с детьми, пережившими сексуальное насилие, оптимальной формой работы является именно групповая терапия [40]. По их мнению, в процессе групповой работы у детей снижается чувство изолированности, развиваются навыки общения, появляется возможность проанализировать внутренние конфликты и переживания. Авторы отмечают, что групповая терапия с жертвами сексуального насилия наиболее эффективна при наличии директивной и структурированной программы.

Этап формирования группы сопровождается предварительной индивидуальной работой с участниками и их родителями, что позволяет терапевту собрать необходимую информацию и настроить ребенка или подростка на групповую работу. Как правило, терапевт собирает от родителей примерно следующие сведения (в каждом конкретном случае перечень вопросов может быть существенно расширен):

– возраст, род занятий родителей, сведения об их личности и особенностях взаимоотношений с ребенком;

– какие еще дети есть в семье, каковы их возраст, особенности взаимоотношений с направляемым на терапию ребенком;

– проблемы ребенка (с точки зрения родителей или каких-либо специалистов, работающих с ребенком): в чем они проявляются, когда возникли;

– имеются ли соматические или неврологические заболевания у ребенка;

– получал ли ребенок ранее психологическую поддержку, в чем она заключалась и каковы были результаты работы;

– особенности развития ребенка;

– индивидуальные особенности ребенка: интересы и занятия, характер взаимоотношений с окружающими людьми, уровень агрессии, способность к рефлексии и эмпатии, фрустрационная толерантность и пр.;

– каковы основные ожидания родителей от терапии.

В процессе беседы с родителями им необходимо пояснить общие задачи направления ребенка групповую терапию, примерное содержание занятий, предполагаемую продолжительность работы, периодичность занятий, ответить на их возможные вопросы.

Во время индивидуальной подготовительной работы с самим ребенком важно снять его тревожность и настроить на работу: предоставить информацию об особенностях групповой терапии, обсудить правила, проинформировать об условиях проведения занятий, предполагаемом размере и составе группы, общей продолжительности работы и пр. Еще одной задачей является получение от ребенка согласия на работу с ним.

К организационным процедурам следует отнести оформление документации о ходе терапевтических занятий. Как правило, терапевт постоянно ведет журнал посещения и журнал регистрации хода терапевтических занятий. В настоящее время используются различные формы регистрации терапевтической работы, поскольку сам терапевт, опираясь на стоящие перед ним и группой задачи, решает, что именно ему необходимо фиксировать и как потом представлять результаты работы. Так, при ведении журнала посещений и регистрации хода те-

рапевтических занятий терапевт может использовать специальный бланк, который заполняется на каждом занятии и содержит следующие пункты:

- дата и время занятия, его номер;
- ФИО присутствующих и отсутствующих на занятии;
- цель и задачи занятия;
- тема (темы), используемые упражнения и задания;
- общая атмосфера в группе в начале, середине и конце занятия;
- общий характер взаимодействия между участниками и терапевтом;

– содержание занятия: что делали отдельные участники, с какими материалами они работали и пр.;

- итоги занятия, планы относительно дальнейшей работы;
- как соотносится данное занятие с предыдущими (с точки зрения основных тем, используемых материалов, поведения и взаимодействия участников друг с другом и терапевтом и пр.);

– какой опыт смогли получить конкретный участник или группа в целом благодаря участию в данном занятии и как это на них повлияло.

В процессе работы терапевт отмечает промежуточные результаты групповой терапии, а по завершении работы терапевт составляет резюме, оценивающее конечные результаты и отражающее следующие показатели:

– наиболее значимые изменения в состоянии и поведении участников;

- степень соответствия этих изменений задачам группой терапии;
- рекомендации относительно продолжения терапии того или иного участника программы путем его включения в новую группу, перевода на индивидуальную психотерапию или использования какого-либо иного метода (с соответствующим обоснованием);

– рекомендации относительно условий и факторов поддержания достигнутых результатов групповой терапии во времени [21].

3.3.3. Использование арт-терапевтических упражнений в детской и подростковой группах

Основываясь на обобщении определений арт-терапии, содержащихся в различных отечественных и зарубежных источниках, А. И. Копытин и Е. Е. Свистовская предлагают рассматривать арт-терапию «как совокупность психологических методов воздействия, применяемых в контексте изобразительной деятельности клиента и психотерапевтических отношений и используемых с целью лечения, психокоррекции, психопрофилактики, реабилитации и тренинга лиц с различными физическими недостатками, эмоциональными и психическими расстройствами, а также представителей групп риска» [21, с. 12]. Арт-терапия включает в себя несколько направлений: изотерапия, сказкотерапия, музыкальная терапия, фототерапия, куклотерапия, песочная терапия, пластилиновая терапия и пр. (при работе с детьми они часто комбинируются).

Термин «арт-терапия» ввел в употребление в 1938 г. художник А. Хилл при описании своей работы с туберкулезными больными в санаториях. Неоценимый вклад в развитие арт-терапии внесли такие художники и психологи, как Э. Адамсон, Дж. Тимлин, М. Наумбург, Э. Крамер и многие другие. В начале своего развития арт-терапия отражала психоаналитические взгляды, согласно которым продукт художественной деятельности клиента (будь то рисунок, скульптура, инсталляция) выражает его неосознаваемые психические процессы. На сегодняшний день арт-терапия зарекомендовала себя как эффективный метод в работе с детьми и подростками, имеющими различные эмоциональные и поведенческие проблемы и нарушения в развитии, а также с жертвами сексуального, физического, эмоционального насилия, террористических атак и стихийных бедствий, беженцами и пр.

Терапевтический потенциал арт-терапии при переживании травматического стресса и его последствий в значительной мере связан с возможностью невербальной экспрессии, различными коммуникативными и защитными возможностями метафорического языка об-

разов, изобразительных материалов и видов творческой деятельности. Арт-терапия допускает разные способы обращения с художественными материалами, каждый из которых обладает своим арсеналом воздействия: некоторые позволяют снимать эмоциональное напряжение и способствуют успокоительному эффекту, другие – отреагировать травматичный опыт и обрести способность его контролировать. Основными психологическими механизмами, благодаря которым при арт-терапии происходят снятие напряжения, переработка травматического опыта и перестройка системы восприятия реальности, являются децентрирование, экстернализация (проекция) и символизация.

Децентрирование заключается в переключении внимания, уходе от поглощенности травматическими переживаниями и воспоминаниями, оно связано с переходом к более открытой позиции, допускающей различные неоднозначные и неожиданные взгляды на ситуацию за счет активизации творческих механизмов.

Экстернализация (проекция) представляет собой «перенос» физических ощущений, переживаний и представлений на внешние объекты, благодаря чему становится возможным дистанцирование человека от сложных переживаний и представлений: экстернализация словно «отделяет» травматический опыт от личности. Также этот механизм позволяет людям, переживающим психическую травму, поддерживать оптимально комфортную для себя дистанцию в отношениях со специалистом и с другими участниками группы. Художественные материалы и образы являются своеобразными посредниками в терапевтическом взаимодействии и способствуют тому, чтобы личности с ПТСР в процессе арт-терапии могли почувствовать свои личные границы, подпитать нарциссические потребности и реализовать широкий репертуар защитно-приспособительных реакций. Большую ценность приобретает опыт тактильного контакта участников арт-терапии с различными материалами, поскольку это влечет за собой оживление сферы физических ощущений, заблокированных в результате травмы.

Символизация связана с аналитико-синтетической деятельностью определенных структур мозга, ответственных за переработку

различной информации сенсорного, аффективного и когнитивного уровней, она также выступает средством формирования целостной, стабилизированной системы образных представлений, что ведет к осознанию опыта и научению. Благодаря символизации осуществляется постепенный перевод субъективного опыта из сферы бессознательного в сознание. Современные нейропсихологические исследования позволяют понять, каким образом символические образы обеспечивают передачу и усвоение той информации, которая не может быть усвоена на основе лишь понятийного мышления: выражение чувств с помощью символов способно приводить к катарсису, даже если содержание продукта творческой деятельности и смысл переживаний в процессе ее создания человеком не осознаются [23].

Важными условиями эффективности арт-терапевтической работы выступают внесение в случае необходимости изменений в продукт творческой деятельности; использование различных материалов с целью усложнения композиции; сочетание вербальной и невербальной экспрессии (это может осуществляться не только за счет описания травматических событий, но и с помощью придумывания названий для полученной продукции); рефлексия и описание детьми и подростками своих реакций, связанных с выполнением упражнений и восприятием созданной продукции.

Классическими трудами в области детской арт-терапии стали работы Э. Крамер «Арт-терапия в сообществе детей» (1958), «Арт-терапия с детьми» (1971) и «Детство и арт-терапия» (1979). Автор связывает терапевтический эффект этого метода с тем, что в процессе занятий ребенка изобразительной деятельностью происходят организация психических процессов и постепенный переход от относительно примитивных форм психической деятельности к более сложным. Э. Крамер выделила пять способов обращения детей с изобразительными материалами, которые соответствуют стадиям психического развития и совершенствования познавательных и коммуникативных навыков:

1) «предвестники» изобразительной деятельности – создание каракулей, размазывание краски, исследование физических свойств материалов;

2) хаотическое выражение чувств – разбрызгивание, удары кистью, размазывание краски;

3) стереотипии – копирование, создание линий и простейших стереотипных форм;

4) пиктограммы, выступающие в качестве средства графической коммуникации, замещающего или дополняющего слова;

5) оформленная экспрессия – создание символических образов, благодаря которым становятся возможными успешное самовыражение и коммуникация.

Для Э. Крамер сам процесс изобразительного творчества является важнейшим фактором развивающего и гармонизирующего воздействия на психику ребенка, при этом она отмечает, что часто изобразительная деятельность является для ребенка инструментом коммуникации, поскольку позволяет восполнить недостаток общения и построить более гармоничные отношения с окружающим миром. Роль терапевта, по мнению Э. Крамер, не является главенствующей, но именно его нахождение рядом с ребенком в момент занятия ведет к удовлетворению его потребностей в общении и коррекции нарушенных отношений [21].

Поскольку изобразительная деятельность ребенка выступает неким коммуникативным актом арт-терапии, терапевту следует овладеть навыками вербальной и невербальной обратной связи. Способность арт-терапевта давать интерпретации, адаптированные к особенностям детской психики, в результате позволяет детям понимать и вербально обозначать свои чувства и потребности, осознавать мотивы собственных действий и развивать механизмы контроля над переживаниями. Для обеспечения возможности понимать эмоционально-символические формы выражения детей терапевт должен быть обучен определенным коммуникативным навыкам, среди которых:

– активное наблюдение, слушание и восприятие слов и поступков ребенка;

– использование новых формулировок, т. е. зеркальное отображение когнитивного содержания суждений ребенка;

- селективное использование вопросов (лучше повторить высказывание ребенка, чем спросить «почему?»);
- вербализация эмоционального чувства, которое в скрытом виде содержится в высказывании или рисунке ребенка;
- использование терапевтом своих чувств, интуиций, восприятий и их вербализация для ребенка;
- ограничивающие воздействия [1].

Практикующие арт-терапевты описывают разнообразные варианты групповой терапии с детьми, предполагающей либо спонтанный характер деятельности участников, либо более структурированный. Плюсом терапевтической группы, где предполагается свободная деятельность, является то, что дети с радостью используют богатые возможности арт-кабинета, творчески организуют свое пространство, чередуют изобразительную работу с игрой и коммуникацией друг с другом.

К. Кейз и Т. Дэлли, практикующие подобный вариант организации, отмечают, что «...с детьми можно работать весьма успешно, используя возможности студии для художественных занятий и игр. Дети быстро идентифицируют себя с группой, приходя сюда в определенный день и час, однако вскоре каждый погружается в индивидуальную работу над своей, отражающей его проблемы темой. Арт-терапевт перемещается от одного ребенка к другому, останавливаясь и разговаривая с детьми. Иногда дети сами к нему обращаются. Дети могут образовывать пары и мелкие группки, создавая хорошую рабочую атмосферу высокой терпимости к каждому, что позволяет большинству из них успешно завершать свою работу без каких-либо помех. Такая группа может быть весьма ценной для развития социальных навыков детей, поскольку они чутко воспринимают ту модель отношений и терпимости к различиям, которую демонстрирует арт-терапевт. ...То высокое доверие, которое при этом формируется, позволяет детям спокойно воспринимать индивидуальные различия, приходить к взаимопониманию и помогать друг другу» (цит. по: [21, с. 17]).

М. Либманн при работе с группой детей придерживается более структурированного подхода к проведению арт-терапевтических за-

нятий и описывает практику тематических групп, которые отличаются более выраженной трехчастной структурой занятий, т. е. предполагают переход от одного вида деятельности к другому (при этом предполагается определенная тематика занятия). Плюсом структурированных занятий можно считать то, что структурирование способствует снижению тревоги и увеличению групповой сплоченности. Также выбор терапевтом определенных тем и использование конкретных упражнений дарит детям чувство безопасности.

Несмотря на кажущуюся легкость, арт-терапевтические занятия с детьми не лишены трудностей: работа в детских группах может быть очень динамичной, что при отсутствии контроля со стороны терапевта может привести к внезапному деструктивному поведению детей. В связи с этим перед арт-терапевтом стоят задачи оперативно реагировать на проявления импульсивного поведения и формировать у детей такую культуру поведения, которая могла бы стать альтернативой характерной для них тенденции к агрессивным действиям в ситуации конфликта. Эффективное проведение групповой арт-терапии с детьми требует более жесткого структурирования их деятельности, чем у взрослых. При этом арт-терапевту важно не перейти к жесткому гиперконтролю деятельности и не подавить творческого потенциала детей.

Групповая арт-терапия с подростками обладает мощным потенциалом воздействия:

- дает подросткам возможность самим контролировать, насколько быть открытыми для общения, в какой мере доверять другим людям свои чувства и мысли, какую дистанцию выбрать при общении со взрослым (арт-терапевтом). Все это создает их большую, чем в индивидуальной арт-терапии, психологическую защищенность (Riley, 1999; Knille, Tuana, 1980), что очень важно при работе с подростками – жертвами насилия, у которых наблюдаются симптомы ПТСР;

- позволяет подросткам удовлетворять их потребность в самостоятельности и защите своего личного пространства;

– обеспечивает подросткам возможность взаимной эмоциональной поддержки на этапе их дистанцирования от семьи и психологического самоопределения;

– служит преодолению чувства социальной изоляции, что важно при работе с подростками – жертвами насилия;

– способствует формированию у подростков из дисфункциональных семей и столкнувшихся с насилием опыта более здоровых семейных отношений благодаря групповому взаимодействию со сверстниками в присутствии терапевта (Steward et al., 1986);

– дает возможность вербального и невербального общения в арт-терапевтической группе: обсуждения и интерпретации подростковых работы должны применяться в такой форме, которая учитывала бы психологическую готовность участников и степень их доверия друг к другу и ведущему. При работе с подростками арт-терапевту лучше использовать не прямые вопросы и интерпретации, которые предполагают использование преимущественно языка метафор и ссылок на третьих лиц [21].

Возможны различные варианты групповой работы с подростками: она может быть построена в форме тематической, динамической или студийной групп.

При формировании подростковой арт-терапевтической группы следует учитывать, что она должна быть по возможности закрытой, поскольку для подростков типично обостренное реагирование на появление новых участников. В случае если все же в группу включается новый участник (т. е. группа полузакрытая), требуется дополнительная подготовительная работа. Для сплочения группы и активизации групповой динамики терапевт может вводить различные формы парной (парное рисование и обсуждение) и коллективной работы, контролируя при этом, чтобы участники группы не нарушали личные границы друг друга.

Несмотря на то что работа арт-терапевтической группы должна иметь тематическую направленность, терапевту важно проявлять гибкость и допускать проявление участниками инициативы и спонтанности. Так, терапевт может предлагать подросткам различные задания на

свободное рисование и так называемые «открытые проекты» (Waller, 1993) с многочисленными способами решения творческих задач.

Для того чтобы способствовать формированию чувства безопасности в группе, терапевт может предлагать подросткам задания, связанные с обозначением и осознанием личных границ (например, изображение или моделирование своего «жизненного пространства» с использованием различных объектов и объемных материалов). Также терапевт может вводить задания, ориентированные на предъявление в визуальной форме своего психологического, гендерного и культурного «Я» (создание автопортретов, личных гербов, флага своей культурной идентичности), поскольку для подросткового возраста значимы аспекты своей идентификации. В группах с высоким уровнем сплоченности можно задействовать более сложные темы, такие как физическое созревание, нарушение внутрисемейных отношений, насилие среди подростков, прием алкоголя и наркотиков, ранний сексуальный опыт и пр.

