**М.В.Власова**

**Работа с детьми и подростками в ситуации психологической травмы**

 Травма – вред, нанесённый психическому здоровью человека в результате интенсивного воздействия неблагоприятных факторов среды или остроэмоциональных, стрессовых воздействий других людей на его психику.

Травматизация – всегда угроза для жизни. Я чувствую себя беспомощной, отданной на произвол. И всё что действовало, раньше не работает.

Все модели толкования о мире, о человеческих отношениях не достаточны. В травматической ситуации есть 2 вещи: насилие извне и внутренняя реакция. Из взаимодействия снаружи и изнутри возникает ситуация.

***Поведенческие реакции на стресс***

Как известно, все живые организмы способны адаптироваться к агрессивному воздействию окружающей среды. Среди стрессовых факторов можно выделить системные (оказывающие непосредственную опасность для организма) и неврогенные (воспринимаемые как опасные). Для всех млекопитающих, к которым относимся и мы, характерны пять основных способов реагирования на опасность, которые можно условно классифицировать по степени её удалённости:

1. **Замирание (freezing**), которое ещё можно назвать гипербдительностью. Так замирают животные, когда замечают неподалёку что-то, что может представлять опасность. Организм внимательно рассматривает новый объект и оценивает дальнейшую тактику действий. Кроме того, зрение многих хищников устроено так, что замечает в первую очередь движущиеся объекты. Таким образом, неподвижность может дать больше шансов остаться незамеченным. **Главный алгоритм здесь — остановиться, смотреть и слушать.**

2. После оценки ситуации бывает необходимо проявить активное возбуждение, в результате чего **возникает нервное поведение (fidget),** которое, например, может помочь мобилизовать стадо и подготовиться к дальнейшим действиям.

3. **Бегство (flight)** нацелено на избежание опасности. Если опасность серьёзная, бегство будет основным средством спасения.

4. Если бегство запоздало или противник догоняет, то включается следующий механизм — **драка (fight**). Организм мобилизует силы для того, чтобы сражаться и защищаться, иногда для того, чтобы нанести противнику ранения и скрыться, иногда — до полной победы.

5. Если же всё предыдущее невозможно или хищник подобрался слишком близко, остаётся только замереть и притвориться мёртвым, впасть в **оцепенение (faint).** Остаётся лишь дождаться, пока опасность минует, или при первой возможности предпринять попытку к бегству. Вероятно, это один из самых эволюционно ранних и примитивных способов реагирования на опасность, поскольку не требует ни хорошего зрения, ни мощной мускулатуры, ни средств нападения. По мере эволюционирования и появления всё новых приспособительных возможностей организмы стали реагировать на опасность всё более и более сложными и эффективными способами.

Все эти механизмы так или иначе проявляются как у нас, так и у наших генетических предков. Причём, поскольку человек обладает сложно устроенной психикой, защитные механизмы на психологическом уровне прошли существенное развитие. Когда организм реагирует на стресс адекватно, эти механизмы сменяют друг друга в зависимости от реальной ситуации. Но в некоторых случаях регуляция этих процессов может нарушаться.

У нас остались реакции от животного мира. Первое что делает человек в этой ситуации – это защита. Если это не удаётся – есть возможность побега.

Защита и побег это реакции (такие как рефлекс в травматической ситуации). Естественная форма совладения. При защите и уходе – нет травмы.

Травматизация наступает, когда ни то ни другое невозможно.

Тогда включается программа экстренной помощи. Жертва ощущает бессилие и невозможность повлиять на ситуацию.

***Признаки травмы***

1. Опыт угрозы, наличие угрозы.
2. Человек, который находится под угрозой, не может защититься или уйти. Он вынужден остаться.
3. Происходит разрушение предыдущей картины мира и представлений о себе.
4. Разрушается доверие к миру и к себе.

***Виды травмы***

1. Вследствие стихийного бедствия.
2. Вследствие угрозы со стороны близкого человека.

***Нейробиология травмы***

Лимбическая система представляет собой функциональное объединение структур мозга, участвующих в организации эмоционально-мотивационного поведения, таких как пищевой, половой, оборонительный инстинкты. Эта система участвует в организации цикла бодрствование—сон.

