

**А.Л. Венгер,
Е.И. Морозова**

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ
ПОСЛЕ БЕСЛАНСКОЙ ТРАГЕДИИ**

Создание данной рукописи спонсировано по Соглашению о сотрудничестве №. 118-A-00-06-00050-00 Агентства США по международному развитию (USAID). Представленные в рукописи информация и мнения авторов выражают их собственную позицию и могут не совпадать со взглядами USAID или Keystone Human Services.

Предисловие	4
Глава 1. СИТУАЦИЯ В ГОРОДЕ И УСЛОВИЯ РАБОТЫ	6
Глава 2. СОСТОЯНИЕ ПОСТРАДАВШИХ	11
2.1. Типичные реакции детей и подростков на психотравмирующую ситуацию	11
2.2. Психологические нарушения у детей и подростков, переживших Бесланскую трагедию	20
2.3. Регрессия при психологической травме	25
Глава 3. РИСУНОЧНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	30
3.1. Рисунок как метод диагностики психического состояния	30
3.2. Признаки психологической травмы в детском рисунке	46
3.3. Рисунки бесланских детей и подростков.....	58
Глава 4. ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ПЕРЕЖИВАНИЯ ПСИХОТРАВМЫ	66
4.1. Основные формы психологической помощи	66
4.2. Задачи социально-психологической реабилитации пострадавших подростков	71
4.3. Задачи психологической работы с семьей.....	73
Глава 5. КУЛЬТУРАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ	75
5.1. Общие принципы культурального подхода	75
5.2. Восстановление ранее освоенных действий.....	84
5.3. Коррекция острой тревоги: работа с талисманом.....	88
5.4. Замещающая ситуация развития для бесланских первоклассников.	94
Глава 6. АРТТЕРАПИЯ В РАБОТЕ СО СТРЕССОМ	98
6.1. Общая характеристика техник арттерапии.....	98
6.2. Арттерапия на начальном этапе психокоррекции стресса	106
6.3. Методика «Уничтожение страха»	107

6.4. Методика «Гармонизация рисунка».....	115
Глава 7. РАБОТА В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ.....	117
7.1. Общие вопросы организации работы в Центре	118
7.2. Начальный этап работы	122
7.3. Восстановление активности	124
7.4. Упорядочение активности и отреагирование агрессии.....	127
7.5. Примеры работы с детьми в Реабилитационном центре	132
Глава 8. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СЕМЬИ.....	141
Глава 9. ГРУППОВАЯ РАБОТА С ПОДРОСТКАМИ.....	147
9.1. Программа «Дискавери».....	147
9.2. Групповая работа с бесланскими старшеклассниками	160
Глава 10. ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕРТВАМ КАТАСТРОФ	164
ЛИТЕРАТУРА	171

ПРЕДИСЛОВИЕ

Террористический акт в североосетинском городе Беслане по своей жестокости и бесчеловечности превзошел все, что происходило прежде. Первого сентября 2004 года группа террористов захватила 1128 человек (более половины из них – дети) и в течение трех дней содержала их в качестве заложников в здании бесланской школы № 1. Все это время заложникам не давали еды и питья. Террористический акт завершился взрывами, пожаром и штурмом. Более 300 заложников погибло, а оставшиеся в живых получили во время штурма ранения различной тяжести.

В этой книге мы описываем наш опыт оказания психологической помощи пострадавшим. Мы надеемся, что он окажется полезным специалистам, которые работают с детьми и подростками, пережившими различные психологические травмы – не обязательно столь тяжелые, как у бесланских заложников.

В книге характеризуется состояние обращавшихся к нам детей и подростков, описываются использованные психотерапевтические методики и подходы, организационные формы работы. Мы сосредоточили внимание на *практических аспектах* психологической помощи пострадавшим. Теоретические вопросы, относящиеся к стрессовым и постстрессовым состояниям и к их коррекции, освещаются лишь в той мере, в какой это необходимо для понимания практического материала. Этим объясняется и минимизация приводимых в книге литературных ссылок.

К сожалению, условия работы в Беслане не позволяли нам использовать стандартизованные методики оценки психологического состояния детей до и после проводившейся психотерапии. Виной тому не только нехватка времени, но и позиция местных властей. Так, для выявления

отсроченных последствий психотравмы, ее влияния на состояние детей и подростков мы считали нужным провести анкетирование их родителей и учителей. Однако нам не было дано разрешение на проведение такого анкетирования: по-видимому, отказ объяснялся общей установкой властей на ограничение информации о ситуации в Беслане. Поэтому мы вынуждены были ограничиться данными наблюдений, бесед и неформальных тестов – в частности, рисуночных.

Мы хотим выразить глубокую признательность тем, кто помогал и продолжает помогать нам в работе. Успешная реабилитационная работа в Беслане была бы невозможна без постоянной поддержки главврача Центральной районной клинической больницы (ЦРКБ) г. Беслана В.П. Каргинова, зам. главврача В.Ч. Баскаева, главного психиатра Республики Северная Осетия – Алания Т.Н. Рыжовой. Мы искренне благодарны нашим бесланским и владикавказским коллегам Ф.В. Багаевой, А.В. Бородиной, А.А. Дзансолову, Л.М. Каллаговой, М.Т. Кануковой, И.Э. Марзаеву, Т.В. Наскидаевой, В.А. Плиевой, Е.В. Рыжовой, М.М. Сосрановой и др.. Мы признательны также организациям и частным спонсорам, чья финансовая поддержка обеспечила возможность организовать систему психологической помощи бесланским детям и подросткам.

Глава 1. СИТУАЦИЯ В ГОРОДЕ И УСЛОВИЯ РАБОТЫ

На момент трагедии в Беслане отсутствовали какие-либо психологические службы, у населения не было опыта обращения за психологической помощью. На весь город с тридцатитысячным населением был только один врач-психиатр, обслуживавший как взрослых, так и детей. Среди местных психологов почти не было специалистов, имеющих адекватную подготовку в области клинической и/или детской психологии. Количество квалифицированных специалистов, приехавших из других городов, было явно недостаточным. Так, в первые дни после трагедии в Беслане работали только 4 детских психолога из Института им. В.П. Сербского под руководством Е.Г. Дозорцевой.

Мы начали работу 13 сентября 2004 г., через десять дней после освобождения заложников¹. К этому времени группа Дозорцевой уже вернулась в Москву, и почти до конца месяца мы вдвоем были единственными детскими психологами, работавшими в Беслане. Работа проводилась в контакте с группой психиатров из московского НИИ психиатрии Росздрава и ростовскими психотерапевтами из общественной организации «Женщины Дона».

Наша деятельность проходила в поликлиническом отделении единственной городской больницы. Ночевали мы там же, в больничной палате, что позволяло вести прием с 9 утра до 8 – 9 вечера. После этого проводились выезды на дом. Население уже знало, что в поликлинике работают московские специалисты, и многие приходили на прием целенаправленно. Другим посетителям рекомендовали обратиться к психологу врачи поликлиники. С врачами мы предварительно провели ряд

¹ Работа проводилась в составе группы психиатров и психологов под общим руководством З.И. Кекелидзе, замдиректора ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского.

занятий, на которых подробно описали признаки, свидетельствующие о том, что ребенок нуждается в психологической помощи.

У подавляющего большинства детей, с которыми проводилась работа, имелись относительно легкие физические травмы: ожоги, осколочные ранения, сотрясение мозга в легкой степени. Многие из них приходили на процедуры (перевязки и т.д.) и тут же, в организованной нами игровой при поликлинике, получали психологическую помощь. Дети с более серьезными ранениями находились на лечении в больнице г. Владикавказа или других городов (Москвы, Санкт-Петербурга), поэтому мы не имели возможности оказать им психологическую помощь.

В этот период и позднее, вплоть до ноября 2004 г., нормальная жизнь в городе отсутствовала. Клановость и тесные связи между соседями, характерные для Северной Осетии, как и вообще для кавказских микрокультур, играли двоякую роль. С одной стороны, они создавали возможность для эмоциональной и материальной взаимоподдержки. Так, никто из детей, лишившихся родителей, не был отдан в детдом, все они были взяты на воспитание родственниками или друзьями. С другой стороны, повышалась степень взаимного заражения отрицательными переживаниями. Элементы общинного образа жизни способствовали широкому распространению вторичной травматизации. В результате острое состояние наблюдалось и у многих людей, которые сами не были заложниками и не потеряли никого из ближайших родственников.

В течение месяца продолжалось опознание погибших. Почти ежедневно проходили чьи-либо похороны: либо тело раньше не было опознано, либо человек только теперь скончался от ран в больнице. В соответствии с местными обычаями, до истечения 40 дней после похорон еженедельно совершались поминки по погибшему. Практически все население города носило траур.

В противовес этому, организовав психологическую реабилитацию детей, мы задались целью создать островок *нормальной детской жизни*, чтобы преодолеть погруженность детей и родителей в тягостные воспоминания, захваченность трагическими переживаниями. Таким «островком» стал Центр психологической реабилитации детей и подростков при Бесланской больнице (Реабилитационный центр). Центр был организован по нашей инициативе в первые же дни работы. Администрация больницы предоставила для этого зал лечебной физкультуры в поликлиническом отделении и небольшую дополнительную комнату – ординаторскую кардиохирургов. При оборудовании Центра использовались игрушки и материалы, поступившие в Беслан в качестве международной гуманитарной помощи, а также закупленные на средства частных спонсоров.

После окончания работы Реабилитационного центра, в вечерние часы, проводились *выезды на дом* к детям, находившимся в особо тяжелом психологическом состоянии. Информацию о таких детях мы получали от участковых врачей, а также на основании запросов, поступивших по телефонной «горячей линии». Бесланские психологи, работающие на «горячей линии», находились в поликлинике, в соседнем с нами кабинете. Это позволяло им поддерживать с нами постоянный тесный контакт, обращаться за профессиональной помощью и супервизией.

Местные психологи-волонтеры помогали нам также работать в Реабилитационном центре, однако в первоначальный период их помощь была нерегулярной и недостаточно эффективной. Они нуждались в постоянной поддержке и рекомендациях, боялись работать самостоятельно и не имели достаточной для этого квалификации. В основном, работать нам приходилось вдвоем.

Параллельно с психокоррекционной работой проводились лекции в рамках цикла тематического усовершенствования «Психологическая и психиатрическая помощь при чрезвычайных ситуациях» для психологов,

врачей, среднего медицинского персонала, а также дополнительные обучающие семинары для ассистировавших нам местных психологов. В октябре 2004 г. группа североосетинских психологов прошла в Москве курс обучения работе с психологической травмой, организованный Гуманитарными службами «Кистоун» (США) совместно с московским Лайонз Клубом. В дальнейшем для них было организовано несколько дополнительных краткосрочных курсов повышения квалификации.

Впоследствии в штат поликлиники были включены две ставки психолога для работы в Центре. На эти ставки было взято 4 специалиста (каждый на 0,5 ставки), ранее работавших в Центре волонтерами. После нашего отъезда из Беслана в октябре 2004 г. они продолжили работу в Центре самостоятельно, под нашей супервизией. В настоящее время супервизия деятельности местных психологов, работающих в Центре, осуществляется как дистантно – по телефону и Интернету, так и непосредственно – в периоды наших командировок в Беслан (в первый год – один раз в полтора месяца, далее – один раз в квартал).

В первые недели после трагедии, в сентябре – октябре 2004 г., Центр работал ежедневно, без выходных, с 9 часов утра до 8 часов вечера. В дальнейшем режим работы стал менее напряженным: 6 дней в неделю (воскресенье – выходной) с 10 утра до 5 вечера. Центр работает в этом режиме по настоящее время. В последние годы задачи работы Центра существенно расширились: проводится работа с психически больными детьми, семейное консультирование и т.п.

Работа Центра проходит в постоянном взаимодействии с администрацией поликлиники и Министерством здравоохранения РСО – Алания. От Министерства работу курирует главный психиатр РСО – Алания Т.Н. Рыжова.

Начиная с декабря 2004 г., работа сотрудников Центра дополнительно оплачивалась британским благотворительным фондом Charities Aid

Foundation (CAF) в рамках проекта «Поддержка Центра реабилитации детей и подростков Беслана» (при посредстве АЕРСh «Ассоциация экспертов по проблемам детства»). Начиная с лета 2006 г., финансовую и организационную поддержку работе Центра оказывает Социально-образовательный фонд социальной помощи детям и семьям «Кистоун».

В мае 2005 г. возникла необходимость в поиске нового помещения для Центра, поскольку зал лечебной физкультуры, где он размещался до тех пор, должен был использоваться по своему прямому назначению. Администрацией больницы было предоставлено новое помещение (две небольшие комнаты на первом этаже), требовавшее серьезного ремонта. Ремонт был проведен на благотворительных началах архитектурным агентством «Стиль» (г. Владикавказ). Необходимые материалы были закуплены на средства, предоставленные голландским Лайонз Клубом.

В течение всего периода реализации проекта поддержку ему оказывал также благотворительный американский фонд «Общество помощи русским детям» (ОПРД). Благодаря этому была предоставлена материальная помощь особо нуждающимся семьям. На средства фонда в апреле-мае 2005 г. в Доме культуры Беслана была организована выставка рисунков, сделанных детьми на занятиях по арттерапии в Центре психологической реабилитации детей и подростков. Эта выставка не только способствовала популяризации деятельности Центра и привлечению к ней внимания общественности, но имела также большое психотерапевтическое значение. Видя интерес посетителей выставки к своим работам, дети убеждались в своей значимости, что было очень важно для повышения их самооценки и самоуважения.

Глава 2. СОСТОЯНИЕ ПОСТРАДАВШИХ

2.1. Типичные реакции детей и подростков на психотравмирующую ситуацию

Систематическое изучение последствий психологической травмы у детей и подростков началось сравнительно недавно. Еще в 80-х годах XX века высказывалось мнение, что переживание катастрофы не приводит к существенным нарушениям психического развития (Quarantelly, 1985). Предполагалось, что, благодаря пластичности детской психики, негативное воздействие психотравмы может быть сравнительно легко преодолено без специальной психологической помощи. Однако последующие исследования не подтвердили этих предположений. Было установлено, что даже спустя два года после пережитой психотравмы у детей и подростков сохраняются существенные психологические нарушения, интенсивность которых со временем не уменьшается (McFarlane et al., 1987; Yule et al., 1999; Nader, 2004).

В последние десятилетия все шире изучаются последствия как локальных, так и массовых психотравмирующих ситуаций. *Локальные психотравмирующие ситуации* затрагивают отдельного ребенка или отдельную семью. Это может быть автокатастрофа, пожар, ситуация, угрожающая жизни и здоровью, тяжелая болезнь самого ребенка или кого-то из его близких, смерть кого-либо из членов семьи. Пожалуй, самые травматичные случаи – это насильственная смерть и суицид (самоубийство). Для ребенка особенно травматична смерть кого-либо из родителей. Психотравма бывает наиболее глубока в случаях, когда ребенок был свидетелем смерти.

Источником тяжелых психологических травм становится насилие – в частности, внутрисемейное (Howe, 2005). Особенно глубокие психологические травмы возникают в результате сексуального насилия. Для

ребенка источником психологических травм часто служат семейные конфликты, а особенно – развод родителей.

Массовые психотравмирующие ситуации затрагивают большие группы людей. Иногда это может быть целый город или даже регион. Причинами этого становятся:

- стихийные бедствия (наводнение, землетрясение, ураган, цунами, извержение вулкана и т.п.);
- техногенные катастрофы (крушения транспорта, разрушение зданий, аварии на производстве, крупные пожары и т.п.);
- социальные бедствия (военные действия, террористические акты, крупномасштабные социально-политические кризисы и т.п.).

Основные проявления психологической травмы сходны вне зависимости от того, вызвана ли она локальной или массовой психотравмирующей ситуацией, порождена ли она природной, техногенной или социальной катастрофой. Однако в случаях массовых катастроф эти проявления бывают особенно сильно выражены. В последние десятилетия в нашей стране неоднократно случались катастрофы, *затрагивающие целый город или регион* (стихийные бедствия, техногенные катастрофы, война, массовый захват заложников и т.п.). В подобных случаях происходит взаимное заражение отрицательными переживаниями, создающее *вторичную травматизацию*. Источником вторичной травматизации может стать и влияние средств массовой информации – например, просмотр телепередач с места трагедии.

Последствия психологической травмы определяются не столько ее характером, сколько интенсивностью (в частности, они довольно мало зависят от того, была ли психотравмирующая ситуация локальной или массовой). Однако следует помнить, что причины психологических травм и кризисов почти никогда не лежат целиком вне психики человека. Даже, казалось бы, чисто внешнее, объективное событие приводит к кризису не

само по себе, а в результате его определенного восприятия субъектом. Существует большая или меньшая устойчивость к травмирующим воздействиям. Событие, порождающее кризис у одного человека, может быть относительно легко пережито другим.

Тем не менее, имеются типичные для большинства пострадавших **этапы переживания психологической травмы**. Это:

1. Шоковый этап.
2. Этап стабилизации.
3. Этап восстановления.
4. Этап личностной и социальной интеграции.

Шоковый этап. Первой реакцией на тяжелую психологическую травму часто становится *шоковое состояние*, подверженность которому особенно высока у детей. Оно может проявляться в форме патологической заторможенности или, напротив, хаотического патологического возбуждения.

В первом случае ребенок бледен, малоподвижен (вплоть до ступора), его движения замедлены. В его позе отражается общая скованность, напряженность. Мимика выражена слабо («маскообразное лицо»). Выражение лица может быть нейтральным, грустным или испуганным. Речь бедная, тихая, вплоть до еле слышного шепота. Иногда наблюдается элективный или тотальный мутизм¹. Реакция на все внешние воздействия резко ослаблена. Ребенок может не отвечать на задаваемые ему вопросы, не обращать внимания на окружающих, пытающихся вступить с ним в контакт.

При патологическом возбуждении наблюдается высокая, но нецеленаправленная двигательная активность. Ребенок может куда-то бежать, метаться по комнате, кричать, громко плакать. Возможны

¹ Элективный мутизм – это отказ от использования речи в определенных ситуациях (например, с незнакомыми взрослыми), тотальный мутизм – полный отказ от использования речи, временная немота.

агрессивные или деструктивные (разрушительные) действия. При патологическом возбуждении, так же как и при патологической заторможенности, резко снижена реакция на любые внешние воздействия. Нередко эти состояния у одного и того же ребенка чередуются: заторможенность сменяется возбуждением, затем снова наступает заторможенность и т.д.

Таким образом, общей характеристикой шокового состояния в обеих его формах является *отсутствие целенаправленной активности* и снижение контакта с окружающим миром. Для этого этапа типичны также острые вегетативные реакции, грубые нарушения сна, отказ от еды.

2. Этап стабилизации. На этом этапе к человеку возвращается способность к целенаправленной деятельности, хотя ее продуктивность все еще существенно снижена. В благоприятном случае (если в целом психика человека достаточно устойчива, если ему оказана необходимая психологическая помощь и поддержка), начинается возвращение к нормальному состоянию. В более тяжелых случаях этот этап характеризуется появлением симптомов *посттравматического стрессового расстройства* (ПТСР).

ПТСР возникает как отсроченная, отставленная или затяжная реакция на действие длительного и особо тяжелого стресса (Horowitz, 1990). Распространенность заболевания весьма высока (до 80% пострадавших). ПТСР может развиваться и в том случае, если непосредственно после психотравмы не наблюдалось острого стрессового состояния. Его первые проявления могут быть отставлены на несколько месяцев – до полугода, а в отдельных случаях даже больше. Вероятность возникновения ПТСР существенно понижается, если сразу после психотравмы была оказана психологическая помощь.

ПТСР – это хроническое заболевание с волнообразным течением. Оно может продолжаться в течение нескольких лет, а иногда и всю жизнь, с периодическими обострениями. Оно включает следующие симптомы:

- *Повторное переживание травматического события* в навязчивых мыслях, воспоминаниях, сновидениях (часто носящих характер кошмара). Боязнь засыпать (вследствие ожидания кошмаров). Ощущение иллюзорного повторения события, произвольные яркие визуализации («флэшбэк»).
- Потребность в тишине, сверхчувствительность к звукам (*гиперакузия*), боязнь громких звуков (*акузофобия*).
- *Тревожность*. Постоянное ощущение угрозы, опасение физического или психического нападения на пострадавшего и членов семьи.
- *Симптомы возрастающего возбуждения*, проявляющиеся в нарушениях сна, раздражительности, трудностях концентрации внимания.
- *Чувство вины* перед погибшими. Оно сопровождается депрессией, самоуничижением, сомнениями в своей способности любить, верить, наслаждаться жизнью.
- *Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой* и блокировка эмоциональных реакций, оцепенение.
- *Снижение позитивных чувств*, интереса к деятельности.
- *Изменения характера*: появление повышенной агрессивности, раздражительности, гневливости, склонности к насилию. Это приводит к трудностям в общении с близкими людьми и в трудовой адаптации.
- *Нарушения в социальной, профессиональной, учебной или других важных сферах жизнедеятельности*. Нередко возникает алкоголизация или наркотизация.
- Пострадавшие не осознают связи между нарушенным здоровьем и перенесенным в прошлом стрессом, о котором им не хочется вспоминать.

Диагноз ПТСР ставится в том случае, если длительность протекания расстройства составляет более 1 месяца.

Для детей на этапе стабилизации характерна *регрессия*, то есть возврат к формам поведения, типичным для более ранних возрастных периодов. Иногда регрессия (появление детских форм поведения) встречается и у взрослых.

Многие исследователи указывают, что у детей, испытавших психологическую травму, наблюдается постоянное воспроизведение пережитого в разных формах: в ярких устрашающих визуализациях (флэшбэк), в многократных играх на тему травматического события, в кошмарных сновидениях. Дети ожидают и боятся реального повторения этого события (Тегг, 1991; Webb, 2004).

Детальный анализ психологических последствий психотравм, возникающих у детей и подростков в результате катастроф и масштабных несчастных случаев, провели У. Юл и Р.М. Уильямс (2001). В качестве наиболее распространенных симптомов они называют:

- *нарушения сна;*
- *трудности сепарации* (стремление постоянно находиться рядом с родителями, спать вместе с ними и т.п.);
- *снижение способности к концентрации* (в частности, трудности в сосредоточении на школьной работе);
- *временное снижение памяти*, а также утрату некоторых навыков, имевшихся ранее;
- *навязчивые мысли;*
- *нарушения общения* с родителями и сверстниками;
- *повышенную настороженность и подозрительность;*
- *утрату жизненных перспектив;*
- *страхи;*
- *раздражительность;*

- *чувство вины*;
- *депрессию*;
- *повышение уровня тревожности*, вплоть до приступов паники.

3. Этап восстановления. На этом этапе острая симптоматика постепенно исчезает (хотя возможны ее периодические рецидивы). Вместе с тем, по-прежнему сохраняются вызванные стрессом личностные нарушения. Они проявляются в повышенной тревожности, ощущении опасности окружающего мира, эмоциональной неустойчивости. Результатом этого является сниженная социальная активность (по сравнению с уровнем, имевшимся до пережитого стресса). У многих людей, особенно у детей, наблюдаются трудности в общении. Нередки нарушения внутрисемейных отношений. У детей часто остается сниженной учебная мотивация и школьная успеваемость. На этом этапе по-прежнему повышена ранимость, чувствительность к новым стрессогенным ситуациям. У многих людей, переживших психологическую травму, возникает *виктимность* – поведение, приводящее к тому, что человек часто становится жертвой преступлений.

Этот этап может затягиваться на неопределенно длительный период. В ряде случаев имеется риск появления заболевания, которое определяется как *хроническое изменение личности после переживания катастрофы*. Оно характеризуется такими проявлениями как:

- враждебное или недоверчивое отношение к миру;
- социальная отгороженность;
- ощущение опустошенности и безнадежности;
- хроническое волнение, ощущение постоянной угрозы, существования «на грани»;
- отчужденность.

Это состояние нередко является пожизненным. При наличии своевременной психологической помощи риск его возникновения резко снижается.

4. Этап личностной и социальной интеграции. Достижение (точнее, завершение) этого этапа свидетельствует о полном преодолении нарушений, вызванных психологической травмой. Психотравмирующее событие оказывается интегрировано в жизненный опыт личности. При воспоминании о нем возникает не тягостное переживание, как ранее, а лишь некоторая печаль. Для человека становится возможной жизнь, полноценная во всех отношениях.

Итак, для *шокового этапа* характерны такие реакции как:

- ступор или, напротив, патологическое возбуждение;
- нарушение витальных функций (грубые расстройства сна и питания);
- острые вегетативные реакции.

На *этапе стабилизации* в благоприятном случае начинается возвращение к нормальному состоянию, в неблагоприятном происходит формирование симптомов, таких как:

- фобии (навязчивые страхи);
- флэшбэк-эффекты;
- состояние острой тревоги;
- депрессивное состояние, чувство вины;
- нарушения поведения (агрессивное и деструктивное поведение);
- возрастная регрессия;
- нарушения общения.

На *этапе восстановления* происходит постепенное преодоление острой симптоматики. Однако сохраняются:

- эмоциональная неустойчивость, резко повышенная подверженность новым стрессам;
- нарушения внутрисемейных отношений;
- нарушения социального функционирования.

Эти нарушения преодолеваются на следующем этапе – интеграции.

Личностная интеграция включает в себя:

- восстановление личностной целостности, чувства осмысленности жизни;
- построение жизненных планов;
- преодоление нарушений общения (в частности, внутрисемейного).

Социальная интеграция – это восстановление социального функционирования и активной жизненной позиции.

При отсутствии психологической помощи возможно длительное «застывание» на одном из ранних этапов без движения к последующим. Нередко наблюдается также возврат к одному из уже пройденных этапов. Обычно это случается под влиянием новых стрессов либо каких-либо событий, напоминающих об исходной психотравме. В частности, таким напоминанием часто становится годовщина психотравмирующего события.

2.2. Психологические нарушения у детей и подростков, переживших Бесланскую трагедию

У детей наиболее распространенными были жалобы на *страхи*, *нарушения сна*, ночные кошмары. Родители описывали такие проявления как *отказ от еды*, *нарушения поведения*, боязнь оставаться в одиночестве, боязнь громких звуков и т.п. Многие подростки жаловались на преследующие их картины, воспроизводящие отдельные пережитые эпизоды (*флэшбэк*). Некоторые родители отмечали у своих детей появление повышенной *агрессивности* – в частности, во взаимоотношениях братьев/сестер.

Данные наблюдений и экспресс-диагностики свидетельствовали о резко повышенном уровне *тревоги*, избегании контактов с окружающими, о наличии у многих детей, пострадавших в результате террористического акта, *заторможенности* (вплоть до ступора и тотального мутизма), *депрессивного состояния*, наиболее выраженного в случаях гибели кого-либо из родных и близких. У многих детей отмечалось хаотическое, нецеленаправленное поведение.

У значительного числа подростков имелось острое *чувство вины*. Поводы для него могли быть самыми разными: не смог спасти кого-то из близких или друзей; сам выжил, а они погибли и т.п. В одном случае у девочки было острое чувство вины за то, что она опоздала в школу и не оказалась в числе заложников, тогда как несколько ее одноклассников погибли. Она высказывала опасение, что «теперь все будут думать, что я специально опоздала в школу».

Агрессивность в некоторых случаях была выраженной и явной, а чаще – подавленной и скрытой (особенно у девочек). Подавленная агрессия проявлялась в форме высокой напряженности, *аутоагрессии* (самообвинения, отказ от еды и т.п.).

В целом состояние большинства обратившихся за психологической помощью могло быть оценено как острая реакция на стресс. Во многих случаях состояние подпадало под критерии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). У отдельных клиентов наблюдались истерические и психотические реакции. Наряду с этой симптоматикой, специфичной для последствий психической травмы, наблюдалось *обострение психологических проблем, имевшихся у ребенка и ранее*. Существенно усиливались преморбидные (то есть существовавшие и до психотравмы) особенности детей, такие как ригидность или, напротив, лабильность, сензитивность, капризность, негативизм и т.п. Наблюдалось обострения имевшихся и ранее психических заболеваний.

У бесланских детей, ставших жертвами террористического акта, оказалось резко нарушено отношение к школе и учебе. Особенно остро проблема встала по отношению к первоклассникам, которые пришли на праздник вместе с родными. В итоге многие из детей потеряли одного или обоих родителей (в Беслане таких семей было более ста; 17 детей осталось круглыми сиротами).

Первое столкновение первоклассников со школой оказалось особо трагическим. Это окрасило все, что связано со школой и учебой, вызывая у них страх и отторжение. Многие дети отказывались прикасаться к любым предметам, которые были хоть как-то связаны с обучением – тетрадям, книгам и т.п., хотя до этого с удовольствием занимались в подготовительных к школе группах.

Более 30 первоклассников в течение всего 2004/2005 учебного года не посещали никаких учебных учреждений. У большинства из них наблюдались пограничные психические расстройства разной степени выраженности. Многие дети были записаны в ту или иную бесланскую школу, но фактически ее не посещали. Отдельные дети учились на дому, что лишало их

общения со сверстниками и возможности нормальной социальной адаптации.

Психическое состояние детей-заложников, с которыми работали психологи в реабилитационном центре при поликлинике, существенно улучшалось, но в течение длительного времени оставалось далеким от устойчиво стабильного. Мировой опыт работы с детьми, пережившими посттравматический стресс, указывает на достаточно длительный период реабилитации (не менее двух-трех лет).

Приведем некоторые примеры.

У **Давида**¹, 7 лет, согласно записи в медицинской карте, наблюдались острая психическая реакция, астено-невротический синдром. Ребенок был на нескольких занятиях в школе, но в дальнейшем категорически отказался туда ходить. В период посещения школы учиться не мог: озирался на малейшие звуки, вздрагивал, начинал плакать из-за любого пустяка. В итоге от посещения школы отказался. Мама отмечает у ребенка повышенную нервозность, беспокойство, нарушение сна. В ответ на предложение продолжить обучение в школе Давид сказал маме: «Потерпите, я же не могу сразу все забыть....». Запрещал говорить про школу, сам высказывался следующим образом: «Вы на войну меня повели, а не в школу....».

У **Амины**, шести с половиной лет, погибли отец и старший брат. Мать получила тяжелые ранения, долгое время находилась в критическом состоянии, лежала в больнице сначала в Беслане, потом в Москве. Согласно записи в медицинской карте, у Амины наблюдались посттравматическое стрессовое расстройство, депрессивное состояние. Отмечались выраженные страхи, панические реакции, грубые нарушения сна, отказ от еды. Девочка неоднократно посещалась психологами на дому и получала разнообразные виды психологической помощи. Затем она ходила в реабилитационный центр при поликлинике. Весь год Амина упорно отказывалась ходить в школу и заниматься дома чем-либо, связанным с

учебой. В последующем состояние девочки существенно улучшилось, однако по-прежнему сохранялись нарушения сна. Даже после летнего отдыха на курорте отказалась в сентябре 2005 г. ходить в школу, при этом продолжала посещать реабилитационный центр в поликлинике.