При работе с пострадавшими от травматического стресса очень важно соблюдать определенную последовательность в разработке тем. От обсуждения нейтральных тем, создающих пространство доверия и безопасности, терапевт и участники группы переходят к погружению в кризисные переживания с их отреагированием и последующим созданием положительного настроения и жизненной перспективы. Для первого этапа работы подойдут рисунки и рассказы на тему «Мой автопортрет в полный рост», «Моя семья» («Семейная социограмма»), «Если бы у меня была волшебная палочка...» Они позволяют мягко познакомиться с внутренним миром участников группы, исследовать образ «я», представления о семейном окружении и самочувствии в семье. Для второго этапа характерны рисунки и рассказы на тему «Я переживаю», «Я боюсь», «Сон, который меня взволновал», «Я об этом не хочу вспоминать». Эти задания несут основную эмоциональную нагрузку и активизируют проявление чувств и воспоминаний. Благодаря подобным работам осуществляется выявление отрицательных переживаний, внутриличностных и межличностных конфликтов, механизмов психологической защиты и копинг-

стратегий. В процессе исследования психотравмирующих переживаний происходит отреагирование отрицательных эмоций либо дистанцирование от них. Третий этап включает создание продуктов творческой деятельности на такие темы, как «Я такой довольный и счастливый», «Мне 25 лет, я взрослый и работаю на своей работе» (для детей). Их цели – снятие психоэмоционального напряжения, развитие чувства уверенности в себе и своих силах справляться с трудностями, формирование образа позитивного будущего. Список тем и их формулировки могут изменяться с учетом анамнеза, индивидуально-психологических особенностей клиента и его значимой проблематики, выявляемой в ситуации консультирования [23].

В последние годы при работе с психической травмой все чаще используются техники фототерапии. Фотографии могут быть использованы как стимульный материал не только для последующего обсуждения, но и для разных видов творческой деятельности, таких как творческие повествовательные приемы, создание фотоколлажей, «графическая разработка» фотографии, фотодрама (ролевую игру и сценическую практику на основе использования фотографий). М. Симмонс использовал фотосъемку в своей работе с группой детей, столкнувшихся с потерей значимого лица, в качестве альтернативной формы выражения и переработки опыта переживания утраты. Программа получила название «Фотографии из жизни»: дети в возрасте от 8 до 16 лет создавали фотографии, связанные с их переживаниями и воспоминаниями об умершем родственнике. Она включала недельный курс групповых интенсивных занятий, в ходе которых дети имели возможность преодолеть чувства одиночества и изоляции, развить навыки коммуникации, выразить и глубже осознать свои чувства в присутствии друг друга на основе творческой фотографии. Они делились полученными работами с близкими, что способствовало укреплению семейных связей и взаимопонимания [23].

Арт-терапия позволяет не только проводить терапевтическую работу, но и выявлять детей, перенесших насилие. Безусловно, на одних лишь данных, полученных в ходе арт-терапевтического задания, невозможно точно установить факт насилия, однако авторам удалось

выявить наиболее характерные изобразительные проявления детей, столкнувшимся со столь травматичным опытом:

- нередко стараются смешивать разные краски и материалы, которые затем размазывают по плоской поверхности или помещают в различного рода емкости для того, чтобы терапевт сохранил их в надежном месте. Подобные работы могут символизировать некую «тайну», которую ребенок должен был до этого держать в себе самом (Сейгар, 1990);

- дети-жертвы сексуального насилия часто обильно используют воду или другую жидкость или добавляют к ним иные материалы, при этом они часто желают сохранить подобный раствор или «кашу» в течение нескольких недель, закрывая его в какой-либо емкости;

- стремятся портить «хорошие» или «чистые» рисунки путем их закрашивания, сжигания, сминания или протыкания (эта тенденция определенным образом связывалась с тем, что дети, являющиеся жертвами насилия, становятся склонными к нему);

- часто при изображении человеческих фигур демонстрирует следующие признаки: «обрезанные» конечности, заштрихованный или отсутствующий рот и глаза, неровная поза, заштрихованные или оторванные гениталии и плохая интегрированность частей тела;

- используют механизм расщепления с целью преодолеть травму, что находит свое выражение в поляризации изображения на две части, отражающие разные грани переживаний: положительную и отрицательную (Мэрфи, 2001);

- используют искусство для самоуспокоения, часто применяя повторяющиеся линии, штрихи и точки при рисовании, смешивая и накладывая краски друг на друга или при работе с глиной делая повторяющиеся удары или другие движения [22].

3.3.4. Тренинг как способ реабилитации детей и подростков

Тренинг – это совокупность психотерапевтических, психокоррекционных и обучающих методов, направленных на развитие навыков самопознания и саморегуляции, общения и межперсонального

взаимодействия, коммуникативных и профессиональных умений [50, с. 645]. Тренинговые занятия строятся таким образом, чтобы каждый участник сумел проявить себя, сформировать или развить необходимые личностные качества или поведенческие навыки. Необходимость одновременного выполнения заданий формирует взаимную связь участников, повышенное внимание друг к другу, активизирует рефлексию. Тренинговая группа может существовать как несколько дней (интенсивный курс), так и несколько лет (при встречах один раз в неделю).

В тренинговой работе принято выделять несколько базовых методов тренинга [8]:

- групповая дискуссия;
- игровые методы;
- методы, направленные на развитие социальной перцепции;
- методы телесно-ориентированной психотерапии;
- медитативные техники;

Групповая дискуссия – это групповое обсуждение какого-либо спорного вопроса, позволяющее в процессе непосредственного общения прояснить мнения, позиции и установки участников группы, а в некоторых случаях – изменить их. Дискуссионные методы применяются при разборе разнообразных ситуаций из опыта участников, при анализе предлагаемых тренером сложных ситуаций межличностного взаимодействия и в других случаях. В тренинге групповая дискуссия используется как способ позволить участникам посмотреть на ситуацию, проблему с разных сторон (что способствует уменьшению сопротивления восприятию новой информации от тренера и других участников группы). Также групповая дискуссия является определенным способом организации групповой рефлексии через анализ индивидуальных переживаний (это способствует самораскрытию участников, увеличению сплоченности группы). Помимо этого, групповая дискуссия может решать и некоторые другие задачи: актуализация и разрешение скрытых конфликтов, устранение эмоциональной предвзятости в оценке позиции партнера путем открытых высказываний, предоставление возможности участникам проявить свою компетент-

ность и тем самым удовлетворить потребность в признании и уважении. Классифицировать виды групповой дискуссии можно по разным основаниям. Так, основанием можно выбрать способ организации: дискуссия может быть *структурированной* (где задается тема для обсуждения, а иногда и четко регламентируется порядок проведения дискуссии) и *неструктурированной* (где ведущий пассивен, темы выбираются самими участниками, время дискуссии формально не ограничивается). Основанием для классификации можно считать характер обсуждаемого материала: в этом случае можно говорить о *тематических* дискуссиях (когда обсуждаются важные для всех участников тренинговой группы проблемы), *биографических* дискуссиях (где акцент смещается на прошлый опыт), *интеракционных* дискуссиях (их материалом являются структура и содержание взаимоотношений между участниками группы).

Следующая группа – *игровые методы* – включает ситуационно-ролевые, дидактические, творческие, организационно-деятельностные, имитационные, деловые игры. Игра может использоваться и как психотерапевтический метод, что часто находит применение в гештальт-терапии, психодраме, транзакционном анализе Э. Берна. (деструктивные игры в общении). Использование игровых методов в тренинге весьма обширно и эффективно: игры используются как способ преодоления скованности и напряженности участников, как условие безболезненного снятия «психологической защиты». Также они нередко выступают диагностическим инструментом, благодаря которому можно легко обнаружить наличие трудностей в общении и серьезных психологических проблем. С помощью игры интенсифицируется процесс обучения, опробуются и закрепляются новые поведенческие навыки, тренируются вербальные и невербальные коммуникативные навыки. Игровые методы используются для создания условий, в которых становятся возможными самораскрытие, искренность, обнаружение творческих потенциалов участников группы.

Методы, направленные на развитие социальной перцепции, также являются весьма востребованными в тренинговых группах: они развивают умение воспринимать и понимать и окружающих людей

и самих себя. С помощью специально разработанных упражнений участники тренинга получают вербальную и невербальную информацию о том, как их воспринимают другие люди, и насколько адекватно их собственное самовосприятие.

Методы телесно-ориентированной психотерапии, основателем которой является В. Райх, в настоящее время признаются практикующими психологами как очень важная группа методов, направленная на восстановление и осознание телесной самости. Здесь можно выделить три основные подгруппы приемов: работа над структурой тела (техника Александера, метод Фельденкрайза), чувственное осознание и нервно-мышечная релаксация, восточные методы (хатха-йога, тайчи, айкидо).

Медитативные техники чаще всего используются в целях обучения физической и чувственной релаксации, умению избавляться от переизбытка психического напряжения, стрессовых состояний. Медитативные техники в тренинговых группах сводятся к развитию навыков аутосуггестии и закреплению способов саморегуляции.

Тренинговая работа может применяться по различным показаниям, одно из которых – травматичный опыт в анамнезе участников.

Дж. Г. Мэнделл и Л. Дамон разработали программу групповой терапевтической работы с детьми 7–13 лет, пережившими сексуальное злоупотребление. Авторы изложили основные принципы формирования группы, рекомендации по организации работы группы и программу проведения самой терапии, которая при необходимости может быть модифицирована и расширена с учетом потребностей конкретной группы [40]. Как отмечают авторы, наилучших результатов при проведении психотерапевтических групп для жертв сексуального насилия можно добиться, когда групповая работа построена на основе директивной и структурированной программы. Гуманистический подход позволяет детям почувствовать, что они не одиноки в своей беде, поверить в собственные силы и ощутить удовольствие от отношений, построенных на уважении и принятии. Также групповая терапия включает в себя и работу с родителями (или лицами, их заменяющими), не причастными к злоупотреблению. Это дает возможность

взрослым, несущим ответственность за ребенка, осознать свою роль в процессе его выздоровления, проанализировать собственные переживания и лучше понять влияние психической травмы на дальнейшее развитие ребенка.

Программа групповой психотерапии является систематической и долгосрочной, а ее реализация должна проходить в спокойной и доброжелательной обстановке и соответствовать принципу «от простого к сложному», предполагающему, что переход к более проблемному материалу происходит только тогда, когда участники тренинговой группы к этому готовы. Поскольку программа является долгосрочной, у детей и взрослых появляется возможность проработать свои чувства и психологические проблемы в доброжелательной атмосфере, без спешки и давления.

Программа состоит из трех основных этапов, включающих в общей сложности десять модулей.

Этап I. Основная задача – адаптировать детей к групповому взаимодействию и создать обстановку, способствующую работе с болезненными чувствами и душевными конфликтами, порожденными происшедшим злоупотреблением.

Этот этап включает в себя модуль 1 «Добро пожаловать в группу», модуль 2 «Приобретаем друзей» и модуль 3 «Чувства – это нормально».

Этап II. На этом этапе происходит работа непосредственно с психологической травмой, полученной ребенком в результате сексуального злоупотребления и последующей огласки случившегося; анализируются возникающие у детей и взрослых чувства стыда, вины, незащитности, беспомощности, ответственности за происшедшее, ощущение предательства и потребность скрыть случившееся.

Этот этап включает в себя модуль 4 «Рассказываем друг другу о том, что произошло», модуль 5 «По секрету» и модуль 6 «Моя семья».

Этап III. Завершающий этап терапии позволяет участникам тренинговой группы сформировать позитивный образ будущего, переключить внимание с пережитой ими драмы на продолжение нормаль-

ной жизни. Затрагиваются такие темы, как самооценка, умение отстаивать свои права, половое созревание.

Этот этап включает в себя модуль 7 «Позаботься о себе сам», модуль 8 «Девочки взрослеют», модуль 9 «Мальчики взрослеют» и модуль 10 «На прощание».

При групповой работе с детьми и подростками часто сочетаются две формы работы: тренинговая и арт-терапевтическая. Подобный вариант работы отражен в коррекционно-развивающей программе Е. В. Панкратовой для несовершеннолетних преступников [36]. Девиантный ребенок рассматривается здесь как субъект, столкнувшийся на ранних этапах своего развития с неким фрустрирующим, травматическим опытом, который не позволил ему благополучно разрешить психосоциальный конфликт, характерный для каждой стадии психосексуального развития. Эта программа предполагает, в первую очередь, ориентацию на бессознательные аспекты: прорабатывание конфликта ранних периодов развития, удовлетворение архаических потребностей на бесконфликтном уровне и ресурсную подпитку, развитие креативности и только затем на формирование необходимых социальных навыков. Особое внимание Е. В. Панкратова и соавторы программы уделяют работе с образами, символами и техниками, направленными на проработку оральной стадии развития. Программа состоит из пяти модулей, каждый из которых отражает определенный возрастной этап (табл. 6) и содержит упражнения социально-психологического тренинга и арт-терапии.

**Основные принципы психотерапевтической работы
в процессе символического ретроспективного разрешения
психосоциального конфликта ранних стадий развития**

№ модуля	Возрастной период. Основные характеристики	Основные принципы терапии
1	2	3
Модуль 1	<p><i>Младенчество</i></p> <p>Ведущая деятельность – непосредственно-эмоциональное общение.</p> <p>Психосоциальный конфликт – доверие против недоверия.</p> <p>Стадия психосоматического развития – оральная.</p> <p>Возрастные задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> – телесный контакт; – кормление досыта; – защищенность, постоянное окружение; – повторяемость и константность процедур ухода как основа доверия к миру и т. п. 	<p>Символическое кормление, насыщение и защита в процессе терапевтических техник.</p> <p>Арт-терапевтическая работа с символами «Сосуд», «Вода», «Скатерть-самобранка» и т. п.</p> <p>Проигрывание ощущения слитности с миром, арт-терапевтическая работа с темой природы, космоса, океана</p>
Модуль 2	<p><i>Раннее детство</i></p> <p>Ведущая деятельность – предметно-манипулятивная.</p> <p>Психосоциальный конфликт – автономность против стыда и сомнений.</p> <p>Стадия психосоматического развития – анальная.</p> <p>Возрастные задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> – исследование тела, продуктов тела, манипуляции с ними; – возможность действовать независимо; – уверенность благодаря успешному самообслуживанию, опрятность 	<p>Создание в процессе психотерапии условий и возможности действовать независимо и уверенно.</p> <p>Признание и похвала. Поощрение творческих проявлений.</p> <p>Разнообразная предметно-манипулятивная деятельность. В этом модуле большое внимание мы рекомендуем уделять арт-терапевтическим техникам работы с глиной, песком, соленым тестом, красками, пластилином и т. п.</p>

1	2	3
Модуль 3	<p><i>Дошкольное детство.</i> Ведущая деятельность – ролевая игра. Психосоциальный конфликт – инициативность против вины. Стадия психосоматического развития – фаллическая. Возрастные задачи: – совместная игра; – моделирование мира; – активная предприимчивость; – инициативность</p>	<p>Работа с нормами и правилами, личностными границами, ценностными ориентациями и моральными ценностями. Признание и похвала. Поощрение инициативы. Обучение умениям действовать совместно. Поощрение проявлений активности. Моделирование картины мира с помощью техник арт-терапии. Позитивная обратная связь. Развитие социально-коммуникативных навыков</p>
Модуль 4	<p><i>Младшее школьное детство</i> Ведущая деятельность – учение. Психосоциальный конфликт – трудолюбие против неполноценности. Стадия психосоматического развития – латентная. Возрастные задачи: – эго-идентичность формируется, усиливается за счет социального отражения; – проработка проблем прежних стадий</p>	<p>Работа с Я-образом с помощью арт-терапии и обратной связи. Работа с когнитивными процессами. Развитие лексического запаса. Признание и похвала. Поощрение инициативности и самостоятельности</p>
Модуль 5	<p><i>Подростковый возраст</i> Ведущая деятельность – общение интимно-личностное, учебно-профессиональная деятельность. Психосоциальный конфликт – интимность против изоляции. Стадия психосоматического развития – генитальная. Возрастные задачи: – внешний вид, признание;</p>	<p>Арт-терапевтическая работа с костюмами, масками, карнавалом. Проигрывание метафор, мифов. Работа с Я-образом, внутренним ресурсом, образом будущего. Использование психодраматических техник</p>

1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> – призвание; – решение старых задач на качественно новом уровне (с преобладанием когнитивной составляющей); – доверие к миру, самостоятельность, инициативность, умения 	

Очевидно, что выбор групповой или индивидуальной работы, эффективных техник определяется и содержанием проблемы, и возрастом ребенка, нуждающегося в психологической помощи. Не менее очевидно, что терапевтическая работа требует высокого уровня профессионализма от специалиста, работающего с ребенком или подростком с травматическим опытом.