 Структуры лимбической системы включают в себя 3 комплекса. Первый комплекс — **древняя кора** (препериформная, периамигдалярная, диагональная кора), обонятельные луковицы, обонятельный бугорок, прозрачная перегородка. Вторым комплексом структур лимбической системы является **старая кора**, куда входят гиппокамп, зубчатая фасция, поясная извилина. Третий комплекс лимбической системы — **структуры островковой коры, парагиппокамповая извилина**. И, наконец, в лимбическую систему включают **подкорковые структуры**: миндалевидные тела, ядра прозрачной перегородки, переднее таламическое ядро, сосцевидные тела.

Особенностью лимбической системы является то, что между ее структурами имеются простые двусторонние связи и сложные пути, образующие множество замкнутых кругов. Такая организация создает условия для длительного циркулирования одного и того же возбуждения в системе и тем самым для сохранения в ней единого состояния и навязывание этого состояния другим системам мозга.

Лимбическая система имеет отношение к регулированию уровня реакции автономной, соматической систем при эмоционально-мотивационной деятельности, регулированию уровня внимания, восприятия, воспроизведения эмоционально значимой информации.

Лимбическая система определяет выбор и реализацию адаптационных форм поведения, динамику врожденных форм поведения, поддержание гомеостаза, генеративных процессов. Наконец, она обеспечивает создание эмоционального фона, формирование и реализацию процессов высшей нервной деятельности.



Внешние стимулы поступают в таламус и гипоталамус. Далее сигнал об объекте передается в неокортекс, где собираются отдельные данные в целостный образ и, передается сигнал о безопасности.

В ситуации агрессии сигнал из таламуса поступает в лимбическую систему (миндалины мозга), выделяется кортизол (гормон стресса), сигнал «бежать, спасаться». Если уровень кортизола очень высокий, то парасимпатическая нервная система получает сигнал и выделяет опиаты, которые гасят действие кортизола. Возникает «мнимая смерть». В последствии похожий стимул поступает только в лимбическую систему (по короткой дуге).

*С помощью психодрамы показать как образуется короткая дуга.*

Итак, если обобщить данные о нейрофизиологических механизмах реагирования на тяжёлый стресс, можно выделить несколько основных моментов:

* происходит активизация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы с последующим нарушением её регуляции;
* высокий уровень кортикостероидов совместно с другими факторами приводит к гиперфункции миндалевидного ядра, к нарушениям работы гиппокампа, префронтальной коры, процессов нейропластичности;
* сочетание высокого уровня катехоламинов с низким уровнем кортикостероидов приводит к перевозбуждению ЦНС и замедляет выработку поведенческих адаптационных механизмов;
* усиливается обусловливание эмоции страха и нарушаются процессы угасания условно-рефлекторного эмоционального ответа;
* важную роль в формировании расстройства могут играть нарушения дофаминергической активности ПФК, механизмы эндогенных опиоидов, серотонина и других нейромедиаторов;
* травмы детского возраста способствуют повышенной чувствительности к стрессу за счёт нарушения процессов нейронной интеграции между различными отделами мозга, что во многом обусловлено нарушениями работы префронтальной коры, лимбической системы;
* дезорганизованные привязанности в детском возрасте могут провоцировать нарушения процессов саморегуляции в будущем, что может лежать в основе диссоциативных симптомов.

 Ситуация травмы состоит из элементов:

* Поведение
* Окружение
* То, что видит человек
* Образ самого себя
* Как обращаются с ребёнком после травмы
* Маленькие фрагменты воспоминаний

Они связаны с органами восприятия: Я вижу преступника, слышу голос преступника, Я чувствую запахи, тактильные ощущения. И если есть что-то напоминающее в разных ситуациях и тогда эти запахи, ощущения, т.е. мостики – триггеры, запускающие все ощущения в теле из травматической ситуации.

Убежать из ситуации не возможно, но возможен внутренний побег – я что-то делаю со своим сознанием, со своими чувствами, как правило, это диссоциация, расщепление. Моими чувствами и сознанием я в другом месте. С этой перспективы я смотрю на тело и я этого не чувствую. Я убегаю со своими чувствами из своего тела. Я делаю себя бесчувственным.