С 2006 года Амина начала посещать школу. В настоящее время она успешно учится в 4 классе. Психологическое состояние девочки нормализовалось, жалоб нет.

В качестве типичного примера неустойчивого психического состояния при положительной общей динамике приведем более подробную характеристику **Дианы**, 7 лет.

В заложниках была вся семья. Погибла любимая бабушка. Папа выпрыгнул из окна, когда по распоряжению террористов выбрасывал тела расстрелянных мужчин, и какое-то время о нем ничего не было известно. Маму с младшей дочерью (полтора лет) вывели на второй день, и Диана осталась в школе одна.

В сентябре девочка довольно регулярно приходила вместе с младшей сестренкой в реабилитационный центр при поликлинике. В тот период у Дианы отмечались острая невротическая реакция, нарушение сна и контактности, панический страх при малейшем изменении ситуации, симбиотическая связь с мамой. Так, например, после двух недель посещения Центра, когда девочки попривыкли к психологам и чувствовали себя довольно комфортно, мама с разрешения сестренок ненадолго отошла отнести передачу родственнице-заложнице, которая лежала в больнице в том же самом здании. После ухода мамы девочки спокойно играли вдвоем около 5 минут, вдруг Диана схватила сестренку на руки, прижала ее крепко к себе, громко расплакалась и запричитала: «Мамочка, мамочка, где ты?!». Никакие уговоры и объяснения психолога, что мама рядом, вот-вот придет и прочее, не успокаивали ее. Малышка с недоумением смотрела на сестренку, а Диана продолжала еще крепче прижимать ее к себе, в глазах у нее появился ужас, началась паническая реакция.

¹ В целях сохранения конфиденциальности имена детей здесь и далее

Пришлось вывести девочек в коридор и отправиться на поиски мамы, которая, к счастью, уже шла им навстречу. В дальнейшем с мамой договорились, что, даже получив от детей согласие, она пока не будет оставлять их одних. В течение года Диана не посещала школу, ходила с мамой к репетитору и проходила с ним программу первого класса. Со слов мамы, страх школы и невозможность находиться в большом скоплении детей отмечались более двух лет, хотя уже к концу апреля 2005г. она стала спокойно оставаться без мамы в привычной для нее обстановке реабилитационного центра, играя с небольшим количеством детей (3-4).

В настоящее время Диана успешно учится в школе, страхи не отмечаются. В целом эмоциональное состояние девочки благоприятно.

2.3. Регрессия при психологической травме

Одним из самых типичных последствий психологической травмы у детей является *регрессия*, то есть возврат к формам поведения и взаимоотношений с окружающими, типичным для предшествующих возрастных периодов. Например, это стремление подростков играть в «дошкольные» игры, спать с родителями и т.п. Регрессия свидетельствует о наличии психологического кризиса, преодоление которого является необходимым условием дальнейшего развития личности.

Мы столкнулись с яркими проявлениями регрессии, оказывая психологическую помощь детям и подросткам, пострадавшим в результате террористического акта в Беслане. Наиболее явным проявлением регрессии у бесланских первоклассников был отказ от посещения школы. Многие отвергали и обучение на дому, пытаясь полностью вернуться к дошкольному образу жизни. Между тем, в последний год перед школой они в той или иной мере обучались письму, чтению и счету, посещали подготовительные к школе группы и т.п. Следовательно, полный отказ от обучения означал возврат более чем на год назад.

В качестве центральной характеристики того или иного возрастного этапа Л.С. Выготский (1983b) рассматривал *социальную ситуацию развития*, то есть систему отношений ребенка данного возраста с обществом. Социальная ситуация развития младшего школьника характеризуется, в первую очередь, именно тем, что он – *школьник*. Соответственно, отказ от посещения школы становится самым очевидным проявлением возрастной регрессии. Приведем конкретный пример.

1 сентября семилетний **Тимур Г.** пошел в первый класс и оказался в заложниках вместе со своим четырехлетним братом Зауром и отцом. Отца террористы расстреляли, а братья остались живы, получив лишь осколочные ранения во время взрыва. В течение следующего года мать мальчиков находилась в тяжелой депрессии в

связи с гибелью мужа, а детей в основном воспитывали бабушка с дедушкой.

В последний год перед школой Тимур охотно посещал прогимназию, научился читать по слогам и писать. По словам родственников, он учился с большим удовольствием. После теракта он наотрез отказался посещать школу и резко негативно реагировал на любые попытки родных продолжить его обучение чтению и письму. Вместе с тем, по наблюдениям работавших с ним психологов, у него были слабо выражены какие-либо другие последствия пережитой им психологической травмы. Имелись лишь умеренные ночные страхи и не очень значительное повышение уровня тревоги (в отличие от многих других детей, чье состояние характеризовалось острыми паническими страхами и/или тяжелой депрессией). Таким образом, в данном случае регрессия явилась *основным психологическим следствием* психотравмы.

Как в этом примере, так и в других случаях оказалась разрушена начавшая складываться система отношений, специфичная для младшего школьного возраста. Большинство детей, причем не только первоклассников, в течение всего следующего года не посещали никаких учебно-воспитательных учреждений или посещали их крайне нерегулярно. Это определялось, прежде всего, психологическим состоянием детей, но также и тем, что различные организации вывозили школьников в российские санатории и за рубеж, надолго отрывая их от учебы (многие выезды не были приурочены к школьным каникулам)¹.

Если в результате травматической регрессии ребенок перестает посещать школу, то происходит *распад социальной ситуации развития*,

¹ Подобные осложнения достаточно типичны и широко распространены: «Слишком часто наблюдается нездоровая конкуренция между

соответствующей данному возрасту. У бесланских детей психотравма была связана именно со школой, и поэтому распад социальной ситуации развития выступил особенно явственно. Вместе с тем, теоретический анализ показывает, что в основе *любой* травматической регрессии лежит распад социальной ситуации развития.

Демонстрируя инфантильное поведение, ребенок осознанно или, чаще, бессознательно старается вернуться к предшествующей системе отношений с окружающими. Превенная система отношений для него более безопасна, чем нынешняя, так как она гарантирует ему заботу и защиту. Кроме того, инфантильная позиция, обеспечивая помощь взрослых, предоставляет ребенку возможность максимальной экономии сил, что становится необходимым из-за астенизации, вызванной психотравмой.

Однако окружающие не готовы отнести к ребенку, как к «маленькому». Они ориентируются, во-первых, на его паспортный возраст и, во-вторых, на то, что раньше он уже был «большим», а время не может двигаться вспять. В итоге окружающие взрослые расценивают происходящее либо как «плохое поведение», либо как болезнь. При выраженной регрессии более типична «медицинская» интерпретация. Со временем она обычно принимается и самим ребенком.

Отношение к ребенку как к больному и его собственное такое же отношение к себе препятствует его социальной реабилитации. Ребенок не участвует в соответствующих его возрасту формах деятельности и общения с окружающими (взрослыми и сверстниками). Это путь к психологической инвалидизации, которая может грубо нарушить все дальнейшее психическое развитие. Статус «больного» становится эквивалентом распавшейся социальной ситуации развития, однако он не несет в себе той интенции,

желающими предоставить помощь, при этом в проигрыше оказываются пострадавшие и жертвы катастрофы» (Юл, Уильямс, 2001, с. 303).

которая могла бы восстановить социальную ситуацию, соответствующую возрасту ребенка.

Если психологическую травму переживает вся семья, положение становится особенно сложным (McFarlane, 1987). В этом случае восстановлению социальной ситуации развития, адекватной возрасту ребенка, препятствует не только его собственное состояние, но и неспособность родителей построить с ним правильные отношения. В частности, они нередко боятся даже ненадолго отпустить от себя ребенка, поддерживая и культивируя симбиотическую связь с ним. Вместе с тем, иногда родители эмоционально дистанцируются от ребенка, не зная, как реагировать на те или иные его проявления или опасаясь заразить его своими собственными негативными переживаниями.

Таким образом, в семье, пережившей психологическую травму, часто наблюдается противоречивое сочетание бытового симбиоза с эмоциональной отстраненностью. Ребенок постоянно находится около родителей, однако эмоциональное общение между ними резко ослаблено. Можно сказать, что они *рядом, но не вместе*.

Травматическая регрессия проявляется как в нарушении общей системы отношений ребенка с социальным окружением, с обществом, так и в распаде отдельных действий, которыми ребенок уже овладел ранее. Для понимания механизма *распада* действий необходимо сначала рассмотреть процесс их *формирования*.

Согласно культурно-исторической теории развития психики, каждое новое действие, осваиваемое ребенком, первоначально выступает в совместной форме. На этой стадии оно может выполняться только при участии другого человека – чаще всего, взрослого (хотя в некоторых случаях – другого ребенка). На следующем этапе действие, благодаря процессу *интериоризации*, становится индивидуальным достоянием ребенка. В совместном действии функции тем или иным образом разделены между его

участниками. Например, взрослый осуществляет функцию планирования и контроля, а ребенок выполняет практические операции. Иногда, наоборот, взрослый выполняет практические операции, реализуя замысел ребенка. Возможны и другие варианты разделения функций.

Действия, которые ребенок может выполнять совместно с взрослым, но не может выполнять самостоятельно, составляют *зону ближайшего развития*. Как указывал Л.С. Выготский, «...то, что лежит в зоне ближайшего развития в одной стадии данного возраста, реализуется и переходит на уровень актуального развития во второй стадии. Иными словами, то, что ребенок умеет делать сегодня в сотрудничестве, он сумеет сделать завтра самостоятельно» (1982, с. 250). Обучение, по мнению Выготского, должно соотноситься именно с зоной ближайшего развития ребенка, а не с актуальным уровнем развития.

Распад действия совершается в направлении, противоположном его формированию. При частичной, не особенно выраженной регрессии индивидуальное действие распадается, но ребенок остается способен выполнять его совместно с взрослым (регрессия к зоне ближайшего развития). При более глубокой регрессии происходит полный распад действия, так что его выполнение оказывается невозможным даже при участии взрослого.

Глава 3. РИСУНОЧНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

3.1. Рисунок как метод диагностики психического состояния¹

Наш опыт показал, что при оказании психологической помощи детям, находящимся в остром состоянии, в отличие от других видов детской психотерапии, диагностику не требуется выделять в отдельный, самостоятельный этап работы. Это объясняется особой яркостью и самоочевидностью симптоматики, на которую нацелена терапия, а также недостатком времени в связи с необходимостью экстренной помощи. Оценка состояния ребенка осуществляется на основе наблюдений, беседы, жалоб родителей, анализа реакций на различные воздействия и т.п. Однако имеется группа диагностических методов, использование которых бывает очень полезно: это рисуночные методы экспресс-диагностики.

В последние годы все больше подчеркивается *психотерапевтическое* значение рисования (как и художественной деятельности вообще). Таким образом, благодаря применению рисуночных методик стирается грань между психологическим обследованием и психотерапевтическим сеансом (Остер, Гоулд, 2000).

В работе со стрессом рисуночные диагностические методы часто становятся основными благодаря своей портативности, высокой информативности, простоте в проведении. Однако признаки рисунков, типичные для стрессового состояния, отнюдь не отделены непроходимой границей от тех признаков, которые характеризуют личностные и эмоциональные особенности в целом, специфику когнитивных процессов, семейные и социальные отношения и т.п. Напротив, наиболее ценным в рисуночной диагностике является именно ее комплексный характер,

¹ Подробное описание рисуночных методов см.: Венгер, 2007.

возможность воссоздать на ее основе целостный психологический портрет человека.

Применение рисуночных тестов для выявления личностных и эмоциональных особенностей человека основано на принципе проекции, то есть «вынесения вовне» своих переживаний, представлений, стремлений и т.п. Рисуя тот или иной объект, человек невольно, а иногда и сознательно передает свое отношение к нему. Вряд ли он забудет нарисовать то, что кажется ему наиболее важным и значимым; а вот тому, что он считает второстепенным, будет уделено гораздо меньше внимания. Если какая-то тема его особенно волнует, то при ее изображении проявятся признаки тревоги.

Рисунок – это всегда какое-то сообщение, зашифрованное в образах. Задача психолога состоит в том, чтобы расшифровать его, понять, что говорит ему обследуемый. Для диагностического использования рисунков очень важно, что они отражают, в первую очередь, не сознательные установки человека, а его бессознательные импульсы и переживания. Именно поэтому рисуночные тесты так трудно «подделать», представив в них себя не таким, каков ты в действительности.

Как и прочие проективные тесты, рисуночные методики очень информативны, то есть позволяют выявить множество психологических особенностей человека. При этом они просты в проведении, занимают немного времени и не требуют никаких специальных материалов, кроме карандаша и бумаги. Дополнительным достоинством рисуночных методов является их «естественность», близость к обычным видам человеческой деятельности. Тот или иной опыт рисования есть практически у каждого человека. Наиболее близко это занятие детям, поэтому при обследовании детей рисуночные методы применяются особенно часто. Ребенку легко понять тестовую инструкцию, для выполнения методик не требуется

высокий уровень развития речи. Вместе с тем, рисунки – удобный повод для того, чтобы непринужденно завязать клиническую беседу.

В отличие от большинства других тестов, рисуночные методики могут проводиться многократно и сколь угодно часто, не утрачивая своего диагностического значения. Они применимы к клиентам самого разного возраста – от дошкольного до взрослого включительно. Это позволяет использовать их для контроля за динамикой состояния и для наблюдения за ходом психического развития в течение длительного периода. Все это и сделало рисуночные методики одним из самых распространенных инструментов в работе практического психолога, что доказано, в частности, опросами, периодически проводимыми Американской психологической ассоциацией.

Разумеется, рисуночные методы не лишены недостатков. Главный из них – относительно низкая надежность получаемых результатов, связанная с субъективностью интерпретации. В отличие от более формализованных тестов – таких как тесты интеллекта или личностные опросники – рисуночные тесты, как правило, не позволяют количественно измерить оцениваемые психические свойства. Термины, в которых проводится интерпретация рисунков, обычно лишены той строгости и однозначности, которые характерны для формализованных тестов. Из-за этого трудно научными методами подтвердить надежность и валидность рисуночных методик. Однако психологов-практиков мало смущает недостаточная «научность» рисуночных методов. Для них оказывается более важной та польза, которую они приносят в работе с клиентами.

И все же специфику рисуночных тестов нельзя недоучитывать. Так, не рекомендуется на основе одних лишь рисуночных тестов делать окончательные выводы о психологических особенностях субъекта. Эти тесты дают основания для обоснованных предположений, но не для безапелляционных суждений. Окончательное заключение может быть

вынесено лишь при сопоставлении особенностей рисунков с другими данными – например, с результатами наблюдений, данными клинической беседы или дополнительных, более строгих тестов.

Для выявления психологического состояния детей и подростков могут быть рекомендованы тесты: «Рисунок человека» (Goodenough, 1926; Маховер, 2000); «Дом – дерево – человек» (Бук, 2000); «Несуществующее животное» (Дукаревич, 1990) с дополнительными заданиями «Злое животное», «Несчастное животное», «Счастливое животное» (Венгер, 2007); «Рисунок семьи» (Ширн, Расселл, 2000; Бернс, Кауфман, 2000); «Красивый рисунок» (Венгер, 2007); «Свободный рисунок». Иногда бывает достаточно какого-либо одного из них, иногда требуется проведение двух-трех или более рисуночных тестов.

Рисуночные тесты чувствительны к большому числу различных личностных и эмоциональных особенностей, таких как:

- уровень психомоторного тонуса, повышенная или пониженная активность, астения;
- недостаточность самоконтроля и планирования действий, импульсивность;
- повышенная эмоциональная лабильность или, напротив, ригидность;
- тревожность (как личностная черта) и тревога (как состояние на момент обследования);
- наличие страхов;
- депрессивные тенденции;
- агрессивность (с возможностью дифференцировать такие ее формы как физическая и вербальная агрессия, защитная агрессия, невротическая агрессия);
- экстравертность или, напротив, интровертность;
- демонстративность;

- неудовлетворенность потребности в общении;
- аутизация, избегание общения;
- негативизм, антисоциальные тенденции;
- отношение к семейной сфере в целом и к отдельным членам семьи.

Кроме того, рисунки позволяют оценить уровень общего умственного развития. В некоторых случаях они дают основания заподозрить наличие органических поражений мозга, нарушений обучаемости (задержки психического развития), умственной отсталости, невротического состояния, психического заболевания.

Инструкции к рисуночным тестам

Рисуночные тесты выполняются на нелинованной белой бумаге формата А4. Для тестов «Рисунок человека», «Дом – дерево – человек», «Несуществующее животное» (с дополнительными заданиями), «Рисунок семьи» дается простой карандаш с ластиком. Для тестов «Красивый рисунок» и «Свободный рисунок» – набор цветных карандашей (18 цветов) и простой карандаш.

«Рисунок человека». Тест может проводиться, начиная с трехлетнего возраста. Выводы об уровне умственного развития наиболее надежны применительно к дошкольному и младшему школьному возрасту. В качестве личностного теста методика может успешно интерпретироваться, начиная со старшего дошкольного возраста, и не имеет возрастных ограничений «сверху».

Инструкция: «Нарисуй человека – всего, целиком. Постарайся нарисовать как можно лучше – так, как ты умеешь». Для маленького ребенка инструкция может быть несколько изменена: «Нарисуй дядю. Постарайся нарисовать получше». После того, как обследуемый закончил рисунок, полезно провести его обсуждение, выяснив, что за человек нарисован – какого он возраста, пола (если это не очевидно по рисунку), какой у него

характер, чем он занимается, что любит и чего не любит, что ожидает его в будущем, о чем он мечтает и т.п.

В соответствии с процедурой, разработанной Маховер, по завершении беседы предлагается еще одно задание. Обследуемому дают новый лист бумаги с инструкцией: «А теперь нарисуйте человека другого пола» (при непонимании инструкции нужно пояснить, что имеется в виду человек, пол которого противоположен по отношению к нарисованному ранее). Рисунок человека противоположного пола обсуждается так же, как и первый. Это задание полезно давать взрослым людям и подросткам. При обследовании дошкольников и младших школьников оно обычно не приносит существенной дополнительной информации.

«Дом, дерево, человек». Этот тест представляет собой расширение теста «Рисунок человека» и дает дополнительную информацию о психологических особенностях ребенка. Рисунок дома отражает отношение ребенка к своей «домашней жизни», к семье. В рисунке дерева проявляются представления ребенка, относящиеся к росту, развитию, связям с окружающей средой. Если уже проведен тест «Рисунок человека», то остается аналогичным образом предложить ребенку нарисовать на отдельном листе (положенном перед ним горизонтально) дом, а еще на одном листе (положенном вертикально) – дерево. Дополнительную информацию дает ответ ребенка на вопрос о том, кто живет в доме. Если в качестве рисунка дерева представлено условное изображение елки, то ребенка просят нарисовать еще одно дерево, на этот раз – не елку.

«Несуществующее животное». Эта методика, разработанная М.З. Дукаревич, очень информативна. Нами были разработаны дополнительные задания: «Злое животное», «Несчастное животное», «Счастлирое животное», еще более повышающие ее информативность. Задание «Злое животное» позволяет выявить скрытые агрессивные тенденции, реакцию на угрозу. Задание «Несчастное животное» хорошо

выявляет скрытые депрессивные тенденции, характер имеющихся опасений, осознаваемые и неосознанные представления обследуемого о его наиболее острых проблемах. Задание «Счастливое животное» направлено на выявление ценностей и стремлений обследуемого. Помимо этого, задания «Злое животное» и «Несчастное животное» хорошо выявляют степень устойчивости ребенка к стрессам разного рода. Все указанные задания могут проводиться, начиная со старшего дошкольного возраста (с пяти – шести лет).

Инструкция к исходному заданию: «Я хочу посмотреть, насколько у тебя развиты воображение, фантазия (*вариант для маленьких детей*: как ты умеешь придумывать, воображать). Придумай и нарисуй животное, которого на самом деле не бывает, никогда не было и которого до тебя никто не придумывал – которого нет ни в сказках, ни в компьютерных играх, ни в мультфильмах». Когда ребенок кончает рисовать, его просят придумать животному название. Оно записывается в протоколе. Если придумывание названия вызывает очень большие затруднения, то эта часть задания опускается. При необходимости выясняется, какой части тела (или какому органу) соответствуют те или иные детали изображения.

Выяснив название животного, проверяющий говорит: «Теперь расскажи про него, про его образ жизни. Как оно живет?» Рассказ записывается по возможности дословно. Проводя обследование подростка или взрослого человека, можно предложить ему написать рассказ об образе жизни придуманного животного самостоятельно. Если в рассказе нет соответствующих сведений, то по его окончании могут быть заданы дополнительные вопросы:

- Чем оно питается? Где живет?
- Чем оно обычно занимается? Что оно любит делать больше всего?
А чего оно больше всего не любит?

- Оно живет одно или с кем-нибудь еще? Есть у него друзья? кто? А враги у него есть? кто? почему они его враги?
- Есть что-нибудь, чего оно боится, или оно ничего не боится?
- Какого оно размера?

Затем обследуемому предлагают представить себе, что это животное встретило волшебника, который готов выполнить любые три его желания, и спрашивают, какими могли бы быть эти желания. Все ответы записываются в протоколе.

Инструкция к заданию «**Злое животное**»: «Теперь придумай и нарисуй еще одно несуществующее животное. На этот раз – не любое, а самое злое и страшное, которое тебе удастся придумать». По окончании рисования задается вопрос: «В чем проявляется то, что это животное – самое злое и страшное?». Могут быть заданы и еще какие-либо вопросы о его образе жизни.

Для задания «**Несчастное животное**» дается следующая *инструкция*: «Теперь нарисуй самое несчастное несуществующее животное, какое тебе удастся придумать», а для задания «**Счастливое животное**» – *инструкция*: «Нарисуй самое счастливое несуществующее животное, какое тебе удастся придумать». По завершении рисунка выясняется, почему нарисованное животное – самое несчастное (счастливое), что именно делает его несчастным (счастливым).

«**Рисунок семьи**». Эта методика предлагалась разными авторами для выявления особенностей семейных взаимоотношений в восприятии ребенка. Методика может быть с успехом применена и для выяснения отношения к семейной сфере у взрослого человека.

Инструкция: «Нарисуй на этом листе всю свою семью». По завершении рисунка обязательно надо выяснить, какого из членов семьи изображает каждый из нарисованных персонажей. При этом психолог не должен высказывать собственных гипотез. Так, не следует, указывая на кого-

либо из персонажей, спрашивать: «Это кто, папа?». Вопросы должны звучать нейтрально: «Кто это? А это?». Можно задать также дополнительные вопросы типа: «Где все это происходит?», «Что вы делаете?» (или «Что делает каждый из тех, кого ты нарисовал?») и т.п. Такая беседа проводится в свободной форме.

Р.Бернсом и С.Кауфманом разработан несколько иной вариант проведения методики – «**Динамический рисунок семьи**» («Kinetic Family Drawing»); на русский язык название иногда не вполне точно переводят как «Кинетический рисунок семьи»). Проведение теста отличается от классического варианта тем, что вводится *дополнительная инструкция*: «Нужно, чтобы каждый член семьи что-то делал, был чем-то занят». В остальном проведение совпадает с исходным вариантом методики «Рисунок семьи».

«**Свободный рисунок**» и «**Красивый рисунок**». Оба варианта теста могут проводиться с детьми, начиная с трехлетнего возраста. Характер цветовой гаммы, используемой обследуемым, в значительно большей мере, чем черно-белый рисунок, характеризует его эмоциональное состояние. Методика «**Свободный рисунок**» не предполагает каких-либо ограничений в выборе обследуемым сюжета и изобразительных материалов. *Инструкция*: «Нарисуй, что хочешь».

Инструкция к методике «**Красивый рисунок**»: «Нарисуй красивый цветной рисунок – какой захочешь». Во время рисования следует отмечать в протоколе последовательность использования обследуемым разных цветов. Инструкция нарисовать «красивый рисунок» позволяет охарактеризовать эмоциональное состояние обследуемого более однозначно, чем при оценке полностью свободного рисунка. В последнем случае иногда возможно воспроизведение прежних отрицательных переживаний, не отражающих наличную ситуацию. Если же негативные переживания отражаются в «красивом» рисунке, где они, по сути дела, противоречат инструкции, то

можно с высокой надежностью полагать, что они актуальны для обследуемого на настоящий момент.

Интерпретация рисуночных тестов

В самом общем виде принципы интерпретации рисуночных тестов можно сформулировать следующим образом:

1. Интерпретация ни в коем случае не должна основываться на отдельных признаках рисунка, взятых изолированно, вне их связи друг с другом. Выводы могут быть относительно надежными лишь в том случае, если они основываются не на одном отдельном признаке, а поддержаны, по меньшей мере, двумя-тремя признаками, обнаруживающимися в рисунках.
2. При интерпретации рисунка нужно, прежде всего, оценить *общее впечатление*, которое он производит (попытаться «прочитать послание», заложенное в этом рисунке). Затем полезно выделить наиболее необычные особенности рисунков данного ребенка – то, что в наибольшей степени отличает их от «среднестатистических» рисунков детей того же возраста и пола. Только после того, как на основе нестандартных особенностей рисунков и общего впечатления от них выдвинуты некоторые первоначальные гипотезы, стоит переходить к анализу остальных признаков тестовых рисунков.
3. Нельзя интерпретировать всё. Интерпретации *не подлежит* стандартный (типичный для данного возраста и пола) вариант выполнения заданий.

Признаки, встречающиеся в тестовых рисунках, делятся на две группы: формальные и содержательные. *Формальные показатели* – это общие особенности рисунков, не относящиеся к содержанию изображений, такие как нажим на карандаш, стиль линий, размер рисунков и т.п. *Содержательные показатели* – это наличие/отсутствие и особенности изображения тех или иных отдельных деталей (например, наличие или

отсутствие рук в рисунке человека, их размер, положение, выделение тем или иным способом и т.п.).

Остановимся подробнее на некоторых *формальных* показателях, которые наиболее существенны для оценки эмоционального состояния ребенка.

Нажим на карандаш

Нажим на карандаш позволяет судить об уровне *психомоторного тонуса*, общей активности. Сила нажима отражается в жирности линий. При благоприятном эмоциональном состоянии линии обычно проводятся с умеренным, довольно равномерным нажимом. Снижение психомоторного тонуса, отражающееся в ***ослабленном нажиме***, «нитяной» еле видимой линии, встречается при падении уровня активности, особенно часто – при *астеническом состоянии*. Ослабленный нажим может говорить о недостаточной уверенности в себе и часто встречается у пассивных, застенчивых детей.

Сильный нажим свидетельствует о повышенном психомоторном тонусе, *эмоциональной напряженности*. Усиленный нажим встречается также при *гиперактивности* или в состоянии патологического возбуждения (*гипоманиакальном состоянии*). Равномерный сильный нажим возможен при *ригидности*, склонности к «застреванию» на тех или иных переживаниях и действиях. ***Сверхсильный*** нажим (карандаш рвет бумагу) нередко сигнализирует о высокой конфликтности, *агрессивности*. Иногда он служит проявлением *острой стрессовой реакции*.

Иногда ***нажим сильно варьирует***: одни линии проведены с сильным нажимом, другие – со слабым (или в одних рисунках он сильнее, в других – слабее). Это признак повышенной *эмоциональной лабильности*, то есть частой смены настроений по незначительному поводу. Изменения нажима отражают степень значимости для ребенка изображаемых деталей или сюжетов, а следовательно, и *жизненных сфер*, ассоциируемых с этими

детальями или сюжетами. *Усиление нажима* может свидетельствовать о *психологической нагрузке*, связанной с определенной проблематикой. Например, если оно проявилось только в рисунке семьи, то это показатель неблагополучия семейной сферы.

Размер рисунка и его размещение на листе

Размер рисунка оценивается по отношению к формату листа, на котором он выполнен. Рисунок *среднего размера* занимает от 1/3 до 2/3 листа. *Увеличение размера* рисунков, вплоть до того, что они не помещаются на листе и как бы выходят за его край, характерно для состояния *эмоционального возбуждения*. Такие рисунки часты при *острой тревоге*, в состоянии стресса. Они встречаются также при *гиперактивности* или в состоянии патологического возбуждения.

Уменьшение размера рисунков обычно служит признаком снижения настроения и часто встречается при *депрессивных* и *субдепрессивных*¹ состояниях. Оно может также свидетельствовать об общей заторможенности, *пассивности* и о сниженной самооценке.

Когда одновременно имеется тревога (для которой характерно увеличение размера) и депрессия (приводящая к его уменьшению) размер рисунка может быть различным в зависимости от того, какой компонент преобладает в данный момент – тревожный или депрессивный.

Резкие колебания размера рисунков говорят об *эмоциональной лабильности*, частой смене настроений. Они характерны для *циклоидов* с чередованием периодов повышенного и пониженного настроения.

Размещение рисунков на листе может говорить о функции планирования и о некоторых особенностях эмоционального состояния. Стандартным является расположение рисунка более или менее в центре

¹ Субдепрессия – снижение настроения, не достигающее такой степени выраженности, как при депрессии.

листа. Неудачное расположение рисунка на листе, так что *не остается места для какой-либо значимой части изображаемого объекта* говорит об *импульсивности*, недостатках планирования. Иногда эти нарушения бывают вызваны состоянием *острой тревоги*, стресса.

Помещение рисунка в углу, так что большая часть листа остается пустой, характерно при снижении настроения, *депрессивных* и *субдепрессивных* состояниях.

Тщательность, аккуратность и детализированность рисунков

Степень тщательности, аккуратности и детализированности рисунков говорит об отношении к заданию, уровне мотивации и самоконтроля. Отклонения как в ту, так и в другую сторону (как пониженная, так и повышенная тщательность) могут свидетельствовать и о некоторых других личностных и эмоциональных особенностях.

Большое количество разнообразных деталей: узор на платье, бант, украшения в рисунке человека, узор на шкуре несуществующего животного и т.п. встречается при высокой *демонстративности* (потребности во внимании к себе, стремлении поделиться с окружающими своими переживаниями). Богатство разнообразных деталей характерно для людей с творческим (художественным) подходом к миру и часто говорит о мечтательности, склонности к фантазированию.

Повышенная тщательность выполнения рисунков, большое количество однотипных деталей (например, подробно вырисованная чешуя у несуществующего животного) свидетельствует о склонности к монотонным однообразным занятиям, о трудностях переключения с одной деятельности на другую. Такая «вязкость», склонность к застреванию (*ригидность*) встречается при *эпилептоидной акцентуации*, а также при некоторых видах *органических поражений мозга*.

Иногда в повышенной тщательности отражается привычка к отрицательной оценке своих рисунков окружающими (родителями,

педагогами), недостаточная уверенность в себе, тревожность. Сочетание тревожности с ригидностью, в свою очередь, приводит к *перфекционизму*, то есть стремлению выполнять любую работу на самом высшем уровне. Эта личностная особенность, связанная с *завышенным уровнем притязаний*, в итоге часто снижает достижения, поскольку неоправданно много времени тратится на мелочи, так что человек нередко не успевает сделать главную часть работы.