Контрольные вопросы и задания

1. Перечислите основные преимущества групповой работы над индивидуальной.
2. Какие категории детей и подростков не подходят для групповой терапевтической работы?
3. Каким образом ведется документация при проведении групповой работы и какую цель она преследует?
4. Какие направления арт-терапии существуют?
5. В чем, на Ваш взгляд, преимущества арт-терапевтических техник при работе с детьми и подростками, столкнувшимися с травматическим стрессом?

Практическое задание. Участие в тренинге

Разработать или провести в группе арт-терапевтическое упражнение, связанное с отработкой психотравмирующей ситуации:

- указать цель и задачи упражнения;
- описать целевую аудиторию: возраст и психологические особенности участников, их количество;

- описать необходимый инвентарь для проведения упражнения;
- составить инструкцию для участников;
- описать процесс выполнения упражнения;
- проанализировать его исполнение группой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психическая травма – очень сложный, многомерный феномен, изучение которого ведется исследователями различных психологических направлений, указывающих на разнообразную симптоматику и особенности этого явления. Психические травмы условно можно классифицировать, исходя из вызывающего их фактора:

- острые шоковые травмы (угроза жизни или целостности);
- кратковременные психотравмирующие ситуации, играющие большую роль в жизни ребенка (утрата родителя, буллинг, тяжелая болезнь и пр.);
- психотравмирующие ситуации хронического характера, затрагивающие основные ориентации ребенка (семейные конфликты, противоречивое и деспотическое воспитание и прочее);
- факторы эмоциональной депривации (недостаток ухода, заботы, ласки и пр.).

Настоящее учебное пособие структурировано таким образом, чтобы обратить внимание на все описанные выше факторы.

Особенности психики делают детский возраст наиболее уязвимым к разного рода травмам. Психическая травма, полученная в детском возрасте, накладывает отпечаток на формирование личности, что может отражаться в трудностях коммуникации, тревожности, заниженной самооценке, депрессивных тенденциях, эмоциональных нарушениях, соматизации, различных диссоциативных паттернах, дезапативности, деструктивности и пр.

Острые травмы часто являются источником для формирования посттравматического стрессового расстройства, которое при определенных условиях может трансформироваться в посттравматическое стрессовое расстройство. В настоящий момент в существующих классификаторах болезней описываются симптомы ПТСР, характерные для взрослых. В связи с этим в учебном пособии уделяется особое внимание диагностике детского ПТСР.

Безусловно, человек, имеющий в анамнезе психическую травму, нуждается в помощи как со стороны ближайшего окружения, так

и в профессиональной психотерапевтической. К сожалению, не все люди обращаются за помощью, что влечет за собой усугубление их душевных страданий, чувство изолированности от других, пустоту, неспособность испытывать радость, эмоциональную уплощенность. В настоящее время существует множество вариантов оказания эффективной психологической помощи лицам, столкнувшимся с различного рода травмами. В пособии представлены несколько направлений, весьма успешно работающих с последствиями травматичных событий. Однако в рамках одного пособия невозможно описать все существующие подходы. В связи с этим авторы рекомендуют читателям ознакомиться с другими методами, представленными в альтернативных литературных источниках.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ

При использовании настоящего пособия студенту предлагается воспользоваться следующими рекомендациями.

1. Посещайте различные виды аудиторных занятий: лекционные занятия и консультации преподавателя, где у вас есть возможность познакомиться с основными темами и задать уточняющие вопросы. Принимайте активное участие в практических и лабораторных занятиях, где с помощью групповых форм работы происходит эффективное закрепление необходимых знаний и навыков.

2. Составляйте краткие опорные конспекты по прочитанному материалу пособия, что позволит вам обобщить и систематизировать учебный материал, а также стимулировать различные виды памяти.

3. При столкновении с непонятным для вас термином, воспользуйтесь источниками, указанными в списке литературы, или другими ресурсами для прояснения значения термина.

4. После завершения изучения каждой темы попробуйте ответить на предложенные вопросы и выполнить задания. Также обязательно пройдите тестирование, которое позволит вам понять недостаточно изученные темы.

5. Ориентируйтесь на чтение первоисточников, фундаментальных работ по представленным темам.

6. Обращайте внимания на приложения, представленные в пособии, они способствуют более глубокому усвоению материалов пособия.

7. Дополняйте материал пособия просмотром видеоматериалов, относящихся к темам и раскрывающим их содержание:

– художественные фильмы, демонстрирующие особенности психической травмы и ПТСР: «Повелитель приливов» (1991), «Пианистка» (2001), «Черный лебедь» (2010), «Сибилла» (2006), «Говори» (2004), «Сортировка» (2009), «Загадочная кожа» (2004), «Бесстрашный» (1993);

– документальные научные фильмы: три фильма о Ф. Дольто (фильм 1 «Ты выбрал родиться»: <https://youtu.be/IOpj9Dk2roE>; фильм 2 «Говорить правду»: https://m.vk.com/video-23036474_171331544; фильм 3 «Не бойтесь»: https://youtu.be/H56vWj_AJHg); «Джон: теория привязанности»: <https://youtu.be/07oBPUgxicI>;

– научно-популярные лекции и вебинары: Долганова А. Психическая травма: <http://anastasiadolganova.ru/video/lekciya-o-psihicheskoy-travme.html>; Погодин И. Психотерапия травмы: <https://youtu.be/nvaihJ6lBuk>; Мюррей М. Психология детской травмы: внутренний ребенок и внешний человек: <https://youtu.be/kagXW4pjuLw>; Писарева О. Детские психологические травмы взрослого человека: <https://youtu.be/S222NUgazWU>; Гамаюнова О. Нарциссизм, вебинар, часть 1: <https://youtu.be/3fM4Mvlrm1A>

8. Выполняйте задания для самостоятельной работы в течение всего семестра, это позволит сделать работу качественно, представить ее в срок и избежать психологических перегрузок. При выполнении самостоятельной работы придерживайтесь требований, предъявляемых к каждому конкретному виду работы.

Общими требованиями к любому виду работы являются:

– содержание работы должно отражать ее название;

– необходимо выдерживать логическую последовательность при изложении материала;

– работа выполняется в научном стиле с использованием терминологии, принятой в психологических сообществах;

– каждая работа должна соответствовать структуре: титульный лист (в качестве образца можно использовать титульный лист курсовых работ или рефератов), основная часть – раскрытие вопроса; список используемых источников;

– работа предоставляется в классическом формате: черный цвет шрифта; гарнитура Times New Roman; полуторный интервал; 14 размер шрифта.

Аттестация студентов происходит в форме дифференцированного зачета. Допуск к зачету студент получает при выполнении следующих требований:

– посещение аудиторных занятий (при наличии пропусков студенту необходимо самостоятельно подготовить материал по пропущенным темам и представить его преподавателю в устной или письменной форме);

– прохождение тестирования (с результатом не менее 75 % правильных ответов);

– выполнение самостоятельной работы с учетом требований к ней.

Зачет проходит в устной форме в виде дискуссионного круглого стола.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ

Настоящее учебное пособие может быть взято за основу при преподавании ряда дисциплин, относящихся к направлениям подготовки 44.03.02 Психолого-педагогическое образование, 37.03.01 Психология, 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование, 44.05.01 Педагогика и психология девиантного поведения.

Преподавание дисциплины с использованием пособия предусматривает следующие формы работы: контактную форму (лекции, практические занятия, лабораторные занятия) и самостоятельную работу студентов. Контактные формы обучения должны реализовываться с помощью различных методов:

– *объяснительно-иллюстративный метод* – метод, при котором учащиеся получают знания в «готовом» виде;

– *метод проблемного изложения* – метод, при котором преподаватель ставит перед обучающимися проблему, формулирует познавательную задачу, а затем, сравнивая различные подходы и сопоставляя существующие взгляды, показывает способ решения поставленной задачи;

– *частично-поисковый метод* – метод обучения, заключающийся в организации активного поиска решения выдвинутых в обучении познавательных задач под руководством преподавателя или на основе эвристических программ и указаний;

– *исследовательский метод* – метод, в котором после анализа материала, постановки проблем и задач и некоторых методических рекомендаций учащиеся самостоятельно изучают литературные источники, видеоматериалы, ведут наблюдения и/или выполняют другие действия поискового характера.

Для эффективного освоения курса студентами преподавателю важно контролировать посещение лекционных, практических, лабораторных занятий, оценивать подготовку докладов студентами в течение семестра, своевременно проверять выполнение заданий для самостоятельной работы. Самостоятельная работа студентов может

включать несколько составляющих: работу с текстами (учебниками, пособиями, монографиями, дополнительной литературой, в том числе материалами из Интернета); написание эссе и рефератов; подготовку докладов для самостоятельных выступлений; составление словаря по изучаемым темам; решение ситуационных задач; анализ художественных или документальных фильмов; решение тестов и психологических задач; подбор и анализ примеров из различных источников; составление структурно-логического конспекта; составление электронных презентаций; формирование портфолио; подготовка к зачету/экзамену.

При использовании настоящего пособия в рамках обучения студентов преподавателю важно придерживаться следующих рекомендаций.

1. Учитывать последовательность разделов и тем: преподавателю рекомендуется изначально уделить внимание основным теоретическим концепциям психической травмы, а затем переходить к конкретным вопросам практической психологической деятельности. Все темы курса должны быть взаимосвязанными, дополняющими друг друга.

2. Сочетать индивидуальные и коллективные формы обучения: преподавателю рекомендуется использовать такие технологии, как имитационные игры, анализ конкретных ситуаций, метод проектов и пр.

3. Использовать современные информационные технологии: преподавателю рекомендуется включать в учебный процесс презентации, отражающие ключевые моменты изучаемых тем, а также стимулировать студентов к созданию подобных презентаций; целесообразно использовать различные интернет-ресурсы, на которых преподаватель может размещать различную информацию, относящуюся к изучаемой дисциплине (например, преподавательская страница: <http://prepod.nspu.ru>).

4. Ориентировать студентов на обращение к первоисточникам: преподавателю рекомендуется использовать на занятиях тексты, относящиеся к фундаментальным трудам по проблемам психической травмы.

5. Включать видеоматериалы, позволяющие глубоко раскрывать содержание разделов и тем: преподавателю рекомендуется дополнять содержание пособия различными видеоресурсами:

– художественные фильмы, демонстрирующие особенности психической травмы и ПТСР: «Повелитель приливов» (1991), «Пианистка» (2001), «Черный лебедь» (2010), «Сибилла» (2006), «Говори» (2004), «Сортировка» (2009), «Загадочная кожа» (2004), «Бесстрашный» (1993);

– документальные научные фильмы: три фильма о Ф. Дольто (фильм 1 «Ты выбрал родиться»: <https://youtu.be/IOpj9Dk2roE>; фильм 2 «Говорить правду»: https://m.vk.com/video-23036474_171331544, фильм 3 «Не бойтесь»: https://youtu.be/H56vWj_AJHg); «Джон: теория привязанности»: <https://youtu.be/07oBPUgxicI>;

– научно-популярные лекции и вебинары: Долганова А. Психическая травма: <http://anastasiadolganova.ru/video/lekciya-o-psihicheskoy-travme.html>; Погодин И. Психотерапия травмы: <https://youtu.be/nvaihJ6lBuk>; Мюррей М. Психология детской травмы: внутренний ребенок и внешний человек: <https://youtu.be/kagXW4pjuLw>; Писарева О. Детские психологические травмы взрослого человека: <https://youtu.be/S222NUgazWU>; Гамаюнова О. Нарциссизм, вебинар, часть 1: <https://youtu.be/3fM4Mvlrm1A>

6. Подготовить пакет заданий для самостоятельной работы студентов: преподавателю рекомендуется в начале семестра сформировать пакет заданий для самостоятельной работы, формы которой могут быть как классическими (подготовка рефератов, докладов, написание эссе и пр.), так и творческими (создание видеороликов, оформление портфолио и пр.).

7. Способствовать формированию благоприятного эмоционального климата в образовательной среде: преподавателю рекомендуется создавать и поддерживать психологически комфортное пространство, позволяющее всем участникам образовательной среды быть максимально включенными в исследовательский процесс, сохранять мотивацию к освоению курса, проявлять творческую и научную активность, выражать свое мнение и формировать мировоззренческую психологическую позицию.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Выберите верный ответ.

Психиатрия XIX в., находившаяся под влиянием естественно-научной парадигмы, в основном рассматривала психические расстройства как следствие:

- a) воздействия травм, бактерий, вирусов, токсинов
- b) неких переживаний, предшествующих болезни
- c) суггестивных воздействий на личность
- d) недобропорядочного образа жизни

2. Выберите верный ответ.

Ведущим ученым-психиатром XIX в., рассматривающим этиопатогенетические факторы как детерминанту психических расстройств, является:

- a) З. Фрейд
- b) Т. Тилинг
- c) Э. Крепелин
- d) К. Ясперс

3. Выберите верный ответ.

Психоаналитические работы демонстрируют, что психическая травма

- a) всегда предъясняется как болезненное воспоминание
- b) всегда «маскируется» под симптом
- c) может предъясняется либо в прямом виде (как воспоминание), либо в скрытой форме (вызывать замещающий симптом)
- d) не связана с психосоматикой

4. Найдите лишний ответ.

К типичным группам симптомов травматических неврозов, выделенных О. Фенихелем, будет относиться:

- a) блокирование или снижение функций Эго
- b) периодические приступы неконтролируемых эмоций
- c) бессонница или тяжелые нарушения сна

- d) суицидальные фантазии и поведение
- e) осложнения в виде психоневрологических симптомов

5. Установите соответствие.

1. Инфантильная травма	а) травма, полученная в младенчестве, из-за неспособности матери облегчать дистресс ребенка и снимать его перенапряжение. Состояние, при котором возникает массовый отклик, вовлекающий в себя весь психологический и физический репертуар ребенка
2. Нарциссическая травма	б) травма возникает из незначительных повреждений в результате промахов матери при осуществлении защитной функции («функции щита») на протяжении всего развития ребенка от рождения до подросткового возраста. Связана с тем, что ребенок часто не получает помощи для поддержания своего еще неустойчивого и незрелого Я
3. Кумулятивная травма	с) травма проистекает, в сущности, из дефицита эмпатии родителей и нарушения нормального развития процессов идеализации. Представляет собой повышенную уязвимость к стыду и зависти, а также трудность в поддержании границ между собой и окружающими людьми

6. Вставьте пропущенное слово:

Когнитивная ... – единый блок знаний, возникающий на основе прошлого опыта и обеспечивающий точку отсчета для оценки предстоящего опыта и влияющий на восприятие событий и людей и реакцию на них.

7. Выберите верное утверждение.

- а) когнитивные схемы не различаются по степени гибкости
- б) при столкновении с травматическим событием воздействию подвергаются базисные убеждения личности
- с) механизм ассимиляции заключается в подстройке схем, их приспособлению к новому объекту

d) система убеждений личности содержит только разумные рациональные убеждения, проверяемые опытным путем

8. Выберите верный ответ.

Логотерапия предлагает клиентам преодолевать кризисы и травмы с помощью:

a) обнаружения индивидуального смысла

b) участия в терапевтических группах для обмена чувствами и опытом

c) телесно-ориентированных практик

d) нахождения позитивных личных преобразований

9. Вставьте пропущенное слово.

К «экзистенциальным данностям», которые составляют содержание человеческого существования, относятся такие категории, как «свобода», «изоляция/одиночество», «бессмысленность» и

10. Выберите верный ответ.