Признаки: оглушение, апатия, ступор, перевозбуждение, сумасшедшее поведение в ситуации (смех, механич. движения), идентификация с агрессором. А. Ференци объясняет почему ребёнок подчиняется насильнику. Чувствами он вне, он входит в душу насильника и действует и видит всё глазами насильника. Для диагностики важно рассматривать всю линию глаз. И не говорить, что это пустяки.

Если мы видим признаки диссоциации, или демонстрацию диссоциации в отношениях, это свидетельствует о том, что в своём окружении, в повседневности клиент подвергается опасным ситуациям, не имея чувства опасности. Это тоже критерий диссоциации.

К чему нужно быть внимательным, чтобы заметить была диссоциация или нет.

Если поведение и содержание не совпадают:

* Фантазии
* С ним невозможно разговаривать – он где-то не здесь
* Кричащие младенцы
* Невозможность установить контакт Я-Ты.

Только, если диссоциации становятся хроническими, тогда мы видим следующие проявления: Я не полностью в этом мире, Я себя не полностью воспринимаю, не могу влиять на контакт с миром – из-за этого трудности в жизни.

 Выжить в ситуации травмы помогают 2 механизма:

1. Идентификация с агрессором – помогает предпринять действия по своему спасению. Переживание агрессора: ярость, разрушительные тенденции.
2. Чувство беспомощности жертвы – также фиксируются. Переживание жертвы: ступор, бездействие – спасает жизнь.

Диссоциированное состояние, чувства агрессора и жертвы остаются у травмированного. Травма у мужчин имеет внешние проявления, у женщин – аутоагрессия. Запускаются разрушительные тенденции (посттравматические расстройства). Возможна бессознательная попытка пережить еще раз травму, целью которой является получение нового опыта. Но происходит повторная травматизация.

***Признаки острого травматического расстройства***

1. Флеш-бэки – непроизвольное воспоминание, которое наполнено чувством кошмара. Запускаются триггером.
2. Перевохбуждение (сильное напряжение) – живет в страхе, что может снова это испытать.
3. Избегание – старается избегать большого количества людей, сужается круг общения, избегание запахов, звуков и т.д.

О. травма – до 6 месяцев, далее происходит хронизация процесса, которая имеет внешние проявления: социальная изоляция, ригидность, алкоголизация. Самоисцеление возможно при наличии внутренних и внешних ресурсов.

 Появление психосоматических симптомов затрудняет выделение травмы. Но симптоматика – это способ защиты от разрушений.

У жертвы возникает опыт агрессии и бессилия. Этот опыт может быть проработан 2 способами:

1. возможность вынести агрессию наружу, т. е. жертва идентифицируется с агрессором и ведёт себя агрессивно по отношению к др. жертве – реинсценировка. Зачастую это мужская форма проработки: проявлять агрессию вовне.

2. у женщин часто проявление агрессии вовнутрь: депрессии, саморазрушение, пищевые нарушения – связано с чувством вины.

Было обнаружено, что травматический опыт аккумулируется в голове как нормальный опыт. Нормальный опыт связан со словами и возвращается обратно к действиям. Травматический опыт сразу в действия.

***Работа с травмой***

 • Передача знаний!!!!

• Стабилизация!!!! Используем: поведенческо-терапевтические методы, как переструктурирование, десенсибилизация, методы когнитивной конфронтации, расслабление мускулов, самоуправление, техники по остановке мыслей.

При этом важны два условия:

1. необходимо активировать воспоминание о травматической ситуации вместе с испытываемым страхом.
2. необходимо ввести новую информацию.

• Гипнотерапевтические методы, способы символизации и воображения

• Методы глубинной психологии, сфокусированные на проработке внутреннего конфликта как последствие травмакомпенсационной схемы

• у детей: посттравматическая игра

• Успешным оказалась комбинация различных методов, которые позволяют структурированно работать с последствиями травмы, техника экрана, ролевая игра, творческий материал.