Небрежность в выполнении рисунков часто встречается при низкой мотивации. Она может служить показателем негативного отношения к психологическому обследованию или лично к проверяющему. Иногда в этом отражается общий *негативизм* (например, подростковый). Небрежность характерна также для *гиперактивности*. Она встречается при *импульсивности*, сниженном уровне *самоконтроля* и при нарушениях *внимания* (нередко эти нарушения являются следствием *стрессового состояния*). Впечатление небрежности может создаваться также *нарушениями мелкой моторики*.

Низкая детализированность рисунков, их схематичность типична для состояния сниженной активности. Она встречается при *астенических состояниях*, *депрессии* или *субдепрессии*. Иногда бедность деталей свидетельствует о чрезмерно интеллектуалистическом подходе к миру, малой эмоциональности. Низкая детализированность может говорить и о негативном отношении к занятию рисованием или к обследованию в целом, о стремлении избежать вторжения в свой внутренний мир. Она встречается также при *негативизме* или *асоциальности*. Чрезвычайная бедность деталей иногда может быть также признаком *импульсивности*.

Резкие колебания уровня тщательности и детализированности часто являются следствием *неустойчивости внимания*, *импульсивности*. Нередко встречаются у детей с повышенной *эмоциональной лабильностью*, частой сменой настроений. Они могут также говорить о высокой *значимости*

определенных тем и жизненных сфер, о сосредоточенности личности на этих сферах. Положительное отношение к персонажу (жизненной сфере) проявляется в увеличении числа деталей, их большем *разнообразии*, отрицательное – в бедности деталей, схематичности и нарочитой небрежности изображения. Появление большого числа *однообразных* деталей обычно говорит о напряженном отношении к соответствующей жизненной сфере.

Цветовая гамма

Характер цветовой гаммы в свободном рисунке или в тесте «Красивый рисунок» может многое сказать об эмоциональном состоянии ребенка. Благополучное эмоциональное состояние отражается в использовании ярких (но не чрезмерно резких) разнообразных цветов, включая тона из теплой части спектра (от красного до желто-зеленого).

Преобладание холодных тонов (от голубого до фиолетового) – признак некоторого снижения настроения, обычно не достигающего до уровня депрессии. При более выраженном снижении настроения к холодным тонам часто присоединяется черный или коричневый.

Использование темных тонов – значительно более серьезный признак снижения настроения. Он может говорить о депрессивном или субдепрессивном состоянии. Постоянное использование только темных тонов часто встречается при клинических формах *депрессии*. В этом отношении особенно показательным сочетанием является сочетание черного цвета с коричневым и синим (или фиолетовым).

Обедненная цветовая гамма, пониженная плотность и яркость цвета, использование, по преимуществу, простого карандаша, несмотря на наличие цветных – признак снижения общего уровня активности. Он часто свидетельствует об *астении*, ослабленности, истощении после пережитого стресса. Иногда обедненная цветовая гамма служит признаком *депрессивных*

тенденций, субдепрессии. Особенно показательна обеднение цветовой гаммы в тесте «Красивый рисунок».

***Сближенные мягкие тона**, тонкие градации оттенков говорят о высокой *сензитивности* (чувствительности) и характерны для повышенного уровня *тревожности*. Они часто встречаются у детей с недостаточной уверенностью в себе и более типичны для девочек; у мальчиков они могут служить признаком женственного характера.*

***Повышенная напряженность цвета**, его чрезмерная яркость, резкая контрастность используемых цветовых сочетаний, преобладание ярко-красного или темно-красного цвета характерны для состояния высокой *эмоциональной напряженности*. Как правило, это сигнализирует о ситуативно обусловленном *повышении уровня тревоги*. Иногда чрезмерная яркость и контрастность рисунков встречается при повышенной конфликтности, *агрессивности*.*

3.2. Признаки психологической травмы в детском рисунке

При особо сильной *тревоге*, высокой *эмоциональной напряженности*, типичных при психологической травме, часто появляются изображения, не помещающиеся на листе или буквально «втиснутые» в пространство листа. Таков, в частности, рисунок шестнадцатилетнего **Владислава В.**, недавно пережившего развод родителей (рис. 1).



Рис. 1. «Несуществующее животное» шестнадцатилетнего Владислава В., недавно пережившего развод родителей.

Кроме очень большого размера животного, тревога и эмоциональная напряженность проявились в штриховке с сильным нажимом (зачернении части рисунка). Рассказ о животном, написанный Владиславом, предельно краток: «Это животное называется: бумбуборусасу. Оно обитает в облаках. Питается гвоздями».

Обращает на себя внимание нелогичность в описании образа жизни: откуда могут взяться гвозди в облаках? Кроме того, образ жизни

противоречит внешнему виду животного. Оно лишено крыльев и явно не приспособлено к жизни в облаках. Нарушения логики в описании образа жизни животного часты как при *когнитивных нарушениях*, так и в *остром состоянии* (невротическом или психотическом). В данном случае имеются многочисленные дополнительные признаки *острого состояния*, тогда как признаков когнитивных нарушений не наблюдается. В частности, как вид, так и название животного достаточно оригинальны и, вместе с тем, оно вполне четко построено по модели реальных животных. Таким образом, наиболее вероятным представляется предположение о том, что Владислав находится в остром состоянии – скорее всего, *невротическом* (нарушения не настолько грубы, чтобы предположить психотическое состояние).

Указание на использование в пищу несъедобных вещей (гвоздей, камней, стекла, металла и т.п.) типично при *грубых нарушениях общения*. В данном случае можно полагать, что имеются нарушения общения, вызванные острым состоянием мальчика. Рисунок несуществующего животного, в совокупности с данными, полученными по другим методикам, позволяет диагностировать у Владислава *посттравматическое стрессовое расстройство*.

Материалы психологического обследования тринадцатилетней **Ирины Д.** демонстрируют последствия психологической травмы, вызванной эмиграцией семьи из России в Израиль. На рис. 2 приведен сделанный ею рисунок человека. Это грустный и очень одинокий человек. Его одиночество подчеркнуто горизонтальным расположением листа, исходно положенного перед Ирой вертикально. Угловатость фигуры и ее худоба, «вытянутость» типичны для *интровертного* типа личности, для *шизоидной акцентуации*. Вытянутая фигура часта и при *сензитивном* типе, при *психастенической акцентуации*. Весьма вероятно, что в данном случае имеется сочетание как шизоидного, так и психастенического радикалов. Изображение рук, прижатых к телу, – тоже признак интровертности.



Рис. 2. Рисунок человека тринадцатилетней Ирины Д.

Наиболее характерная особенность сделанного Ирой *рисунка семьи* – сверхтесное расположение персонажей, частично заслоняющих друг друга (рис. 3). Это признак симбиотической связи между членами семьи. Рисуя человека, Ира расположила его в центре листа и оставила большую часть пространства пустой, подчеркнув тем самым одиночество своего персонажа. Аналогично, и рисунок семьи занимает только центральную часть листа, создавая ощущение изолированности и невозможности каких-либо внешних контактов. Члены семьи изображены в интровертной позе, у большинства из них не нарисованы кисти рук. Это говорит о том, что, несмотря на очень высокую тесноту семейного общения, оно, по-видимому, мало эмоционально насыщено. Можно полагать, что этим и объясняется ярко выраженное у Ирины чувство одиночества, отмеченное нами при анализе сделанного ею рисунка человека.



Рис. 3. Рисунок семьи Ирины Д.

В ином рисунке семьи проявляется естественный для ее возраста интерес к сексуальной сфере. В силу ее замкнутости в семье, он сосредоточен, в первую очередь, на собственных родителях. Его признаками служат нарисованная с сильным нажимом грудь матери и подчеркнутая волосатость рук и ног отца.

В рисунке несуществующего животного (рис. 4) присутствует выразительный признак высокой *эмоциональной лабильности* – это значительные колебания как силы нажима на карандаш, так и степени детализированности и аккуратности рисунка. Ира назвала животное «кошилоп». У него большое ухо, «чтобы слушать, чтобы остерегаться врагов». Он живет в космосе, один. Питается звездами. Ни друзей, ни врагов у него нет. Больше всего он любит где-нибудь лежать, а больше всего боится земли. Как объяснила Ирина, «он на ней не был, но чувствует, что ее надо бояться». Желание у него только одно: «Чтобы все осталось как есть». Мы видим, что в рисунке несуществующего животного, как и в рисунке

человека, проявились проблемы общения (животное живет в космосе, одно, питается явно несъедобными звездами; пустые глаза без радужки и зрачков говорят о возможной *аутизации*). В рисунке несуществующего животного значительно больше, чем в рисунке человека, представлены *тревожность*, *боязнь перемен* (желание, «чтобы все осталось как есть»), эмоциональная лабильность, астенизация. Признаками *астенизации* служат линии, не доведенные до конца, а также любимое занятие животного: где-нибудь лежать.



Рис. 4. «Несуществующее животное» Ирины Д.

Боязнь перемен служит признаком *пессимистической позиции*: по-видимому, Ирина не ожидает от будущего ничего хорошего и поэтому хотела бы, чтобы ничто не менялось.

Родители Ирины обратились к психологу с жалобой на то, что у девочки нет друзей и подруг. В беседе Ира жалуется на чувство одиночества. Данные обследования подтверждают наличие выраженной интровертности, неконформности, своеобразия мышления девочки. Таким образом, в данном случае можно говорить о шизоидной акцентуации. *Низкая адаптивность*, свойственная шизоидам, в сочетании с астенизацией стала причиной того,

что эмиграция вызвала у девочки ярко выраженное *стрессовое состояние*. Для преодоления проблем общения Ирине рекомендовано участие в коллективной деятельности: занятия в кружке или студии (желательно с художественной направленностью). Было бы полезно посещение психологической группы общения.

В рисунках четырнадцатилетнего **Вадима Т.** отражены отсроченные последствия психологической травмы. Родители Вадима были лишены родительских прав. Мальчик воспитывался в интернате для детей-сирот, впоследствии усыновлен. По стандартной инструкции – нарисовать несуществующее животное – он изобразил «боксера» (рис. 5), написав о нем предельно короткий рассказ: «Это боксер. Он всех побеждает» (что отмечено и в надписи на самом рисунке: «ура – Победа»).

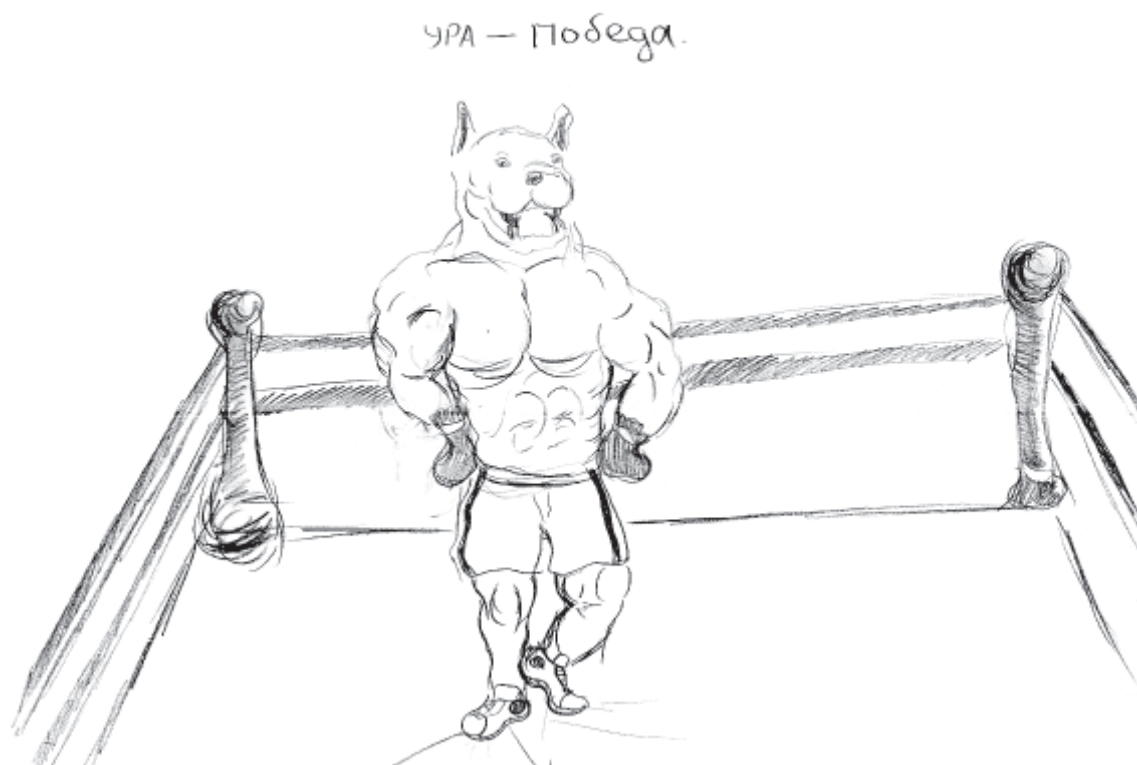


Рис. 5. «Несуществующее животное» четырнадцатилетнего Вадима Т.

Подчеркнутая прорисовка мускулатуры, кулаки и особо широкие плечи говорят о высокой значимости маскулинных («мужских») ценностей. В сочетании с основным занятием изображенного существа (бокс – агрессивный вид спорта), это позволяет подозревать повышенный уровень *агрессивности*. Однако непосредственная символика агрессии представлена в рисунке довольно мало: это клыки и кулаки, подчеркнутые боксерскими перчатками и нарисованные с сильным нажимом.

Особая лаконичность рассказа служит, по-видимому, средством избежать самораскрытия. Вероятно, скрывается именно агрессивность. Дополнительным основанием для такого предположения служит то, что в рисунке Володя задал социально приемлемую форму агрессивности (бокс). О ярко выраженной тенденции к *контролю* за внешними формами поведения говорит резко подчеркнутое ограждение вокруг изображенной фигуры (канаты ринга).

Любые сомнения насчет истинного уровня агрессивности Вадима исчезают при взгляде на изображенное им «злое и страшное» животное (рис. б). Поскольку в этом варианте теста сама инструкция дает легитимацию агрессивности (то есть делает ее дозволенной), на этот раз соответствующая символика представлена в полной мере. Имеются два острых рога на голове и один – на носу, длинные шипы на плечах и на колене, когти на ногах, зазубренный кинжал в одной руке и булава с большими шипами – в другой. Все эти аксессуары подчеркнуты линией с сильным нажимом, частично зачернены.



Рис. 6. «Злое животное» Вадима Т.

Рассказ о злом животном несколько более развернут, чем об обычном: «Это виконгоригозавр. Он живет в горах. Он злой, всех побеждает. Живет одинокий. Питается людьми».

Интересно, что, за исключением агрессивной символики, «виконгоригозавр» выглядит точно так же, как «боксер». Зрителю как бы говорят: «Таким я стараюсь выглядеть («боксер»), а такой я на самом деле («виконгоригозавр»)». Итак, главным последствием психологической травмы у Вадима, как это нередко бывает, стала существенно повышенная *агрессивность*. Важнейшая задача психокоррекционной работы с ним – это отреагирование и канализация агрессии.

На динамическом рисунке семьи одиннадцатилетнего **Константина К.** можно видеть отражение особо острого внутрисемейного конфликта (рис. 7). Обычно в динамическом рисунке хотя бы кто-то из членов семьи выполняет некую «семейную» функцию. Чаще всего это мама, готовящая обед. В рисунке Константина семейная тематика отсутствует вовсе. Каждый из персонажей занят своим делом, никак не связанным с остальными.

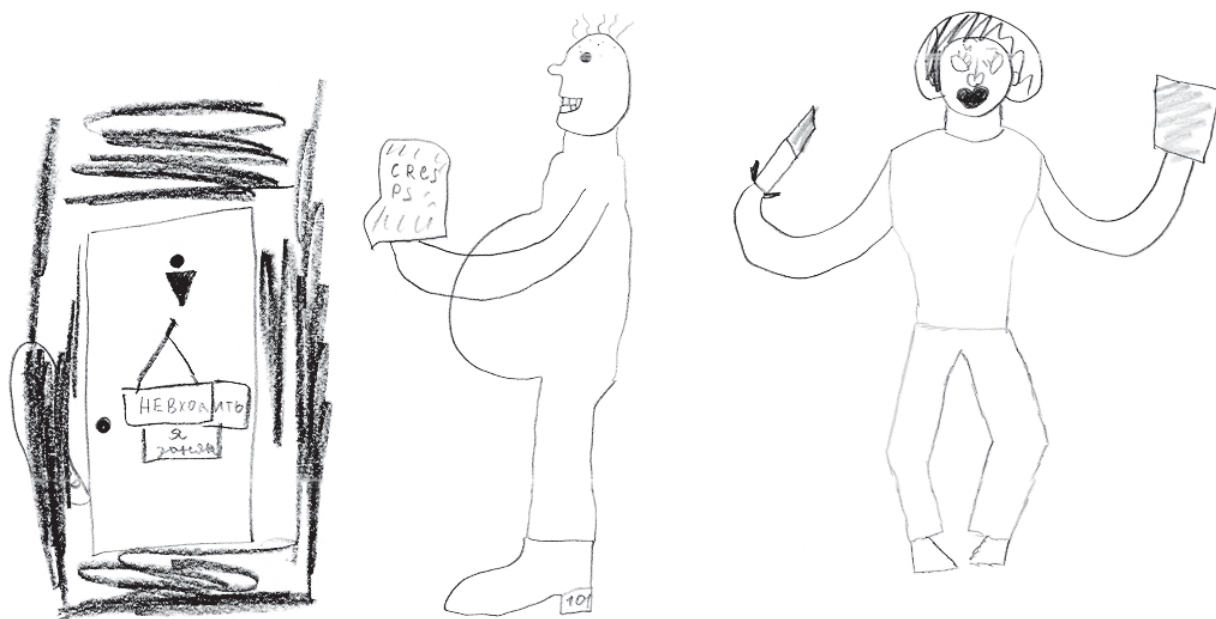


Рис. 7. Динамический рисунок семьи одиннадцатилетнего Константина К.

Наиболее выразительный элемент рисунка – это дверь туалета, за которой мальчик поместил себя. Незадолго до визита к психологу он был на три дня заперт родителями в туалете в наказание за грубо агрессивное поведение в школе. На рисунке ситуация переосмыслена. На двери туалета висит табличка: «Не входить. Я занят». Тем самым Костя демонстрирует, что он заперся сам, хотя в реальности его заперли родители. Сцену, изображенную на рисунке, можно проинтерпретировать как встречный отказ мальчика от каких-либо контактов с родителями. Он подчеркнут дополнительными штрихами, отгораживающими дверь от окружающего пространства. Штрихи небрежны и сделаны с очень сильным нажимом, что говорит о высокой эмоциональной напряженности.

Родители изображены карикатурно. У отца огромный живот, на лице нарисованы прыщи (точки на лбу). У матери вместо ступней – что-то вроде копыт, губы нарочито подчеркнуты, глаза пустые, поза нелепа. В этом выражается негативное отношение Константина, его протест против применяемых «педагогических» воздействий. Интересная деталь на двери –

значок, которым принято маркировать мужской общественный туалет. В данном случае он, по-видимому, говорит о том, что отношение к матери более конфликтно, чем к отцу: ей вход запрещен окончательно и бесповоротно. О том же говорит ее отдаленность и обращенность исключительно на себя, в то время как отец направляется к двери, за которой предполагается мальчик.

В данной ситуации необходимы срочные меры по налаживанию нормального общения с ребенком. Если оно не будет восстановлено, то очень вероятны острейшие протестные реакции. Форма их выражения может оказаться еще более грубо агрессивной, чем в предыдущем случае, когда он нанес серьезную травму своему однокласснику.

Центр рисунка несуществующего животного, сделанного четырнадцатилетним *Витей К.*, составляет огромная рана (рис. 8). Написанный им комментарий также относится только к этой ране (хотя его просили написать название животного и описать образ его жизни). Текст очень краток и эмоционально неприятен: «Живот распороли, а он живой, кровь из него вытекает». Таким образом, в тексте содержится указание на то, что источником раны являются чьи-то враждебные действия («живот *распороли*»). Рисунок не завершен. Линии «рваные», местами с сильным нажимом, а местами исчезающие. Рисунок неудачно размещен: он как бы выходит за нижний край листа. Это служит признаком высокой *импульсивности, остроты состояния*. Неблагоприятным признаком являются также глаза, расположенные вне лица.



Рис. 8. «Несуществующее животное» четырнадцатилетнего Вити К.

Около полугода назад Витя пережил острейшую психическую травму. Его отец зарубил топором его мать. Витя был первым, кто обнаружил тело. В период обследования отец находится в тюрьме, мальчик проживает с дедушкой. Данные обследования свидетельствуют о наличии ярко выраженного *посттравматического стрессового расстройства*. Вите рекомендована консультация психиатра.

Двенадцатилетний **Игорь И.**, выполняя тест «Несуществующее животное», изобразил привидение, витающее над кладбищенским крестом (рис. 9). Использованная символика говорит об *остроте состояния*, высоком уровне *тревоги*. О том же свидетельствуют анатомические детали (кости рук, череп вместо лица) и формальные признаки рисунка: незавершенность изображения, незамкнутый контур, очень выраженные колебания силы нажима на карандаш, множественные линии, многочисленные стирания и исправления. Игорь воспитывался без отца, а около полугода назад у него умерла мать. Это послужило причиной

возникновения *посттравматического стрессового расстройства*, отразившегося в его рисунке.



Рис. 9. «Несуществующее животное» двенадцатилетнего Игоря И.

3.3. Рисунки бесланских детей и подростков

Рисунки бесланских детей и подростков говорят об остроте состояния пострадавших. Особенно острые состояния нередко проявлялись в исчезновении предметного рисунка. На лист «наляпывались» краски разных темных цветов, так что в итоге образовывалось бесформенное бурое пятно. Иногда лист исчеркивался хаотическими линиями. Примером этого может служить свободный рисунок восьмилетней *Инги А.* (рис. 10).

Инга была заложницей в бесланской школе. У нее на глазах погибли старшие брат и сестра. На момент обращения (спустя 12 дней после освобождения) наблюдались ярко выраженные признаки депрессивного состояния: глубокая общая заторможенность, маскообразное лицо, тотальный мутизм (полный отказ от использования речи). В ответ на все предложения психолога Инга только отрицательно качала головой.

Психолог на некоторое время оставила ее посидеть в одиночестве, чтобы девочка привыкла к обстановке. Затем ей снова были предложены бумага и различные материалы для рисования. На этот раз она молча согласилась рисовать и исчеркала весь лист красным и оранжевым фломастерами.

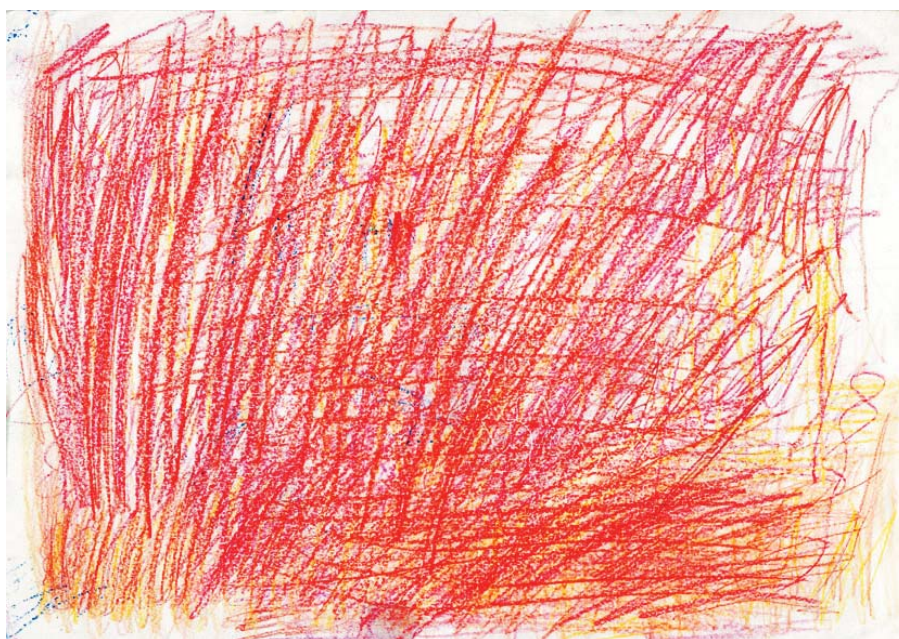


Рис. 10. Свободный рисунок восьмилетней заложницы Инги А., сделанный через 12 дней после освобождения.

При улучшении состояния появлялся предметный рисунок, выполненный в более гармоничной цветовой гамме. Таков, в частности, свободный рисунок *Инги А.*, сделанный ею через три месяца после рисунка, описанного выше (рис. 11). Размах штриховки и выбор цвета на первом рисунке (красный и оранжевый) свидетельствуют о чрезвычайно высокой *тревоге, эмоциональной напряженности*. Все это характерно для *особо острого стрессового состояния*. После трехмесячной психотерапии состояние Инги в основном нормализовалось. Это отражено и в повторном выполнении ею теста «Свободный рисунок». Рисунок сюжетен. Используются разнообразные цвета, причем теплые и холодные тона хорошо сбалансированы



Рис. 11. Свободный рисунок Инги А., сделанный после трехмесячной психотерапии.

Содержание психологической травмы нередко находило прямое отражение в рисунках, особенно если это были рисунки на свободную тему.

Так, в свободном рисунке девятилетней *Медины С.* отражены ее переживания во время пребывания в заложниках (рис. 12). Рисунок сделан через две недели после освобождения. На нем изображены перечеркнутое лицо бородатого террориста и плачущая «хорошая девочка». У девочки – огромные глаза с зачерненной радужкой (символика *страха*).



Рис. 12. Свободный рисунок девятилетней заложницы *Медины С.*, сделанный через две недели после освобождения.

Еще более выразительный свободный рисунок на ту же тему сделан четырнадцатилетним *Георгием Г.*, также через две недели после освобождения (рис. 13). На нем тоже в верхней части листа изображено перечеркнутое лицо террориста, а в нижней части – две перечеркнутые фигуры. Однако центр рисунка занимает огромная фигура Смерти с окровавленной косой в руках, окруженная черными молниями. Активное использование символики – а особенно такой (Смерть с косой) – типично для состояний *острого стресса*. Доминирование черного цвета позволяет

предположить наличие *депрессивной реакции*. Окровавленная коса – признак *агрессии*, являющейся частым ответом на острую психологическую травму.



Рис. 13. Свободный рисунок четырнадцатилетнего заложника Георгия Г., сделанный через две недели после освобождения.

Родители шестилетнего *Сослана Т.*, также бывшего заложника, впервые согласились на получение психологической помощи только через полгода после террористического акта. Состояние мальчика характеризовалось неупорядоченностью, высокой агрессивностью. Об *остроте состояния* свидетельствовал и сделанный Сосланом рисунок (рис. 14). По инструкции нарисовать красивый рисунок он изобразил скрещенные кости на фоне хаотичных красных и темно-синих мазков. Свой рисунок он назвал «Страшная смерть» и пояснил: «Тут был динозавр, он всех съел и ушел. Вот пятна крови, а вот его следы».

Цветовая гамма свидетельствует о сочетании *тревоги, возбуждения* (красный) с *депрессивным фоном настроения* (мрачные темные тона). У Сослана диагностировано тяжелое *посттравматическое стрессовое расстройство*.



Рис. 14. «Красивый рисунок» шестилетнего заложника Сослана Т., сделанный через полгода после освобождения.

У одиннадцатилетнего *Таймураза М.* также наблюдалось *посттравматическое стрессовое расстройство*, хотя и не столь тяжелое, как у Сослана. Таймураз не был заложником, но двое его родственников (не самых близких) погибли во время теракта. «Красивый рисунок», сделанный им через четыре месяца после теракта, незадолго до Нового года, изображает снеговиков-террористов (рис. 15). Снеговик, расположенный на переднем

плане, одной рукой держит за горло ребенка, а другой рукой – автомат. Снеговик на заднем плане вооружен пистолетом и перепоясан «поясом смертника». Под елкой – ящик с надписью «динамит» и мешок с надписью «гранаты». Таймураз объяснил: «Кто-нибудь решит, что в этом ящике подарки, откроет – и тут БА-БА-А-АХ!!!».

Рисунок крайне неблагополучен не только по содержанию, отражающему, в первую очередь, *агрессию* и *негативистическую установку*, но и по цветовой гамме. Обедненность цвета – признак *астенического состояния*, преобладание черного цвета – признак снижения настроения, *депрессивных тенденций*.



Рис. 15. «Красивый рисунок» одиннадцатилетнего Таймураза М., сделанный через 4 месяца после террористического акта.

Выраженное депрессивное состояние проявилось в свободном рисунке восьмилетней *Ани К.*, сделанном через полгода после теракта (рис. 16). Об этом свидетельствует преобладание черного цвета. Обедненность цвета

позволяет предположить, что в данном случае наблюдается *астеническая депрессия*.



Рис. 16. Свободный рисунок восьмилетней заложницы Ани К., сделанный через полгода после освобождения.

В свободном рисунке семилетней *Миланы Г.*, сделанном в тот же период, обращает на себя внимание сочетание крупных локальных пятен ярко-красного и черного цветов (рис. 17). Такое сочетание характерно для *тревожной депрессии* (крупные пятна красного цвета типичны для состояния тревоги, черного – для депрессивного состояния).



Рис. 17. Свободный рисунок семилетней заложницы Миланы Г., сделанный через полгода после освобождения.

Глава 4. ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ПЕРЕЖИВАНИЯ ПСИХОТРАВМЫ

4.1. Основные формы психологической помощи

В зависимости от времени оказания помощи и от решаемых задач, можно выделить *экстренную, краткосрочную и пролонгированную* психологическую помощь.

Экстренная помощь необходима непосредственно после травмирующего события – в первые несколько дней или недель (в зависимости от тяжести психотравмы). Она оказывается также при оживлении острой симптоматики, происходящем в результате дополнительных стрессов. В частности, такими стрессами нередко становятся годовщины трагических событий.

Краткосрочная помощь оказывается в течение первых месяцев после психотравмы. Если ребенок не получил такой помощи своевременно, то нередко приходится оказывать ее отсрочено. В этом случае она оказывается менее эффективной и может занимать больше времени.

Пролонгированная помощь осуществляется в течение нескольких лет после психотравмы.

Предлагаемое членение в значительной мере условно. В реальности эти виды помощи нередко оказываются параллельно. Так, экстренная помощь начинается сразу после психотравмы, на кризисном этапе, но продолжается также на этапе стабилизации. Краткосрочная помощь начинается на этапе стабилизации и продолжается на этапе восстановления. Пролонгированная помощь начинается на этапе восстановления и продолжается на этапе интеграции. Она продолжается в течение двух лет и более.