П. Левин описывает травму как результат:

a) вытеснения чувств

b) иммобилизации нервной системы

c) диссоциации тела и сознания

d) недостатка поддержки среди ближайшего окружения

11. Установите соответствие.

1. Холдинг	a) материнская способность идентифицироваться с маленьким ребенком, ставить себя на его место и таким образом сопереживать ему, понимать его, поддерживать его слабое понимание самого себя и самооценку
2. Хандлинг	b) умение матери просто физически держать своего ребенка на руках и практически ухаживать за ним

12. Восстановите последовательность.

Стадии развития привязанности по Дж. Боулби (начиная с самой ранней)

a) фокусирование внимания на знакомых людях

b) неразборчивая реакция на людей

- с) партнерское поведение
- д) интенсивная привязанность и активный поиск близости

13. Установите соответствие.

1. Надежная безопасная привязанность	а) такие дети внешне выглядят достаточно независимыми в незнакомой ситуации. Во время своих исследований не используют мать в качестве отправной точки – не подходят к ней, поскольку мать не осознается ребенком как объект защиты. Дети, которые к годовалому возрасту проявляли такой тип привязанности, обычно имели опыт отвержения со стороны матери при попытках аффективного взаимодействия с ней
2. Тревожно-амбивалентная привязанность	б) такой ребенок может не сильно огорчиться после ухода матери, но сразу тянется к ней после ее возвращения, стремясь к близкому физическому контакту. В незнакомой обстановке ребенок охотно исследует новое пространство, «отталкиваясь» от матери как исходной точки взаимодействия с миром. Способность к интегрированию интеллектуальной и эмоциональной информации позволяет таким детям сформировать адекватную внутреннюю модель реальности и образцы поведения, максимально обеспечивающие безопасность и комфорт ребенка
3. Небезопасная привязанность избегающего типа	с) дети с таким типом расстройства привязанности очень сильно огорчаются после ухода матери, а после ее возвращения цепляются за нее, но практически сразу же ее отталкивают. Ребенок постоянно демонстрирует двойственное отношение к близкому взрослому – «привязанность – отвержение»
4. Небезопасная привязанность дезорганизованного типа	д) в незнакомой ситуации после ухода матери дети либо «застывают» в одной позе, либо «убегают» от пытающейся приблизиться матери после ее появления. Это крайне патологический тип привязанности. Этот тип расстройства привязанности характерен для детей, подвергающихся систематическому жестокому обращению и насилию

14. Выберите верный ответ.

Психоаналитическая работа Ф. Дольто демонстрирует тот факт, что младенец

- a) не может испытывать тревоги, если он сытый и сухой
- b) понимает эмоциональную окраску речи, обращенной к нему, но не ее смысл
- c) понимает смысл речи, обращенной к нему, и может реагировать на нее
- d) испытывает только те чувства, что и его мать

15. Установите последовательность.

Стадии адаптационного синдрома (начиная с первой):

- a) стадия резистентности
- b) стадия истощения
- c) стадия тревоги

16. Выберите верный ответ.

К симптомам психических нарушений в травматическом стрессе, обозначенных в международной классификации, не будет относиться:

- a) симптом повторного переживания (или симптом «вторжения»)
- b) симптом избегания
- c) симптом дефицита внимания
- d) симптом физиологической гиперактивации (возбудимости)

17. Найдите лишний ответ.

К диссоциативным симптомам при острой реакции на стресс относится:

- a) субъективное переживание оцепенения, отчужденности или отсутствия эмоциональной реакции
- b) дереализация
- c) деперсонализация
- d) снижение настроения

18. Выберите верный ответ.

Посттравматическое стрессовое расстройство обладает следующей особенностью:

- a) симптомы ПТСР возникают у всех людей, подвергшихся травматизации
- b) низкий социальный уровень не относится к факторам риска ПТСР
- c) возраст к моменту травматизации играет роль в формировании симптомов ПТСР
- d) симптомы ПТСР наблюдаются только у непосредственных участников травматичных событий.

19. Выберите верный ответ.

Посттравматическое стрессовое расстройство у детей обладает следующей особенностью:

- a) только у детей при ПТСР может наблюдаться расстройство сна, при диагностике взрослых этого симптома нет
- b) у маленьких детей может появиться постоянно повторяющаяся игра, в которой проявляются темы или аспекты травмы
- c) дети, столкнувшиеся с травмой, всегда могут детально описать случившиеся
- d) симптомы ПТСР у детей проходят через некоторое время сами собой

20. Выберите верный ответ.

Основными характеристиками буллинга являются:

- a) умышленность, регулярность, физическое насилие, групповой процесс (т. е. вовлеченность широкого круга участников)
- b) умышленность, регулярность, неравенство сил, групповой процесс (т. е. вовлеченность широкого круга участников)
- c) умышленность, неравенство сил, участие взрослых, короткий временной промежуток воздействия
- d) регулярность, равенство сил, участие педагогического состава, групповой процесс (т. е. вовлеченность широкого круга участников)

21. Установите последовательность.

Школьный буллинг обычно протекает в следующих стадиях:

- a) образование буллинг-группировки
- b) деструктивное поведение: за выбранным лицом закрепляется статус жертвы
- c) начало конфликта и его эскалация
- d) изгнание

22. Выберите верный ответ.

К адекватным способам помочь горюющему ребенку справиться с утратой относится:

- a) не проявлять собственных скорбных чувств при ребенке
- b) избегать разговоров о погибшем
- c) вместе с ребенком вспоминать о погибшем и выражать свои чувства
- d) не сообщать ребенку об утрате

23. Выберите верный ответ.

Основоположницей юнгианской песочной терапии является:

- a) М. Кляйн
- b) Ф. Дольто
- c) Д. Кальфф
- d) К. Эльячефф

24. Выберите верный ответ.

Противопоказанием к песочной терапии является:

- a) ДЦП
- b) шизофрения
- c) невроз
- d) гиперактивность

25. Выберите верный ответ.

Для проведения психотерапевтической, коррекционной или развивающей работы на песке набор фигурок должен:

- a) исключать агрессивных или больных персонажей
- b) содержать изделия только природного характера

- с) состоять из 5–15 персонажей
- д) быть представлен различными категориями

26. Вставьте пропущенное слово.

Техника ... рисования предполагает еженедельное проведение занятий рисованием в присутствии терапевта, что позволяет внутренним конфликтам ребенка находить выражение и разрешение.

27. Установите соответствия.

1) Подходит индивидуальный формат	а) замкнутые дети, которых можно описать как чрезмерно подавленных, покорных, боязливых, застенчивых
	б) дети, пережившие серьезную травму или внезапную катастрофу
2) Подходит групповой формат	с) дети-«паиньки», чрезмерно послушные, не умеющие отстаивать себя
	д) дети с извращенным сексуальным опытом (вовлеченные в гомосексуальные отношения)

28. Вставьте пропущенное слово

... – это совокупность психотерапевтических, психокоррекционных и обучающих методов, направленных на развитие навыков самопознания и саморегуляции, общения и межперсонального взаимодействия, коммуникативных или других умений.

29. Выберите верный ответ.

Терапевтическое направление, связанное с использованием клиентом различных изобразительных материалов и созданием визуальных образов, процессом творчества, носит название:

- а) телесная терапия
- б) арт-терапия
- с) психоаналитическая терапия
- д) когнитивная психотерапия

30. Выберите верный ответ.

К особенностям арт-терапевтической работы с детьми, подвергшимися сексуальному насилию, относится:

- а) обильное использование воды или иной жидкости или добавление к ним иных материалов
- б) преобладание фиолетового и черного цветов
- в) отсутствие повторяющихся линий, штрихов и точек при рисовании
- г) арт-терапия оказывается неэффективной для работы с жертвами сексуального насилия

Верные ответы:

№ тестового вопроса	ответ	№ тестового вопроса	ответ
1	a	16	c
2	c	17	d
3	c	18	c
4	d	19	b
5	1- a, 2 – c, 3 – b.	20	b
6	схема	21	a,c,b,d
7	b	22	c
8	a	23	c
9	смерть	24	b
10	b	25	d
11	1- a, 2 - b	26	серийного
12	b, a, d. c	27	1-b, d; 2- a, c
13	1 – b, 2 –c, 3 – a, 4 – d	28	тренинг
14	c	29	b
15	c,a,b	30	a

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аллан Дж. Ландшафт детской души. Юнгианское консультирование в школах и клиниках / пер. с англ. Ю. М. Донца. – М.: ПЕР СЭ, 2006. – 272 с.
2. Бодров В. А. Информационный стресс: учебное пособие для вузов. – М.: ПЕР СЭ, 2000. – 352 с.
3. Боулби Дж. Привязанность [Электронный ресурс]. – URL: <https://studfile.net/preview/5369866/> (дата обращения: 01.12.2019).
4. Бочавер А. А., Кузнецова В. Б., Бианки Е. М., Дмитриевский П. В., Завалишина М. А., Капорская Н. А., Хломов К. Д. Опросник риска буллинга // Вопросы психологии. – 2015. – № 5. – С. 146–157.
5. Бриш К.Х. Теория привязанности и воспитание счастливых людей [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.rulit.me/books/teoriya-privyazannosti-i-vospitanie-schastlivykh-lyudej-read-472004-1.html> (дата обращения: 01.12.2019).
6. Бриш К. Х. Терапия нарушений привязанности. От теории к практике. – М.: Когито-Центр, 2014. – 316 с.
7. Варданян А. Этюды по детскому психоанализу. – М.: Когито-Центр, 2002. – 154 с.
8. Вачков И. В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники. – М.: Ось-89, 2001. – 224 с.
9. Винникотт Д. В. Маленькие дети и их матери [Электронный ресурс]. – URL: https://bookap.info/psyanaliz/vinnikott_malenkie_deti_i_ih_materi/#o (дата обращения: 18.11.2019).
10. Винникотт Д. В. Игра и реальность / пер. с англ. – М.: Институт общегуманитар. исследований, 2002. – 288 с.
11. Гурина Е. С. Детский рисунок и его значение в теории Ф. Дольто // Детский психоанализ: прошлое, настоящее, будущее: сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции, посвященной 110-летию со дня рождения Ф. Дольто. – СПб: Восточно-европейский институт психоанализа, 2019. – С. 73–79.
12. Джинотт Х. Дж. Групповая психотерапия с детьми: теория и практика игровой терапии. – М.: Апрель-пресс: ЭКСМО-пресс, 2001. – 266 с.
13. Долганова А. Мир нарциссической жертвы. Отношения в контексте современного невроза. – М.: Весь, 2017. – 368 с.
14. Дольто Ф. Бессознательный образ тела / пер. с франц. И. Б. Ворожцовой. – Ижевск: ERGO, 2006. – 376 с.
15. Дольто Ф., Назьо Ж.-Д. Ребенок Зеркала / пер. с франц. – М.: ПЕР СЭ, 2004. – 96 с.

16. **Дольто Ф.** На стороне ребенка = La cause des enfants / пер. с фр. Е. В. Баевской, О. В. Давтян; предисл. М. М. Безруких. – Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2010. – 717 с. – (Авторитетные детские психологи)
17. **Есина О. Б.** Посттравматическое стрессовое расстройство у детей: психосоциальные факторы формирования, клинические характеристики и проблемы диагностики: дис. ... канд. мед. наук. – СПб.: Санкт-Петербургский науч.-исслед. психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2017. – 230 с.
18. **Змановская Е. В.** Современный психоанализ. – СПб.: Питер, 2011. – 288 с.
19. **Кант И.** Критика чистого разума. – М.: Мысль, 1994. – 591 с.
20. **Кляйн М.** Детский психоанализ. – М.: Институт общегуманитар. исследований, 2010. – 160 с.
21. **Копытин А. И., Свистовская Е. Е.** Арт-терапия детей и подростков. – М.: Когито-Центр, 2010. – 197 с.
22. **Копытин А. И.** Арт-терапия жертв насилия. – М.: Психотерапия, 2009. – 144 с.
23. **Копытин А. И.** Методы арт-терапии в преодолении последствий травматического стресса. – М.: Когито-Центр, 2014. – 208 с.
24. **Кохут Х.** Восстановление самости. – М.: Когито-Центр, 2002. – 316 с.
25. **Кошенова М. И.** Моббинг как маркер системного неблагополучия современного российского общества? // Социально-психологическая оценка рисков современной реальности: очевидное и вероятное: монография / под науч. ред. О. А. Белобрыкиной. – Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2017. – С. 53–69.
26. **Кошенова М. И.** Несовершеннолетние правонарушители: лечить, наказывать или... ищем другие варианты? // Современная социальная реальность: вызовы, риски, перспективы: монография; под науч. ред. О. А. Белобрыкиной. – Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2019. – С.85–99.
27. **Кривцова С. В., Шапкина А. Н., Белевич А. А.** Буллинг в школах мира: Австрия, Германия, Россия // Образовательная политика. – 2016. – № 3 (73). – С. 97–119.
28. **Кривцова С. В.** Буллинг в школе vs сплоченность равнодушных: организационная культура ОУ для решения проблем дисциплины и противостояния насилию. – М.: ФИРО, 2011. – 119 с.
29. **Кристал Г., Кристал Дж. Х.** Интеграция и самоисцеление: аффект, травма и алекситимия. – М.: Институт общегуманитар. исследований, 2006. – 800 с.
30. **Левин П. А.** Пробуждение тигра – исцеление травмы. Природная способность трансформировать экстремальные переживания [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.litmir.me/br/?b=284716&p=1> (дата обращения: 12.12.2019).

31. **Мазур Е. С.** Психическая травма и психотерапия // Московский психотерапевтический журнал. – 2003. – № 1. – С. 31–52.
32. **Мак-Вильямс Н.** Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / пер. с англ. – М.: Класс, 2001. – 480 с.
33. **Малер М. С., Пайн Ф., Бергман А.** Психологическое рождение человеческого младенца: симбиоз и индивидуация. – М.: Когито-Центр, 2011. – 411 с.
34. **Малкина-Пых И. Г.** Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – М.: Эксмо, 2010. – 928 с. – (Новейший справочник психолога)
35. **Маллаев Д. М., Магомедов М. Г.** Диагностика посттравматических стрессовых расстройств у детей // Известия ДГПУ. – 2008. – № 1. – С. 30–37.
36. **Медведев А. М., Прокофьева Т. В., Юнда А. В.** и др. Психологическая работа с девиантными подростками: проблемы и возможности. – Волгоград: Изд-во ФГОУ ВПО ВАГС, 2009. – 316 с.
37. Международная классификация болезней 10 пересмотра [Электронный ресурс]. – URL: <https://mkb-10.com/index.php?pid=4465> (дата обращения: 12.12.2019).
38. **Моховиков А. Н., Дыхне Е. А.** Кризисы и травмы. – М.: Изд-во психологического центра гештальт-анализа «Искусство выживания», 2006. – 64 с.
39. **Музыченко А. В.** Метод песочной терапии в работе психолога детского дошкольного учреждения [Электронный ресурс]: учебно-методический комплекс. – URL: <https://elib.bspu.by/handle/doc/14345?mode=full> (дата обращения: 12.12.2019).
40. **Мэнделл Дж., Дамон Л.** Групповая психотерапевтическая работа с детьми, пережившими сексуальное насилие. – М.: Генезис, 2001. – 160 с.
41. **Нельсон-Джоунс Р.** Теория и практика консультирования / пер. с англ. Е. Волков, И. Волкова. – СПб.: Питер, 2000. – 456 с.
42. **Падун М. А., Котельникова А. В.** Психическая травма и картина мира. Теория, эмпирия, практика. – М.: Институт психологии РАН, 2012. – 206 с.
43. **Падун М. А., Тарабрина Н. В.** Психическая травма и базисные когнитивные схемы личности // Московский психотерапевтический журнал. – 2003. – № 1. – С. 121–142.
44. **Парамонова А. А.** Развитие теории и техники детского психоанализа в работах Германы Хуг-Хельмут (1871–1924) // Психология и психотехника. – 2013. – № 7 (58). – С. 676–684.
45. **Петрановская Л. В.** Школьная травля: можно ли ее победить? [Электронный ресурс]: видеохостинг. – URL: <https://ok.ru/video/927818518904> (дата обращения: 20.12.2019).