При этом необходимо рассматривать саму травму с внешней перспективы в сопровождении психолога, а также «вчувствоваться» в нее:

* предпринимать всё то, что способствует потоку игры и позволяет ребенку почувствовать, что его понимают.
* следить за тем, чтобы игра была связана с травматической ситуацией.
* способствовать выражению мыслей, чувств и телесному выражению, следить, чтобы это происходило в том объеме, который можно выдержать.
* находить новые решения, концовки игры, утешать.
* происходящее должно быть еще раз понято по-новому и в соответствии с реальностью.
* если терапевт вовлечен в игру, он всегда должен следить за выполнением по ее ходу своих терапевтических функций и задач.
* следить за границами нагрузки для ребенка, лучше проработать меньше, но хорошо.

***По окончании игры необходимо обратить внимание на следующее:***

- чтобы ребенок снова был ориентирован на реальность

- чтобы ребенок больше не пребывал в регрессивном состоянии

чтобы еще оставалось достаточно времени продолжить хорошие ритуалы/ресурсы

- чтобы еще полностью не проработанные сцены были "надежно" закрыты в сейфе.

В поcттpавматической игре исцеление происходит через взаимодействие игры, чувств, мыслей, переживания в поддерживающем и пони мающем отношении к терапевту.

Необходимо сблизить объективную и субъективную схему травмы, от схемы посттравматической травмы следует отказаться.

Эльке Гарбе, 2001, пер. А. Локтионова, сентябрь2002

***Посттравматическая: игра***

Дети реинсценируют не проработанный травматический опыт в действии, например, в игре. Это может случиться всегда, в любом месте и в любое время. Цель таких реинсценировок - возможность проработать опыт, обременяющий организм. Однако, повседневные реинсценировки не помогут проработать травму. Для этого необходима психотерапевтическая поддержка.

Различают два вида реинсценировок:

1. в игре. Ребенок реально или символически воссоздает аспекты травматической ситуации и проигрывает их. По своему содержанию они, однако, не соответствуют фотографически точно произошедшему травматическому событию. Ситуации могут быть изменены посредством раннего или последующего опыта. Инсценируются субъективно осознанные или неосознанные содержания травматической памяти.
2. в рамках отношения к другому лицу.

В терапевтической ситуации различают два вида посттравматической игры:

- спонтанно возникающая игра

- игра, инициируемая психологом.

В ходе посттравматической игры, стоят следующие задачи:

* всегда обеспечивать связь с ребенком: ребенок должен чувствовать, что он не один, что у него есть опора.
* предоставить уверенные рамки, оказывать поддержку и проводить границы.
* облечь происходящее в слова и тем самым стимулировать способность к символизации.
* заботиться о защите ребенка, следить за тем, чтобы не повторялись ранящие, травмирующие эпизоды.

***Правила для терапии травмы***

(По учебнику травматологии Фишер и Ридессер)

Существуют 13 отправных точек.

1) Жертву необходимо признавать, а не осуждать. Терапевт должен уметь контролировать свои тенденции (защиту, сверхидентификацию).

2) для восстановления чувства безопасности необходимо обеспечить немедленную социальную, психическую и экономическую поддержку.

3) Терапевты должны учитывать массивные собственные эмоциональные реакции и тенденции к действию. К наиболее частым, «немодулированным аффектам» относятся: «злость и страх, эмоциональная анecтeзия и реакции избегания (cтp.240).

4) Терапевтическая работа требует готовности пройти тесты на доверие и надежность со стороны клиента,. выдержать их и при этом не потерять терапевтическую абстиненцию и не запутаться.

 5) Необходимо понимать перенос в связи с травмой к как процесс возобновления. отношений, при котором должно происходить постепенное преодоление недоверия и обретение утерянной социальной безопасности.

6) Прежде всего,- необходимо исходить из того, что психотравматические симптомы стресса возникают вследствие травматического события; пациент должен мочь сам устанавливать CВJIЗИ с ранними событиями своей биографии лишь после проработки актуальной травмы (по собственной инициативе).

7) Информация о природе и динамике травматических реакций: необходимо, чтобы пациент/жертва воспринимал симптомы, с одной стороны, как нормальную реакцию (нормальность), с другой стороны, как совершенно индивидуальную форму преодоления (индивидуальность) абсолютно необычной ситуации.