Задачи психологической реабилитации детей и подростков, переживших тяжелую психическую травму, принципиально различны непосредственно после нее и несколько месяцев спустя. На первом этапе

реабилитационная работа в целом может быть охарактеризована как *медико-психологическая*, на втором – как *психолого-педагогическая*. Этим определяется и подбор специалистов, осуществляющих такую работу.

Для купирования *острой реакции на стресс* требуются не только специфически психологические или медицинские меры, но, в первую очередь, проявления общечеловеческой заботы:

- Удаление пострадавших из опасной зоны, помещение их в знакомую привычную или безопасную обстановку. Покой, тепло, обеспечение питьем и пищей.
- Нельзя оставлять пострадавших в одиночестве и неизвестности. Им необходимо «выговориться». Надо выслушать их, не перебивая, не торопя, не критикуя, с полным сочувствием.
- Пострадавшие нуждаются в информации. Она должна быть правдивой, с перечислением принимаемых мер.

Чтобы избежать фиксации на трагедии, можно переключить внимание и воображение пострадавших на ближайшее будущее с созданием положительной перспективы, обращением к их личным ресурсам.

Сразу после психотравмы основной задачей *экстренной психологической помощи* пострадавшим детям и подросткам является *экспресс-коррекция наиболее острой симптоматики*, препятствующей нормальному функционированию ребенка:

- восстановление нормального сна и питания (что создает благоприятные условия для восстановления центральной нервной системы);
- обеспечение нормального уровня общей активности;
- преодоление острых фобий, депрессивных состояний, острой тревоги, флэшбэк-эффектов;

Снятие этих симптомов способствует дальнейшей нормализации психологического состояния, активизирует использование ребенком имеющихся у него стратегий преодоления (coping strategies). Подобные

задачи типичны для кратковременного психологического вмешательства, которое, в отличие от продолжительных форм психотерапии, направлено не на обеспечение глубоких личностных преобразований, а на «избавление от негативных переживаний и эмоционального дискомфорта или депрессии» (Гарфилд, 2002, с. 24). Согласно имеющимся данным, существенное повышение уровня субъективного благополучия вполне может быть достигнуто уже за один – два психотерапевтических сеанса (Howard et al., 1993; Нардонэ, Вацлавик, 2006).

Преодоление или снижение эмоционального дискомфорта важно не только само по себе, но и как профилактическая мера, снижающая риск последующего развития посттравматического стрессового расстройства. Установлено, что при отсутствии специальной профилактической работы это расстройство в ряде случаев проявляется у 70 и более процентов детей и подростков, переживших тяжелую психотравму (Nader et al., 1990).

Специфика работы на этапе экстренной помощи состоит в том, что:

- Инициатива обращения часто не принадлежит клиенту, требуется *активность и настойчивость* специалиста.
- Отсутствует строгая регулярность встреч, четкая регламентации отношений.
- В некоторых случаях работа может проводиться на дому у ребенка. *Источниками информации* для посещений на дому служат вызовы по «горячей линии», данные участковых врачей, социальных служб, сведения, полученные от соседей и т.п.

Краткосрочная психологическая помощь осуществляется, преимущественно, по запросу клиента.

Восстановление активности, достигнутое на этапе экстренной помощи, служит эффективным средством преодоления детской депрессии. Вместе с тем, оно нередко сопровождается актуализацией симптоматики, которая ранее не наблюдалась именно вследствие общей заторможенности ребенка.

Начинают наблюдаться хаотические, мало целенаправленные действия, деструктивные и агрессивные проявления. У большинства детей, уровень активности которых исходно не был снижен, подобное поведение наблюдается сразу на момент обращения. Как правило, в результате психотравмы существенно нарушается общение с взрослыми и сверстниками, причем эти нарушения в большинстве случаев являются довольно длительными.

Из всего сказанного вытекают основные задачи работы на этапе краткосрочной психологической помощи:

- дальнейшая нормализация эмоционального состояния;
- упорядочение активности;
- отреагирование агрессии;
- преодоление грубых нарушений общения.

Основной задачей *продолженной помощи* (то есть работы с *отсроченными последствиями психотравмы*) становится *восстановление нормального социального и внутрисемейного функционирования* детей. Очень важно обеспечить регулярное посещение школы (детского сада). Одну из важных задач работы на этапе продолженной помощи составляет также коррекция тех неблагоприятных психологических особенностей ребенка, которые существовали уже до психотравмы и обострение которых она спровоцировала.

В результате психотравмы возникают нарушения общения с родителями и сиблингами (братьями/сестрами). Требуется специальная работа по преодолению этих нарушений. Для восстановления нормального состояния и функционирования детей необходима психологическая работа с ближайшим окружением ребенка – в первую очередь, с родителями и педагогами.

Продолженная психологическая помощь детям, пережившим психологическую травму, как по своим задачам, так и по формам

приближается к другим видам психотерапии, не связанным с преодолением стрессовых состояний. Как было показано выше, экстренная и краткосрочная помощь имеют, преимущественно, симптоматическую направленность. Это своего рода «психологическая скорая помощь». В отличие от этого, пролонгированная помощь предполагает значительно более глубокую проработку личностных проблем ребенка. Для ее проведения требуется **высокий профессионализм** специалиста. Эта форма помощи может оказываться лишь ограниченно, поскольку таких специалистов, имеющих опыт работы с детьми, в России очень мало.

На всех этапах работы при оказании психологической помощи могут использоваться самые разнообразные концептуальные подходы и техники. На сегодняшний день одним из наиболее разработанных направлений в работе с детьми является игровая терапия (Schaefer & O'Connor, 1994; Webb, 1999). Однако чрезвычайно большие возможности предоставляют и другие виды терапии: арттерапия, двигательная терапия, релаксационные техники.

4.2. Задачи социально-психологической реабилитации пострадавших подростков

В результате массовых катастроф психологическую травму получают не только те, кто непосредственно пострадал в результате этой катастрофы, но и многие другие люди, прямо не пострадавшие. Так, после террористического акта в Беслане травмированным оказался практически весь город. Как одно из последствий этого, у бесланских подростков резко нарушился процесс становления личности, оказались утрачены жизненные перспективы и планы. Аналогичные проблемы возникают и в случае стихийных бедствий, масштабных техногенных катастроф и т.п.

Типичным является разделение общества на «пострадавших» и «не пострадавших». Между этими группами населения часто возникает серьезная напряженность, вплоть до открытых конфликтов. Одним из наиболее серьезных источников конфликтов служит проблема распределения гуманитарной помощи. Яркий пример этого – высказывание одной из «не пострадавших» жительниц Беслана спустя примерно полгода после трагедии: «У них (то есть у «пострадавших») теперь все есть. Вот когда в следующий раз будут захватывать заложников, я туда первая побегу и всех родственников с собой возьму. Тогда и у нас все будет». Вместе с тем, какая-то гуманитарная помощь обычно достается и «не пострадавшим», что вызывает возмущение у «пострадавших»: «А им-то за что?!».

Еще один побочный психологический эффект гуманитарной помощи – это формирование иждивенческой позиции, рентной установки. Такая установка приводит к пассивности, снижению самооценки и самоуважения – и в конечном итоге к существенному снижению уровня эмоционального комфорта, углублению личностного кризиса.

Указанные проблемы мало затрагивают дошкольников и младших школьников, но начинают сильно сказываться, начиная с подросткового

возраста. Отсюда вытекают такие задачи психологической работы с подростками как:

- возвращение подросткам ощущения нормальной жизни;
- преодоление пассивности и рентной установки;
- пробуждение социальной активности;
- преодоление разобщенности подростков, конфликтов между «пострадавшими» и «не пострадавшими».

4.3. Задачи психологической работы с семьей

Для восстановления нормального психологического состояния ребенка после пережитой психотравмы большое значение имеет психокоррекционная работа с семьей в целом (Юл, Уильямс, 2001). В результате травмы нарушаются нормальные детско-родительские связи, возникают симбиотические либо вынужденно дистанцированные отношения между ребенком и родителями. При появлении у ребенка нарушений поведения родители ощущают свою некомпетентность и беспомощность и невольно способствуют закреплению негативных поведенческих стереотипов: потакают детским капризам, чрезмерно остро реагируют на ипохондрические жалобы, оберегают от столкновений с малейшими жизненными трудностями.

Если психологическую травму пережили и родители, и ребенок (что типично для массовых катастроф), то *темпы восстановления их психологического состояния существенно различаются*. Обычно дети быстрее возвращаются к нормальному эмоциональному уровню благодаря большей психической гибкости и адаптивным возможностям. Состояние родителей изменяется медленнее и препятствует нормализации психического развития детей. Несмотря на то, что родители озабочены оказанием помощи своим детям, недостаточная критичность к собственному психологическому состоянию нередко заставляет их самих избегать психологической помощи. В связи с этим специальное внимание следует обратить на привлечение родителей к работе над собственными психологическими проблемами и трудностями.

Особенно важна работа с семьями в тех случаях, когда структура семьи нарушается вследствие гибели отца или матери. При этом резко обрываются связи, функции умершего родителя не переходят к оставшемуся в живых. Наиболее тяжелой категорией являются мужчины-вдовцы, воспитывающие маленьких детей. Проявление каждодневной заботы о

ребенке – непривычная для них функция. Их эмоциональное состояние может надолго оставаться очень тяжелым. Это усугубляется широко распространенным представлением о том, что обращение за психологической помощью унинительно для мужчины и свидетельствует о непростительной слабости. Часто большую нагрузку берут на себя прародители, которые, однако, не всегда готовы к выполнению этой роли и также испытывают психологическую травму.

Глава 5. КУЛЬТУРАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ

5.1. Общие принципы культурального подхода

Для самых разных направлений современной психотерапии характерно представление о том, что ее центральной задачей является развитие личности клиента¹. Соответственно, наиболее адекватным теоретическим основанием для психотерапии служит *общая теория развития личности*. Одной из самых разработанных подобных теорий является *культурно-историческая теория*.

Эта теория обычно рассматривается как основание *психологии развития* и *педагогической психологии*. Важнейшие же направления психологической практики, возникшие в русле *клинической психологии*, такие как психотерапия и психологическое консультирование, традиционно базируются на других основаниях: на психоанализе, гуманистической психологии, бихевиоризме и т. д. Однако культурно-историческая теория вооружает психолога понятиями и методами, которые могут существенно обогатить палитру используемых психотерапевтических техник. Вклад этой теории особенно значим для построения работы с детьми и подростками.

Определение «культурно-историческая» весьма широко и расплывчато. По-видимому, истоки этого подхода надо искать у Э. Дюркгейма, П. Жанэ и других представителей французской социологической школы. Однако в данном контексте под культурно-исторической психологией будет подразумеваться тот ее вариант, основы которого были заложены Л.С. Выготским и который был в дальнейшем развит его учениками и последователями: А.Р. Лурией, А.Н. Леонтьевым, А.В. Запорожцем, Д.Б. Элькониным, П.Я. Гальпериным и др.

¹ Это представление наиболее детально разработано в рамках гуманистического направления (Rogers, 1961).

Могут ли понятия и методы этой концепции способствовать конструированию новых психотерапевтических техник и содержательному анализу техник, рожденных в русле других психологических течений? Для ответа на этот вопрос кратко суммируем важнейшие, на наш взгляд, положения культурно-исторической концепции, следуя работе Л.С. Выготского «История развития высших психических функций» (1983а), в которой они изложены чрезвычайно четко и развернуто.

1. Согласно первому из этих положений, специфика человеческих психических процессов определяется их *опосредованной структурой*. По утверждению Л.С. Выготского, «все эти процессы являются процессами овладения нашими собственными реакциями при помощи различных средств» (с. 273). В качестве таких средств выступают выработанные человечеством знаки и символы – слова родного языка, общепринятые жесты, графические схемы и т.п.
2. В более поздних работах учеников и последователей Выготского акцент был сделан на *способе использования* психологических средств. Овладение средством – это овладение способом его использования. Важнейшую роль в использовании средства играет *ориентировка* в ситуации, то есть ее исследование с точки зрения стоящей перед человеком задачи (Леонтьев, 1983; Запорожец, 1986b; Гальперин, 1966).

Психологические средства выработаны обществом в ходе его исторического развития. Они усваиваются индивидом благодаря процессу *интериоризации* – «присвоения» некоторого социального отношения, превращения его в индивидуальную психическую функцию: «Всякая высшая психическая функция необходимо проходит через внешнюю стадию развития, потому что функция является первоначально социальной. Это – центр всей проблемы внутреннего и внешнего поведения. Многие авторы давно уже указывали на проблему интериоризации, перенесения поведения

внутри» (Выготский, 1983а, с. 144). Так, например, указательный жест первоначально используется для того, чтобы направить внимание *другого человека* на интересующий меня предмет. В дальнейшем он начинает служить также средством управления *своим собственным* вниманием: я реально или мысленно указываю себе на предмет, на котором хочу сосредоточить свое внимание.

3. Применяя интериоризованное психологическое средство, человек приобретает способность *произвольно управлять своим поведением и своими психическими процессами*, организовывать их в соответствии с собственными намерениями. Так, Выготский противопоставляет произвольное внимание человека непроизвольному вниманию животного: «...внимание животного, даже и при дрессировке, уже потому не является произвольным, что этим вниманием овладевает человек, но не само животное. У животных нет перехода от овладения другими к овладению собой, от подчинения к господству, перехода, который составляет самую характерную черту в развитии произвольного внимания человека» (с. 212).

Указанные положения получили наиболее детальную экспериментальную разработку применительно к развитию когнитивных процессов: мышления, памяти, внимания. Однако они относятся к любым формам специфически человеческого развития. В частности, они полностью приложимы к развитию личности, совершающемуся в процессе психотерапии.

В цитированной работе Л.С. Выготский, анализируя роль психологического средства в овладении собственным поведением, подробно останавливается на человеческих способах принятия решения. В качестве средств, помогающих принять решение при недостатке необходимой

информации, он называет бросание жребия и (ссылаясь на Леви-Брюля) «сновидение на заданную тему», используемое племенами Южной Африки.

В одной из последующих глав он приводит и собственное экспериментальное исследование становления у ребенка волевого действия. В этом исследовании ребенку нужно было сделать выбор между двумя вариантами действий. Оба варианта содержали как приятные, так и неприятные действия и имели примерно одинаковую привлекательность для ребенка. В качестве способа преодолеть бесконечные колебания ребенку предлагалось использовать жребий: бросание игрального кубика с черными и белыми сторонами. Ребенок заранее решал, какой вариант он выберет при выпадении черной стороны, а какой – при выпадении белой. Этот прием позволял ему легко и быстро выбрать один из вариантов.

По сути, перед нами прямой путь к построению психотерапевтической техники для работы с высоко тревожными детьми, у которых проблема произвольного выбора стоит чрезвычайно остро.

Д.Б. Эльконин, анализируя происхождение культурно-исторической психологии, видит ее источник в ранних исследованиях Выготского, посвященных психологии искусства: «Л.С. Выготский... показывает, как посредством своих художественных структур они (произведения искусства – А.В.), воздействуя на читателей, организуют и направляют сознание последних на вполне определенные аффективно-смысловые образования» (Эльконин, 1989, с. 477). А.В. Запорожец, также ссылаясь на книгу Выготского «Психология искусства», выдвигает тезис о том, что «...в формировании психической деятельности, которая необходима... для эмоционального предвосхищения последствий собственных действий, существенное значение имеют образно-выразительные средства... Эти выразительные средства, этот язык чувств имеют социальное происхождение. Наиболее совершенные его формы представлены в

искусстве» (1986а, с. 270; курсив автора). Очевидно, что эти положения находят непосредственный выход в психотерапевтическом процессе.

Общая логика культурно-исторической психологии нередко выводит исследователей на психотерапевтическую проблематику даже в тех случаях, когда исходные задачи исследования ограничивались решением чисто образовательных проблем. Это наиболее отчетливо прослеживается в ряде работ, выполненных в последние десятилетия, когда естественное развитие основного метода культурно-исторической психологии – экспериментально-генетического – побудило перейти от лабораторного эксперимента к полевому. Так, психотерапевтические аспекты явственно выступают в исследованиях Г.А. Цукерман по разновозрастному сотрудничеству в процессе школьного обучения (1993). Выдержки из отчетов студентов – участников проекта «Пятое измерение», приводимые М. Коулом, также соответствуют, скорее, психотерапевтической группе, нежели образовательному проекту: «Я всех здесь очень хорошо узнал. Мы были здесь почти как маленькая семья – ведь мы помогали друг другу и делились друг с другом нашими размышлениями о детях. Я никак не ожидал, что приобрету такую привязанность» (Коул, 1997, с. 338).

Итак, культурно-историческая психология дает надежное обоснование психотерапевтическим методам, так как располагает необходимым теоретическим инструментарием и категориальным аппаратом. Она настолько точно определила магистральный путь развития психотерапии, что психотерапия давно движется по этому пути, даже не обращаясь к культурно-исторической психологии. В частности, в последние десятилетия все более широко распространяется психотерапевтическое использование выразительных средств искусства: арттерапия, музыкотерапия, драмотерапия, библиотерапия, сказкотерапия.

Однако, не будучи включены в серьезный теоретический контекст, эти методы зачастую используются «вслепую». Из-за этого их применение

обычно ограничивается преодолением отдельных неблагоприятных симптомов. В отличие от этого, подход с позиций культурно-исторической концепции позволяет с помощью подобных методов решать значительно более существенную задачу *нормализации общего хода психического развития ребенка*. Условием этого является включение методов арттерапии в целостную систему взаимоотношений ребенка с социальным окружением: родителями, другими взрослыми, сверстниками.

Методы арттерапии для культурального подхода наиболее органичны, поскольку самые мощные и универсальные социально выработанные средства переработки переживаний представлены в искусстве. Вместе с тем, нередко оказывается продуктивным использование и более простых психотехнических средств. Под *психотехническим* понимается средство, основной или даже единственной функцией которого служит воздействие на психические процессы человека. Этим оно отличается от средств с иной первичной функцией – как, например, от языка (первичной функцией которого является общение, коммуникация), от выразительных средств искусства и т.п.

С точки зрения культурального подхода, важнейшей задачей психологической коррекции является восстановление *социальной ситуации развития* ребенка. Это достигается благодаря организации ряда «промежуточных», *замещающих* ситуаций развития, последовательно и постепенно возвращающих ребенка в нормативную для его возраста систему отношений с обществом (то есть с взрослыми, сверстниками, социальными институтами – прежде всего, школой).

Культуральный подход предусматривает следующие основные принципы построения работы:

1. Психотерапевт предлагает ребенку определенные *психологические средства*, наиболее эффективные для преодоления имеющейся

проблемы. Преимущество отдается общекультурным средствам (а не специально изобретенным для целей психотерапии).

2. В процессе психотерапии ребенку раскрывается *способ использования* предложенных средств, психологический механизм их действия. Это обеспечивает произвольность их последующего применения, предотвращает возникновение зависимости от терапевта.
3. Целенаправленно организуется процесс *интериоризации*, «присвоения» ребенком психологических средств и способов их использования.
4. При выборе психологических средств и построении системы терапевтических отношений обращается особое внимание на *особенности культуры*, к которой принадлежит ребенок.
5. В коррекционной работе создаются *замещающие ситуации развития*, позволяющие восстановить социальную ситуацию развития ребенка, нормативную для его возраста.

Практическое применение этих принципов будет проиллюстрировано в последующих разделах книги.

Отдельно остановимся на вопросе о психотерапевтических отношениях. В рамках культурального подхода у психолога не родительская позиция, как в психоанализе. Это и не «дружба за деньги», как иногда иронически называют систему отношений в личностно-ориентированной психотерапии. При работе в культурно-исторической парадигме психолог выступает в функции *учителя*, владеющего способом употребления психологического средства, которым клиенту-ученику еще только предстоит овладеть. Однако это отнюдь не позиция Учителя с большой буквы, учителя жизни. В этом ее существенное отличие от когнитивной психотерапии, где терапевт выступает в качестве носителя «правильных» жизненных

установок, в отличие от клиента, установки которого «неправильны» (см. Бек, 1999).

Анализ психотерапевтических техник с позиций культурно-исторического подхода должен отвечать на следующие вопросы:

- Каковы основные *психологические средства*, предлагаемые ребенку данной системой психотерапии, каковы формируемые у него *способы использования* этих средств?
- Как строится *социальное отношение* между ребенком и терапевтом, насколько эффективно достигается *интериоризация* средств, их «присвоение» ребенком?
- В какой мере обеспечивается *произвольность* и *самостоятельность* ребенка в управлении своими психическими состояниями и своей деятельностью?

Некоторые из этих вопросов освещаются самими основателями тех или иных психотерапевтических направлений. Например, в *арттерапии* уже само название метода указывает на то, что он основан на использовании *выразительных средств искусства*. Вместе с тем, приверженцы арттерапии, как правило, не дают ответа на вопрос об особенностях отношений между клиентом и терапевтом. Напротив, в *лично-ориентированной психотерапии* центральным становится именно построение *терапевтических отношений* (Роджерс, 2001), вопрос же о психологических средствах не ставится. На основе анализа применяемых техник можно предположить, что основным средством в рамках этого направления служит сама структура отношений клиент – терапевт. В результате ее интериоризации формируются новые представления клиента о себе, повышается его самооценка, появляется чувство собственной значимости.

Таким образом, культуральный подход позволяет как создавать новые психотерапевтические методы, так и более комплексно анализировать – а

следовательно, и совершенствовать – техники, разработанные в рамках других подходов.

Техники, построенные на основе культурального подхода, на практике доказали свою высокую эффективность. Они успешно применялись нами при работе с последствиями острой психологической травмы у заложников, захваченных в московском театре на Дубровке и в школе г. Беслана, а также в психокоррекционных занятиях с детьми и подростками, оказавшимися жертвами локальных несчастных случаев.

В последующих разделах приводятся отдельные техники, полезные при работе с психологической травмой. Мы не ставим своей целью предложить какую-либо целостную систему психотерапевтической работы. Такая система всегда строится индивидуально, применительно к возрасту, состоянию и индивидуальным особенностям конкретного ребенка. Однако для ее построения нужен материал: набор методик, техник, приемов. Именно такие техники и приемы будут описаны далее. Некоторые из них применимы только к детям определенного возраста (например, к подросткам или же к детям раннего возраста), другие более универсальны. Но, конечно, абсолютно универсальных методов не существует. Поэтому только опыт и профессиональная интуиция смогут подсказать психологу, какой из описываемых нами приемов полезно использовать в каждом конкретном случае.

5.2. Восстановление ранее освоенных действий

Психокоррекция строится с учетом уровня регрессии, так же как «обычное» обучение – с учетом возраста и уровня развития ребенка. При *полном распаде действия* первой задачей становится восстановление его в совместной форме (то есть его возвращение в зону ближайшего развития). Этот вариант естественно определить как *первичную коррекцию*. Если же действие осталось в зоне ближайшего развития, то психокоррекция направляется на его возврат в зону *актуального развития*, приобретая *реабилитационную* задачу. Восстановление способности самостоятельно выполнять действия, освоенные ранее, служит важным условием нормального социального функционирования ребенка.

Как и любое обучение, психокоррекция основана на использовании *психологических средств* (знаков), включающихся в качестве «регуляторов» действий ребенка. Типичным примером такого средства является слово в его регуляторной функции (Выготский, 1982). Сначала взрослый с помощью слова управляет поведением ребенка (например, спрашивает: «Где лампа?» – и ребенок показывает на лампу). Затем ребенок начинает использовать слово для управления поведением взрослого (например, просит: «Дай!», – и взрослый дает ему желаемый предмет). И, наконец, ребенок научается с помощью слова управлять собственным поведением (дает себе самоприказы).

Наряду со словом – наиболее универсальным психологическим средством – Выготский называл и другие виды подобных средств, обеспечивающих организацию поведения. Это, например, указательный жест; узелок «для памяти»; бросание жребия, помогающее принять решение, когда человек затрудняется в выборе из двух имеющихся альтернатив, и т.п. (Выготский, 1983а). Человек не изобретает психологические средства самостоятельно. Они выработаны обществом в процессе его исторического

развития и сохраняются в человеческой культуре. Ребенок овладевает ими в процессе общения и совместной деятельности с взрослыми.

Размышляя о том, как ребенок овладевает психологическими средствами (или знаками, как часто называл их Выготский), Д.Б. Эльконин (1989) писал в своих научных дневниках: «Значение знака в той *функции* другого человека, в которой он вводится в организацию поведения. Они могут быть различны (решающий, контролер, вообще помогающий, напоминающий о ком-то). Знак – нечто вроде подарка. Ведь подарок – напоминание о том, кто его сделал. Именно поэтому знак социален, именно поэтому он организует поведение» (с. 514). Если продолжить аналогию Д.Б. Эльконина, то можно сказать, что тот «магазин», в котором взрослый приобретает свой «подарок» (знак) – это человеческая культура.

Этот механизм может быть проиллюстрирован на примере работы с семилетней **Аминой Э.**

В середине сентября 2004 г. сотрудники телефонной «горячей линии» передали нам вызов на дом с просьбой оказать помощь девочке, которая в результате тяжелой психотравмы потеряла возможность самостоятельно засыпать. Амина находилась в заложниках вместе с родителями и старшим братом. Отец и брат погибли, мать с тяжелыми ранениями несколько месяцев лежала в больнице, сначала в Беслане, затем – в Москве. Сама Амина получила ожоги и несколько легких осколочных ранений. Согласно записи в медицинской карте, у нее наблюдались посттравматическое стрессовое расстройство, депрессивное состояние. Отмечались выраженные страхи, панические реакции.

Во время посещения Амины на дому ее бабушка рассказала, что девочка отказывается есть, спать, подолгу громко кричит, особенно когда наступает вечер и приходит пора ложиться спать. Когда Амину удается уложить в кровать, она боится закрыть глаза, испуганно кричит и плачет. В итоге девочка спит не более 3-4 часов в сутки. Во

время нашего визита, после непродолжительного знакомства, Амина как кавказская гостеприимная хозяйка пригласила нас к накрытому столу. Затем согласилась «покормить» игрушечную собачку и понемногу сама начала есть «за нее». После ужина Амина прослушала сказку вместе с собачкой и согласилась уложить ее спать.

С девочкой был проведен сеанс релаксации. Собачка осталась на подушке рядом с ней охранять ее и оберегать от страшных снов. Амине сразу было сообщено, что собачка чужая и ее обязательно надо вернуть в Москву. В дальнейшем девочка стала ходить днем в игровую при поликлинике. По вечерам Амина еще два раза сама звонила по телефону и просила: «Пришлите, пожалуйста, психолога уложить меня спать». В дальнейшем она стала засыпать сама, без визитов психолога, но с собачкой. Каждый день, приходя в игровую, Амина сообщала психологам, что «собачка не нагостила у нее и просится еще немного побыть в гостях». Перед самым нашим отъездом, о котором Амина была предупреждена, она по собственной инициативе вернула любимившуюся собачку, а взамен получила другую «защитницу» – большую плюшевую собаку.

На этом примере хорошо видно, что даже такое простое действие, как самостоятельное укладывание спать, может полностью распасться в результате психотравмы. На первом этапе коррекционной работы действие возвращается в зону ближайшего развития: девочка, ранее вовсе не способная укладываться спать, смогла совершать это действие совместно с взрослым (психологом). В данном случае ее функция состояла в проявлении инициативы (телефонные звонки). Остальное – проведение релаксации, укладывание в постель и т.п. – обеспечивал взрослый. На следующем этапе действие стало самостоятельным. Девочка начала укладываться сама с помощью игрушечной собачки, выступившей в роли психологического средства. В полном соответствии с соображениями Д.Б. Эльконина, это

средство было преподнесено Амине как «подарок» взрослого. Само же оно выработано исторически: в культуре давно зафиксировано использование мягкой игрушки в качестве средства, успокаивающего ребенка и охраняющего его сон.

Показательна высокая степень привязанности Амины к игрушке. В течение длительного времени девочка не могла с ней расстаться, хотя понимала, что это необходимо. В конечном итоге она сумела это сделать: это был результат следующего этапа интериоризации действия, когда оно уже стало доступным и в отсутствие исходного внешнего средства.

5.3. Коррекция острой тревоги: работа с талисманом

В настоящем разделе будет продемонстрирована реализация культурального подхода на примере работы с одним из традиционных психотехнических средств: талисманом. Традиционно талисманы использовались, прежде всего, людьми, чья деятельность была связана с повышенной опасностью – в частности, воинами. Очень многие люди опасных профессий – летчики-испытатели, каскадеры, моряки-подводники и т.п. – и сегодня широко используют различные талисманы.

Психологическая функция талисмана состоит в создании чувства защищенности, уверенности в благополучном исходе опасного предприятия – то есть, выражаясь научным языком, в снижении уровня тревоги. Это позволяет использовать талисман в психотерапии при работе с высоко тревожными людьми. Таким образом, культуральное средство, призванное помогать справиться с собой представителям опасных профессий, переносится в другую сферу. Оно начинает использоваться для помощи невротика, который каждый день идет на работу или в школу как на бой, чреватый гибелью.

В своей полной форме работа с талисманом может проводиться, начиная с младшего подросткового возраста. Эта форма работы и будет описана ниже. Однако в упрощенной и несколько модифицированной форме она может успешно применяться и в работе с детьми младшего школьного и дошкольного возраста.

В соответствии с общими принципами культурального подхода, работа начинается с обсуждения психологической функции талисмана. Его возможная магическая функция заранее «выносится за скобки» как не относящаяся к компетенции психотерапевта. В результате обсуждения подросток приходит к выводу о том, что талисман помогает человеку справляться с волнением, беспокойством (бытовые синонимы термина «тревога»). Поскольку тревожным людям хорошо знакомо разрушительное

влияние тревоги на результаты деятельности, они сразу понимают, что, снижая тревогу, талисман действительно помогает снизить риск гибели или других крайне неблагоприятных исходов. Так, достаточно широко известно, что паника – одна из наиболее распространенных причин гибели людей при массовых катастрофах (например, при пожаре в общественном здании).

Далее следует выяснение того, какие предметы традиционно использовались в качестве талисманов. Важно подвести подростка к пониманию того, что это совсем не обязательно были символы религиозного культа (крестик, образок, мощи святого) или предметы, предположительно обладающие магической силой. Это вполне мог быть медальон с локоном ребенка или любимой женщины. Таким образом подчеркивается именно психологическая функция талисмана. Решающим является то, что талисман напоминает человеку о чем-то очень значимом и дорогом для него. Это воспоминание и служит основным успокаивающим фактором, что замечательно иллюстрируют слова одной из песен военных лет:

Ты меня ждешь и у детской кроватки не спишь,
И поэтому верю, со мной ничего не случится.