46. **Петросянц В. Р.** Проблема буллинга в современной образовательной среде // Вестник ТГПУ. – 2011. – № 6 (108). – С. 151–154.
47. **Поляков С. Э.** Концепты и другие конструкции сознания. – СПб.: Питер, 2017. – 621 с.
48. Психология стресса и методы его профилактики: учебно-методическое пособие / авт.-сост. В. Р. Бильданова, Г. К. Бисерова, Г. Р. Шагивалеева. – Елабуга: Изд-во ЕИ КФУ, 2015. – 142 с.
49. Психология эмоций. Тексты / под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 288 с.
50. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер Ком, 1998. – 743 с.
51. **Пушкарев А. Л., Доморацкий В. А., Гордеева Е. Г.** Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / под ред. Б. А. Казаковцева. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2000. – 112 с.
52. **Решетников М. М.** Психическая травма. – СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2006. – 322 с.
53. **Решетников М. М.** Элементарный психоанализ. – СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2003. – 152 с.
54. **Ромек В. Г., Конторович В. А., Крукович Е. И.** Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – СПб: Речь, 2004. – 256 с.
55. **Сакович Н. А.** Технология игры в песок. Игры на мосту. – СПб.: Речь, 2006. – 176 с.
56. **Слепухина Г. В.** Психология травматического стресса : учебное пособие. – Магнитогорск: Магнитогорский гос. ун-т, 2006. – 87 с.
57. **Смид Р.** Групповая работа с детьми и подростками. – М.: Генезис, 2000. – 272 с.
58. **Солдатова Г. В.** Буллинг в школах – что это такое и как с ним бороться? [Электронный ресурс]: видеохостинг. – URL: <https://youtu.be/6pQzINeOQFs> (дата обращения: 20.12.2019).
59. **Столороу Р. Д.** Травма и человеческое существование. Автобиографические, психоаналитические и философские размышления / пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2016. – 120 с.
60. **Тарабрина Н. В.** Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб: Питер, 2001. – 272 с.
61. **Тарабрина Н. В.** Психология посттравматического стресса: Теория и практика. – М.: Изд-во Института психологии РАН, 2009. – 304 с.
62. **Трошихина Е. Г.** Сосуд и зеркало. Развитие эмоционального ресурса личности в психотерапии [Электронный ресурс]. – URL: <https://libking.ru/books/>

psy-theraphy/519284-evgeniya-troshihina-sosud-i-zerkalo-razvitie-emotsionalnogo-resursa-lichnosti-v-psihoterapii.html (дата обращения: 19.12.2019).

63. **Фенихель О.** Психоаналитическая теория неврозов / пер. с англ., вступ. ст. А. Б. Хавина. – М.: Академический проект, 2004. – 848 с.

64. **Франкл В.** Воля к смыслу / пер. с англ. – М.: Апрель-Пресс: Эксмо-Пресс, 2000. – 368 с.

65. **Франкл В.** Человек в поисках смысла: сборник / пер. с англ. и нем.; общ. ред. Л. Я. Гозмана, Д. А. Леонтьева. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.

66. **Фрейд А.** Детский психоанализ / сост. и общ. ред. В. М. Лейбина. – СПб.: Питер, 2003. – 477 с.

67. **Фрейд А.** Теория и практика детского психоанализа. – М.: Апрель пресс: Эксмо-пресс, 1999. – 400 с.

68. **Фрейд З.** Исследования истерии / пер. с нем. С. Панкова; науч. ред. М. Решетникова и В. Мазина // Фрейд З. Собрание сочинений: в 26 т. Т. 1. – СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2005. – 464 с.

69. **Фрейд З.** Психология бессознательного. Сборник произведений. – М.: Просвещение, 1990. – 448 с.

70. **Цымбал Е. И.** Жестокое обращение с детьми: причины, проявления, последствия: учебное пособие. – М.: РБФ НАН, 2007. – 272 с.

71. **Шефов С. А.** Психология горя. – СПб.: Речь, 2006. – 144 с.

72. **Штейнхардт Л.** Юнгианская песочная психотерапия. – СПб.: Питер, 2001. – 320 с.

73. **Щербакова Е.** Преступность в России, 2017 [Электронный ресурс] // Демоскоп weekly. – 2018. – № 769–770. – URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2018/0769/barom02.php> (дата обращения: 15.12.2019).

74. **Эльячэфф К.** Затаенная боль: дневник психоаналитика. – М.: Кстати, 1999. – 175 с.

75. **Юнг К. Г.** Работы по психиатрии. – М.: Академический проект, 2000. – 304 с.

76. **Ялом И.** Путь к гармонии. – М.: Эксмо, 2014. – 672 с.

77. **Ялом И.** Экзистенциальная психотерапия. – М.: Класс, 1999. – 576 с.

78. **Ясперс К.** Общая психопатология. – М.: Практика, 1997. – 1056 с.

79. DSM-5 (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го издания) [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.didrus.com/stress-dsm-v/> (дата обращения: 20.12.2019).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОЯВЛЕНИЙ БУЛЛИНГА

**Опросник риска буллинга (А. А. Бочавер, В. Б. Кузнецова,
Е. М. Бианки, П. В. Дмитриевский, М. А. Завалишина,
Н. А. Капорская, К. Д. Хломов)**

Описание методики

Опросник риска буллинга (ОРБ) разработан на основе экспертных мнений специалистов центра «Перекресток» и состоит из 14 вопросов, к которым предлагается от одного до восьми ответов с возможностью множественного выбора. Часть предлагаемых ответов характеризует риск буллинга, часть, напротив, свидетельствует о психологической безопасности. Предполагается, что наиболее часто выбираемые в классе паттерны ответов соответствуют существующей в классе атмосфере и могут интерпретироваться с точки зрения указания на субъективно переживаемую безопасность или небезопасность и соответствующий риск буллинга.

Краткое описание шкал опросника:

Шкалы-предикторы

- Шкала *небезопасности* отражает негативные аспекты психологической атмосферы, фонового напряжения в группе, которое связано с низким качеством отношений и соблюдения правил общения, что ведет к негативным установкам в отношении общения: обид из прошлого, раздражения, негативизма и разобщенности в актуальности и подозрительности относительно перспектив коммуникации.

- Шкала *разобщенности* оценивает не фоновое, а актуальное и имеющее непосредственные ситуативные причины напряжение (вызываемое, например, драками), которое отражается и в негативных, агрессивных установках по отношению к общению, и одновременно в высокой степени тревоги в сочетании с переживанием одиночества.

Шкалы-антипредикторы

- Шкала *благополучия* выявляет факторы, способствующие климату доверия и открытого диалога в школе и, как следствие, снижению вероятности травли. Она оценивает устойчивость границ и правил коммуникаций в среде,

что обеспечивает снижение уровня негативных установок по отношению к взаимодействию и общению.

• Шкала *равноправия* также оценивает возможные пути стабилизации межличностных отношений в группе: несмотря на то что эта шкала связана с физической и вербальной агрессией, она не коррелирует с другими показателями агрессивности или тревожности. Можно говорить о том, что в группе присутствуют, причем систематически, проявления агрессивности, однако они имеют такую форму, что не пугают членов группы и не способствуют их изоляции друг от друга, а, напротив, сочетаются с уважительными и принимающими разнообразие отношениями.

Для применения опросника среди школьников ему дано обобщенное название «Опросник атмосферы в школе», которое позволяет избежать акцентирования темы травли на этапе опроса и снижает возможность «наведенных» ответов.

Ключи к опроснику выглядят следующим образом (буквой *R* обозначены реверсивные пункты).

Шкала *небезопасности*: 1,1; 1,3; 1,7; 1,8*R*; 2,3; 2,4; 2,8; 3,4; 4,1*R*; 7,1; 7,2*R*, 8,1; 9,1; 10,1*R*; 10,2; 14,2

Шкала *благополучия*: 2,7; 3,1; 3,3*R*; 5,1*R*; 5,2; 5,3; 5,4*R*; 13,1; 13,4*R*; 14,3; 14,4*R*

Шкала *разобщенности*: 1,2*R*; 1,4; 1,5*R*; 1,6*R*; 4,2; 10,3; 11,1*R*; 11,2; 13,2*R*; 13,3

Шкала *равноправия*: 2,1; 2,2; 2,5; 2,6; 3,2; 4,3; 4,4; 5,5; 6,1; 12,1; 14,1

Бланк опросника

Добрый день! Мы предлагаем вам поучаствовать в исследовании, потому что нам хочется понять, насколько комфортно ученики себя ощущают в школе. Исследование анонимно, никто не сможет узнать, чьи это ответы. Здесь нет правильных или неправильных ответов. Мы понимаем, что люди в школах не только учат и учатся, но и общаются, дружат, дерутся, спорят, делают что-то вместе. Нам как раз интересно, насколько приятно и легко или тяжело и сложно в школе с кем-то взаимодействовать. Спасибо, что принимаете участие в нашем исследовании.

Сообщите, пожалуйста, данные о себе:

Пол..... Возраст..... Класс..... Дата.....
Школа/колледж.....

Отметьте, пожалуйста, для каждого пункта, согласны или не согласны вы с этими утверждениям.

УТВЕРЖДЕНИЯ	Да	Нет
1. В вашем классе принято...		
1.1. мешать друг другу, лезть, приставать?		
1.2. вместе развлекаться после уроков		
1.3. шутить над кем-нибудь так, чтобы смеялся весь класс		
1.4. драться		
1.5. ходить друг к другу в гости		
1.6. заступаться за своих		
1.7. обзываться		
1.8. не мешать друг другу заниматься, чем захочется		
2. В вашем классе есть кто-то...		
2.1. кого все уважают		
2.2. кого все боятся		
2.3. над кем все смеются		
2.4. кем часто недовольны учителя		
2.5. на кого хочется быть похожим		
2.6. с кем лучше не спорить		
2.7. кто никогда не прогуливает		
2.8. с кем даже учитель не может справиться		
3. Как к вам в классе обращаются обычно учителя?		
3.1. по имени		
3.2. по имени и отчеству		
3.3. по фамилии		
3.4. по прозвищам		
4. Когда в школе происходит драка, вы...		
4.1. удивляетесь		
4.2. не обращаете внимания, это обычное дело		
4.3. присоединяетесь, встав на чью-то сторону		
4.4. много это потом обсуждаете между собой в классе		

5. Ценные вещи...		
5.1. стараюсь не носить в школу вообще		
5.2. спокойно оставляю в классе		
5.3. можно оставить в коридоре		
5.4. был случай, что украли		
5.5. оставляю в раздевалке		
6. Вызов к директору – это...		
6.1. хотят за что-то похвалить		
7. В вашей школе мат, ругательства...		
7.1. звучат на переменках в личных разговорах		
7.2. не приняты вообще		
8. В вашей школе...		
8.1. курят в туалетах, под лестницами		
9. В вашей школе стены, мебель...		
9.1. исписанные, испачканные		
10. Если кто-то начинает орать, драться, класс «встает на уши»; что нужно, чтобы это прекратилось:		
10.1. кто-то из учеников должен сказать «хватит»		
10.2. должен прийти директор		
10.3. это прекратится, когда все устанут		
11. В школе вам...		
11.1. в целом нравится, приятно, интересно		
11.2. в целом не нравится, плохо, никто ни с кем не дружит		
12. Перемену я провожу:		
12.1. захожу к друзьям в другие классы		
13. Когда ваш класс едет куда-то с учителями:		
13.1. это обычная ситуация		
13.2. вам это нравится, это весело		
13.3. вы стараетесь не ездить		
13.4. учителям это сложно, они каждый говорят, что это «в последний раз»		

14. Ваш класс имеет репутацию...		
14.1. отличников		
14.2. хулиганов		
14.3. самого обычного, ничем не отличающегося от других классов в школе		
14.4. класса, в котором никто не хочет быть классным руководителем		

Источник:

Бочавер, А. А. Опросник риска буллинга / А. А. Бочавер, В. Б. Кузнецова, Е. М. Бианки, П. В. Дмитриевский и др. // Вопросы психологии. – 2015. – № 5. – С. 146–157.

Опросник «Smob»

Описание методики

Опросник предназначен для изучения буллинга в школе, разработан на основе опросника Х. Лемана «LIPТ».

Х. Каспер выделяет пять основных критериев буллинга, которые справедливы как для взрослых, так и для детей:

- 1) конфликт приобретает стабильные формы, упрочивается;
- 2) существует значительный перевес сил: из двух сторон одна (чаще всего это отдельный человек) оказывается в положении слабой и притесняемой;
- 3) этот человек часто (не реже одного раза в неделю) и
- 4) на протяжении длительного времени (не менее полугода) подвергается нападкам и притеснениям;
- 5) у этого человека почти нет шансов своими силами справиться с данной ситуацией.

При применении опросника «Smob» Каспер использует и конкретные количественные критерии, позволяющие выделить две формы буллинга: буллинг I и буллинг II. Согласно этим критериям о буллинге I можно говорить в тех случаях, когда действия буллинга совершаются как максимум ежедневно, как минимум один раз в неделю и такие нападки длятся более полугода (утвердительный ответ на пункты 54–56 и пункты 60–62 опросника). Буллинг II диагностируется тогда, когда действия буллинга совершаются несколько раз в месяц или реже (пункты 57–58). Сюда же относятся те случаи, когда буллинг длится дольше полугода (пункты 60–62), но травля происходит реже, чем один раз в неделю. В эту категорию попадают также ребята, становящиеся жертвами

нападков как максимум ежедневно, как минимум раз в неделю (пункты 54–56), но для которых буллинг начался недавно и длится менее полугода (пункты 63–66).

В обеих этих формах сами действия буллинга остаются одинаковыми, различия есть лишь в частоте их осуществления и длительности периода нападков.

Х. Каспер отмечает, что даже если враждебные действия происходят редко или появились недавно, нельзя считать такое положение нормальным, ведь и такие проявления влекут за собой все негативные последствия: они «развращают» буллеров, ухудшают мотивацию, учебные достижения, психологическое и физическое здоровье «жертв», атмосферу в классе в целом и т. д.

Когда действия обеих форм буллинга суммируются, то может возникнуть достаточно высокий *уровень плотности* буллинга в данном классе или в данной школе. Для определения этого уровня используется еще один показатель: так называемый индикатор класса или индикатор школы. Такой индикатор измеряет уровень враждебности в классе или школе и может служить для сравнения различных классов/школ. Для его вычисления берется соотношение между общим числом действий буллинга, например, в данном классе и числом учащихся в этом классе.

Каспер вслед за Леманом разделяет все действия или проявления буллинга на пять сфер, выделяя пять основных направлений буллинга (*разделы 1–5 опросника*):

1. *Покушения на возможность общаться (п. 1–16), в том числе:*

- постоянно перебивать человека, когда он говорит,
- постоянно критиковать его,
- терроризировать по телефону.

2. *Покушения на социальные связи (п. 17–24), в том числе:*

- прекратить разговаривать с человеком,
- не позволять с собой заговорить (не отвечать),
- смотреть на человека как на «пустое место»

3. *Покушения на качество учебной и/или жизненной ситуации (п. 25–27),*

в том числе:

- лишать заданий (поручений) по учебе (игнорировать),
- предлагать бессмысленные задания,
- выдвигать унижительные требования.

4. *Покушения на социальный статус (п. 28–43), в том числе:*

- плохо говорить о человеке у него за спиной,
- распространять слухи и ложь,
- подшучивать над личной жизнью, над национальностью и т. д.,
- сексуально домогаться или делать вербальные предложения сексуального характера.

5. *Насильственные действия и/или угрозы их осуществления (п. 43–55), в том числе:*

- отбирать личные вещи,
- портить личные вещи,
- применять физическое насилие или угрожать им.

Опросник не позволяет определить, какова интенсивность переживаний жертвы при нападениях на нее: автор методики отказался от введения этого показателя, чтобы не усложнять процедуру обработки результатов.

Раздел № 7 (пункты 52–57) о частоте совершения действий буллинга в отношении конкретного ученика (что является первым важнейшим критерием степень тяжести буллинга), а также раздел № 8 (пункты 58–65) о длительности периода травли (что является вторым критерием) позволяют определить форму буллинга: буллинг I или буллинг II. Раздел № 9 (пункты 66–73) позволяет установить, какие именно лица осуществляют травлю (одноклассники, ученики из параллельных классов, учителя и др.), а раздел № 10 (пункты 74–78) – установить число буллеров. С помощью раздела № 11 (пункты 79–93) определяется, к кому обращается ученик в случае травли (к родителям, друзьям, учителю, психологу и другим).