Сюда относится принятие и понимание того, что в травматической ситуации не было адекватных форм преодоления («irnpowerment» как обретение силы пациентом).

8) Следует учитывать, что процессы развития взрослого также могут ускоряться, замедляться, задерживаться и прерываться и поэтому необходимо считаться с нарушениями самости (нарушение Я-непрерывности между пре- и посттравматической идентичностью и развитием идентичности).

9) Необходимо также учитывать необычные, Т.е. традиционно пренебрегаемые, концепты зашиты.

Сюда относятся механизмы отвержения, расщепления и форм диссоциации («дереализация, деперсонализация ... и психотические фрагментации с галлюцинациями», стр.238), которые в экстремальном случае также могут привести к длительному изменению личности. (н. «Doubling» - диссоциативное нарушение идентичности).

10) Жертвы травматизации потребляют алкоголь и наркотики для снижения крайнего возбуждения вегетативной нервной системы (внутреннее возбуждение) концепты алкоголизма и наркомании необходимо позже включить в план лечения.

11) Чтобы помочь жертве обрести новый смысл в жизни/развиваться дальше, так что она сама смогла бы «найти свой выход из травматической ловушки ... » (стр.235), можно предполагать, что успешная трансформация травматического опыта может привести к развитию позитивных характерных черт.

12)В отношении жертвы/пациента действует правило: переработку собственной травмы можно ускорить, вовлекаясь в социальную работу для других и тематизируя тем самым свою травму.

13) Потрясение на всю жизнь остается, даже в том случае если травматический опыт был успешно проработан терапевтически, - особенно, если связующие линии с ранним опытом не осознаются. 7 эти душевные шрамы можно описать как «Травматически прерванные схемы ориентации и поведения» личности (стр. 24). Часто они определяются измененной ориентацией в целях и в методах («средства»; стр.24/26) осуществления цели в жизни индивидуума.

***Рабочая бумага для видеотехники***

1. В течение продолжительного периода времени Вы проводили терапевтическую работу с ребенком/подростком. В результате возникла прочная терапевтическая связь. Ребенок стабилизировал свои силы «Я» и живет в стабильном окружающем мире, его симптомы выровнялись, без обострений, защита стала стабильной. Ребенку 6 лет или больше.

1

2. Существует согласие между Вами и ребенком/подростком по поводу того, что

теперь вы вместе с ним хотите более тщательно, маленькими порциями прорабатывать травматический опыт.

3. Вы объясняете ребенку технику киноэкрана и спрашиваете его, хочет ли он принять в этом участие. Вы понимаете его вопросы и страхи.

4. Сначала Вы делаете с ребенком/подростком упражнение

«хорошее (безопасное) место», которое Вы определили ещё раньше.

Итак, Вы усаживаетесь перед белой (по возможности) стеной, поставив рядом два стула. Теперь Вы объясняете ребенку/подростку, что вы оба будете делать так, как если бы вы смотрели видео и на белой стене перед вами появлялось изображение. Вы представляете, что у вас обоих в руке пульт управления. Вы вместе с ребенком/подростком проделываете все операции, которые можно выполнять с помощью пульта: выключение, включение, стоп-кадр, перемотка вперед/назад, ускоренная перемотка, включение/выключение звука, увеличение/уменьшение громкости звука, увеличение/уменьшение картинки изображения, включение/выключение цветности.

5. спросите ребенка/подростка о том, есть ли у него ещё вопросы. Если нет, то приступайте. Ободрите ребенка/подростка ещё раз, с тем чтобы он вспомнил сцену из травматизации и рассказал Вам о ней. Это должна быть сцена, о которой Вы с ним уже говорили и которую вы знаете. Попросите ребенка/подростка отыскать в памяти «легкую» сцену. Теперь скажите ребенку/подростку, чтобы он вернулся к началу этой сцены, т.е. к тому месту, где она началась и где ещё была переносима. Скажите ребенку/подростку, что теперь он должен представить себе, что все произошедшее будет происходить как в видеофильме, и что у вас обоих в руке пульт управления, и что вы всегда можете вызвать те или иные функции, и, прежде всего, нажать на «вкл.» или «выкл.». Скажите ребенку, что он должен рассказывать Вам, что в данный момент происходит в кинофильме, говоря не от своего имени - от имени Я, а, например, от имени «Анны» и Т.Д. (Это создает дистанцию к собственному переживанию).