Дополнительные позитивные ассоциации определяются воспоминанием о человеке, подарившем талисман. Как правило, это бывала мать, жена или возлюбленная. Но и этого еще недостаточно. Подлинную психологическую силу талисман набирает постепенно, по мере того как раз за разом благополучно (или, хотя бы, относительно благополучно) разрешаются опасные ситуации. Теперь уже он напоминает обо всех этих успешно разрешившихся ситуациях. Обсуждение с подростком всех этих тем – это, по сути, организация его *ориентировки в способах использования талисмана*.

Следующим шагом является обсуждение возможных осложнений. Подросток сам придумывает те сложности, которые могут возникнуть при использовании талисмана, а психолог помогает ему вспомнить

зафиксированные в культуре способы справиться с этими сложностями. Если подросток чересчур пассивен, то психолог сам называет дополнительные возможные осложнения.

Наиболее очевидное осложнение – потеря талисмана. В культуре зафиксировано, по меньшей мере, два возможных значения этого события. Один вариант: потеря талисмана означает, что он больше не нужен, что человек уже чувствует себя достаточно спокойно и без него. Другой вариант (если без талисмана человек все же чувствует себя неуютно): человеку грозила какая-то крупная неприятность и, предотвратив ее, талисман растратил всю свою силу. В этом случае нужно завести новый талисман. То же относится и к случаю, если талисман сломался. Если он украден, то это всего лишь та же потеря: ведь нельзя украсть связанные с ним воспоминания!

Иногда подросток формулирует ту или иную негативную версию, например: «А может быть, потеря талисмана означает, что мне грозит какая-то беда!». Подобные идеи терапевт энергично отвергает, подчеркивая, что подросток может произвольно устанавливать для себя символическое значение тех или иных событий, что он волен выбирать то толкование, которое ему больше подходит. Можно сказать: «Наверное, какой-нибудь твой враг попытался бы внушить тебе как раз такую мысль. Но самому тебе, наверное, больше нравится что-то из того, о чем мы с тобой говорили раньше. А что выбрать, решаешь только ты сам».

Более серьезная проблема: талисман был при мне, но все равно случилась серьезная неприятность. Если такое случилось несколько раз, то не помогут никакие позитивные истолкования (типа «без него могло бы оказаться еще хуже»). Ведь главная психологическая сила талисмана – в связанных с ним положительных ассоциациях, а теперь с ним связаны негативные ассоциации. Культура и на эти случаи предусмотрела ритуальные действия, направленные на «обновление» талисмана, то есть на

оживление позитивных ассоциаций и оттормаживание негативных. Так, крестик или образок следует переосвятить. Камни, часто используемые в качестве талисманов в восточных культурах (а в последние десятилетия – и у нас), для возвращения силы рекомендуется на сутки положить в проточную воду. Подростку надо объяснить, что он сам почувствует, «сработали» ли подобные ритуалы, или же талисман потерял для него силу окончательно. В последнем случае требуется его замена.

Психолог демонстрирует подростку, что предлагаемая техника основана на своеобразных «играх с собой», но это ничуть не умаляет ее серьезности. Если, желая подбодрить себя, я запеваю веселую песню, то это тоже игра с собой, однако мое настроение действительно улучшается. Подобные «игры с собой» – основа любой психотехники. Раскрытие психологического механизма управления собой с помощью внешнего средства – важный шаг в направлении интериоризации этого средства, его «присвоения» подростком.

Некоторые клиенты видят опасность в том, что может возникнуть зависимость от талисмана. Это абсолютно верно. Но так уж функционирует человеческая культура: каждое новое достижение приводит к появлению новой зависимости. Когда у меня ломается компьютер, то я совершенно не в состоянии работать, хотя пятнадцать лет назад я прекрасно обходился без него. Если выключается электричество, то это вообще почти катастрофа.

И еще одно опасение – чрезвычайно полезное. Талисман можно забыть дома. Его даже нужно периодически забывать дома, так как это – следующий шаг к интериоризации, снижающей зависимость от талисмана. Важно научиться вспоминать о нем, не имея его при себе: тогда автоматически всплывут в памяти (возможно, не вполне осознанно) и все те успокаивающие ассоциации, которые с ним связаны. Поначалу не стоит делать это в наиболее ответственных ситуациях: физическое присутствие талисмана делает ассоциации более яркими и потому более эффективно снижает

тревогу, чем воспоминание о нем. Однако в дальнейшем можно будет и вовсе отказаться от ношения талисмана при себе.

Напрашивается вопрос: а зачем вообще нужен талисман? почему бы не вспоминать непосредственно о тех доброжелательных отношениях и благоприятных событиях, которые с ним ассоциированы? Ответ прост: когда человек взволнован, обеспокоен, встревожен, то он не в состоянии произвольно вызвать у себя положительные воспоминания. Скорее, наоборот, начнут против его воли вспоминаться неприятности и неудачи. А одно прикосновение к талисману или только воспоминание о нем, вполне доступное даже в состоянии острой тревоги, пробуждает всю совокупность связанных с ним позитивных ассоциаций.

Таким образом, в напряженной ситуации, чреватой повышением тревоги, используется психологическое орудие, заранее заготовленное подростком совместно с психологом. Это соответствует образному описанию волевого действия, данному Л.С. Выготским: «Борьба, таким образом, переносится вперед, она разыгрывается и решается до самого сражения, она составляет как бы предвосхищенный полководцем стратегический план сражения» (1983а, с. 286).

В описанном варианте работа с талисманом ни в коей мере не апеллирует к его магической сущности и не предполагает использования соответствующего внушения – ни прямого, ни косвенного. Однако если подросток верит в его магическую силу, то нет никаких оснований подрывать эту веру, особенно если это верующий человек, а талисман связан с религиозным культом. Поэтому не нужно убеждать подростка в отсутствии у талисмана магической силы. Надо лишь объяснить, что этот вопрос находится вне компетенции психолога.

Дарителем талисмана, как правило, должен быть не психолог, а кто-либо из близких ребенка. Исключение составляют случаи, когда работа начала проводиться достаточно давно и психолог успел стать для ребенка

высоко значимой личностью. Например, при нашем отъезде из Беслана (через месяц после трагедии) многим детям были оставлены в качестве талисманов мелкие игрушки, пуговицы и т.п. Детям было объяснено, что эти предметы будут напоминать им о том, «как мы с тобой играли, занимались, учились справляться со своими страхами». При наших последующих приездах в Беслан выяснилось, что дети отнеслись к своим талисманам очень серьезно, хранили их, часто носили с собой. Наш опыт показал, что использование талисмана помогает детям и подросткам, пережившим тяжелую психотравму, легче справляться с тревогой и страхами.

5.4. Замещающая ситуация развития для бесланских первоклассников

Выше уже приводилось описание Реабилитационного центра для детей и подростков при бесланской поликлинике. В этом центре мы попытались максимально воссоздать нормальную детскую жизнь, невзирая на трагическую атмосферу, царившую в городе. Это было необходимым условием восстановления как *социальной ситуации развития*, соответствующей возрасту детей, так и жизненной ситуации в целом.

Разговаривая с детьми и подростками, мы называли две комнаты, в которых располагался Центр, «игровыми», не афишируя их терапевтического назначения. В то же время для родителей мы подчеркивали *медицинский* характер нашей работы, чтобы детский смех и веселье не воспринимались ими как нарушение традиции горевания, «пир во время чумы». Это сочувственно принималось родителями, поскольку они достаточно хорошо понимали, что состояние детей далеко выходит за рамки нормального горевания и требует психологической помощи.

Для дошкольников мы считали Реабилитационный центр («Игровую») достаточно полным воплощением *замещающей ситуации развития*, возвращающей детей из мира скорби в нормальный для этого возраста мир детской игры. Однако для младших школьников Центр мог служить лишь первой ступенькой на пути к возвращению в соответствующий этому возрастному периоду мир школы. Поэтому для них мы попытались организовать еще одну замещающую ситуацию на базе школы-детского сада «Радуга», более приближенную к обычным школьным условиям.

В апреле 2005 г. параллельно с игровой при поликлинике начала работу вторая площадка, на которой мы предполагали реализовать следующий тип замещающей ситуации. Если игровая при поликлинике была ориентирована, преимущественно, на медико-психологическую работу, то новый центр – на психолого-педагогическую. Реабилитационная площадка была создана в школе-детском саду «Радуга». Центр в «Радуге» был рассчитан на более

узкую группу, чем игровая при поликлинике. Он предназначался преимущественно для первоклассников, не посещающих массовую школу. У этой группы пострадавших нарушения социального функционирования были выражены особенно остро.

В Центре «Радуга» было организовано две основные зоны: игровая и учебно-художественная. Игровая зона, в отличие от игровой комнаты при поликлинике, была в большей степени ориентирована на дидактические (образовательные) игры. В учебно-художественной зоне, также в отличие от игровой при поликлинике, преобладали организованные групповые занятия изобразительной деятельностью, а не ее свободные формы.

К сожалению, в силу ряда организационных причин схема планомерного проведения пострадавших детей через две последовательные замещающие ситуации не была реализована во всей полноте. Однако в некоторых случаях были достигнуты результаты, адекватные поставленным задачам. Это хорошо иллюстрирует процесс социально-психологической реабилитации **Тимура Г.**, исходное состояние которого было описано в разделе 2.3.

Тимур начал ходить в игровую при поликлинике в сентябре 2004 г. и посещал ее около двух месяцев. Затем состояние мальчика в целом нормализовалось, и его перестали водить в игровую. Однако он по-прежнему отказывался как посещать школу, так и учиться на дому. В августе 2005 г., по рекомендации психолога, он снова начал посещать игровую при поликлинике и почти сразу же – центр в «Радуге». Начиная с середины сентября, Тимур стал посещать также обычный первый класс в «Радуге» (продолжая несколько раз в неделю ходить в реабилитационный центр). Сейчас он регулярно посещает школу и с удовольствием учится. Его психологическое состояние достаточно стабильно.

Иную динамику развития постстрессового состояния демонстрирует следующий пример.

Семилетний Алан С., его четырехлетняя сестра Мадина и их мать были заложниками. Мать детей погибла. Согласно записи в медицинских картах, и у Алана, и у его сестры наблюдалась острая стрессовая реакция. В течение следующего года отец находился в тяжелом психологическом состоянии, но заботливо и внимательно относился к детям. С ноября 2004 г. Алан начал посещать обычный первый класс в школе-детском саду «Радуга», однако его эмоциональное состояние оставалось крайне неустойчивым. По словам учительницы, он иногда целый день плакал без какой-либо видимой причины. Малейшее изменение привычной ситуации вызывало у него очень острую реакцию. Так, почти полгода спустя после трагедии (в феврале 2005 г.) Алан увидел в школе открытую запасную дверь, которая обычно была закрыта, и стал объяснять, что, раз открыта дверь, то сейчас придут террористы. Кричал, что надо срочно убегать, пытался спрятаться под парту. Громко плакал, никакие доводы не принимал. После этого случая несколько дней отказывался ходить в школу, а в дальнейшем посещал ее нерегулярно.

С января 2005 г. Алан вместе с сестрой и отцом начал посещать игровую при поликлинике, а с апреля – Центр в «Радуге». В мае, услышав во время урока раскаты грома, он выдал острую паническую реакцию: плакал, кричал, никак не мог успокоиться. Учительница отвела его к психологу, и через какое-то время Алан успокоился. В начале следующего учебного года он перешел в новую школу, выстроенную вместо школы № 1 (в которой был совершен теракт). В настоящее время успешно учится, психологическое состояние остается стабильным.

Анализируя приведенный пример, мы видим, что ребенок, переживший психотравму, хотя и посещал школу, но «не удерживался» в рамках социальной ситуации развития, соответствующей его возрасту. Потребовался поиск замещающей ситуации, соответствующей его психологическому состоянию.

Нередко оказывалась полезной *одновременная* реализация двух замещающих ситуаций. Возможность такого совмещения существенно отличает процесс психологической реабилитации от процесса «нормального» развития ребенка, в ходе которого каждая следующая социальная ситуация складывается *после полного прохождения* ребенком предшествующей.

Глава 6. АРТТЕРАПИЯ В РАБОТЕ СО СТРЕССОМ

6.1. Общая характеристика техник арттерапии

Арттерапия в широком смысле слова – это использование в терапевтических целях средств искусства. Под арттерапией в более узком смысле слова понимают использование в терапевтических целях средств *изобразительной деятельности*: рисования, лепки, аппликации. В рамках магического сознания, типичного для ребенка (но в каких-то рудиментарных формах сохраняющегося и у взрослого), рисунок воспринимается как средство воздействия на изображенный объект. Психологически же он является мощным средством воздействия на *переживание*, связанное с объектом.

Арттерапия представляет собой один из наиболее эффективных методов работы с последствиями психологической травмы у детей и подростков. Различные арттерапевтические техники позволяют успешно решать широкий круг психокоррекционных задач, таких как:

- восстановление активности;
- снижение эмоционального напряжения, преодоление тревоги, страхов и других неблагоприятных переживаний и эмоциональных состояний;
- повышение самооценки, уверенности в себе;
- упорядочение активности, восстановление нарушенных функций планирования, самоконтроля;
- проработка представлений о будущем;
- преодоление коммуникативных проблем;
- восстановление нарушенных семейных контактов.

Многие техники арттерапии предоставляют большие возможности не только для индивидуальной работы, но и для организации группового взаимодействия. Его особенности определяются, в первую очередь,

способами постановки задачи. Существенное значение имеет также предлагаемая тема рисунка. Так, в начале работы с группой (на первом или втором занятии) бывает полезно дать задание «Групповой автопортрет». Впоследствии то же задание повторяется на последнем занятии. Сравнение первого и второго рисунков наглядно демонстрирует изменения, произошедшие в результате занятий, способствует групповой рефлексии. Рисунок можно делать на листе ватмана формата А2 или на оборотной стороне обоев.

Формы работы в арттерапии различаются по многим параметрам, что делает ее гибким инструментом в руках психотерапевта. Укажем некоторые из этих параметров:

- предлагаемые ребенку художественные материалы;
- техника создания изображения;
- позиция, занимаемая ребенком;
- формы организации деятельности;
- предложенная тема.

Материалы для занятий арттерапией и художественные техники

В арттерапии чаще всего используется *гуашь*. Она позволяет создавать яркие плотные цветовые пятна, быстро сохнет, легко смывается. Удобно также, что это кроющаяся краска, поэтому изображение легко поддается исправлению: можно «перерисовать» его, нанеся сверху новый слой краски. Гуашь позволяет использовать разные техники. Рисование *по сухому* обеспечивает четкие границы цветового пятна. Рисование *по мокрому* способствует мягким переходам между разными участками рисунка. Для работы по мокрому бумагу предварительно обильно смачивают водой с помощью губки. Той же губкой, используя ее вместо кисточки, можно наносить жидкую краску. Пастозное нанесение (то есть создание толстого слоя густой краски) порождает цветовые пятна высокой плотности и

позволяет в дальнейшем создавать своеобразный эффект с помощью *процарапывания* краски палочкой или ногтем.

Гуашь позволяет также использовать технику упрощенной *монотипии*. Для этого краска густым слоем наносится на керамическую плитку, стекло или лист плотной бумаги. Затем к ней плотно прижимают чистый лист бумаги, и на нем зеркально отпечатывается исходное изображение. Обычно отпечаток довольно сильно отличается от исходного рисунка, что создает различные неожиданные эффекты, всегда вызывающие живую реакцию у рисующего. Полученный отпечаток можно дополнительно дорисовать.

Примерно тот же прием позволяет получать частично симметричные изображения, нередко напоминающие пятна из теста Роршаха. Для этого краска наносится на одну половину листа, который затем складывается пополам: благодаря этому на чистой половине листа образуется зеркальный отпечаток окрашенной половины. Увидев в получившемся изображении сходство с каким-либо объектом (подобно тому, как это предлагается в тесте Роршаха), можно дорисовать его, усилив сходство.

Удобным материалом для арттерапии служит также *пастель*. Она, как и гуашь, позволяет создавать яркие цветовые пятна, достигая тонкого варьирования оттенков. Пастель проще гуаши в обращении и не требует разведения водой (а, следовательно, постоянной заботы о наличии чистой воды). Ее относительным недостатком является невозможность перекрывать один слой другим и вносить таким путем существенные изменения в рисунок. Цветные карандаши менее удобны, так как они не позволяют создавать яркие, насыщенные цветовые пятна.

Очень оживляет занятия использование *красок для рисования руками*. Эти краски безопасны, даже если ребенок оближет испачканную руку. Для рисования руками нельзя использовать обычные краски, так как некоторые из них ядовиты. Зато можно изготовить нужную смесь самостоятельно. Для

этого варят крахмальный или мучной клейстер и окрашивают его пищевыми красителями.

Для изготовления *аппликации* или *коллажа* отдельные детали изображения вырезаются из цветной бумаги и затем наклеиваются на лист, служащий основой. Если вместо обычной цветной бумаги взять глянцевый журнал, то в нем можно находить готовые рисунки и фотографии людей, автомобилей, домов, животных и т.п. Благодаря этому даже ребенок, плохо умеющий рисовать, может сделать сложную и выразительную композицию.

Большие возможности для арттерапии предоставляют такие материалы как *пластилин* и *глина*. Они позволяют создавать объемные изображения и барельефы, что дополнительно обогащает спектр используемых ребенком выразительных средств. Кроме того, лепка предоставляет большие возможности для трансформации, видоизменения создаваемых изображений, преобразования одних вылепленных объектов в другие. Типичные для лепки монотонные мелкие движения (разминание пластилина, выкатывание шарика или «колбаски») обладают успокаивающим, релаксирующим действием.

Позиция, занимаемая ребенком, и формы организации деятельности

Мы считаем позицию, занимаемую ребенком в процессе арттерапии, важнейшей характеристикой той или иной техники, используемой терапевтом. На основе анализа различных техник нами выделены следующие основные позиции:

- свободная позиция;
- художественная позиция;
- исполнительская позиция;
- учебная позиция;
- коммуникативная позиция.

Свободная позиция предполагает самовыражение, не адресованное какому-либо стороннему человеку. Ребенок, занимающий свободную позицию, изображает то, что ему хочется, и так, как ему хочется. В

дальнейшем он по собственному усмотрению распоряжается результатами своей деятельности (рисунком, получившейся аппликацией или вылепленной фигуркой).

Свободная позиция благоприятна для начального этапа психотерапии, особенно в случаях заторможенности, при высокой стеснительности или замкнутости ребенка. Она удобна для установления первоначального терапевтического контакта. Эта позиция помогает создать у ребенка ощущение безопасности, защищенности, доверия к психологу. Она также предоставляет большие возможности для отреагирования актуальных переживаний, выражения своего эмоционального состояния.

Эта позиция особенно естественна для дошкольников, так как в этом возрасте рисование обычно является привычной и любимой детьми деятельностью. Взрослые клиенты, напротив, нередко отказываются принять свободную позицию, поскольку не любят или стесняются рисовать.

Для создания свободной позиции важно предоставить ребенку как можно более широкий выбор изобразительных материалов, не ограничивать его самостоятельность в выборе сюжета и используемых изобразительных средств. Полезно заранее предупредить его, что он может делать со своим рисунком, что он захочет. Он может показать его психологу или – при групповой работе – другим участникам группы, а может никому не показывать. Может подарить его психологу, а если захочет, то может забрать его с собой.

Для обеспечения свободной позиции психологу не следует открыто наблюдать за процессом рисования, заглядывать через плечо ребенка. Если психолог считает нужным задать какие-либо вопросы о рисунке, то это делается в непринужденной, не обязывающей форме. По завершении рисования психолог просит (но не требует!) показать ему рисунок. В нашем опыте практически отсутствовали случаи, когда клиент (взрослый или ребенок) отказался бы выполнить эту просьбу.

Принятие *художественной позиции* означает, что ребенок выступает в роли художника, пишущего картину, создающего произведение искусства. Для изобразительной деятельности эта позиция наиболее специфична. Художественная позиция способствует повышению самооценки, преодолению неуверенности в себе, обеспечивает ребенку ощущение своей ценности, значимости. Она полезна также для преодоления чувства своей неспособности справиться с собой, со своими переживаниями и эмоциональными состояниями. Если свободная позиция требуется, как правило, при отреагировании переживаний, то художественная более уместна на следующем этапе, когда основной задачей становится образная *переработка* переживаний. Эта позиция уместна в работе с клиентами самого разного возраста – начиная с 5 – 6 лет и кончая взрослыми.

Художественная позиция задается как организацией самого процесса деятельности, так и отношением к результату – готовому рисунку или картине. Ее принятию способствует «профессиональная» организация изобразительной деятельности: рисование за мольбертом, с использованием палитры, набора кистей разного размера и т.п.

Отвечая на вопросы ребенка, психолог старается подчеркнуть его «статус»: «Ты художник – значит, сам можешь решить, как захочешь». При оценке работы психолог подчеркивает использованные ребенком выразительные средства, находки (например: «Ты очень хорошо придумал нарисовать траву здесь – посветлее, а тут – потемнее»). Художественная позиция предполагает отсутствие жесткого руководства и подчеркивание своей (терапевта) *зрительской* позиции.

Для создания художественной позиции нужно подчеркнуть значимость продукта деятельности – рисунка, аппликации, пластилиновой скульптуры и т.п. Можно заранее обсудить, где будет впоследствии повешена (поставлена) готовая работа. Независимо от того, было ли проведено такое обсуждение,

готовый рисунок надо постараться повесить на видное место. Полезно взять его в рамку, представить на выставке и т.п.

Эту позицию закрепляет и то, что ребенок ставит на рисунке свою подпись.

Принятие *исполнительской позиции* предполагает, что ребенок осознает терапевтическую направленность осуществляемых процедур. Художественная деятельность выступает для него как форма работы со своими психологическими проблемами. Эта позиция наиболее уместна при коррекции отдельных симптомов – таких как фобии, флэшбэк-эффекты, повышенная импульсивность, острая тревога и т.п.

Исполнительская позиция задается посредством развернутого объяснения ребенку целей проводимого занятия (разумеется, с учетом возраста ребенка). Если это подросток, то полезно в понятных ему выражениях описать психологический механизм действия предлагаемых заданий. Работа в исполнительской позиции хорошо сочетается с применением дополнительных психотерапевтических техник, не относящихся к области арттерапии: вербальных, двигательных, релаксационных, медитативных и др.

Исполнительская позиция легко принимается взрослыми, а также теми подростками, которые сознательно обращаются за психологической помощью. Она доступна младшим школьникам, а иногда и старшим дошкольникам. Дети младшего и среднего дошкольного возраста, как правило, не принимают эту позицию из-за недостаточного уровня развития рефлексии.

Учебная позиция близка к исполнительской, но в этом случае акцент делается не на терапевтическом воздействии, а на *обучении* ребенка определенным умениям и навыкам. В частности, она удобна для формирования навыков самоконтроля, для обучения планированию своих действий, умения эффективно организовывать работу.

Учебная позиция наиболее естественна для младших школьников, однако она может приниматься и старшими дошкольниками, и подростками, и взрослыми клиентами. Для ее создания психолог, выступая в роли учителя, объясняет клиенту задачи обучения и дает четкие указания относительно способов выполнения заданий.

Коммуникативная позиция складывается в тех случаях, когда ребенок в своих действиях ориентируется на других людей. Она позволяет использовать арттерапию для развития эмпатии, децентрации, умения понимать другого человека и выражать себя так, чтобы быть понятым другими. Эта позиция может способствовать преодолению различных проблем общения: замкнутости, стеснительности, повышенной конфликтности, негативизма и т.п.

Коммуникативная позиция естественно возникает в групповой работе, но может быть задана и в индивидуальной арттерапии. В этом случае психолог выступает в качестве партнера по общению, акцентируя свое стремление «прочитать» рисунок, понять выраженные в нем переживания. Коммуникативная позиция доступна клиентам любого возраста – как взрослым, так и детям.

Далее будут представлены некоторые примеры техник из арсенала арттерапии. **Мы не ставим перед собой задачи привести сколько-нибудь полный перечень методик арттерапии** (количество которых чрезвычайно велико), а ограничиваемся лишь несколькими иллюстрациями. При этом мы хотим особо обратить внимание читателя на то, что каждая из техник не сводится к отдельному приему, а представлена совокупностью последовательных этапов.

6.2. Арттерапия на начальном этапе психокоррекции стресса

Максимальную свободу самовыражения предоставляет сочетание *свободной позиции*, свободного выбора темы и отсутствия каких-либо ограничений на выбор художественных материалов и выразительных средств. Подобное сочетание полезно на начальном этапе работы по преодолению острых состояний.

Как указывалось выше, важнейшая задача психокоррекции на первом этапе работы со стрессовыми состояниями – восстановление активности ребенка. При особо глубоком снижении активности наиболее уместна деятельность в свободной позиции. Однако однократного предложения что-либо нарисовать очень часто оказывается недостаточно: ребенок либо отвечает, что не хочет рисовать, либо говорит, что не умеет, а нередко просто ничего не отвечает, но и не приступает к рисованию. В этих случаях можно предложить ему выбрать мелок или карандаш наиболее понравившегося ему цвета. Следующий шаг – попросить «попробовать» этот цвет на бумаге. Затем можно спросить, на что похоже получившееся цветное пятно, о чем оно напоминает. После того, как ребенок назовет какую-нибудь ассоциацию, его просят дорисовать образ, сделав его более узнаваемым.

Иногда на начальном этапе ребенок охотнее соглашается рисовать губкой, смоченной в краске (прием «примакивания»). Для этого лучше всего использовать цветную бумагу: например, можно таким образом нарисовать желтые звезды на темно-синем «ночном небе». Нередко самым привлекательным для ребенка оказывается рисование руками. Однако бывает, что ему не хочется пачкать руки – в этом случае не надо его уговаривать: лучше предложить другое занятие.

6.3. Методика «Уничтожение страха»

Назначение методики – редукция страхов, предупреждение и преодоление фобофобии (фобофобия, то есть боязнь возникновения страха, – типичное последствие острого стресса; многие дети, пережившие чрезвычайные ситуации, не засыпают из опасения, что во сне придет страх). Методика эффективна в работе с детьми, начиная с пяти- шестилетнего возраста. Ранее она успешно применялась нами в работе с детьми, пережившими катастрофическое землетрясение в Армении в декабре 1988 г. (Венгер, 1992).

Редукция страхов достигается благодаря действию нескольких взаимосвязанных факторов:

- переключению внимания со своих страхов на изобразительную деятельность;
- деятельности переживания (по терминологии Ф.Е. Василюка, 1984), осуществляемой посредством символической процедуры объективации своего страха в рисунке с последующим его уничтожением (в качестве одной из составляющих этого процесса выступает отреагирование);
- осознанию ребенком того, что он владеет техникой преодоления собственных страхов.

Последний фактор наиболее важен для преодоления и предупреждения фобофобии.

Форма проведения: индивидуальная или групповая. При работе с группой эффект усиливается благодаря взаимному эмоциональному заражению. Важно, чтобы дети, составляющие группу, были близки друг другу по возрасту и психическому складу. Если группа включает слишком большое количество детей (более пяти – шести), то проведение методики

осложняется трудностями в поддержании достаточно тесного эмоционального контакта между психологом и каждым из детей.

Проведение методики включает пять этапов: предварительную беседу, создание изображения, уничтожение изображения, рациональное объяснение ребенку смысла показанного приема и последующую релаксацию (последний этап повышает действенность методики, но не является обязательным). Проведение каждого из этапов должно варьироваться в соответствии с возрастом и психическим складом детей, их состоянием, отношением к заданию и т. п.

I этап составляет беседа с ребенком о том, бывает ли ему страшно, если да, то чего именно он боится, не мешает ли ему что-либо спать и т. п. Со стороны психолога не должно осуществляться никакого давления во избежание появления наведенных страхов; беседа ведется в свободном непринужденном тоне.

Если ребенок признает наличие у него страхов, то (независимо от того, конкретизирует он их или нет) психолог предлагает научить его, как с ними бороться. Дошкольникам достаточно объяснить, что свой страх нужно нарисовать. Старшим детям желательно дать мотивировку типа: «Если хочешь прогнать страх, то нужно сделать, чтобы он был не в тебе, а снаружи — вот на этом листе. Для этого его надо нарисовать».

Бывает, что рассказ родных или данные психологического обследования говорят о том, что у ребенка есть страхи, однако сам он отрицает это. Такое отрицание особенно типично для мальчиков-подростков, считающих, что «мужчина не должен ничего бояться». В этом случае можно сказать ребенку: «Все люди боятся, когда происходит что-нибудь страшное. Например, если тигр выскочит из клетки и побежит к тебе». Другой вариант: «Может быть, сейчас ты, действительно, ничего не боишься. Но когда ты

¹ Фобофобия – паническое ожидание приступа страха. В частности, у людей, страдающих ночными страхами, фобофобия приводит к боязни засыпать.

был маленьким, то наверняка чего-нибудь боялся. Все маленькие дети чего-нибудь боятся. Вспомни какой-нибудь из своих детских страхов и нарисуй его». В работе с дошкольником можно использовать игровую ситуацию: сказать ребенку, что кукла очень боится и надо помочь ей прогнать страх.

II этап – обсуждение того, как можно изобразить страх, и последующее создание самого изображения. На этом этапе могут возникать следующие трудности.

1. Ребенок отказывается рисовать, утверждая, что он не сумеет нарисовать то, что нужно. В этом случае надо объяснить, что рисунок вовсе не должен быть хорошим – наоборот, страхи лучше рисовать плохо, так как они сами плохи и незачем их украшать.

2. Ребенок не называет конкретных страхов, так что не ясен предмет изображения. В этом случае можно рекомендовать один из двух приемов: а) персонификация страха в виде какого-либо очень неприятного, страшного животного, черта и т. п. (этот прием целесообразен при работе с рационалистичными детьми); б) рисунок, непосредственно выражающий эмоциональное состояние (при работе с эмоциональными детьми); ему может предшествовать обсуждение типа: «Как ты думаешь, какого цвета должен быть страх, какой цвет ему больше подойдет?» и т. п.; при продолжающихся затруднениях может быть дан образец рисунка: «Я бы, наверное, стал рисовать страх вот так», — с этими словами психолог проводит несколько резких черных штрихов, или сажает на лист кляксу черной туши, или еще как-либо создает бесформенное черное пятно.

Если у ребенка во время рисования актуализируется остро выраженное состояние страха, то следует на несколько минут прервать работу и провести короткий сеанс релаксации. Однако некоторая, не слишком сильно выраженная эмоциональная напряженность допустима и даже желательна. Если она полностью отсутствует, то в то время, пока ребенок рисует, психолог старается поддержать у него сосредоточенность, серьезное

отношение к деятельности, используя невербальные средства общения и отдельные незначимые слова («так... да, вот так...»), провоцирующие частичную актуализацию чувства страха.

Если рисунок получается эмоционально невыразительным, то можно воспользоваться приемом задания образца, описанным выше («Давай я немного тебе помогу, чтобы сразу было видно, что мы рисуем страх. Ну что – теперь так, как нужно?»).