Бланк опросника

(Опрос проводится анонимно)

Дата (проставляет опрашивающий) _____

Школа (проставляет опрашивающий) _____

Класс (проставляет опрашивающий) _____

Приходилось ли тебе в последнее время сталкиваться с теми или иными из перечисленных ниже недружественных действий в отношении тебя?

Если да, то поставь карандашом галочку в соответствующей клетке.

1. Твое общение	Мальчик	Девочка
<i>Другие не дают тебе свободно говорить</i>		
1 – Другие ребята мешают мне свободно говорить с кем-либо		
2 – Другие ребята постоянно перебивают меня, когда я хочу что-то сказать		
3 – Другие ребята никогда не дают мне слова		
4 – Учитель не слушает меня или не дает мне высказаться		

<i>Другие оказывают на тебя давление</i>		
5 – Другие ребята кричат на меня		
6 – Учитель кричит на меня		
7 – Другие ребята постоянно критикуют все, что я говорю или делаю		
8 – Учитель постоянно критикует мою работу		
9 – Меня критикуют из-за моих родителей, из-за того, как я провожу свободное время или из-за моих увлечений		
10 – Меня «достают» телефонными звонками		
11 – Мне угрожают на словах		
<i>Другие отказывают тебе в общении</i>		
12 – Другие бросают на меня неприязненные взгляды или жестами, позами демонстрируют отвержение		
13 – Другие делают мне какие-то намеки, но ничего не говорят напрямую		
14 – Учитель не обращает внимания на мое желание работать на уроках		
15 – Другие ребята не хотят работать вместе со мной		
16 – Бывают другие действия, препятствующие общению со мной		
2. Другие отвергают тебя	Мальчик	Девочка
17 – Другие ребята не разговаривают со мной		
18 – Другие ребята не хотят, чтобы я заговаривал с ними		
19 – Другие ребята прогоняют меня с моего места		
20 – Одни ребята запрещают другим разговаривать со мной		
21 – Меня не принимают в игры		
22 – Со мной обращаются как с пустым местом, как будто меня нет		
23 – Мне присылали письменные угрозы		
24 – Бывают другие формы исключения меня из общения		
3. Другие заставляют тебя делать то, что тебе неприятно	Мальчик	Девочка
25 – Я должен обслуживать других, делать за них домашние задания и т. п.		

26 – Я должен отдавать вещи, которые принадлежат мне		
27 – Бывают другие обидные для меня требования		
4. Негативное восприятие другими	Мальчик	Девочка
28 – Другие ребята плохо говорят обо мне за моей спиной		
29 – Учитель плохо говорит обо мне		
30 – Некоторые ребята выставляют меня посмешищем перед другими		
31 – Учитель выставляет меня посмешищем перед другими		
32 – Другие ребята распространяют слухи и/или ложь обо мне		
33 – Другие ребята говорят мне, что я глупый, что со мной не все в порядке и т. п.		
34 – Учитель говорит мне, что я глупый, неспособный и т. п.		
35 – Кто-то передразнивает меня		
36 – Кто-то плохо говорит о моей семье или родине (если я родом из другой страны)		
37 – Кто-то смеется над моей внешностью или над моей одеждой		
38 – Учитель оценивает меня несправедливо		
39 – В мой адрес звучат ругательства или обидные прозвища		
40 – Кто-то требует, чтобы я делал что-то, унижающее меня		
41 – Кто-то по телефону надоедает мне или обижает меня		
42 – Кто-то обижает или позорит меня в социальных сетях		
43 – Происходят иные нападки со стороны других		
5. Насилие или угрозы насилия	Мальчик	Девочка
44 – Учитель принуждает меня работать, даже когда я болею		
45 – Кто-то из ребят угрожает мне физическим насилием		
46 – Учитель угрожает мне физическим насилием (например, угрожает ударить)		

47 – Кто-то из учеников толкает, пинает меня или иным образом физически притесняет меня		
48 – Учитель допускает легкие формы насилия в отношении меня (например, толкает)		
49 – Другие учащиеся (один или несколько человек) били меня/физически притесняли		
50 – Меня ударил учитель		
51 – Кто-то отбирает у меня вещи		
52 – Кто-то отбирает у меня завтраки или другую еду		
53 – Кто-то портит мои вещи (например, одежду, велосипед)		
54 – Кто-то из ребят вымогает у меня деньги		
55 – Иные формы насилия или угроз насилия		
6. Я уступаю нападающим на меня (в силе, в споре, в умении найти подходящий ответ).	Мальчик	Девочка
На вопросы № 7–11 отвечай только в том случае, если ты ответил положительно хотя бы на один из предыдущих пунктов (1–53).		
7. Как часто в отношении тебя осуществлялись действия, которые ты отметил выше? (выбери только один ответ)	Мальчик	Девочка
56 – каждый день		
57 – почти каждый день		
58 – примерно один раз в неделю		
59 – несколько раз в месяц		
60 – реже, чем несколько раз в месяц		
61 – никогда		
8. Когда в отношении тебя начались подобные действия? (выбери только один ответ)	Мальчик	Девочка
62 – больше двух лет назад		
63 – больше одного года назад		
64 – больше полугода назад		
65 – меньше полугода назад		
66 – больше двух месяцев назад		
67 – меньше двух месяцев назад		
68 – меньше одного месяца назад		
69 – никогда		

9. Со стороны кого осуществлялись эти действия? (можно дать несколько ответов)	Мальчик	Девочка
70 – со стороны одноклассников		
71 – со стороны учеников из параллельных классов		
72 – со стороны более старших школьников		
73 – со стороны более младших школьников		
74 – со стороны учителей		
75 – со стороны руководства школы		
76 – со стороны других людей		
77 – ни с чьей стороны		
70 – со стороны одноклассников		
71 – со стороны учеников из параллельных классов		
72 – со стороны более старших школьников		
73 – со стороны более младших школьников		
74 – со стороны учителей		
75 – со стороны руководства школы		
76 – со стороны других людей		
77 – ни с чьей стороны		
10. Сколько человек участвовало в этих действиях против тебя? (выбери только один ответ)	Мальчик	Девочка
78 – один		
79 – от двух до четырех человек		
80 – более четырех человек		
81 – весь класс		
82 – несколько		
11. К кому ты можешь обратиться, чтобы об этом поговорить? (можно дать несколько ответов)	Мальчик	Девочка
83 – к другу/подруге или к друзьям/подругам		
84 – к учителю/учительнице		
85 – к старосте класса		
86 – к нашему школьному психологу		
87 – к директору школы		
88 – к моим родителям		
89 – к другим родственникам		
90 – в центр психологической помощи		
91 – в органы власти (комиссия по делам несовершеннолетних, управления по делам молодежи и т. п.)		

92 – к другому человеку		
93 – мне не к кому обратиться, но мне нужен такой человек		
94 – мне не к кому обратиться, но мне никто и не нужен		

Источник:

Кривцова, С. В. Буллинг в школах мира: Австрия, Германия, Россия / С. В. Кривцова, А. Н. Шапкина, А. А. Белевич // Образовательная политика. – 2016. – № 3 (73). – С. 97–119.

МЕТОДИКИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПТСР У ДЕТЕЙ

Полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей (Н. В. Тарабрина)

Описание методики

Для исследования выраженности симптомов ПТСР у детей 10–13 лет.

Интервью включает скрининговую часть и набор из 42 вопросов. Вопросы интервью построены на основании симптомов критериев А, В, С, D и F шкалы для клинической диагностики ПТСР DSMIII-R. Для ответов детей используются трехпунктные шкалы («да – не знаю – нет» либо «никогда – один раз за последний месяц – более одного раза за последний месяц»).

Процедура проведения интервью

В ходе проведения интервью можно выделить пять этапов.

1. Установление психологического контакта с испытуемым.

2. Вводная часть. На этом этапе с ребенком проводится беседа о травматических событиях, которые случаются с детьми. Целями данного этапа являются настрой ребенка на тему дальнейшего разговора и снятие тревожности по поводу того, что несчастья случаются не только с ними. Также на этом этапе проводится предварительное получение информации о травматическом опыте ребенка. Примерное содержание беседы: «Давай поговорим с тобой о неприятных событиях, которые случаются с людьми. Ведь в жизни каждого взрослого человека и ребенка иногда случаются неприятности, большие или не очень большие, правда? И с тобой, наверное, случалось что-то подобное, да? Ты можешь вспомнить самое неприятное событие, которое с тобой случалось?». Если ребенок не рассказывает о таком событии, можно переходить к следующему этапу. Если же ребенок рассказывает о своем самом неприятном событии, то после выяснения некоторых подробностей случая («Ты помнишь, когда это произошло?», «С тобой был кто-нибудь в это время?», «Расскажи, пожалуйста, об этом подробнее» и т. д.) данные заносятся в протокол. В том случае, если событие, названное ребенком, соответствует критерию шкалы для клинической диагностики ПТСР DSM-IV (ребенок испытал, был свидетелем или столкнулся со случаем или событиями, которые включали фактическую или воспринимаемую угрозу жизни или серьезного повреждения или угрозу физической неприкосновенности по отношению к себе или другому), можно переходить сразу к опросу, минуя скрининг.

3. Скрининг. Цель данного этапа – получение более полных сведений о травматическом опыте ребенка. Если ребенок не смог вспомнить ни одного травматического события, либо случай, рассказанный ребенком, не соответствует критерию А шкалы для клинической диагностики ПТСР DSM-IV, ребенку предлагается список травматических событий, которые могли бы привести к развитию симптомов ПТСР: «Давай я расскажу тебе, какие большие неприятности могут случиться с ребенком. Может быть, ты вспомнишь, что с тобой случилось что-то такое. Большие неприятности – это когда, например, ребенок тяжело заболел, или долго лежал в больнице, или кто-то, кого ребенок любит, умер или уехал далеко и больше с ним не живет. Или когда кто-то обижает, бьет ребенка, издевается над ним или делает вещи, которые ему неприятны, или заставляет его делать такие вещи. Или когда ребенок попадает под машину или в аварию. Или когда случается пожар, землетрясение или ураган. Или когда ребенок оказывается в том месте, где идет война. С тобой случилось что-нибудь похожее? Сколько тебе было тогда лет? Если можешь, расскажи об этом подробнее». Информация заносится в протокол.

4. Опрос. Это основная часть интервью. Она направлена на измерение посттравматической симптоматики. Из 42 вопросов первые 4 относятся к критерию А (интенсивные негативные эмоции в момент травмы: страх, беспомощность или ужас). Если в жизни ребенка не было травматических переживаний, эти вопросы не задаются. Если ребенок рассказал о событии, которое могло бы привести к развитию симптомов ПТСР, то остальные вопросы (по критериям В, С, D, F) задаются относительно этого события. В противном случае вопросы фокусируются на чувствах и переживаниях ребенка за последний месяц безотносительно к какому-то событию.

5. Стадия завершения. Цель этой стадии – устранение негативных эмоций, вызванных воспоминаниями о травматическом эпизоде.

Обработка результатов

Проводится подсчет баллов по каждому из критериев. Вопросы 1–5, 8, 20–40, 42 оцениваются: 2 балла за ответ «да», 1 балл за ответ «не знаю» и 0 баллов за ответ «нет». Вопросы 6, 7, 9–19 оцениваются: 2 балла за ответ «да, чаще, чем один раз за последний месяц», 1 балл за ответ «да, один раз за последний месяц» и 0 баллов за ответ «нет, никогда». Вопрос 41 оценивается: 2 балла за ответ «нет», 1 балл за ответ «не знаю» и 0 баллов за ответ «да».

Критерию А соответствуют вопросы: 1; 2; 3; 4; 5.

Критерию В соответствуют вопросы: 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 18.

Критерию С соответствуют вопросы: 23; 25; 28; 29; 30; 31; 32; 33; 40; 41; 42.

Критерию D соответствуют вопросы: 14; 15; 16; 17; 20; 21; 22; 37; 38; 39.

Критерию F соответствуют вопросы: 19; 24; 26; 27; 34; 35; 36.

Общий индекс посттравматической реакции оценивается суммированием баллов по критериям B, C, D, F.

Бланк интервью

ФИО _____

Возраст _____

Пол _____

Дата «__» _____ 20____ г.

Неполная семья _____ возраст _____ лет

Развод родителей _____ возраст _____ лет

Дисгармоничная семья _____

Автомобильная катастрофа _____ возраст _____ лет

Другая катастрофа (несчастный случай) _____ возраст _____ лет

Пожар _____ возраст _____ лет

Стихийное бедствие _____ возраст _____ лет

Серьезное физическое заболевание _____ возраст _____ лет

Длительная или повторные госпитализации _____ возраст _____ лет

Физическое насилие _____ возраст _____ лет

Сексуальное домогательство или насилие _____ возраст _____ лет

Смерть близкого человека _____ возраст _____ лет

Пребывание в зоне военных действий _____ возраст _____ лет

Пребывание в качестве заложника _____ возраст _____ лет

Другое травмирующее событие (уточните) _____ возраст _____ лет

Критерий А

№	Критерий	Вопрос	Допустимые объяснения	Кодировка ответов
1	2	3	4	5
1	А	Чувствовал ли ты ужас, когда это происходило?	Очень сильный страх	Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2
2	А	Чувствовал ли ты, что ты не можешь ничего изменить?		Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2

1	2	3	4	5
3	А	Чувствовал ли ты, что никто не может тебе помочь в этой ситуации?		Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2
4	А	Чувствовал ли ты отвращение, когда это происходило?	Казалось ли тебе происходящее в тот момент неприятным, противным?	Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2
5	А	Был ли ты более раздражительным, подвижным сразу после того, как это произошло?		Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2
6	В	Вспоминаешь ли ты о каких-то неприятных ситуациях, которые с тобой произошли? Если да, то как часто?	С большинством людей в жизни случаются неприятные ситуации, а с тобой случались?	Нет – 0 1 раз – 1 Более 1 раза – 2
7	В	Ты рассказываешь кому-то об этих воспоминаниях? Если да, то как часто? Если нет, то не рассказываешь, потому, что не вспоминаешь?	Ты не рассказываешь об этих ситуациях, потому что не вспоминаешь или тебе не хочется кому-то о них рассказывать?	Нет – 0 1 раз – 1 Вспоминает, но не рассказывает – 1 Более 1 раза – 2
8	В	Ухудшается ли твое самочувствие, когда что-то напоминает тебе о неприятном событии?	Например, у тебя начинает сильнее биться сердце, учащается дыхание, потеют руки, болит голова	Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2

1	2	3	4	5
9	В	Ты думал когда-нибудь о какой-то неприятной ситуации, когда тебе совсем не хотелось о ней думать? Если да, то как часто?		Нет – 0 1 раз – 1 Более 1 раза – 2
10	В	Ты представлял какую-то неприятную ситуацию, случившуюся с тобой? Если да, то как часто?		Нет – 0 1 раз – 1 Более 1 раза – 2
11	В	Ты рисовал какую-то неприятную ситуацию, случившуюся с тобой? Если да, то как часто?		Нет – 0 1 раз – 1 Более 1 раза – 2
12	В	Бывает ли так, что, неприятные чувства, которые ты когда-либо переживал, возникали у тебя снова, как если бы та ситуация повторилась, как будто ты опять вернулся в то время? Если да, то как часто?		Нет – 0 1 раз – 1 Более 1 раза – 2
13	В	Случалось ли, что ты начал вести себя так, как если бы неприятная ситуация, которая с тобой когда-то происходила, повторилась вновь? Если да, то как часто?	Бывает ли, что ты ведешь себя так, как будто какая-то неприятная ситуация, которая с тобой когда-то происходила, повторяется?	Нет – 0 1 раз – 1 Более 1 раза – 2
14	Д	Бывает ли тебе трудно заснуть? Если да, то как часто?		Нет – 0 1 раз – 1 Более 1 раза – 2
15	Д	Бывает ли, что ты просыпаться ночью? Если да, то как часто?		Нет – 0 1 раз – 1 Более 1 раза – 2