6. А теперь начинайте. Попросите ребенка/подростка описать Вам первую картинку, при этом обращайтесь ко всем органам чувств, всегда останавливайтесь на кажущихся незначительными деталях, например: «какого цвета были занавески, что передавали по радио». Это способствует воспоминанию и усиливает восприятие и выражение чувств. Сопровождайте ребенка структурировано, наблюдайте когда он оказывается вовлечен. Осуществляйте телесный контакт только тогда, когда на Ваш взгляд он необходим и может помочь.

7. потом Вы дойдете до такого пункта, где дистанцирование больше не возможно (высказывание от 3-го лица). Теперь совершенно ясно, что ребенок/подросток находится в происшедшем переживании. Теперь выключите видео и полностью сосредоточьтесь на ребенке/подростке, чтобы в процессе выражения своих чувств он чувствовал поддержку и сопровождение. В этой фазе важно, чтобы ощущения и картинки внутреннего переживания сошлись, и именно в присутствии и с пониманием терапевта.

8. Если это целесообразно и ребенок/подросток достаточно устойчив и желает того, по окончании проработки Вы можете прокрутить вторую фазу видео.

9. Вы также можете предложить ребенку запереть проделанный опыт и оставшуюся часть фильма в символический ящик и хранить его в терапевтическом кабинете.

Закончить этот час Вы можете с помощью хорошего ритуала, игры или можете ещё раз посетить хорошее место.

10. Прежде чем отпустить ребенка, Вы должны быть уверены в том, что он снова ориентирован и устойчив (стабилен).

Эльке Гарбе, 1999.

***Техника плана (проекции)***

Данный метод пригоден как для диагностики, так и для проработки травмы. Когда я сопровождаю ребенка для диагностики и остаюсь на уровне восприятия (где находятся двери, где расположена твоя комната/кто где был/где уютно/где плохо/кто где спит/как выглядят обои/какая мебель в доме и т.д.), Я С целью проработки перехожу с этого уровня на уровень чувств и мыслей и поощряю его выражение.

1. Попроси ребенка на большом листе бумаге нарисовать карандашом план квартиры (или окружения, местности), где имела место травматизация. Спроси об окнах, дверях. Спроси, кому какая комната принадлежит. Спроси о том, какая обстановка в комнатах и попроси ребенка нарисовать это. План не должен соответствовать масштабу, ¬важно, чтобы у обоих было представление о пространстве.

2. Теперь попроси ребенка выбрать два карандаша, которые бы представляли добро и угрозу/зло.

3. Затем попроси ребенка нарисовать "хорошим карандашом" все места, с которыми У него связаны приятные воспоминания. (Где было хорошо/что и с кем ты там делал). Постарайся, чтобы он вспомнил образы, чтобы в нем ожили хорошие воспоминания.

4. После этого попроси ребенка нарисовать "плохим карандашом" места, где он чувствовал себя плохо.

5. Потом начни прорабатывать с ребенком приятные места одно за другим, спрашивая его о действиях/содержании/чувствах/атмосфере и способствуя их усилению.

6. Затем попроси ребенка, начиная с места, где он чувствовал себя наименее плохо, описать, ~ произошло там. Сопровождай ребенка, внимательно слушай его, задавай дополнительный вопросы, касающиеся хода событий и конкретных действий (диагностика). Перейди на уровень чувств/мыслей, если требуется проработка (как это ощущалось в теле ты думал).

7. Шаг за шагом пройди все плохие места. для регулирования такой нагрузкой, время от времени можно снова возвращаться в хорошее место, чтобы набраться сил.

8. Работа с планом может занять несколько сеансов. Она также пригодная для маленьких детей, и часто является первым структурированным методом, с помощью которого можно приблизиться к травме.

 Эльке Гарбе 2001.