III этап – уничтожение рисунка. Прежде всего нужно получить от ребенка признание того, что на рисунке действительно изображен его страх (или страх игрового персонажа) – и, следовательно, теперь этот страх не внутри (в голове, или в сердце, или в груди), а снаружи. А раз он тут, снаружи, то теперь его легко прогнать, уничтожить: для этого достаточно разорвать рисунок. Ребенку предлагают проделать это.

В то время, когда ребенок разрывает рисунок, психолог на высоком уровне эмоциональности проводит косвенное внушение: «Вот так, рви на мелкие кусочки – чтобы ничего не осталось! Чтобы страх совсем ушел и никогда больше не возвращался. Рви еще мельче – чтобы все страхи сами тебя испугались и убежали. Да, вот так! Чтобы не осталось совсем никакого страха!» и т. п. Затем обрывки выбрасываются.

Если у ребенка высока эмоциональная чувствительность, сензитивность, то, во избежание чрезмерного эмоционального возбуждения, лучше предложить не рвать рисунок, а смять, скомкать его и выбросить. Внушение в этом случае не должно проводиться чрезмерно эмоционально.

Если ребенок скован, заторможен, то в разрывании или скомкивании рисунка может принять участие психолог («Я тебе помогу выгнать страх, чтобы он ушел и никогда больше к тебе не возвращался»).

После того как рисунок разорван ребенком (возможно, при участии взрослого), психолог собирает обрывки, специально подчеркивая, что собирает их все до единого, чтобы ни одного не осталось. Скомкав обрывки,

он энергично выбрасывает их («Вот так! Чтобы совсем ничего не осталось!»). Все это проделывается чрезвычайно эмоционально, серьезно и сосредоточенно. Если рисунок не разорван, а скомкан, выбрасывание проводится так же.

Иногда рисунок, сделанный ребенком, не отражает испытываемого им чувства страха. Это можно заметить как по поведению ребенка во время рисования, так и по впечатлению, производимому самим рисунком. В этих случаях лучше всего не рвать и даже не сминать рисунок, а просто отложить его в сторону и перевернуть, не проводя сколько-нибудь подчеркнутого внушения. Последующие этапы в этом случае проводятся так же, как и в других случаях.

IV этап – рациональное объяснение ребенку смысла показанного приема. Ребенку объясняют, что теперь он знает, как прогонять страх. Если теперь ему вдруг снова станет страшно, он не будет бояться, а просто нарисует свой страх и прогонит его так, как он сделал это только что. Для этого даже не обязательно на самом деле рисовать и рвать рисунок – достаточно только *представить себе*, как ты это делаешь.

Школьникам дается более подробное объяснение с напоминанием о том, как сначала страх превратили из настоящего в нарисованный, а потом уже легко смогли уничтожить. Рационалистичным детям, склонным к рефлексии (особенно подросткам), полезно представить всю процедуру как психотехническое средство, сделав акцент на том, что это процедура, помогающая человеку управлять самим собой, своим душевным состоянием.

V этап – релаксация, сопровождаемая внушением (оно проводится в бодрствующем или дремотном состоянии в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка и его отношения к ситуации). Внушение включает две основные темы:

1) страх преодолен и больше не вернется; теперь ребенок будет спокойно спать, ничего не будет бояться;

2) ребенок знает, что делать, если ему вдруг снова станет страшно: он легко сможет прогнать страх, нарисовав его и разорвав рисунок или только представив себе, как он это делает.

Обе темы повторяются несколько раз в разных вариациях. Не следует бояться того, что они противоречат друг другу. Это противоречие детьми не замечается. Указать на возможность возвращения страха необходимо, так как иначе первое же появление этого чувства снимает эффект коррекционной работы.

Первая тема (исчезновение страха) будет поддержана чувством удовольствия, испытанным ребенком во время релаксации (особенно по контрасту с эмоциональной напряженностью во время рисования).

Приведем пример работы с использованием методики «Уничтожение страха».

Эдгар М., 9 лет, был приведен к психологу с жалобами на нарушения сна, страхи. Он подолгу не мог заснуть, ночью часто просыпался с криком. В беседе с психологом Эдгар объяснил, что не может заснуть, так как боится «привидений или еще чего-нибудь страшного, которое приходит во сне».

Мальчику было предложено нарисовать свой страх таким, как он его ощущает. Сначала Эдгар отказывался рисовать, говорил, что не знает, как это сделать. Тогда психолог стал расспрашивать его: «Твой страх красивый или нет? Как тебе кажется, каким цветом его нужно было бы нарисовать?» После ряда подобных вопросов, на которые ребенок вполне адекватно ответил («Страх некрасивый, черный...»), психолог сказал: «Вот видишь, ты мне уже все рассказал про свой страх. Теперь тебе будет совсем легко его нарисовать и потом прогнать». На этот раз Эдгар охотно стал рисовать. Он изобразил черную человекообразную фигуру с волнообразным туловищем и бесформенными выростами вместо рук и ног.

Психолог объяснил, что теперь страх легко прогнать: для этого надо разорвать и выбросить рисунок. Когда Эдгар выполнил это, с ним была проведена беседа о том, что показанная ему техника может использоваться им самостоятельно, если ему когда-нибудь вдруг снова станет страшно. Было объяснено также, что не обязательно на самом деле рисовать и рвать

рисунок: достаточно представить себе, как это делаешь. После этого ребенок был погружен в состояние релаксации и с ним было проведено внушение, содержание которого сводилось к тому, что теперь он умеет прогонять свой страх и, следовательно, не будет больше бояться.

На следующий день родители сообщили, что в эту ночь мальчик заснул легко, страхов не было, но ночью он несколько раз просыпался (правда, быстро засыпал снова). Рассказ самого Эдгара полностью соответствовал словам родителей.

В беседе с мальчиком психолог подчеркнул значимость достигнутого результата: появившегося у Эдгара умения управлять собой, прогонять свои страхи, быстро засыпать. Была сформулирована цель сегодняшнего занятия: научиться засыпать так, чтобы потом ночью не просыпаться. В качестве средства для достижения этой цели была предложена техника последовательного сосредоточения внимания на частях собственного тела. В ходе занятия с использованием этой техники Эдгар хорошо расслабился и быстро заснул. После пятиминутного сна почувствовал себя бодрым, хорошо отдохнувшим. Мальчику было предложено в дальнейшем при засыпании самостоятельно пользоваться этой техникой.

В последующие ночи мальчик спал хорошо. Страхи возобновились один раз, после того как вечером знакомые дети напугали его рассказами о привидениях. Но, по словам Эдгара, он «прогнал страх» так, как его учили, и больше не боялся. Таким образом, психотерапевтический эффект оказался устойчивым.

Вариация методики с использованием лепки

Методика «Уничтожение страха» может проводиться также на материале лепки. Это особенно уместно, когда ребенок боится каких-то конкретных объектов, которые легко вылепить, например, собак. Методика проводится примерно так же, как и на материале рисования. Отличие в том, что после уничтожения объекта страха пластилин, из которого он был вылеплен, не выбрасывается, а используется для создания чего-либо приятного для ребенка (цветка, дерева и т.п.).

Так, например, к нам обратились родители четырехлетней девочки **Лусинэ**, у которой появились ярко выраженные страхи, нарушавшие ее сон и вызывавшие эмоциональный дискомфорт. Объектом страха стали танки, хотя непосредственной угрозы они не представляли.

В ходе коррекционной работы девочка с помощью психолога вылепила из пластилина танк. По предложению психолога она стала возить этот танк взад-вперед, изображая голосом рычание двигателя. «Вот как громко рычит наш танк!» – комментировал психолог. Поставив на пути танка маленькую куколку, он предупреждал: «Осторожней, тут стоит человек. Аккуратней его объезжай».

Уже этот, предварительный этап работы имел коррекционное значение, так как способствовал возвращению чувства контроля над ситуацией. Если сформулировать словами идею, воплощенную в игровых действиях (что, разумеется, не делалось), то получилось бы приблизительно такое рассуждение: «Это не ИХ танки, которые могут нас задавить, а НАШИ танки, которые ездят осторожно и никого не задавят».

На следующем этапе работы психолог предложил девочке сделать из этого танка что-нибудь еще – «что-нибудь очень-очень красивое». Поскольку танк был вылеплен из зеленого пластилина, Лусинэ сразу же сказала, что сделает из него дерево. Психолог одобрил эту идею и помог девочке слепить дерево, на которое затем были наклеены разноцветные «цветы» и красные «яблоки».

Катамнестические данные свидетельствовали о том, что проведенная работа привела к стойкому эффекту. Впоследствии страх танков не возобновлялся.

6.4. Методика «Гармонизация рисунка»

Назначение методики – повышение уровня эмоционального комфорта, преодоление апатических, астенических, депрессивных и тревожных состояний у детей. Она предоставляет возможности также для преодоления поздних последствий пережитого стресса и эффективна для детей, начиная с 4-летнего возраста. Показаниями к применению методики являются такие особенности спонтанного рисунка ребенка (или выполнения методики «Красивый рисунок») как:

- обедненность цвета, использование всего одного-двух цветов;
- преобладание темных тонов;
- снижение психомоторного тонуса (очень слабый нажим на карандаш);
- повышенная плотность и напряженность цвета, особо высокая контрастность используемой цветовой гаммы;
- особо крупные пятна локального ярко-красного или красно-оранжевого цвета.

Психокоррекционное действие методики основано на актуализации широкого спектра эмоциональных представлений, ассоциированных с тем или иными цветом или сочетанием цветов.

Форма проведения – индивидуальная или групповая (с группой до пяти – шести детей).

Проведение методики. Детям предлагают нарисовать цветными карандашами или красками то, что они хотят. По ходу рисования задаются вопросы, побуждающие детей развивать сюжет рисунка. Задача состоит в возможно более детализированном развертывании сюжета. Если вопросы не помогают достигнуть этого результата, то даются прямые указания («Давай рядом с домом нарисуем мальчика, который вышел погулять»; «Давай нарисуем на поляне цветы» и т.п.).

На следующем этапе работы психолог побуждает детей видоизменить рисунок, сделав его более гармоничным. Так, если цвет обеднен, то он предлагает обогащать палитру используемых цветовых тонов («Давай раскрасим на мальчике одежду»; «Давай сделаем одежду яркой, разноцветной»; «Давай нарисуем яркие цветы на лужайке» и т. п.). В этом случае задача состоит в повышении плотности и яркости цвета, усилении контрастности и выразительности цветовых сочетаний.

Если, напротив, исходный рисунок получился чрезмерно контрастным, «кричащим», то психолог предлагает смягчить цвет, используя белила («Пускай у нас будет туман»). Тот же прием можно использовать, если в исходном рисунке преобладают темные, мрачные тона.

В работе со школьниками (а при высоком уровне психического развития – и со старшими дошкольниками) целесообразно сочетать эту методику с сочинением истории (сказки), сюжет которой отталкивается от первого рисунка, а в дальнейшем иллюстрируется следующими, более гармонизированными.

Продолжительность одного занятия не должна быть слишком велика во избежание истощения. Обычно за одно занятие делается от одного до трех рисунков. Методика может с успехом использоваться многократно в ходе систематических коррекционных занятий. Ее эффективность может быть повышена благодаря предшествующей релаксации, создающей благоприятный исходный эмоциональный фон. В свою очередь, «гармонизация рисунка» способствует стабилизации этого фона.

Глава 7. РАБОТА В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ

Настоящая глава посвящена конкретному описанию практической работы в Реабилитационном центре при бесланской поликлинике (см. рис. 18). В подготовке главы принимали участие Л.М. Каллагова и М.Т. Канукова – бесланские психологи, работающие в Центре с первых дней его создания (сначала – в качестве волонтеров, затем – штатных сотрудников поликлиники). Их опыт работы с отдельными детьми приведен в разделе 7.5.



Рис. 18. Общий вид Реабилитационного центра (сентябрь 2004 г.).

7.1. Общие вопросы организации работы в Центре

Оснащая игровые, мы старались создать отдельные зоны, каждая из которых была бы снабжена оборудованием и материалами, необходимыми для определенного вида деятельности. Эти зоны условно разделялись на три группы:

«Терапевтические» зоны:

- зона *релаксации* (искусственный аквариум; музыкальный центр; матрасы, коврики, подушки; мелкие «магические» аксессуары – слоники, колокольчики, «уловители снов» и т.п.).
- зона *отреагирования агрессии* (боксерская груша и перчатки; надувные мечи, молотки и дубины);
- зона *игр с водой* (таз с водой, плавающие игрушки, черпаки, водяная мельница и т.п.);

«Дошкольные» зоны:

- зона *сюжетно-ролевой игры* («кукольный домик» с куклами, игрушечной мебелью и посудой; «гараж» с разнообразными машинами и техникой; наборы «парикмахерская», «магазин», «больница»; мягкие игрушки);
- зона *конструктивной деятельности* (наборы самоделок, строительного материала и «конструкторов» разного типа);

«Дошкольно-школьные» зоны:

- зона *спортивных занятий* (тренажеры; шведская стенка; матрасы, использовавшиеся в качестве матов; сухой бассейн; мячи, хула-хупы; пружинный матрас, использовавшийся как батут);
- зона *художественной деятельности* (краски, кисти, вода, карандаши, пастель, пластилин, белая и цветная бумага для аппликации и т.п.).

Таким образом, в работе с детьми совмещались задачи собственно психотерапии и социальной реабилитации. При этом разделение зон на «терапевтические», «дошкольные» и «дошкольно-школьные» было в значительной мере условным. Так, психотерапевтическая работа не ограничивалась «терапевтическими» зонами, но проводилась и в «дошкольных» (например, в формах игровой терапии), и в «дошкольно-школьных» (в частности, в формах арттерапии). Постановка кукольного спектакля в игровой зоне осуществлялась, скорее, в «школьных» формах организации деятельности, чем в «дошкольных».

За день игровую посещали от 20 до 40 детей. Одновременно в ней обычно находилось 8 – 20 детей разного возраста (начиная с раннего и кончая подростковым). В течение сентября 2004 г. игровая работала ежедневно с 9:00 утра до 20:00 вечера. Время пребывания в ней каждого ребенка составляло в среднем около двух часов в день. Некоторые родители по рекомендации психолога, а также по настоянию самих детей приводили их в игровую практически на весь день, а иногда два раза в день (ненадолго уведя пообедать). Одни дети посещали игровую ежедневно, другие – всего один или два раза в неделю. Разумеется, психологическая помощь наиболее полноценно обеспечивалась тем детям, которые посещали игровую регулярно.

Организовав Центр, мы получили возможность охватить психологической работой большое количество детей и подростков при существенном недостатке персонала. Это позволяло также осуществлять эффективный мониторинг состояния детей и родителей, отслеживая его динамику, как в течение дня, так и на протяжении нескольких дней. Профессиональное наблюдение за пострадавшими было особенно важным при учете сниженной критичности родителей к своему состоянию и к состоянию своих детей.

Глубина расстройств у многих детей была такова, что чисто психологических средств оказывалось недостаточно. Поэтому было важно, что наша работа проводилась в поликлинике, *в тесном контакте с детскими психиатрами*. В ряде случаев у нас, на основе наблюдений, бесед с родителями и экспресс-диагностики возникало предположение о необходимости медицинской помощи. В этих случаях мы приглашали детского психиатра в игровую комнату, чтобы он мог понаблюдать за детьми, оценить тяжесть расстройств и в случае надобности предложить родителям лечение. В некоторых случаях мы предварительно обсуждали состояние ребенка с врачами и затем приводили семью на прием. Это обеспечивало возможность гибкого сочетания психокоррекционных и медикаментозных воздействий.

При необходимости сообщить ребенку о гибели кого-либо из родителей мы просили врача провести премедикацию (назначить лекарственное средство, снижающее остроту реакции). Успокаивающие средства назначались и принимались ребенком до сообщения, а также в течение нескольких дней после этого.

С младшими детьми психокоррекционная работа проводилась, преимущественно, с использованием методов *игровой* и *двигательной терапии*, со старшими – *арттерапии* и *рациональной терапии*. Психолог ненавязчиво включался в свободную игру и свободную художественную деятельность детей. Психотерапевтические воздействия проводились как в индивидуальной форме, так и с небольшими группами. Обычно такие группы были разновозрастными. В рамках одного и того же занятия детям предлагались разные роли, что позволяло обеспечить высокую степень индивидуализации психокоррекционной работы. Старшим детям (подросткам) нередко предлагалась роль «помощника руководителя».

Каждое занятие строилось по принципу «волны»: сначала происходило постепенное включение детей в деятельность, ее интенсивность повышалась,

доходила до некоторого максимума, определявшегося психологическим состоянием детей, а затем снижалась. Занятие заканчивалось сеансом релаксации или спокойной деятельностью (рисование, игры с водой, наблюдение за рыбками в аквариуме или за плывущими по небу облаками и т.п.).

В работе с младшими детьми нами практически не применялись вербальные методы. В работе с подростками они использовались, но в малой степени. Мы постоянно демонстрировали готовность выслушать рассказ ребенка (подростка) о его пребывании в качестве заложника, но никогда не провоцировали воспоминания о трагических событиях, ***не стимулировали актуализацию травмирующих переживаний***, если ребенок не хотел о них рассказывать. Это было вызвано опасением нарушить работу защитных механизмов психики и тем самым усилить патогенное воздействие психотравмы.

В нашей работе важной составляющей было *вовлечение в нее родителей*, восстановление их нормального общения с ребенком. С ними проводилась также индивидуальная психотерапевтическая работа, обеспечивалось их общение друг с другом, взаимоподдержка. Большой психотерапевтический эффект имело и наблюдение родителей за улучшением состояния их детей.

7.2. Начальный этап работы

Впервые пришедшего в Центр ребенка сначала *знакомили с помещением*. Ласково обняв за плечи, психолог подводил его к искусственному аквариуму (зона релаксации) и показывал, как плывут рыбки: «Видишь, красивые рыбки плывут все вместе, в одну сторону...» Постояв у аквариума, психолог подводил ребенка к следующей зоне: «Тут у нас гараж. Здесь много разных машин... А тут – куклы и все, что нужно, чтобы с ними играть: посуда, мебель. Еще можно играть в парикмахерскую, или в магазин, или в больницу».

Подведя ребенка к спортивной зоне, психолог объяснял: «Тут ребята прыгают с лесенки в бассейн. Это очень весело. А вот тренажер. Те, кто на нем занимаются, становятся самыми сильными и смелыми. Они потом никого и ничего не боятся и даже могут прыгнуть в бассейн с самой верхней ступеньки».

Если ребенок опасался отойти от мамы, то мы просили ее (или другого родственника, приведшего ребенка в Центр) сопровождать нас. С особо замкнутыми и заторможенными маленькими детьми психолог общался при посредстве куклы бибабо. Надев ее на руку, он от ее имени обращался к ребенку, что облегчало вхождение в контакт. Познакомив ребенка с помещением, психолог предлагал ему выбрать какое-нибудь занятие и на некоторое время оставлял его, предоставляя ему возможность освоиться в новой обстановке.

Некоторые наиболее апатичные дети отказывались осматривать Центр. Такой ребенок мог сесть на ковер у входа в игровую и долго сидеть, ничем не занимаясь. В этих случаях психолог подсаживался к ребенку и предлагал ему различные занятия: приносил бумагу и краски, подавал воздушный шарик и т.п. Все это делалось очень неторопливо и ненавязчиво.

Уже этот предварительный этап имел существенное психотерапевтическое значение. Сама *адаптация в новом помещении*,

заполненном детьми и взрослыми, способствовала преодолению проблем общения, фобий, возникших в результате психотравмы. В частности, для десенсибилизации оказалось полезным наличие в Центре шведской стенки, напоминавшей детям о спортивном зале, где их держали в качестве заложников. Чтобы это напоминание не было слишком пугающим, мы украшали шведскую стенку воздушными шарами и игрушками, что подчеркивало ее безопасность и привлекательность. В итоге дети с удовольствием залезали на спортивный снаряд, постепенно преодолевая страх высоты, доставали шары, спрыгивали в сухой бассейн с мягкими игрушками.

7.3. Восстановление активности

На первом этапе основной задачей являлось *восстановление физиологических функций и активности*. Количество правил и ограничений было минимальным: запрещалось драться, обижать других детей, бросать игрушки и другие предметы друг в друга и в окно. В основном организовывались свободная игра, двигательная и художественная активность.

Большую роль в восстановлении общей активности играла *арттерапия*. Дети рисовали гуашью на листе обоев, расстеленном на полу. Иногда на начальном этапе ребенок охотнее соглашался рисовать губкой, смоченной в краске (прием «примакивания»). Использовались также краски для рисования руками. Поначалу рисование, как и другие виды деятельности, организовывалось по принципу «игры рядом»: каждый из детей рисовал что-то свое на своем участке обоев. Увидев, что у детей появилась готовность к более содержательному общению, психолог начинал задавать какой-либо общий сюжет, и дети распределяли между собой работу по его воплощению. В дальнейшем придумывание сюжетов тоже начинало осуществляться коллективно самими детьми.

На первом этапе работы с психологической травмой необходимо уделить особое внимание преодолению нарушений сна, чтобы обеспечить благоприятные условия для восстановления нервной системы. Восстановлению сна способствуют различные формы релаксации и контроля за ритмом дыхания. Одним из вариантов такого контроля является задание на подстройку дыхания к ритму, непосредственно задаваемому психологом (психолог неторопливо считает, а ребенок делает вдох на каждый счет). Можно задавать ритм, взяв ручки ребенка в свои и медленно, равномерно поднимая (вдох) и опуская их (выдох), подобно тому, как это делается при искусственном дыхании. Еще один вариант контроля – это сосредоточение внимания ребенка на дыхании («Прислушайся к тому, как ты дышишь, но не

старайся ничего делать со своим дыханием, не старайся управлять им»). Благодаря этому дыхание становится ровнее и глубже.

Описанные занятия способствуют не только восстановлению нормального сна, но и снижению общей напряженности. Они помогают преодолеть состояние острой тревоги, типичное для первого этапа переживания психотравмы.

Еще одна важнейшая задача первого этапа работы – восстановление общего уровня активности. Формы, в которых оно проводится, зависят от степени исходной заторможенности ребенка. Так, при особо выраженной пассивности психолог предлагает различные простые задания на выбор: рисование, собирание пазлов или простейшей модели из конструктора, игру в куклы и т.п. Он поощряет малейшие проявления детской инициативы и сам активно участвует в деятельности – но так, чтобы его активность не подавляла и не подменяла собой нарождающихся ростков активности ребенка. В случае отказа ребенка от всех этих видов деятельности психолог начинает сам играть или рисовать на глазах у ребенка, периодически побуждая его принять в этом участие. Иногда на начальном этапе, чтобы включить ребенка в деятельность, можно использовать совместное действие. Например, взяв его руку в свою, начать рисовать с ним вместе небо или море широкими равномерными движениями. Это и успокаивает, и активизирует ребенка.

Приведем пример начального этапа работы с **Ингой**, 8 лет – заложницей бесланской школы, на глазах у которой погибли ее старшие брат и сестра. На первом этапе работы у Инги наблюдался тотальный мутизм. Первый сделанный ею рисунок представлял собой хаотические красные и оранжевые штрихи, покрывающие весь лист¹.

¹ См. раздел 3.3, рис. 10.

После того, как Инга закончила рисунок, психолог дала ей воздушный шарик и предложила нарисовать что-нибудь на нем. Инга нарисовала на шарике лицо, затем по собственной инициативе взяла еще несколько шариков и на них тоже нарисовала лица. Психолог предложила ей сделать с шариками, что она захочет. Инга взяла один из шариков с нарисованным лицом и проткнула его острым концом карандаша. Затем она так же проткнула все остальные шарики, кроме последнего. Последний она вместе с карандашом передала психологу, жестом попросив ее проткнуть и этот шарик.

Когда психолог выполнила ее молчаливую просьбу, Инга сказала: «Хорошо, что ты его убила». После этого она начала периодически использовать в общении речь, согласилась нарисовать еще один рисунок. В отличие от первого, он оказался сюжетным: Инга нарисовала красками на большом листе бумаги дерево, траву и солнце. Далее она приняла активное участие в украшении игровой комнаты: помогла развесить на стенах рисунки и воздушные шарики, разложить на ковре и на подоконниках игрушки и т.п.

При менее выраженной заторможенности ребенка можно стимулировать его двигательную активность, побуждая его упражняться на тренажере, лазить по шведской стенке, прыгать с нее в сухой бассейн, заполненный мягкими игрушками. Большую роль в восстановлении общей активности играет арттерапия. Детям, у которых исходный уровень активности был глубоко снижен, но в ходе коррекционной работы уже начал восстанавливаться, предлагаются те же занятия. Полезно организовать какую-либо совместную деятельность детей, хотя бы на уровне так называемой «игры рядом». Хотя в норме такое общение типично для раннего (двухлетнего) возраста, при выраженной психотравме оно нередко является единственной доступной формой коммуникации и для значительно более взрослых детей (вплоть до подросткового возраста).

7.4. Упорядочение активности и отреагирование агрессии

На этапе восстановления активности не вводилось никаких ограничений, а, напротив, поощрялись любые проявления активности ребенка. На следующем этапе работы центральное место занимает *упорядочение* активности. Этой цели служит постепенное введение правил и ограничений (например, «поиграл – убери за собой игрушки, только после этого можно переходить к другому занятию»).

Значительное место уделяется отреагированию агрессии. Детям предлагаются такие занятия как прокалывание воздушных шариков, марширование, топание ногами, разрывание бумаги или картона, фехтование надувными мечами, «сражение» с боксерской грушей и т.п. В нашей практике использовался также «шумовой оркестр». Вместо барабанов у нас были картонные коробки, а вместо барабанных палочек – полые пластмассовые булавы.

Таким образом, отреагирование агрессии включается в сюжет, становится не просто выходом для эмоций, а осмысленным действием. Помимо эмоциональной разрядки, это дает детям ощущение своей состоятельности и силы. При этом необходимо тщательно следить за тем, чтобы агрессия не направлялась непосредственно на другого человека. Так, даже при фехтовании разрешается ударять мечом только по другому мечу, но не по человеку. Отреагированию агрессии способствуют также создаваемые детьми рисунки с агрессивным содержанием. Отреагирование агрессии может проводиться как в индивидуальной, так и в групповой форме в отдельном помещении (чтобы производимый при этом шум не пугал других детей).

Многие занятия, способствующие отреагированию агрессии, помогают также преодолеть акузофобию (боязнь громких звуков), которая является одним из типичных последствий массовых катастроф, почти всегда сопровождающихся громким шумом, взрывами и т.п. Так, хорошим

средством преодоления акузофобии становится прокалывание воздушных шариков. Страх преодолевается благодаря двум факторам. Во-первых, ребенок уже *заранее готов* к тому, что сейчас (как только шарик лопнет) раздастся «взрыв». Во-вторых, он сам *контролирует ситуацию*, намеренно вызывает этот «взрыв». Той же цели служит описанный выше шумовой оркестр. Полезно дополнительно закрепить эффект, обсудив с ребенком, почему раньше он боялся громких звуков (они напоминали ему о катастрофе), а теперь не будет бояться (так как теперь они будут напоминать ему о веселом шумовом оркестре). Описанная техника реализует типичную для культурального подхода стратегию *искусственного установления новых, позитивных ассоциативных связей*, замещающих прежние, негативные.

Для преодоления страхов большое значение имели игры с игрушками, изображающими агрессивных персонажей (волк, крокодил, баба-яга). В зависимости от желания ребенка, он мог либо «побеждать» этих персонажей, либо сам выступать от их имени. В обоих случаях преодолению страха способствовало ощущение своего *контроля над агрессором*. В последнем случае подключался также защитный механизм *идентификации с агрессором* (Фрейд, 2003). (Freud, 1946).

При построении психокоррекционного занятия выдерживается «принцип волны»: активность ребенка сначала повышается, достигает кульминации, а затем снижается. Перед окончанием сессии проводятся спокойные игры или занятия рисованием (лепкой, конструированием). В заключение каждой сессии рекомендуется проведение сеанса релаксации (уставшие походники или солдаты ложатся на отдых).

На этом этапе работы центральное место занимало *структурирование и упорядочивание активности ребенка*. Количество правил и ограничений увеличивалось, что постепенно приближало ситуацию к «школьной». На этом этапе работы, как и на предыдущем, широко применялись различные формы *арттерапии*. Предпочтение отдавалось заданиям, требующим

выполнения определенных правил. Например, практиковалось групповое рисование с передачей кисточки по кругу: каждый участник группы набирал краску, рисовал до тех пор, пока краска на кисточке не кончится, затем мыл кисточку и передавал ее следующему участнику¹.

С одними детьми переход к этому этапу совершался уже к середине первого сеанса, с другими – на втором, третьем или четвертом сеансе. Детям, состояние которых исходно характеризовалось высокой активностью, правила и ограничения задавались уже с самого начала психокоррекционной работы.

Уходя домой, каждый ребенок получал в подарок игрушку, которая служила напоминанием о деятельности в игровой и тем самым способствовала закреплению результатов психокоррекции. Дети получали также материалы для художественной деятельности. В качестве первого шага к восстановлению нормальной для младшего школьного возраста социальной ситуации развития им давались «домашние задания» (на выполнении которых мы, однако, отнюдь не настаивали): нарисовать и принести рисунок, сделать и принести какую-нибудь поделку. Многие из них действительно охотно приносили свои рисунки и поделки, которые вывешивались на стенах игровой и в коридоре поликлиники, так же как и рисунки, выполненные в процессе психокоррекционных занятий. Эта импровизированная выставка способствовала улучшению эмоционального состояния детей, родителей, других пациентов и медперсонала.

Проиллюстрируем прохождение разных этапов психокоррекции на примере работы с **Дамиром**, 7 лет.

Параллельно с занятиями в Центре Дамир проходил в поликлинике амбулаторное лечение по поводу осколочного ранения в живот. Это дополнительно усиливало подавленное настроение и глубокую пассивность, основной причиной которых был, по-видимому, стресс,

¹ Задание разработано Ю.А. Полуяновым.

испытанный во время пребывания в качестве заложника. Кроме того, ему было известно, что его мама находится в крайне тяжелом состоянии в московской больнице (ее выписали из больницы только полгода спустя).

Во время первого визита Дамир отказывался от общения с другими детьми и с психологом. Наиболее характерными особенностями его действий были стереотипия и стремление к упорядочению пространства. Когда он находился в игровой, туда принесли коробки с разноцветными плюшевыми зайцами, присланными бесланским детям в качестве гуманитарной помощи. Зайцы разных цветов лежали вперемешку. Дамир по собственной инициативе стал их разбирать: он доставал из коробки очередного зайца и неторопливо относил его в противоположный конец игровой. Через полчаса все зайцы оказались сгруппированы по цвету: ряд зеленых зайцев, ряд фиолетовых, ряд голубых... Психолог использовал это для налаживания первых, пока еще поверхностных контактов Дамира с детьми. Когда группа других детей разыгрывала импровизированный кукольный спектакль, зайцы изображали зрителей. Дамир по предложению психолога усадил их так, чтобы им было удобнее «смотреть спектакль».