1	2	3	4	5
16	D	Бывает ли, что ты просыпашься слишком рано утром? Если да, то как часто?		Нет – 0 1 раз – 1 Более 1 раза – 2
17	D	Стали ли тебе сниться неприятные сны, кошмары? Если да, то как часто?		Нет – 0 1 раз – 1 Более 1 раза – 2
18	B	Снились ли тебе сны о неприятном событии, которое с тобой когда-то произошло? Если да, то как часто?		Нет – 0 1 раз – 1 Более 1 раза – 2
19	F	Приходишь ли ты иногда ночью спать к родителям? Если да, то как часто?		Нет – 0 1 раз – 1 Более 1 раза – 2
20	D	Вскакиваешь ли ты, когда слышишь неожиданный или громкий звук?		Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2
21	D	Стал ли ты более раздражительным?		Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2
22	D	Стал ли ты чаще ссориться с другими людьми?		Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2
23	C	Стараешься ли ты держаться на расстоянии от друзей и одноклассников?	Бывает ли так, что ты стараешься держаться отдельно от своих друзей?	Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2
24	F	Трудно ли тебе оставаться наедине с друзьями и одноклассниками?	Когда, например, в классе или в каком-то другом месте остаются только один человек и ты	Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2
25	C	Стараешься ли ты держаться на расстоянии от взрослых?	Бывает ли так, что ты стараешься держаться отдельно	Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2

1	2	3	4	5
			от родителей и учителей?	
26	F	Трудно ли тебе оставаться наедине с учителями?	Когда, например, в классе или в каком-то другом месте остаются только учитель и ты	Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2
27	F	Трудно ли тебе оставаться наедине с родителями?		Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2
28	C	Стараешься ли ты избежать чего-либо, что напоминает тебе о каком-то неприятном происшествии?		Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2
29	C	Стараешься ли ты избегать действий, которые напоминают тебе о чем-то неприятном в твоём прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)?	Делаешь ли ты для этого что-нибудь специально?	Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2
30	C	Стараешься ли ты избежать мест, которые напоминают тебе о чем-то неприятном в твоём прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)?	Делаешь ли ты для этого что-нибудь специально?	Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2
31	C	Стараешься ли ты избегать общения с людьми, которые напоминают тебе о чем-то неприятном в твоём прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)?	Делаешь ли ты для этого что-нибудь специально?	Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2
32	C	Стараешься ли ты не думать о чем-то неприятном в твоём прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)?	Делаешь ли ты для этого что-нибудь специально	Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2

1	2	3	4	5
33	С	Стараешься ли ты избегать разговоров, которые напоминают тебе о чем-то неприятном в твоём прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)?	Делаешь ли ты для этого что-нибудь специально?	Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2
34	F	Стало ли тебе сложнее выполнять свои обязанности (работу по дому)?	Было ли тебе раньше легче, например, убраться за собой свои вещи, помогать родителям?	Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2
35	F	Требуется ли тебе больше времени, чем раньше, чтобы выполнить свои обязанности (работу по дому)?		Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2
36	F	Стало ли тебе сложнее понимать, узнавать новые вещи (учиться)?		Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2
37	D	Изменилась ли в последнее время твоя память? Может быть, она стала лучше или хуже?	Стало ли тебе сложнее запоминать разные вещи?	Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2
38	D	Стало ли тебе сложнее сосредоточиться?		Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2
39	D	Стало ли тебе сложнее долго сидеть спокойно на одном месте?		Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2
40	С	Кажется ли тебе, что окружающий мир стал выглядеть или звучать по-другому?	Вещи, к которым ты привык, кажутся тебе не такими, как раньше	Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2
41	С	Можешь ли ты себя представить взрослым, старым?		Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2

1	2	3	4	5
42	С	Изменились ли в последнее время твои представления о будущем?	Не так, как раньше	Нет – 0 Не знаю – 1 Да – 2

Источник:

Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб: Питер, 2001. – 272 с.

Родительская анкета для оценки травматических переживаний детей (Н. В. Тарабрина)

Описание методики

Анкета для родителей была составлена нами на основе анкеты для изучения стрессовых реакций у детей (ChildStress Reaction Checklist – National Center for PTSD, Boston VAMC; Boston University School of Medicine; Shriners Bum Institute; Harvard Medical School; National Centerfor PTSD, White RiverJunction, VM). Анкета предлагается родителям для самостоятельного заполнения и поэтому содержит необходимые инструкции.

Порядок проведения

Перед началом исследования с родителями проводится беседа, основной целью которой является мотивирование родителей на ответственное и точное заполнение анкеты. Далее каждому родителю выдается пакет, в котором содержится подробная инструкция о порядке заполнения анкеты, собственно анкета и карточка с телефонами, по которым они могут задать необходимые вопросы. На другой стороне этой карточки – напоминание о том, что вся полученная от родителей информация конфиденциальна и не будет разглашаться.

Анкета состоит из трех частей.

1. Биографические данные. Эта часть содержит необходимый минимум данных о ребенке: ФИО, возраст, пол. Здесь же отмечается, кто именно из родителей или опекунов заполнял анкету.

2. Скрининг. Эта часть направлена на определение типа травмы и возраста травматизации ребенка. Родителям предлагается отметить в списке возможных травматические ситуации, пережитые ребенком, и его возраст во время травмы. Дается инструкция: «Возможно, что ваш ребенок пережил какое-либо событие, которое могло травмировать его психику. Пожалуйста, отметьте галочкой каждое из событий (и напишите возраст вашего ребенка во время каждого из случаев) в списке, приведенном ниже». Затем приводится список возможных травматических ситуаций. Список, используемый в анкете, более по-

дробный, чем приведенный в литературном обзоре, некоторые типы травм вынесены отдельно, поскольку в таком виде анкета более понятна для родителей и полнее отражает реальную ситуацию. Далее для уточнения характера, степени тяжести травмы и непосредственной реакции ребенка на нее родителям предлагается рассказать о травматической ситуации подробнее: «Пожалуйста, опишите это событие (например, где это произошло, кто был с вашим ребенком во время происшествия, насколько часто это происходило, как долго это продолжалось, насколько тяжелыми были последствия для ребенка, обращались ли вы за медицинской или психологической помощью по этому поводу и т. д.)».

3. Утверждения. Эта часть состоит из двух таблиц, перед заполнением которых дается инструкция: «Пожалуйста, отметьте в следующем списке (поставьте крестики в соответствующие столбцы) насколько характерны данные чувства или подобное поведение для вашего ребенка. Если ребенок пережил несколько травмирующих случаев, то отвечайте о наиболее тяжелом из них». Первая таблица содержит 5 вопросов, касающихся непосредственной реакции на травматическую ситуацию – критерий А. Перед таблицей уточняется, что речь идет о поведении ребенка непосредственно после травмы. Затем следует вторая таблица из 30 вопросов, относящихся к четырем шкалам (навязчивое воспроизведение, избегание действий, мыслей, мест и людей, напоминающих о травматическом событии, возросшая возбудимость и нарушения функционирования). Эти вопросы описывают поведение ребенка в течение последнего месяца. Вопросы, относящиеся к одному и тому же критерию, были разнесены нами для большей достоверности результатов. Обе таблицы содержат по три варианта ответов: «да», «нет», «скорее да». Такое смешение вариантов ответов было использовано для того, чтобы уравновесить стремление родителей предоставить социальное желаемое описание ребенка, отвечая отрицательно на большинство вопросов. Ответ же «скорее да» не является слишком категоричным и более охотно используется родителями.

Обработка результатов

Проводится подсчет баллов отдельно по каждой из шкал, а также отдельно по вопросам первой и второй таблиц. Ответы родителей оцениваются следующим образом: 2 балла за ответ «да», 1 балл за ответ «скорее да» и 0 баллов за ответ «нет». Критерию А (немедленное реагирование) соответствуют вопросы: 1–5 таблицы 1. Критерию В (навязчивое воспроизведение) соответствуют вопросы: 1, 3, 12, 19, 22, 23, 25 таблицы 2. Критерию С (избегание) соответствуют вопросы: 4, 5, 7, 9, 14, 16, 18, 20, 21, 26, 27, 28, 30 таблицы 2. Критерию D (возросшая возбудимость) соответствуют вопросы: 2, 6, 8, 13, 17, 29 таблицы 2. Критерию F (нарушения функционирования) соответствуют вопросы: 10, 11, 15, 24 таблицы 2. Общий уровень посттравматических симптомов: вопросы 1–30 таблицы 2.

Бланк анкеты

Уважаемые родители! Заполнение анкеты начните с указания вида психологической травмы, возможно, перенесенной вашим ребенком. Независимо от того, были ли в жизни вашего ребенка травматические случаи, перейдите к заполнению следующей части анкеты. Она состоит из двух таблиц. Первая включает 5 вопросов, описывающих поведение ребенка непосредственно после травмы. Если в жизни вашего ребенка не было травматических случаев, то вам ее заполнять не надо. Вторая таблица, состоящая из 30 вопросов, описывает поведение ребенка в течение последнего месяца. Даже если Ваш ребенок не переживал травматических случаев, тем не менее, пожалуйста, заполните эту часть анкеты. На каждое утверждение выберите один из трех вариантов ответов. Если вы считаете, что утверждение не отражает поведение вашего ребенка, то поставьте галочку напротив этого утверждения в колонке «Нет». Если вы сомневаетесь или не можете точно вспомнить, то поставьте галочку напротив этого утверждения в колонке «Скорее да». Если вы считаете, что утверждение точно описывает поведение вашего ребенка, то поставьте галочку напротив этого утверждения в колонке «Да». Спасибо за сотрудничество.

Ф. И. О. ребенка _____

Возраст _____

Пол: М Ж _____

Кто заполнял (отец, мать, другой воспитатель) _____

Возможно, что ваш ребенок пережил какое-либо событие, которое могло травмировать его психику? Пожалуйста, отметьте галочкой каждое из событий (и возраст вашего ребенка во время каждого из случаев) в списке, приведенном ниже:

Автомобильная катастрофа _____ возраст _____ лет

Другая катастрофа (несчастный случай) _____ возраст _____ лет

Пожар _____ возраст _____ лет

Стихийное бедствие _____ возраст _____ лет

Серьезное физическое заболевание _____ возраст _____ лет

Длительная или повторные госпитализации _____ возраст _____ лет

Физическое насилие _____ возраст _____ лет

Сексуальное домогательство или насилие _____ возраст _____ лет

Смерть близкого человека _____ возраст _____ лет

Пребывание в зоне военных действий _____ возраст _____ лет

Пребывание в качестве заложника _____ возраст _____ лет
 Другое травмирующее событие (уточните) _____ возраст _____ лет

Пожалуйста, опишите это событие (например, где это произошло, кто был с Вашим ребенком во время происшествия, насколько часто это происходило, как долго это продолжалось, насколько тяжелыми были последствия для ребенка, обращались ли Вы за медицинской или психологической помощью по этому поводу и т. д.) _____

Пожалуйста, отметьте в следующем списке (поставьте крестики в соответствующие столбцы), насколько характерны данные чувства или подобное поведение для Вашего ребенка. Если ребенок пережил несколько травмирующих случаев, то отвечайте о наиболее тяжелом из них.

Сразу после травмы:

№	Утверждение	Нет	Скорее да	Да
1	Ребенок чувствовал ужас (очень сильный страх)			
2	Ребенок чувствовал отвращение			
3	Ребенок чувствовал себя беспомощным			
4	Ребенок был возбужденным. Он был гиперактивен, трудно контролируем, импульсивен			
5	Поведение ребенка стало отличаться от обычного: оно стало менее организованным, менее осмысленным			

В течение последнего месяца:

№	Утверждение	Нет	Скорее да	Да
1	2	3	4	5
1	Ребенок рассказывает о неприятных воспоминаниях о событии			
2	Ребенок легко пугается. Например, сильно вздрагивает, когда слышит неожиданный или громкий звук			
3	Ребенок расстраивается, когда вспоминает о событии			
4	Ребенок кажется «оцепеневшим» (его эмоции не видны)			
5	Ребенок избегает действий, которые напоминают ему о событии			
6	Ребенок кажется злым или раздражительным			
7	Ребенку трудно вспомнить детали случившегося			
8	У ребенка появились проблемы со сном или засыпанием			
9	Кажется, что ребенок старается держаться на расстоянии от других людей			
10	Ребенку трудно оставаться наедине с друзьями, одноклассниками, учителями			
11	Ребенок делает вещи, которые были свойственны ему в младшем возрасте: например, сосет большой			

1	2	3	4	5
	палец, просится спать с родителями, появился энурез и т. д.			
12	Ребенок говорит, что у него возникают такие же чувства, как если бы событие произошло снова			
13	Ребенок суетлив и не может сидеть спокойно			
14	Ребенок избегает мест, которые напоминают ему о случившемся			
15	Ребенку трудно оставаться наедине с членами семьи			
16	Ребенок стал сильно смущаться, когда в его присутствии обсуждают проблемы пола			
17	Кажется, что ребенок находится на грани нервного срыва			
18	Кажется, что ребенок ошеломлен или одурманен			
19	Бывает, что ребенок ведет себя так, как если бы событие произошло снова			
20	У ребенка проблемы с оценкой времени. Он может спутать время суток, день недели или перепутать время, когда произошло какое-то событие			
21	Ребенок избегает разговоров о случившемся			
22	Ребенку снятся плохие сны			

23	Ребенок жалуется на плохое физическое самочувствие, когда что-то напоминает ему о событии. Например, у него возникает головная или зубная боль, затрудненное дыхание и т. д.			
24	Ребенку стало трудно справляться с обычной деятельностью (школьные занятия, работа по дому)			
25	Ребенок играет в случившееся (он проигрывает событие, рисует или придумывает)			
26	Ребенок кажется заторможенным. Ему требуется больше времени, чем раньше, на обычные действия			
27	Ребенок говорит о том, что окружающий мир выглядит непривычно. Например, вещи стали выглядеть или звучать по-другому			
28	Ребенок избегает людей, которые напоминают ему о событии			
29	У ребенка возникли проблемы с концентрацией внимания			
30	Ребенок говорит, что не хочет думать о случившемся			

Источник:

Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб: Питер, 2001. – 272 с.

ВОЗМОЖНЫЕ ВОПРОСЫ О СМЕРТИ СО СТОРОНЫ РЕБЕНКА

Канадский специалист С. Вурне приводит примеры возможных вопросов со стороны ребенка и предлагает варианты конкретных ответов на них.

– *Смерть похожа на сон?* Смерть отличается от сна. Когда ты ложишься спать, твое тело продолжает работать. Ты по-прежнему дышишь, твое сердце бьется, и ты видишь сны. Когда человек умирает, его тело больше не работает». Помните, что у детей, которым говорят, что смерть подобна сну, могут развиваться страхи, связанные с засыпанием.

– *Почему он умер?* Если смерть наступила от болезни, объясните, что тело человека больше не могло бороться с болезнью, оно перестало работать. Убедитесь, что ваши дети понимают, что, если они заболевают гриппом или простудой или если папа или мама заболевают, их организм может победить болезнь и выздороветь. Их тела продолжают работать. Объясните, что люди обычно не умирают, когда они болеют; большинство людей выздоравливает. Если смерть наступила от несчастного случая, объясните, что тело человека было повреждено настолько сильно, что перестало работать. Объясните также, что большинство людей, получивших телесные повреждения, могут поправиться и жить долгое-долгое время.

– *Ты когда-нибудь умрешь? А я умру?* Дети ищут успокоения, подбадривания. Дайте вашему ребенку понять, что большинство людей живут на протяжении очень долгого времени.

– *Я сделал (или подумал) что-то плохое, что привело к смерти?* Может быть, у вашего ребенка был конфликт с человеком, который умер. Может быть, ребенок хотел, чтобы этого человека не было рядом, чтобы получить больше внимания от других членов семьи. Может быть, ваш ребенок сказал ему: «Я хочу, чтобы ты ушел прочь от меня», или даже: «Я хочу, чтобы ты умер». Уверьте детей, что слова и желания не вызывают смерть.

– *Он вернется?* «Вечность», «навсегда» – сложные в плане понимания понятия для маленьких детей. Они видят, что люди уходят и возвращаются. Персонажи мультфильмов умирают и затем восстают снова. Маленькие дети могут нуждаться в том, чтобы им говорили несколько раз, что человек не вернется.

– *Ей там холодно? Что он будет есть?* Вам нужно объяснить ребенку, что тело умершего человека больше не работает. Он больше не может дышать, ходить, разговаривать или есть.