На следующем занятии Дамир был уже более активен. Он вместе с другими детьми украшал игровую, несколько раз ненадолго присоединялся к коллективным играм. Однако в целом его деятельность стала хаотичной и мало упорядоченной, что разительно отличалось от его поведения во время первого визита. Новый уровень активности был достигнут на третьем занятии, когда психолог организовал «шумовой оркестр»: трое детей, включая Дамира, стучали полыми пластмассовыми булавами по пустым коробкам, производя невероятный шум (это способствовало как отреагированию агрессии, так и преодолению боязни громких звуков – акузофобии). В связи с ярко проявившимися агрессивными импульсами мальчику были предложены также другие виды занятий по отреагированию агрессии. Несколько раз он сам просил отвести его в предназначенную для этого комнату. В этот период у Дамира очень интересно проявлялся внутренний конфликт между его эстетическими чувствами и невротической агрессией. Агрессивные импульсы побуждали его прокалывать воздушные шары, эстетические чувства – использовать их для украшения помещения. В итоге он, взяв в руки очередной шарик, лишь после долгих колебаний

решался сделать с ним что-либо (иногда – проколоть, иногда – повесить на стену).

На последующих занятиях активность Дамира приобрела вполне упорядоченный характер. Ему по-прежнему была свойственна некоторая ригидность, но исчезла та ярко выраженная стереотипность, которая проявилась на первом занятии. Дамир стал содержательно общаться с другими детьми. Он по собственной инициативе стал привлекать к совместной деятельности детей, впервые приходящих в Центр, объяснял им правила поведения в игровой (запрет на драки и на выбрасывание игрушек из окна). Дамир готовил каждому уходящему домой ребенку наборы подарков (игрушки, альбомы, краски).

Этот пример иллюстрирует высокую эффективность занятий в Реабилитационном центре. Однако преодоление наиболее острых симптомов является лишь первым шагом к восстановлению нормального психологического состояния. В частности, у Дамира еще в течение трех последующих лет сохранялись сложности в контактах и в учебе.

7.5. Примеры работы с детьми в Реабилитационном центре

Работа с Сабиной

Возраст на момент обращения – 10 лет 5 мес.

Анамнез (со слов папы): Девочка от 2-й беременности, 2-х родов. Росла и развивалась без особенностей. Была общительной, послушной, доброжелательной. В школу пошла в 7 лет, училась неплохо, с программой справлялась.

С 1 по 3 сентября 2004 г. находилась в числе заложников в школе № 1 г. Беслана. Во время освобождения получила сквозное осколочное ранение шейного отдела позвоночника. Во время освобождения погибла старшая сестра девочки, мать была ранена, а впоследствии в больнице умерла. Сабина была переведена из больницы г. Владикавказа в Москву в ЦИТО, где девочка находилась на лечении в течение 1 месяца. Затем была отправлена в санаторий. В связи с этим психологическая работа была начата спустя три с половиной месяца после трагедии.

Повод обращения в Реабилитационный центр (РЦ) при поликлинике г. Беслана: страх одиночества, громких звуков, небритых мужчин. Боится посещать школу, тяжело идет на контакт, агрессивна по отношению к окружающим. Отмечаются нарушения сна, ночные кошмары.

Характеристика поведения. Сабина в контакт вступает, но в первые минуты несколько напряжена, скована, тревожна. В РЦ зашла очень неохотно, с угрюмым выражением лица. Постепенно успокоилась, освоилась, стала чувствовать себя свободнее. Поза довольно однообразная, но свободная. Выражение лица чаще грустное. Голос тихий. О захвате и пребывании заложницей в школе говорить не хочет.

Тяжело идет на контакт с окружающими. Наблюдается явное проявление агрессии как физической, так и вербальной по отношению к окружающим.

Один из примеров проявления агрессивного поведения: Сабина сильно привязана к своему двоюродному брату Сармату (в спортзале они находились вместе). Во время совместного рисования Сармат, не спросив, взял кисточку. За это она его ударила рукой и ногой, закричав: «НУ, САРМАТ!». Не понравившейся ей рисунок могла сразу порвать, поделку из глины могла поломать.

В школе учиться не хочет, хотя трудностей с учебной работой никогда не было; особенно нравится математика.

В течение 4 месяцев Сабина регулярно посещала РЦ. В течение первого месяца посещения были ежедневными. В дальнейшем сессии проводились с частотой 3 раза в неделю, с редкими пропусками. Чувствовала себя в РЦ комфортно, домой уходить не хотела, находила разные поводы, чтобы остаться подольше (объясняла это тем, что дома ей скучно и одиноко).

В качестве талисмана Сабине подарили игрушечного мишку (с ее слов, она дала ему имя Кузя). Он стал ее любимой игрушкой, спала с ним. Это могло послужить напоминанием о деятельности в Центре и тем самым способствовать закреплению результатов психокоррекции. Также ей давали задания на дом (что-нибудь вырезать, раскраски, сделать из мозаики и т.д.), чтобы она была занята деятельностью. Все задания выполняла, приносила, эмоционально рассказывала о том, что сделала, огорчалась, если у нее что-то не получалось.

В первое время боялась одна приходить в РЦ, хотя от поликлиники живет недалеко. Когда ей не с кем было приходить, пропускала занятие. Придя на следующий день, говорила, что с нетерпением ждала встречи с нами. Спустя полтора месяца после начала работы стала приходить одна.

В начале занятий в РЦ Сабина неохотно включалась в совместную деятельность с другими детьми (кроме своего двоюродного брата). Если кто-нибудь из детей обращался к ней с какой-либо просьбой, она могла в ответ нагрубить. Если кто-нибудь нечаянно ее толкнул, могла даже ударить.

Постепенно ее участие в коллективной деятельности стало более активным и доброжелательным. Заметный перелом наступил во время подготовки к празднованию Нового Года.

В связи с трауром, в Беслане было отменено обычное городское празднование Нового Года во Дворце культуры. Поэтому мы организовали небольшой праздник в РЦ. Новый Год – любимый праздник Сабины. Она активно принимала участие в приготовлениях: вместе с другими детьми наряжала елку, вырезала снежинки, помогала писать новогодний плакат. До этого такой активности во взаимодействии с другими детьми не наблюдалось.

Несмотря на активность в период подготовки, во время самого праздника выражение лица чаще было грустным. Хотя периодически Сабина улыбалась, смеялась шуткам, ее глаза и в это время оставались грустными.

С Сабинкой проводилась игровая терапия, направленная на отреагирование агрессии и преодоление страха громких звуков. Например, используя мягкие батаки в качестве «топоров», изображали дровосеков, рубящих дрова. Эти занятия сопровождалось громкими звуками (стук «топоров», крики «дровосеков»: «Ух! Ах!»). Каждое активное занятие заканчивалось сеансом рисования или релаксацией. Сабине нравилось лежать в сухом бассейне, заполненном мягкими игрушками, под спокойную музыку.

В работе применялась также методика «Уничтожение страха» с использованием лепки.

Сабина рассказывала, что боится мужчин в камуфляжной форме. Ей была дана инструкция попробовать слепить свой страх, и Сабина слепила человека. Когда психолог спросила ее, что она хочет сделать с этим человеком, Сабина оторвала у него голову и конечности, затем смяла. Психолог попросила ее слепить из этого

пластилина что-нибудь приятное, красивое – и Сабина вылепила цветочек.

В работе с Сабиной широко использовались методы арттерапии. За время работы с ней было проведено 7 занятий по беспредметной композиции, так как Сабине было трудно вербализовать свои переживания.

Первая картина была нарисована на свободную тему. Сабина начала рисовать синим цветом очень бережно и аккуратно. Во время рисования не разговаривала, рисовала молча. Сначала использовала кисточку, затем, по предложению психолога, стала рисовать губкой, стоя. Движения руки стали свободнее, размах усилился. С удовольствием рисовала также пальцами. Затем снова взяла кисточку, стала макать в красный цвет и брызгать на картину. При этом краска попадала на нее, но Сабина не обращала на это внимания. Закончила работу со словами: «Все, я закончила» (рис. 19). Попытка обсудить получившуюся картину не удалась: девочка не хотела о ней говорить.



Рис. 19. Первый рисунок Сабины («Муляки»).

На следующем сеансе Сабина рисовала картину на заданную тему: «Бабочки на лугу...»¹. Рисовала охотно. Во время рисования наблюдалось раскованное движение руки с кистью (рис. 20). Девочка согласилась обсудить получившуюся картину, осталась довольна результатом.



Рис. 20. Рисунок Сабины «Бабочки на лугу».

На третьем и четвертом занятиях были предложены темы, включающие эмоциональные противопоставления (оппозиции): «Зимняя ночь и летнее утро» (рис. 21), «Грустный и веселый день». В ходе обсуждения последней картины Сабина по собственной инициативе стала говорить о событиях, связанных с захватом школы, хотя раньше говорить об этом не хотела.

¹ Методика В.В. Брофман и Т.А. Селивановой.



Рис. 21. Рисунок Сабины «Зимняя ночь и летнее утро».

В процессе работы, наряду с другими методиками, мы использовали методику художественной аппликации, помогающую ребенку передавать свои чувства, эмоции, свой внутренний мир. Эти занятия стали у Сабины любимыми. Постепенно Сабина стала чувствовать себя в РЦ более уверенно, свободно. Начала общаться с детьми, играть. По словам отца и самой Сабины, сон стал спокойным, без страшных сновидений. Настроение также улучшилось.

В апреле сотрудники РЦ организовали в городском Дворце культуры выставку работ, выполненных детьми в процессе арттерапии. Выставка называлась «Весна в Беслане». На нее приходили авторы картин, родители и все желающие (посетителей было много). Сабина по собственному замыслу нарисовала для выставки плывущего лебедя (рис. 22). Ей было очень приятно, что ее картину представили на выставке.



Рис. 22. Рисунок Сабины «Лебедь».

Как показывают рисунки Сабины, наблюдения за ее поведением и отзывы близких, после 4 месяцев занятий состояние девочки существенно улучшилось. Повысилась и стала более упорядоченной активность, снизились проявления агрессии. Сабина стала стабильно посещать школу. В течение последующих полутора лет состояние оставалось стабильным, успеваемость – хорошей. В 2007 г. Сабина с семьей переехала в другой город, что сделало невозможным наше дальнейшее наблюдение за ее состоянием.

Работа с Давидом

Возраст на момент обращения – 5 лет 2 мес. С 1 по 3 сентября 2004 г. находился в числе заложников в школе № 1 г. Беслана.

Повод обращения в РЦ. Мать Давида рассказала, что после освобождения мальчик был сильно напуган, плохо ориентировался в окружающем, плакал. С тех пор практически ни на минуту не отходит от матери, плачет, боится быть один, видит «страшные сны», кричит во сне, настроение снижено. Проявляет физическую агрессию. Часто дерется с сестрой, если та не выполняет его желания.

Характеристика поведения. В контакт вступает, но только если рядом мать. Если матери нет, начинает бегать и искать ее, плакать, звать. С матерью практически не расстается, постоянно ходит с ней рядом. Может отойти один или с сестрой на короткое время, чтобы взять и посмотреть игрушки. В первые минуты разговора несколько напряжен, затем успокаивается, но продолжает прижиматься к матери, держит ее за руку. Выражение лица и глаз грустное, но иногда может и улыбнуться, и засмеяться (адекватно теме разговора). Отказывается заниматься, так как быстро утомляется.

Голос тихий, произносит не все звуки. На вопросы отвечает, но интереса к разговору не проявляет. На короткое время заинтересовался игрушками, немного в них поиграл. Жалуется на головную боль. О захвате говорить не хочет, начинает капризничать. Все же сказал, что боится «быть без мамы», бывают «страшные сны». С облегчением переключился на другие темы и игрушки.

Занятия с Давидом проводились в течение трех месяцев, по три раза в неделю. Сначала занятия были индивидуальными, но вскоре Давид стал включаться и в групповые занятия. Полюбил игры с водой, совместные с другими детьми сюжетные игры с игрушками.

В Реабилитационном центре мальчик освоился относительно быстро. Постепенно стал много времени проводить без матери, среди детей, играя с ними, перестал «цепляться» за мать. Настроение улучшилось, сон стал спокойным, без сновидений, криков и плача. Стал более активным, живым,

шустрым, с удовольствием участвовал в коллективных играх. Иногда был капризен. Жалоб не предъявлял. По истечении трех месяцев состояние было оценено как достаточно стабильное.

Глава 8. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СЕМЬИ

Родители пострадавших детей находились в глубокой депрессии или апатии, причем это состояние у многих из них продолжалось весьма долго. Так, даже *год спустя после теракта* многие родители детей-заложников по-прежнему пребывали в подавленном состоянии. В разговорах между собой и с психологами они постоянно возвращались к воспоминаниям о трагедии. У многих из них наблюдались внешние проявления *депрессии*: амимичное маскообразное лицо, мало интонированная монотонная речь. Нарушение нормального функционирования родителей существенно препятствовало восстановлению психологического состояния ребенка. В связи с этим мы считали необходимой работу не только с детьми, но с семьей в целом, включая родителей.

Первоначально (сразу после теракта) коррекционная работа проводилась с детьми в присутствии родителей. Уже на этом этапе можно было отметить некоторую положительную динамику изменения их состояния, появление мотивации к получению психологической помощи. Наблюдение за улучшением состояния детей стимулировало желание родителей продолжать занятия и формировало их внутренний запрос на дальнейшее консультирование по поводу проблем детей. Это способствовало изменениям и их собственного внутреннего состояния. Они начинали позволять себе первые положительные эмоции при виде играющих и радующихся детей, что позитивно влияло на них самих и активизировало их в воспитательном и социальном плане.

Через 9 месяцев после теракта была организована двухнедельная *выездная программа семейной реабилитации* «Каникулы для детей Беслана». Программа осуществлялась в Баварских Альпах при финансовой поддержке E.ON Energie и E.ON Ruhrgas (Германия), в сотрудничестве с Хекшеровской клиникой. Реабилитационная работа проводилась под руководством Е.И. Морозовой и Е.Г. Дозорцевой.

При разработке программы учитывался опыт ряда предшествующих мероприятий, проведенных различными российскими и зарубежными организациями. Следует отметить, что международная помощь жертвам теракта в Беслане имела свои не только положительные, но и отрицательные стороны. У многих пострадавших сформировалась рентная установка, иждивенческая позиция. Ее следствием стали пассивность и фиксация патологических симптомов по механизму их «условной выгоды». Кроме того, в период 2004/2005 учебного года многие организации вывозили школьников в различные российские санатории и за рубеж, надолго отрывая их от учебы. Эти выезды часто были недостаточно хорошо подготовлены: отсутствовало сопровождение детей родителями и психологами, заранее не разрабатывались специальные реабилитационные программы. Многие выезды были несвоевременными: слишком ранними и не приуроченными к школьным каникулам. Это препятствовало восстановлению нормального распорядка жизни школьников. В результате всех этих обстоятельств у многих пострадавших детей и подростков дополнительно усиливалась дезадаптация, вызванная психической травмой.

Реализованная нами программа проходила *в период летних школьных каникул*, с длительной предшествующей подготовкой. Задачи программы состояли в улучшении эмоционального состояния и самоощущения участников, преодолении дисфункциональных взаимоотношений детей и взрослых, восстановлении внутрисемейных отношений. В программу были включены дети, посещавшие Центр при поликлинике, со своими семьями. В реализации программы участвовали:

- московские психологи, работавшие в Беслане с сентября 2004 г.;
- бесланские психологи – сотрудники Центра психологической реабилитации;

- десять старшеклассников-волонтеров, учащихся бесланских школ, прошедших предварительную подготовку в рамках программы «Новое завтра» (некоторые из этих подростков сами были заложниками).

Бесланские специалисты и старшеклассники не только участвовали в психологической реабилитации семей заложников, но в процессе этого и сами проходили необходимую им психологическую реабилитацию. Она включала элементы групповых тренингов, игровые методики, групповые и индивидуальные консультации. В качестве основы тренингов использовалась адаптированная под задачи работы программа «Дискавери» (автор Джин Беруби). Главный акцент в этой программе делается на раскрытии потенциала личности. Оно достигается посредством преодоления ряда препятствий, физических и психологических трудностей, благодаря помощи и поддержке других (ведущего и группы в целом).

Старшеклассники работали с детьми, опекали их, способствовали созданию чувства защищенности, поддержки, эмоционального тепла. Они вовлекали их в спортивную, игровую, творческую деятельность. В ходе программы подростки многое увидели, получили массу положительных и ярких впечатлений, общались с новыми людьми, попробовали себя в новой деятельности и новом качестве. У них появилось несколько иное восприятие мира и детей-заложников, с которыми велась работа. Некоторые отмечали новое ощущение своих возможностей и самих себя: «Мне было важно, что я не растерялась и защитила Иришку в трудной ситуации, при сложном спуске с горы на санях». Один из подростков признался, что в Беслане он боялся подходить к детям-заложникам и общаться с ними, так как ему казалось, что «душа у детей умерла в школе». После успешной работы он понял, что «они такие же дети и, оказывается, умеют смеяться и радоваться...».

Семьи заложников в течение нескольких месяцев проходили предварительную подготовку с использованием методов индивидуальной и групповой психотерапии. Необходимость такой подготовки определялась

высоким уровнем психической травматизации семей. К сожалению, несмотря на длительную подготовку, к участию в программе не удалось привлечь ни одной семьи, в которой погиб кто-либо из родителей. Психологическое состояние овдовевших родителей было настолько тяжелым, что они не смогли выехать на реабилитацию за пределы Беслана. Некоторые из них, уже дав согласие на участие в программе, в последний момент все же не преодолели свои страхи и тревоги и отказались от поездки.

Перед началом реабилитационной программы с родителями были проведены встречи, во время которых им разъяснялись ее *цели*. При упоминании о пережитых событиях многие родители плакали, отказывались от активного участия в терапевтическом процессе, объясняя свое нежелание болезненностью возвращения к воспоминаниям или отсутствием какой-либо необходимости в подобной работе. Некоторые из них предлагали психологам ограничиться занятиями с детьми.

В ходе предварительных встреч мы разъясняли родителям необходимость *участия в групповой работе всей семьи*. Был заключен *контракт*, включавший требование участия родителей в психотерапевтической группе и определявший правила работы в этой группе.

Хотя симптомы психологического неблагополучия у родителей к моменту начала выездной программы несколько сгладились, их состояние было весьма неустойчивым, у многих отмечались признаки депрессии. Сами они, тем не менее, не всегда могли критично оценить степень выраженности своих психологических проблем. Ко времени начала программы дети находились в гораздо лучшей эмоциональной форме, чем их родители. Состояние же родителей тормозило активность и дальнейшее восстановление детей.

В начале программы у родителей были серьезные проблемы общения с детьми. Родители считали, что будут заражать детей своими негативными

переживаниями, и боялись контактов с ними. Повышенная тревожность и опасения родителей распространялись и на ребенка, что препятствовало его освобождению от собственных страхов. У многих родителей было ярко выражено *чувство вины* (особенно у матерей, которые потеряли других детей). Кроме того, поведение и состояние родителей во многом определялось нормативными *ожиданиями окружающих*, традициями траура.

Динамика состояния родителей начиналась с пассивного наблюдения за тем, как с детьми занимались психологи и подростки-волонтеры. При этом сами родители слабо общались со своими детьми, уделяли им мало внимания и были рады, что заботу о них взяли на себя другие. В групповой работе, особенно в первое время, родители были пассивны или даже оказывали сопротивление ведущим. Однако они не отказывались от участия в мероприятиях и прогулках.

По мере улучшения состояния родителей и повышения их активности у них возникали запросы на удовлетворение индивидуальных потребностей, не связанных непосредственно с реабилитационной программой. Например, в середине цикла большую организационную проблему стало представлять желание родителей совершить покупки в магазинах или получить незапланированные медицинские услуги. Удовлетворить и насытить все новые возникающие запросы оказалось невозможно. Оценивая опыт программы, можно рекомендовать предусмотреть вопросы такого рода при составлении контрактов с участниками и придерживаться четкого выполнения установленных правил.

В ходе программы произошло структурирование группы. Один родитель почти не участвовал в групповой работе, что иногда представляло серьезную проблему. Наиболее социально активные члены группы стали деятельно помогать ведущим в организационном плане и выступать в качестве носителей оценок («совесть группы»). Некоторые родители

постоянно и с желанием помогали в организации деятельности детей, готовили с ними праздники и встречи.

Постепенно родители становились более активными, эмоциональными, оживленными, все больше участвовали в мероприятиях и занятиях. Групповые занятия обычно завершались тем, что каждая группа представляла остальным свои впечатления и переживания за день. Именно эти моменты обеспечили пробуждение творческой активности родителей. Вначале они выполняли задания только ради детей, но впоследствии сами стали радоваться этой деятельности, получать от нее удовольствие. Когда взрослые показывали детям сценки, пантомимы, зарисовки, они оживлялись, радовались и вместе с детьми заново проживали события дня.

Во второй половине программы родители смогли более активно включиться в совместную творческую деятельность с детьми («послание детям», построение общего «семейного дома»). Общение с детьми, их поддержка, совместное переживание новых впечатлений и событий программы меняло самовосприятие родителей, они проживали родительские роли в позитивном ключе, отношения с детьми становились более теплыми и близкими. Совместная творческая деятельность, опыт общения с природой, восприятия иной культуры, других людей, – все это способствовало тому, что у родителей появлялась новая жизненная перспектива. Они начали чаще обращаться за советом к психологам, охотнее брали на себя родительскую роль, высказывали просьбы организовать семинар, посвященный тому, как воспитывать детей, переживших трагические события.

Продолжением выездной программы стала организация периодических семейных выездов в центр «Алгус» (г. Владикавказ), финансируемая фондом «Кистоун». В каждом таком выезде участвует 4-5 семей: от каждой семьи хотя бы один родитель (нередко – оба родителя) и дети. Их сопровождают два-три психолога – сотрудники Центра психологической реабилитации детей и подростков г. Беслана.

Глава 9. ГРУППОВАЯ РАБОТА С ПОДРОСТКАМИ

9.1. Программа «Дискавери»

«Дискавери» - это навыки и знания, приобретаемые очень интересным путем: если вы сторонний наблюдатель, то «Дискавери» может показаться только игрой или простой забавой. Но все то, что мы делаем, – на самом деле метафоры, которые соотносятся с реальной жизнью. Для нас «Дискавери» - место, где мы начинаем думать, а также безопасное надежное место, где мы приобретаем навыки.

(Джин Беруби)

Один из успешно зарекомендовавших себя продуктивных подходов к построению групповой работы с подростками разработан Дж. Беруби. Созданная ею программа «Дискавери» («Открытие») ориентирована на личностное развитие. Принципы этой программы были применены в работе с подростками в ряде общеобразовательных российских школ, с подростками, пережившими острую психологическую травму и испытывавшими ряд психологических травм в прошлом (воспитанниками специальных учебно-воспитательных учреждений для несовершеннолетних правонарушителей).

Концепция программы «Дискавери»

При разработке этой оригинальной программы Джин Беруби отталкивалась от философских идей и педагогических подходов К. Хана, идей гуманистического направления в психологии и психотерапии А. Маслоу и К. Роджерса, теории развития Л.С. Выготского.

Главный акцент в программе «Дискавери» делается на раскрытии потенциала личности, открытии ее новых способностей, на познании человеком себя. Это достигается посредством коллективного преодоления ряда препятствий и трудностей, благодаря помощи и поддержке других –

ведущего и группы в целом. Автор программы исходит из положения, что возможности человека значительно больше, чем он сам предполагает. Он может *добиться успеха, если будет реально пытаться что-то делать*. Лишь преодолевая физические и психологические трудности, страх и неуверенность, человек действительно актуализирует и раскрывает себя.

Специальная **структура и динамика занятий** служат тому, что участники получают новый уникальный опыт переживания напряженных совместных усилий: неудач, поражений, разочарований, а в завершение – **обязательно** преодоление и победоносный успех, разделенный с другими членами группы. После этого предоставляется возможность обсуждения и рефлексии полученного опыта, соотнесения его с вкладом каждого участника в общее достижение, а также определения связи с реальными жизненными событиями.

Важной характеристикой программы является ее четкая гуманистическая ориентация, выражающаяся недирективно, но пронизывающая всю событийную ткань занятий. На это направлено и требование бережного отношения к окружающим, и прослушивание иносказательных притч, и подчеркивание права каждого участника ошибиться или не справиться с первого раза, и обсуждение проблем человеческих отношений и ценностей.

Даже в самых сложных социальных условиях ребенок может состояться как личность. Для этого нужно только увидеть огромные резервы детской души, научиться верить в самого трудного и проблемного ребенка, открывать резервы детского «Я». Необходимо понимать, что ребенок всегда действует и поступает (или стремится поступать) в соответствии со своим представлением о себе. Однако далеко не всегда ребенок таков, каким он себя воспринимает.

Всякая перемена в человеке начинается с изменения его восприятия себя, своих возможностей, способностей, самосознания в целом. Поэтому,

если ставится цель изменить поведение подростка, то следует влиять не непосредственно на его поведение, а на его *представление о себе самом*. Для развития и укрепления у подростка чувства собственной эффективности, уверенности в себе крайне необходимо положительное эмоциональное отношение и изначальное доверие к нему окружающих – как сверстников, так и взрослых.

Признание за подростком права самостоятельно совершать свой выбор показывает участникам, что им доверяют, как взрослым. Программа «Дискавери» вся построена на положении о *свободе выбора*, более того – об ИСПЫТАНИИ ВЫБОРОМ («Challenge by Choice»). Это имеет ключевое значение: решение о степени участия в каждом упражнении или обсуждении принимается самим участником. Он сам определяет свои цели и тот уровень, до которого он будет продвигаться в каждом конкретном упражнении. Ни одного подростка не заставляют участвовать насильно, он сам выбирает, выполнять ему задание или нет.

Подростку предоставляется возможность проявлять самостоятельную, а не вынужденную активность, чтобы он сам нес ответственность за свои действия и поступки. Заставлять, принуждать его категорически нельзя. Границы возможного определяются ребенком только самостоятельно. Крайне важно научиться уважать ребенка таким, каков он есть на сегодняшний момент, и обязательно дать ему возможность почувствовать расположение и уважение к себе.

Не обязательно каждый участник группы должен выполнить все задания. Если подросток решил не участвовать в задании, то он может стать наблюдателем, объективным судьей, может оказывать эмоциональную поддержку другим, быть комментатором или координатором. Существует очень много ролей, в которые может быть вовлечен человек, не участвующий в задании, и которые оставят его задействованным и разделяющим общий опыт. Например, какое-то время он может просто

понаблюдать, как выполняют упражнение другие (помогая ведущему), и убедиться в том, что задание вполне выполнимо и не вызывает страха у других. Помимо этого, неуверенному, застенчивому участнику может быть оказана необходимая ему эмоциональная поддержка. Так, доброжелательно улыбаясь и разделяя имеющиеся у подростка сомнения и переживания, можно высказать уверенность в том, что сейчас он обязательно это сделает, что у него, конечно же, все получится. Можно предложить совместное выполнение задания: например, встать в круг доверия в объятиях психолога и выполнять упражнение вместе с ним или же впрыгнуть вместе с ним под вращающуюся веревку. Кроме того, нерешительному участнику может и должна быть оказана всесторонняя групповая поддержка. Для преодоления страхов и неуверенности очень значимо позитивное эмоциональное заражение.

В этом особая уникальность «Дискавери»: здесь никогда не заставляют людей делать то, к чему они не готовы. Можно только подбодрить человека или изменить упражнение, чтобы оно было более удобным для него. Никто из нас не может переживать как другой человек. Мы не знаем чужого опыта, чужих страхов. Единственное, что мы можем сделать – это поддерживать друг друга, и если кто-то захочет попробовать что-то выполнить, то нужно помочь ему это сделать.

Мотивация к последующим достижениям на занятиях развивается через переживание и осознание собственного успеха. Ее формированию способствуют *воодушевление, любопытство и стремление к риску*, которые характерны для подросткового возраста и могут стимулироваться переживаниями окружающих людей.

Программа может выполняться в группе до 50-60 человек, но основная работа проводится в подгруппах по 10-12 человек. Руководит программой *общий ведущий*. Каждая подгруппа имеет своего специально

подготовленного *тренера* и его *ассистента*, которые непосредственно организуют деятельность команды.

Сроки работы могут быть различными. В одних случаях это может быть длительная, в течение полугода, работа с еженедельными занятиями по 2-3 часа в день. В других выполнение программы может продолжаться несколько дней с интенсивными занятиями по 4-6 часов или даже в виде «марафона» по 8-10 часов в течение трех дней.

Основными составляющими программы являются специально разработанные задания, упражнения, или «события» в терминологии Дж. Беруби. «Упражнения-события» бросают вызов индивидуальным возможностям участников, побуждая их доходить до доступных им границ – целей, которые они себе ставят, и расширять эти границы при поддержке группы и ведущего. Чувствуя веру и поддержку окружающих, человек порой преодолевает ограничения и делает невозможное. Кроме того, отвечая за других, человек достигает большего, чем он смог бы сделать для себя одного.

Упражнения-события характеризуются определенными правилами и четко поставленной целью, достижение которой требует совместного обсуждения возникающих проблем, принятия групповых решений, выработки общей тактики поведения всех участников группы. Выполнение этих заданий возможно лишь при согласованных действиях всех участников и особой заботе о безопасности друг друга. В программе «Дискавери» полностью исключается какая-либо конкуренция, соревнование внутри группы. Девиз группы: *«Мы все вместе добьемся успеха или вместе проиграем»*.

Работа строится в соответствии с **волнообразным принципом**. Каждое занятие начинается с простых, увлекательных, окрашенных радостными эмоциями заданий. Постепенно они усложняются. В завершение снова выполняются простые упражнения, вызывающие положительные

переживания и создающие мотивацию для продолжения работы в дальнейшем.

Структура программы

По структуре программу можно разделить на три основных этапа.

Задача ***подготовительного этапа*** – создание у участников мотивации и эмоционального настроя на совместную деятельность. С этой целью общий ведущий может рассказать историю реального человека, притчу или сказку, задающие смысловое содержание последующей деятельности.

На подготовительном этапе проводится разминка, в процессе которой происходит раскрепощение подростков, заражение радостными эмоциями, активизация путем выполнения простых игровых действий. По окончании разминки участники разбиваются на группы, объединяясь по собственному желанию.

Задача ***основного этапа*** – организация группового взаимодействия, направленного на преодоление трудностей и разрешение возникающих конфликтных ситуаций. Особое внимание уделяется установлению доверительных отношений, выработке конструктивных вариантов поведения, принятию на себя ответственности, последующей рефлексии собственных переживаний.

Ведущий создает сначала простые, а затем все более сложные игровые проблемные ситуации. Например, всей группе дается задание перебраться через веревку, натянутую выше уровня пояса самого маленького в группе. При этом не разрешается прикасаться к этой веревке и использовать какие-либо приспособления.