– *Почему Бог позволил этому случиться?* Отвечайте на вопросы, касающиеся Бога и религии, в соответствии с вашими собственными убеждениями (верованиями). Вы можете также проконсультироваться у священников. Это нормально – не знать ответов на все вопросы. Дети могут принять, что вы тоже можете иметь трудности с пониманием некоторых вещей. Лучше избегать высказываний, что Бог «забрал» умершего, чтобы он был с ним, или что «только хорошие люди умирают молодыми». Некоторые дети могут испугаться, что Бог их тоже заберет к себе. Они также могут стараться быть «плохими», потому что они не хотят умереть.

Источник:

Шефов, С. А. Психология горя / С. А. Шефов. – СПб.: Речь, 2006. – 144 с.

МАЛЫЙ СЛОВАРЬ ЮНГИАНСКИХ ТЕРМИНОВ,
НЕОБХОДИМЫХ ПЕСОЧНОМУ ТЕРАПЕВТУ

Анима – внутренняя феминная сторона мужчины. Бессознательный архетипный образ женщины.

К. Г. Юнг: «Каждый мужчина носит в себе образ женщины, причем не только матери, но и дочери, сестры, возлюбленной и богини. Каждая мать и каждая возлюбленная становится вместилищем и носителем этого нестарееющего символа».

Анимус – внутренняя маскулинная сторона женщины. Бессознательный архетипный образ мужчины.

К. Г. Юнг: «Анимус – разум и душа. Он соответствует отцовскому Логосу, а Анима – материнскому Эросу». Может быть позитивным в качестве моста между женским Эго и собственными творческими ресурсами женщины.

Архетип – примитивные структурные элементы человеческого Психе. Архетипы незаметны, но их воздействие прослеживается в архетипных образах и мотивах. Архетипные образы – универсальные установки или мотивы, которые происходят от коллективного бессознательного. Они являются базисом для первоисточков религий, мифов, легенд и сказок.

К. Г. Юнг: «Архетип выражает себя в метафорах. И если в этом свете мы будем говорить о солнце и идентифицировать с ним льва, короля, груды золота, охраняемую драконом или силу, которая дает жизнь и здоровье человеку, то это не будет ни то, ни другое, но нечто неизвестное, что более или менее адекватно выражается во всех этих сравнениях. Это не может уместиться в рамках формулы».

На личностном уровне архетипные установки и мотивы являются установками мышления или поведения, что свойственно человечеству всегда и везде. Они возникают во снах, видениях и других выражениях бессознательного.

Ассоциация (Association) – спонтанный поток сцепленных между собой мыслей и образов, имеющих отношение к определенной идее, обусловленной сетью бессознательных связей.

Индивидуация (Individuation) – осознание человеком своей реальной психологической уникальности, включающее в себя как его возможности, так и ограничения. Индивидуация приводит к тому, что регулирующим центром психики становится самость.

Интуиция (Intuition) – одна из четырех психических функций. Это иррациональная функция, помогающая увидеть возможности, скрытые в настоящем.

В отличие от ощущения (*sensation* – функции, связанной с восприятием существующей реальности опосредованно через органы чувств) через интуицию реальность воспринимается бессознательно, т. е. через проблески инсайтов неизвестного происхождения.

Инфляция (Inflation) – состояние человека, которое характеризуется далеким от реального, завышенным или заниженным (негативная инфляция) ощущением идентичности. Наличие инфляции свидетельствует о регрессии сознания в бессознательное, что обычно происходит, если это вбирает в себя слишком много бессознательного материала и теряет способность к его различению.

Комплексы – эмоционально заряженные группы идей или образов. Юнг делает акцент на то, что комплексы сами по себе не являются негативными, хотя их эффекты часто бывают таковыми.

К. Г. Юнг: «Комплексы могут пересекаться с намерениями воли и мешать нашим сознательным действиям. Они появляются и исчезают по своим собственным законам. Они могут преследовать сознательное и воздействовать на речь и поступки в бессознательной форме». Вместо «здорового смысла» человек руководствуется тем, что говорят ему комплексы.

Личность/Самость (Self) – архетип целостности. Регулирующий центр Психе. Сила целостности, которая выходит за рамки Эго.

К. Г. Юнг: «Личность соответствует целому рангу психических феноменов человека. Она выражает единость личности в целом. Личность – не только центр, но также целое окружение, которое охватывает и сознательное, и бессознательное. Это – центр данной совокупности, так же как Эго – центр сознательного».

Перенос и контрперенос (Transference and Countertransference) – особые разновидности проекций, которые обычно используются для описания бессознательных эмоциональных связей, возникающих в аналитических или терапевтических отношениях между аналитиком и пациентом.

Персона (Persona) (лат. «маска актера») – это «Я». Обычно наши идеальные черты, которые мы представляем миру. Первоначально слово «персона» обозначало маску, носимую актерами античного театра, для обозначения роли, которую они играли.

К. Г. Юнг: «Персона – функциональный Комплекс, появляющийся по причинам адаптации или личного удобства. Персона – это то, чем в реальности человек не является, но то, как он, так же как и другие, себя воспринимает». Сильное Эго обладает гибкой персоной.

Проекция (Projection) – процесс, в котором качество или характерное свойство субъекта воспринимается и переживается им как качество или свойство внешнего объекта или другого субъекта. Проекция анимы или анимуса на

женщину или мужчину переживается как состояние влюбленности. Фрустрированные ожидания указывают человеку на необходимость возвращения проекций, чтобы устанавливать отношения с реально существующими людьми.

Психе – обобщение всех наших психологических процессов, сознательных и бессознательных.

Тень – скрываемые или бессознательные аспекты личности человека: и хорошие, и плохие, но такие, которые Эго либо подавляет, либо никогда не признает. Тень в основном состоит из подавленных желаний и некультурных импульсов, морально недоброкачественных мотивов, детских фантазий и обид. Мы НЕ гордимся всеми этими вещами, и часто мы находим это в других посредством проекций.

К. Г. Юнг: «Осознание нашей Тени вовлекает в себя распознавание темных аспектов личности как присутствующих в действительности».

«Тень – просто что-то недоброкачественное, примитивное, неадаптированное и неуклюжее, но не совершенно плохое. Она даже содержит некоторые детские и примитивные качества, которые могли бы в своем роде визуализировать и украсить человеческое существование, но – условности запрещают».

Три слоя Сознательного/Бессознательного

- Личностное сознательное – то, в чем мы все уверены, в настоящем и прошлом.

- Личностное бессознательное – то, в чем мы не уверены, но каждый в СВОЕМ, в настоящем и в прошлом.

- Коллективное бессознательное – разделяемое бессознательное человечества. Слой Психе, содержащий наследственные коллективные сведения. Отсюда проистекают архетипы, например, универсальная потребность человека в религии и т. п.

Констелляция (Constellation) – о констелляции (возбуждении, активном состоянии) комплекса свидетельствует сильная эмоциональная реакция на человека или ситуацию.

Символ (Symbol) – максимально возможное выражение некой малоизвестной сущности. Символическое мышление нелинейно, имеет отношение к правому полушарию и комплементарно линейному логическому мышлению, относящемуся к левому полушарию.

Трансцендентная функция (Transcendent function) – примиряющий «третий», возникающий из бессознательного (в виде символа или новой установки) после того, как конфликтующие противоположности были сознательно дифференцированы и между ними сохранилось определенное напряжение.

Чувство (Feeling) – одна из четырех психических функций. Это рациональная функция, с помощью которой человек оценивает отношения и ситуа-

ции. Чувство следует отличать от эмоций, возникающих при наличии возбужденного комплекса.


Эго – центр личного сознательного. Сильное Эго может быть объективно связано с активацией объективного бессознательного. Эго – центральный комплекс бессознательного, и сильное Эго может избежать идентификации с ним. Юнг говорит, что знание «личности» Эго часто запутывает понимание самого себя.

К. Г. Юнг: «Любой, обладающий Эго-сознательным, считает, что он знает самого себя. Но Эго знает только свое содержимое, а не бессознательное и его содержимое. В таком случае Психе ведет себя как тело, о физиологической и анатомической структуре которого человек обычно знает очень мало».

Источник:

Сакович, Н. А. Технология игры в песок. Игры на мосту / Н. А. Сакович. – СПб.: Речь, 2006. – 176 с.

СТАДИИ РАБОТЫ НА ПЕСКЕ

Название стадии	Фото-иллюстрация
Стадия хаоса	
Стадия борьбы	
Стадия исхода	

Источник: фото с сессий Е. С. Гуриной

ПРИМЕР ИНТЕРПРЕТАЦИИ ПЕСОЧНОЙ КОМПОЗИЦИИ

ВАНДА

Ванда, 29-летняя, недавно вышедшая замуж женщина, приступила к курсу песочной психотерапии спустя два года после того, как ее брат – военнослужащий – погиб в авиакатастрофе. Для написания дипломной работы она выбрала тему, посвященную исследованию чувств тех, кто перенес смерть своих братьев или сестер во время службы в армии. Испытывая явные затруднения в работе над теоретическим материалом и проведении интервью с людьми, переживавшими те же чувства, что и она, Ванда обратилась к психотерапевту. В работе с Вандой песочница использовалась в качестве основного инструмента. В течение первых четырех месяцев пациентке удалось решить задачу начального этапа психотерапии, – используя песочницу и технику активного воображения, пройти ритуал оплакивания брата и расставания с ним. Вскоре после этого Ванда забеременела и за шесть месяцев беременности написала дипломную работу. Тем не менее ее песочные композиции отражали тревогу, неуверенность в своих силах, а также в способности родить и вырастить ребенка в условиях жизни в киббуце. Вплоть до родов Ванда продолжала работать с психотерапевтом, используя главным образом изобразительные техники, но не песочницу. Как это ни прискорбно, однако ее первый сын погиб в результате того, что пуповина обвилась вокруг его шеи еще до начала родов. Ванда переживала острое чувство вины и едва сдерживаемого гнева. Спустя полгода после смерти ребенка она возобновила работу с психотерапевтом и продолжала ее на протяжении последующих полутора лет, используя в основном песочницу. Острота переживаемых ею чувств, вызванных новой утратой, усугублялась еще и тем, что она страдала бесплодием, а проводимое лечение не давало эффекта. Излечение Ванды, ее новая беременность и успешное рождение ею сына происходило в условиях киббуца, в Израиле, что, несомненно, повлияло на ее женскую идентичность.

Песочная композиция A1: дети, собирающие ракушки возле пещеры

Первая созданная Вандой песочная композиция изображает сцену на пляже. Несколькими днями раньше она побывала с младшим братом на пляже. Это случилось в полдень – прошел дождь, и в небе появилась радуга. Ванда объяснила, что это послужило основой для создания данной композиции. Вместо солнца она изобразила луну, передавая тем самым ощущение царившего в тот день полумрака. В нижнем левом углу композиции, с обеих сторон от

входа в пещеру, она расположила фигуры мальчика и девочки. Возле мальчика Ванда положила три коричневых камушка, а возле девочки – два отполированных водой стеклышка. Ноги детей были скованы покрывавшим их песком. Инфантильные образы мальчика и девочки говорят о неготовности Ванды к исцелению. В то же время расположенные у входа в пещеру камушки и стеклышки свидетельствуют о начавшемся объединении мужских и женских качеств в психике молодой женщины. Евреи часто оставляют на могилах родственников камушки, поэтому композиция может отражать чувства Ванды, связанные со смертью брата. Отполированным водой стеклышкам изумрудного цвета уже две тысячи лет; они были найдены на израильском побережье Средиземного моря в том месте, где некогда находилась римская фабрика по производству стекла. Прозрачные камушки обладают мистическими свойствами, что обусловлено их длительным пребыванием в море. Они символизируют связь с морем, с вечным чревом, с источником жизни, а также являются символом связи с бессознательным (море) и с тем, что оно способно открыть человеку. Помимо перечисленного в стеклышках есть некоторые небесные, магические качества, связанные с проявлениями духовности и фантазии. Место действия поделено на четыре части: след от трактора разделяет композицию на верх и низ, а полукруглые, симметричные массы песка, напоминающие грудь, сочетаясь с голубой поверхностью подноса, делят композицию на правую и левую части. Левая часть композиции с расположенной здесь луной (сверху) и спасительной пещерой-чревом (внизу) связана с фемининностью. Луна символизирует связь с женской духовной сущностью. Пещера же, кроме чрева, обозначает коллективное бессознательное и психотерапевтический теменос. В верхнем левом квадранте расположены два коричневых камушка и два стеклышка, уравновешивающие расположенные по диагонали в нижнем правом квадранте четыре коричневых камушка. Цветами левой половины композиции являются коричневый, серый и голубой – маловыразительные, «неэмоциональные» цвета, часто выбираемые клиентами в состоянии депрессии. Черно-красный трактор, проделав свой путь через центр композиции, остановился под холмом в верхнем правом квадранте. Красный, черный и белый цвета являются основными, связанными с базисными переживаниями и представлениями о темноте (черный), свете (белый) и крови (красный). Трактор символизирует энергию жизненного пути, однако он остановился, поэтому его путь скорее разделяет, чем связывает сознание и бессознательное. Крошечная фигурка младенца находится на вершине холма. Объясняя ее значение, Ванда сказала, что это «полуангел-полуребенок, а может быть, ожидающий меня муж». Несколько созданных из раковин холмов обозначают этапы движения к морю. Ванда не сказала о том, что белый, похожий на привидение младенец связан с образом погибшего бра-

та. Ничего она не сказала и по поводу того, что «мертвые белые» пустые раковины, из которых ушла жизнь, символизируют могилы. Если младенец – это ожидающий ее муж, то раковины символизируют ту жизнь, с которой Ванда еще не соединилась. Если же младенец символизирует ее брата, то он указывает на то, что Ванде предстоит некая встреча со смертью. В центре композиции, за трактором, лежат яблоко, банан и стейк. Банан, форма которого напоминает месяц, находится в самом центре и соединяет квадранты. Окрашенные в теплые цвета продукты почти незаметны, хотя и расположены в центре. Все они свидетельствуют либо о том, что для Ванды песочная терапия является своеобразной «пищей» и что Ванда «питается» в процессе создания песочных композиций, либо о том, что она сеет семена будущей жизни, но делает это столь осторожно и робко, что вряд ли они дадут всходы. Учитывая ее склонность скрывать от других важные для себя вещи, можно предположить, что эти мелкие продукты заключают в себе глубокий смысл.

Диагональ, связывающая левый нижний квадрант и расположенную там пещеру с правым верхним квадрантом, служит объединению сознания и бессознательного. Увязшие в песке дети, возможно, способны из него выбраться. Правый верхний квадрант включает в себе символы фантазии и одновременно вероятной смерти. Правый же нижний квадрант и левый верхний квадрант содержат в основном песок. В каждом из них находится по четыре камушка. Таким образом, диагональ соединяет те части композиции, в которых крайне мало предметов и где не ощущается никакого движения. Ванда так прокомментировала свою композицию: «Дети не спеша собирают разбросанные вокруг предметы. Эти предметы кому-то нужны. Девочке интересно собирать предметы и в то же время наблюдать за своими действиями. Мальчик смотрит вдаль. Хорошо, что рядом с ними есть пещера, в которой они могут укрыться».

Источник:

Штейнхардт, Л. Юнгианская песочная психотерапия / Л. Штейнхардт. – СПб.: Питер, 2001. – 320 с.

ПРИМЕР СЕРИЙНОГО РИСОВАНИЯ
(ЛЮСИ, 5 ЛЕТ)



Рис.2.1. Люси в виде чайки.



Рис. 2.2. Супердевочка.



Рис.2.3. Меня преследуют люди.



Рис.2.4. Индейская принцесса.

Источник:

Аллан, Дж. Ландшафт детской души. Юнгианское консультирование в школах и клиниках / Дж. Аллан; пер. с англ. Ю. М. Донца. – М.: ПЕР СЭ, 2006. – 272 с.

Учебное издание

Гурина Елена Сергеевна
Кошенова Марина Ивановна

РАБОТА ПСИХОЛОГА С ДЕТСКОЙ ТРАВМОЙ

Учебное пособие

Редактор – *Е. А. Бутина*
Компьютерная верстка – *И. Т. Ильюк*

Подписано в печать 28.05.2020. Формат бумаги 60×84/16.
Печать цифровая. Уч. изд. л. 13,7. Усл. печ. л. 18,0. Тираж 300 экз.
Заказ № 33.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет»
630126, Новосибирск, ул. Виллюйская, 28
Тел.: 8(383)244-06-62, www.rio.nspu.ru
Отпечатано: ФГБОУ ВО «НГПУ»