На первых этапах групповой работы для подростков естественны такие переживания как неуверенность, страх перед неизвестным, робость. Постепенно они сменяются ощущением тепла, внимания и участия со стороны других участников группы, что порождает чувство доверия к группе и мотивацию к дальнейшим совместным действиям.

Благодаря *групповому взаимодействию* развивается умение слушать и понимать других, уважать их чувства и мысли, терпеливо относиться к эмоциональным и поведенческим проявлениям других людей, доверять себе и другим, иногда приобретать собственный лидерский опыт.

Постепенно уровень сложности и *элементы риска* в заданиях нарастают. В процессе поиска способов решения возможны конфликты, отказы от работы. Следует напомнить, что участие в заданиях может быть только добровольным. В ситуациях, когда подросток покидает группу, с ним индивидуально должны быть решены его внутренние психологические проблемы, а затем он может снова включаться в деятельность.

Ведущий группы, не директивно стимулируя поиск самостоятельных решений, оказывает необходимую эмоциональную поддержку каждому, вселяет веру в общий успех и требует проявления терпимости друг к другу. При этом он не допускает негативно-деструктивных проявлений в отношениях между участниками, разрушения ситуации и ухода из нее.

В случае если отдельный человек или вся группа длительное время не справляются с возникшими трудностями и начинают утрачивать интерес к решению проблемы, ведущий может заменить задание на другое. Однако, если сами участники, желая достигнуть успеха, не возвращаются к невыполненному упражнению, то через какое-то время ведущий обязательно снова его предлагает. Все предлагаемые упражнения рано или поздно доводятся до намеченной цели всей группой. При этом надо учитывать, что разочарование при неудаче – очень сильное чувство, поэтому его важно вводить постепенно и на определенных этапах. Зато *успех* после разочарования оказывается фантастическим переживанием и является очень сильным чувством, как для отдельного ребенка, так и для группы в целом.

Особое внимание уделяется *правилам безопасности работы*. Неукоснительно соблюдаются правила выполнения заданий – вплоть до временного отстранения группы от опасного задания, если уровень

взаимодействия и ответственности в ней, на взгляд ведущего, недостаточен для работы над заданием такого уровня сложности. Нарушение правил ведет к возобновлению задания с самого начала для всех участников группы, независимо от его этапа.

Дж. Беруби считает возникающие при этом чувства разочарования и досады важным эмоциональным компонентом подобной групповой работы, который, однако, должен вводиться *осторожно и постепенно*. Тем не менее, он необходим, так как достижение успеха после ряда неудач дает мощный эмоциональный и энергетический эффект, указывая на принципиальную возможность преодоления трудностей.

В процессе работы существенно не то, сколько и какие упражнения выполняет группа, а *как она решает проблемы*. Это касается и возникающих конфликтных ситуаций, помощь в разрешении которых может оказывать ведущий, демонстрируя конструктивные способы взаимодействия.

Важной частью этого этапа является проводимое после завершения заданий *обсуждение* собственных переживаний и ощущений от только что произошедших событий. Переживание успеха, *подкрепленное реакцией других членов группы*, ведет к позитивному изменению отношения к себе и своим возможностям, повышению самоуважения и уверенности в себе, что закрепляется на сознательном уровне в процессе рефлексии. Ведущий может активизировать рефлексию участников, проводя вместе с ними анализ конфликтов, выявляя их причины и разбирая поведение членов группы. Желательно подчеркнуть позитивность совместных действий, провести аналогию только что произошедшего и пережитого с событиями реальной жизни; установить ценностный смысл совместной деятельности и раскрытия собственных возможностей.

Задачи *заключительного этапа* – отреагирование эмоций, возникших во время выполнения заданий, обсуждение конфликтов; создание мотивации

к продолжению занятий и поддержание возникающего в группе взаимного доверия.

Стиль ведения группы и функции ведущего

В соответствии с общими принципами программы «Дискавери», основная направленность деятельности психолога состоит в том, чтобы дать участникам опыт нового проживания и осознания собственного Я и понимания других людей. Ткань этой деятельности – упражнения-события, в которых участники проживают частицы такого опыта, со временем складывающиеся в новую яркую картину себя и окружающих. В упражнениях участники доходят до границ своих возможностей и расширяют их, опираясь на поддержку ведущего и группы. Этот процесс требует особых условий, которые создаются ведущим, выполняющим три основные функции:

- организация работы;
- обеспечение мотивации и позитивного эмоционального состояния группы;
- наблюдение за процессами, происходящими в группе, и их рефлексия.

Этим функциям соответствуют разные позиции ведущего: организатора, эмоционального лидера и наблюдателя. Однако в реальности они тесно переплетены, поэтому одним из основных свойств психолога, работающего по программе, должна быть гибкость и способность выполнять все эти функции на различных этапах работы.

В качестве организатора психолог:

- планирует весь процесс;
- задает тему и цель работы;
- определяет правила и следит за их выполнением, не допускает деструктивных и агрессивных проявлений;
- обеспечивает физическую и психологическую безопасность;

- демонстрирует и поддерживает позитивный стиль отношений между участниками;
- фиксирует достижение результата или необходимость повторного выполнения задания.

В качестве эмоционального лидера:

- создает первоначальную мотивацию на выполнение заданий, увлекает и ведет за собой группу;
- проявляет эмоциональную вовлеченность в процесс, сопереживает участникам группы;
- оказывает своевременную эмоциональную поддержку и необходимую помощь;
- поддерживает оптимистичную атмосферу, используя поощрение и юмор.

В качестве наблюдателя ведущий:

- отслеживает состояние группы и ее отдельных участников;
- следит за общей динамикой группового процесса.

Эффективность работы по описанной программе существенно зависит от личностных особенностей и искусства ведущего, который должен обладать такими качествами и способностями, как:

- уважение к себе и к другим людям;
- способность понимать и описывать свои чувства;
- умение слушать других людей, чувствовать их присутствие, понимать их потребности;
- искренняя забота о каждом члене группы;
- способность показать, что ему можно доверять и что он сам умеет доверять другим;
- готовность и способность оказывать поддержку другим людям и группе в целом;

- способность воздействовать на групповое сплочение и быть включенным в группу;
- способность выявлять проблемные области;
- способность сомневаться и объяснять, в чем источник сомнений;
- внимание к мнению других;
- способность четко и доходчиво передавать идеи;
- способность делиться идеями, не навязывая их другим;
- умение убеждать других, но без агрессивности;
- способность информировать группу, включать всех в работу;
- умение делегировать ответственность;
- концентрация на предложенной задаче с учетом возможностей людей, участвующих в группе;
- способность работать в рамках правил и требований данной ситуации;
- способность удерживать группу на выполняемой задаче;
- способность довести группу до полного выполнения задачи;
- способность поддерживать в группе установку: *«мы все вместе добьемся успеха или вместе проиграем»*.

Ведущий должен предварительно спланировать весь процесс работы в целом, а также отдельные его стадии. Принцип построения деятельности волнообразный – от простого к более сложному и трудному, затем снова к простому. На начальном этапе групповой работы ведущий выступает в роли эмоционального лидера. С помощью простых эмоциональных заданий психолог разогревает группу, демонстрируя важные принципы – свободу самовыражения и проявления чувств участников.

В дальнейшем вводятся более структурированные задания, в которых ведущий четко организует процесс работы: определяет тему и цель задания, доступно формулирует правила и следит за их точным и неукоснительным соблюдением. Однако и здесь важна его эмоциональная включенность в

деятельность, создание атмосферы эмоционального комфорта и безопасности в группе. Ведущий проявляет неподдельный интерес и заботу об участниках, оказывает эмоциональную поддержку. Он принимает их как личности, не допускает никаких негативных высказываний и агрессии. Тем самым задается модель и стиль отношений в группе. Постепенно между участниками складывается атмосфера взаимной помощи и доверия, подкрепляемая успехом совместно выполненных заданий, в которых может раскрыться творческий потенциал подростков.

Ведущим следует проявлять неподдельный интерес, подлинную заботу. Благодаря этому у участников группы постепенно достигается ощущение психологической безопасности и эмоциональной вовлеченности в процесс. Установление эмоциональной связи психолога с группой и между участниками обеспечивается специальными заданиями, рассчитанными на понимание эмоциональных состояний, как собственных, так и других членов группы, на проявление доверия и поддержки. По истечении определенного времени в группе создаются теплые отношения, пробуждающие отзывчивость, чувствительность к потребностям, желаниям и настроениям друг друга.

Для этого необходимы поддерживающий стиль заинтересованного сотрудничества, проявление гибкости, отказ от императивных приказов и запретов, пресечение всех попыток чрезмерного давления членов группы друг на друга. Участникам предоставляется свобода выражения собственных чувств и желаний, большая степень активности, особенно творческой. При необходимости ведущие способствуют проявлениям у них гибкости, терпимости и принятия личности другого.

Поддерживающий стиль руководства предполагает равную ответственность членов группы за все происходящее на занятиях. Ведущий предлагает тему, задает стиль взаимодействия и обсуждения, затем постепенно отстраняется от непосредственного управления группой,

предоставляя участникам возможность самостоятельно выстраивать взаимодействие.

Если есть такая возможность, то удобно, чтобы группой руководили мужчина и женщина: это облегчает подросткам проекцию представлений, связанных с отцовской и материнской фигурами, способствуя эффективной групповой динамике.

Необходимо помнить, что молодежь склонна к поиску взрослых, которые могли бы стать для нее образцами в жизни. Это накладывает на руководителей группы особые обязательства. Они не могут выступать только как инструкторы-профессионалы, добросовестно реализующие определенную программу работы. Подростки всегда оценивают руководителей также и в личностном плане, применяя свои – подчас весьма высокие – критерии, стремятся к установлению неформальных личностных контактов. Готовность к таким контактам – одно из необходимых условий успешной работы со старшеклассниками подростками. Разумеется, сказанное не означает, что руководитель подростковой группы должен быть неким идеальным человеком, лишенным недостатков. Это значит только, что он должен восприниматься как достаточно цельная искренняя личность, а не просто как человек, владеющий набором психологических техник и приемов.

В силу характерной для подростков разносторонности интересов желательно, чтобы руководитель был достаточно широко образован, чтобы он мог содержательно участвовать в разговоре, отвечать на вопросы и высказывать обоснованное мнение относительно разных сфер культуры. В частности, необходимо достаточно хорошее знакомство с подростковой субкультурой: неформальными подростковыми группами и движениями, популярной среди подростков музыкой, литературой и т.п.

9.2. Групповая работа с бесланскими старшеклассниками¹

Спустя полгода после трагедии под руководством А.А. Тагиева и В.А. Морозова началась программа социально-психологической реабилитации подростков «Новое Завтра». В феврале – марте 2005 г. одновременно по всем средним учебным заведениям Беслана прошел ее первый этап, организованный в форме группового тренинга в реабилитационно-диагностическом санатории «Тамиск». Он был направлен на преодоление нарушений в общении (в первую очередь, между подростками-заложниками и не-заложниками), на восстановление жизненных перспектив и социальной активности.

Целевой группой программы являлись не только прямые жертвы теракта, а *все старшеклассники города*.

На *предварительном этапе* работы была подготовлена команда тренеров – ведущих программы. Она состояла из шести московских и четырех бесланских специалистов (в том числе – сотрудников Реабилитационного центра при бесланской поликлинике). Подготовка проходила в форме тренингов и обсуждений на базе Реабилитационного центра.

В феврале – марте 2005 г. был реализован *первый этап* программы: в горах, в 40 км от Беслана, проводилась *серия тренинговых марафонов*. Они были направлены на создание пространства, способствующего социальной самореализации подростков и молодежи. Всего за время первого этапа прошло четыре трехдневных потока, в каждом из которых участвовало по 60-70 человек. В общей сложности в тренингах приняли участие более 260 учащихся старших классов из всех средних учебных заведений Беслана (семь школ и профессиональное училище № 8).

¹ Раздел написан при участии В.А. Морозова.

В процессе работы поток распределялся на четыре подгруппы так, чтобы в каждой были представлены учащиеся из разных учебных заведений. Благодаря этому в ходе тренинга устанавливались взаимоотношения в межшкольных группах. Занятия проводились двойками тренеров из Москвы и Северной Осетии, под руководством ведущего тренера А. Тагиева.

Ключевым словом первого дня программы было «*взаимодействие*»: ребята постигали умение работать вместе. *Результат* этого группового взаимодействия был следующей ступенью занятий: подростки готовили «новости Беслана из 2015 года», строили планы собственной жизни, будущего своего города.

В итоге трехдневной работы старшеклассники – участники программы предложили ряд социальных проектов, направленных на разрешение проблем, беспокоящих молодежь города. Например, были выдвинуты проекты проведения марафона здоровья, озеленения своими силами городского парка и т.п. Для каждого проекта был разработан конкретный план действий по его воплощению.

С наиболее активными участниками был проведен специальный дополнительный семинар-тренинг, направленный на подготовку их к работе с дошкольниками и младшими школьниками в качестве волонтеров.

Для оценки результатов тренингов использовались: включенное наблюдение; письменные отзывы участников программы; беседы с родителями, педагогами и школьными психологами. Кроме того, показательна была степень вовлеченности участников (на фоне остальных учащихся) в последующие проекты программы, а также в другие социально-психологические проекты, проводившиеся в Беслане.

В письменных отзывах участников просили описать свои ощущения и состояние до тренинга, в ходе тренинга и после него. Большинство участников, описывая свое состояние «до», отмечали скуку, эмоциональную пустоту и сложности в общении. Ощущения во время марафона

характеризовались как «увлекательно», «весело», «содержательно», «полезно», «дружелюбно»; во многих отзывах отмечалось появление новых возможностей общения, умения справляться со своими эмоциональными состояниями и трудностями, повышение уверенности в себе.

После проведения первого этапа программы был отобран один из социальных проектов, разработанных школьниками во время тренинга. Он предусматривал проведение в центральном городском парке массового праздника, посвященного Дню защиты детей. Реализация этого проекта стала *вторым этапом* программы. Праздник прошел в городском Детском парке Беслана. За время праздника в парке побывало около 1000 взрослых и детей, которых принимали волонтеры-участники программы «Новое Завтра». Авторство, разработка, планирование и подготовка (дизайн, расклейка афиш, приглашение людей на участие) проводились самими подростками. Они также вели праздник: игры, конкурсы, занятия с детьми. В подготовке этого мероприятия приняло активное участие 50 выпускников первого этапа программы, в его проведении – более 100.

Так прошла акция «Цветы Жизни» впервые, в 2005 году. Но «самодеятельный» городской праздник, на котором звучит музыка из детских фильмов, где детям разрешают купаться в фонтанах, где дети пишут записочки со своими желаниями, привязывают их к корешку цветка и сажают на газоны, чтобы они исполнились, так понравился жителям Беслана, что его провели во второй раз в 2007-м году. А через год инициативная группа из выпускников программы «Новое Завтра» и детских психологов, работающих в Беслане, самостоятельно повторили мероприятие, уже ставшее в городе привычной традицией. Таким образом, социальная инициатива и активность подростков, пробужденная проведенным тренингом, нашла свою практическую реализацию.

В настоящее время большинство участников программы «Новое завтра» учатся в различных высших учебных заведениях. Однако некоторые

из них по-прежнему активно и успешно работают в качестве волонтеров с дошкольниками и младшими школьниками в Центре психологической реабилитации детей и подростков, участвуют в других проектах.

Глава 10. ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕРТВАМ КАТАСТРОФ

Психологическая реабилитация детей и подростков, перенесших тяжелую психотравму, требует длительного времени, измеряемого годами, а не неделями или месяцами. Поэтому важнейшим условием успешности этой работы является стабильная деятельность местных структур, обеспечивающих психологическую поддержку населения. Создание и профессиональное обеспечение деятельности таких структур – необходимая составляющая работы профессионалов из других регионов с более развитой системой психологической помощи.

Опыт работы с детьми и подростками, пострадавшими в результате террористических актов в Беслане (сентябрь 2004 г.) и ранее – в московском театре «Норд-ост» (октябрь 2002 г.), показал, что имеющиеся психологические службы и государственные структуры недостаточно успешно справляются с этой деятельностью. В результате нами были разработаны рекомендации по созданию и совершенствованию службы экстренной психологической помощи детям и подросткам:

1. Необходимо создание единого *психолого-психотерапевтического штаба*. Вероятно, штаб должен быть создан при МЧС. Состав штаба должен быть постоянным, назначенным специальным распоряжением. Психолого-психотерапевтический штаб должен работать в теснейшем и постоянном контакте с медицинским штабом (возможно, включаться в него как составная часть). Для оптимизации работы должны быть предусмотрены следующие позиции:

- *Руководитель* штаба – высококвалифицированный специалист (психолог или психотерапевт), занимающий одну из ведущих должностей и имеющий личные контакты с руководителями разного уровня и разных ведомств.

- *Заместитель-координатор*, который должен осуществлять сбор информации, координировать деятельность специалистов, снабжать их необходимыми номерами телефонов и т.п.

Штаб быстрого реагирования должен находиться в «свернутом» виде, а в случае необходимости моментально «развернуться» в полноценную рабочую структуру. В период чрезвычайной ситуации должна быть развернута подструктура центрального штаба по работе с детьми и подростками, а также их семьями.

2. Необходимо иметь **банк данных** об организациях, психологах, психотерапевтах, социальных работниках, волонтерах-неспециалистах, способных и готовых оказывать помощь в экстремальных ситуациях. Помимо добровольных предложений своих услуг необходима какая-либо система экспертной оценки квалификации специалиста с указанием конкретной специализации (вид возможной помощи, взрослые/дети, имеющийся опыт и т.п.). Для оказания психологической и психотерапевтической помощи следует привлекать только профессионалов, имеющих опыт клинической работы.

3. В случаях, когда работа должна проводиться в больнице, первоначальную связь с заведующим отделением или дежурными врачами должен осуществлять *начальник штаба* или его помощник (действуя от его имени), но не секретарь и не сами специалисты. *Успешная первоначальная договоренность с врачами* служит одним из важнейших условий своевременного начала оказания психологической помощи. После того как установлена первоначальная связь с медицинским учреждением, специалисты, направленные в это учреждение, должны постоянно *согласовывать свои действия с заведующим отделением* или непосредственно с лечащим врачом. Должны согласовываться:

- время посещения;

- форма одежды (халат, сменная обувь и т.п.);
- длительность работы с каждым из больных (в зависимости от его соматического состояния);
- задачи и формы работы;
- желательность или нежелательность передачи информации о судьбе родных и близких, учитывая остроту состояния самого пациента.

В процессе работы важно после каждого посещения пациентов *обсуждать с врачом динамику их соматического и психологического состояния*, согласовывать совместную стратегию и уточнять дальнейшие задачи работы.

4. В дополнение к работе психологов необходима помощь ***социальных работников и социальных служб*** семьям пострадавших. В функцию социального работника должно входить поддержание связи с родственниками пострадавших, передача им сведений о состоянии и потребностях больных, информирование самих пострадавших о ситуации у них дома. Желательно снабжение специалистов мобильными телефонами, особенно на первом этапе, когда большинство пострадавших остро интересуется судьбой своих родных и близких.

5. Для выявления детей и подростков, как первично, так и вторично пострадавших в массовых катастрофах и нуждающихся в психологической (а возможно, и психиатрической) помощи, рекомендуется проводить анкетирование учителей и родителей. К анкетированию следует привлекать социальных работников, средний медицинский персонал поликлиник, работников школ и детских садов. Рекомендуемые анкеты, разработанные нами в ходе оказания помощи бесланским детям и подросткам, приводятся в Приложениях 1, 2.

6. Необходимо создать федеральный *центр по подготовке и переподготовке специалистов* по работе с детьми и подростками, пострадавшими в чрезвычайных ситуациях. Для этого нужно провести предварительный отбор специалистов, желающих и способных работать с детьми и подростками в экстремальных ситуациях. Такой центр должен также оказывать консультативную помощь специалистам, работающим с детьми и подростками в экстремальной ситуации в условиях лечебного учреждения.

7. Желательно создать постоянно действующий консультативный центр по оказанию психологической и психотерапевтической помощи семьям, нуждающимся в поддержке во время чрезвычайной ситуации и после нее.

8. Важно обеспечить систему психологической реабилитации специалистов, работающих с детьми: учителей, воспитателей детских садов, медиков. От их психологического состояния в значительной мере зависит и состояние детей. Нужно также проводить их психологическое просвещение, знакомить их с проявлениями острого стресса и ПТСР у детей и подростков, обучать особенностям работы с детьми, пострадавшими в результате чрезвычайной ситуации.

После захвата заложников в московском театре на Дубровке принципы построения системы экстренной психологической помощи детям и подросткам широко обсуждались на многих всероссийских и международных конференциях, были одобрены специалистами и представителями заинтересованных ведомств. Вместе с тем, они так и не были претворены в жизнь. В результате, когда в Беслане возникла необходимость в экстренной психологической помощи детям, ни местные, ни федеральные организации не смогли обеспечить ее оказание в требуемом объеме. Этот недостаток был отчасти восполнен активной помощью

зарубежных благотворительных организаций, однако и их усилия оказались явно не соответствующими масштабу психотравмы.

Попробуем подвести некоторый итог. Что у нас есть и чего нет?

Есть объединяющая нас убежденность в том, что людям, пережившим локальные, а тем более массовые психотравмирующие ситуации, необходима психологическая, а подчас и психиатрическая помощь. Она должна оказываться комплексно, охватывая детей, подростков и взрослых. Основная единица, на которую она направлена, – это, как правило, не отдельный человек, а семья или, в случае массовых катастроф, определенная группа населения.

Материалы, представленные выше, свидетельствуют о том, что такая помощь очень эффективна. Большинство детей, посещавших Реабилитационный центр, успешно адаптировались в школе, хорошо учатся (отдельные примеры успешных случаев приведены в главах 2, 3, 7: случаи Амины, Дианы, Инги, Сабины, Давида). В отличие от этого, наши наблюдения, рассказы родителей и учителей показали, что психическое состояние первоклассников-заложников, не получавших психологической помощи, оставалось стабильно тяжелым в течение года и более (см. некоторые примеры в главе 3: случаи Сослана, Таймураза, Ани, Миланы).

Имеется широкий спектр методов, позволяющих работать с людьми самого разного возраста (от младенцев до стариков) и находящимися в самом разном состоянии (от нормальной до психотической реакции на стресс). Важно, чтобы работа осуществлялась командами, в состав которых входят специалисты разных профессий: психологи, врачи, социальные работники, педагоги. Трагические события последних лет заставили нас накопить большой опыт такого сотрудничества и дали доказательства его продуктивности.

А вот чего у нас до сих пор нет – это хоть какой-либо *системы* организации психологической помощи населению. Каждая новая

чрезвычайная ситуация застает нас врасплох. Каждый раз заново обнаруживается, что нет ни государственных, ни профессиональных структур, которые предусматривали бы возможность таких ситуаций. Работа начинается с нуля, наспех, без необходимых материалов, помещений, оборудования. Из-за этого помощь сильно запаздывает и предоставляется далеко не всем, кто в ней нуждается. Много времени и сил уходит на согласование действий с заинтересованными министерствами и ведомствами.

Почти не изучена проблема преодоления таких социально-психологических последствий массовых катастроф как конфликты между пострадавшими и «не пострадавшими», появление рентной установки (иждивенческой позиции), падение социальной активности подростков и молодежи. Недостаточно налажено взаимодействие со средствами массовой информации. В итоге вместо той большой помощи, которую они могли бы оказывать, осуществляя медико-психологическое просвещение населения, они нередко приносят вред, способствуя распространению вторичной травматизации.

Отсутствует система подготовки специалистов, умеющих и желающих оказывать экстренную психологическую помощь. Таких специалистов высокой квалификации, работающих с детьми и подростками, сейчас во много раз меньше, чем это необходимо. Не хватает и литературы, посвященной этим возрастным группам. Психологи и врачи широкого профиля плохо знакомы с проблематикой, относящейся к психологической травме. Их обучение проводится в экстренном порядке, только когда «гром уже грянул». Очевидно, что это снижает качество подготовки и не позволяет в полной мере использовать потенциал проводящих ее профессионалов.

Приходится констатировать, что наше общество в настоящее время совершенно не готово к решению психологических задач, возникающих в результате массовых катастроф. Помощь пострадавшим детям оказывается

бессистемно. Участвующие в этой работе профессионалы разобщены, не имеют единой концепции и стратегии. Государственные структуры не способны гибко реагировать на быстро изменяющуюся ситуацию и приспосабливаться к нуждам пострадавшего детского населения. Создание стабильно действующей службы экстренной психологической помощи детям и подросткам остается важнейшей задачей, требующей безотлагательного решения.

ЛИТЕРАТУРА

- Бек А. (1999). Техники когнитивной психотерапии // *Психологическое консультирование и психотерапия. Хрестоматия. Т. 1. Теория и методология.* – М.: МПЖ, с. 142-167.
- Бернс Р.С., Кауфман С.Х. (2000). *Кинетический рисунок семьи.* – М.: Смысл.
- Бук Дж. (2000). Тест «Дом, дерево, человек» (ДДЧ). // *Проективная психология.* – М.: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, с. 260-344.
- Василюк Ф.Е. (1984). *Психология переживания.* – М.: Изд-во МГУ.
- Венгер А.Л. (1992). Методики «Уничтожение страха» и «Обогащение рисунка». // *Психологический статус личности в различных социальных условиях: развитие, диагностика и коррекция / Под ред. В.С. Мухиной.* – М.: Изд-во «Прометей», с. 116-120.
- Венгер А.Л. (2007). *Психологические рисуночные тесты.* – М.: Владос-Пресс.
- Выготский Л.С. (1982). Мышление и речь // *Собр. соч.: В 6 т. Т. 2.* – М.: Педагогика, с. 5-361.
- Выготский Л.С. (1983а). История развития высших психических функций // *Собр. соч.: В 6 т. Т. 3.* – М.: Педагогика, с. 5-328.
- Выготский Л.С. (1983б). Проблема возраста // *Собр. соч.: В 6 т. Т. 4.* – М.: Педагогика, с. 244-268.
- Гальперин П.Я. (1966). Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий. // *Исследования мышления в советской психологии.* – М.: Наука, с. 236-277.
- Гарфилд С. (2002). *Практика краткосрочной психотерапии.* – СПб.: Питер.
- Дукаревич М.З. (1990). Рисунок несуществующего животного. // *Практикум по психодиагностике. Психодиагностика мотивации и саморегуляции.* – М.: Изд-во МГУ.

- Запорожец А.В. (1986а). К вопросу о генезисе, функции и структуре эмоциональных процессов у ребенка. // *Избранные психологические труды: В 2-х т. Т. I.* – М.: Педагогика, с. 260-275.
- Запорожец А.В. (1986б). Развитие произвольных движений. // *Избранные психологические труды: В 2-х т. Т. II.* – М.: Педагогика, с. 6-233.
- Коул М. (1997). *Культурно-историческая психология: наука будущего.* – М.: «Когито-Центр», Изд-во «Институт психологии РАН».
- Леонтьев А.Н. (1983). Деятельность. Сознание. Личность. // *Избранные психологические произведения: В 2-х т. Т. II.* – М.: Педагогика, с. 94-231.
- Маховер К. (2000). *Проективный рисунок человека.* – М.: Смысл.
- Нардонэ Дж., Вацлавик П. (2006). *Искусство быстрых изменений. Краткосрочная стратегическая терапия.* – М.: Изд-во Института психотерапии. Остер Дж., Гоулд П. (2000). *Рисунок в психотерапии.* – М.: ВИНТИ.
- Роджерс К.Р. (2001). *Становление личности. Взгляд на психотерапию.* – М.: ЭКСМО-Пресс.
- Фрейд А. (2003). *Эго и механизмы защиты.* – М.: Эксмо.
- Цукерман Г.А. (1993). *Виды общения в обучении.* – Томск: Пеленг.
- Ширн Ч., Расселл К. (2000). «Рисунок семьи» как метод изучения детско-родительских взаимоотношений // *Проективная психология.* – М.: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, с. 345-354.
- Эльконин Д.Б. (1989). *Избр. психол. труды.* – М.: Педагогика.
- Юл У., Уильямс Р.М. (2001). Стратегия вмешательства при психических травмах, возникших вследствие масштабных катастроф. // *Детская и подростковая психотерапия.* / Под ред. Д.А. Лейна, Э. Миллера. – СПб.: Питер, с. 275-308.
- Beck, A.T. (1979). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders.* New York: Penguin Books.

- Garfield, S. L. (1989). *The practice of brief psychotherapy*. New York: Pergamon.
- Buck, J. (1970). *The house-tree-person technique. Revised manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Goodenough, F. 1926. A new approach to the measurement of intelligence of young children. *Journal of Genetic Psychology*, 33, 185-211.
- Horowitz, M.J. (1990). Post traumatic stress disorders: psychosocial aspects of the diagnosis. *International Journal of Mental Health*, 19, 21-36.
- Howard, K.I., Lueger, R.J., Maling, M.S., & Martinovich, R. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 678-685.
- Howe, D. (2005) *Child Abuse and Neglect: Attachment, Development and Intervention*. New York: Palgrave Macmillan.
- McFarlane, A.C. (1987). Family functioning and overprotection following a natural disaster: the longitudinal effects of post-traumatic morbidity. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 21, 210-218.
- McFarlane, A.C., Policansky, S., Irwin, C.P. (1987). A longitudinal study of the psychological morbidity in children due to a natural disaster. *Psychological Medicine*, 17, 727-738.
- Nader, K., Pynoos, R.S., Fairbanks, L., & Frederick, C. (1990). Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1526-1530.
- Nader, K.O. (2004). Assessing Traumatic Experiences in Children and Adolescents: Self-Reports of DSM PTSD Criteria B-D Symptoms. In J.P. Wilson & T.M. Keane (Eds.) *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (2nd ed.). New York: Guilford Press, 513-537.
- Quarantelly, E.L. (1985). An assessment of conflicting views on mental health: the consequences of traumatic events. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its Wake*. New York: Brunner/Mazel.

- Schaefer, C.E., O'Connor, K.J. (1994). *Handbook of Play Therapy, V. 2: Advances and Innovations*. New York: Wiley.
- Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Webb, N.B. (1999). Play Therapy Crisis Intervention with Children. In N.B. Webb (Ed.). *Play Therapy with Children in Crisis: Individual, Group, and Family Treatment*. New York: The Guilford Press, 29-48.
- Webb, N.B. (2004). The impact of Traumatic Stress and Loss on Children and Families. In N.B. Webb (Ed.), *Mass Trauma and Violence: Helping Families and Children Cope (Social Work Practice with Children and Families)*. New York: Guilford Press, 3-22.
- Yule, W., Perrin, S. & Smith, P. (1999). Post-traumatic stress disorders in children and adolescents. In W. Yule (Ed.), *Post-Traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy*. Baffins Lane, Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 25-50.