Тезисный разбор статьи:

«Особенности оказания медико-психологической помощи несовершеннолетним, пережившим травматическое событие»

Выборка исследования

Была проанализирована динамика проявлений психических нарушений у детей и подростков (136 чел.), а также особенности оказываемой психологической помощи:

- г. Беслан, сентябрь — ноябрь 2004;
- Южная Осетия, сентябрь 2008, июнь — август 2009;
- образовательные учреждения города Москвы (несчастные случаи) в трех стадиях переживания травмы).

Три ведущих механизма формирования и работы психической травмы

Регрессивный механизм — через слияние с травмой

Интроективный механизм — через психологическую защиту «поворот против себя»

Диссоциативный механизм — через расщепление, вытеснение

Регрессивный механизм психической травмы (47 чел. — 34,5%)

- крик и плачь
- мимические реакции
- состояние беспомощности
- травматическая алекситимия
- спонтанные эмоциональные реакции
- явления деперсонализации-дереализации
- нецеленаправленное двигательное возбуждение
- пассивность и гиперсензитивности на внешние раздражители
- выраженная тревога и гнев, связанные с актуальным травматическим событием
- усиление симбиотических отношений с родителями, сопровождающихся страхом их потери
- затрудненный контакт с ребенком, в силу некоторой дезориентации ребенка в пространстве
- регрессивные реакции у детей младшего школьного возраста - снижение навыков письма, счета, речи, появление энуреза

Пример: По инициативе отца к психологу обратился 16-летний молодой человек, переживший 9 дней назад в результате трагических событий смерть матери. В настоящее время живет вместе с отцом, младшей сестрой, дедушкой и бабушкой по материнской линии. В беседе растерян, плачет, иногда через силу пытается улыбнуться, отвечает односложно, часто переспрашивает, говоря, что не понимает или теряет смысл вопроса. В настроении преобладает подавленность, страх. Сообщает, что не видит своего будущего, чувствует себя брошенным, оставленным («мне сейчас как будто 7 лет»). В беседе отмечаются сниженная способность к рефлексии, сложности в разграничении ощущений, чувств, мыслей, хотя, со слов отца, до трагедии мальчик отличался повышенной чувствительностью и способностью к самонаблюдению. Также со слов отца, подросток не хочет ходить в школу, так как «ничего не понимает», а выглядеть «дураком» не хочет.

Основной задачей психолога являлось предотвращение дальнейшего углубления травматического регресса.

Психологическое сопровождение осуществлялось через безусловное понимание, принятие и сострадание, создание атмосферы «успокоения», через работу с опосредованными травме чувствами через техники арт-терапии. Основная работа заключалась в предоставлении ребенку средств, через которые облегчалось выражение им своих чувств. Рисуя картинку, рассказывая историю, ребенок получал возможность отреагирования, «завершения незавершенной» ситуации, обретал возможность более широкого выбора эмоционального, поведенческого реагирования.

В работе с сенсорными переживаниями — акцент работы на их абсолютную принадлежность только ему.
Обозначение различий в сенсомоторном опыте в одних и тех же условиях.
Выявление и обработка аффектов, связанных с переживанием разобщенности и отвержения в случаях обнаружения разницы в переживаниях людей, находящихся в одной и той же ситуации.
Постоянное мягкое, но настойчивое различение «мое» — «немое» с систематической вербализацией. Построение ясной когнитивной модели происходящего.

Для регрессивного механизма оптимальная последовательность этапов работы была такой:

возвращение способности сенсорно-телесного наблюдения → восстановление полноты ощущений → аффективная реинтеграция → вербализация когнитивной структуры

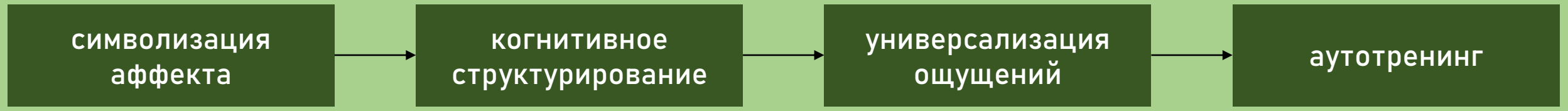
Диссоциативный механизм психической травмы (61 чел. — 44,8%).

- тревожные, соматовегетативные, тревожно-фобические реакции
- парадоксальные реакции — эйфория, возбуждение, переоценка своих возможностей
- кошмарные сновидения, содержательно не всегда связанные с травматическим событием
- диссоциативные нарушения, пердставленные в виде частичной амнезии, конверсионных нарушений
- в период реакции дезорганизации и демобилизации были характерны сочетание тревоги с раздражительностью, трудности межличностных отношений, снижение внимания, памяти за счет высокого уровня возбуждения

Пример. К психологу обратилась мать с мальчиком 13 лет через две недели после травмирующего события с жалобами на страхи неопределенного характера, нарушения сна, агрессивность, замкнутость в поведении сына. Подросток на беседу идет неохотно, взгляд и мимика напряженные. Отвечает неохотно, односложно. Говорит, что внезапно, без всяких внешних причин накатывает чувство беспокойства, страха, с ощущением похолодания рук, онемения правой стороны лица. Тяготится своим состоянием, так как не может его контролировать и влиять на него. Говорит, что страхи появились через несколько дней после трагедии. Рассказывая о ней, путается во временной последовательности событий, некоторых «особо значимых моментов» не может вспомнить. Сообщает, что в какой-то момент травматических переживаний «как бы перестал чувствовать», появились раздражение, злость на происходящее, все стало восприниматься «по-другому», «как бы со стороны». До настоящего времени не может «отойти», вернуться в «обычное состояние». Все чаще приходят мысли, что может не справиться с импульсивным желанием нанести себе «физический вред».

Основной фокус работы направлен на установление и поддержание отношений доверия. В самом общем виде: обращение внимания на возможности выхода за пределы системы проекций и принятие соответствующих действий со стороны значимого окружения. Возвращение шаг за шагом отчуждаемой части переживаний (в частности, зависти, злости) через арт-терапевтические техники и методики. Создание через информирование ясной когнитивной концепции происходящего. Регуляция состояния с помощью техник аутотренинга.

Для диссоциативного механизма оптимальная последовательность этапов работы была такой:



Интроективный механизм психической травмы (28 чел. — 20,5%)

- чувство вины
- в поведении наблюдались как идеаторно-моторная заторможенность, так и ажитированность
- навязчивые или сверхценные идеи о своей виновности, несостоятельности своего поведения в произошедших травматических события
- контакт с подростками устанавливался легко, так как ребенок сам ищет эмоциональную поддержку, помощь в осмыслении произошедших событий.

Пример. По собственной инициативе обратилась девушка 14 лет, в результате трагических событий потерявшая около одного месяца назад младшего 12-летнего брата. В беседе — сосредоточена, собрана, мимика однообразная скорбная. Темп речи несколько замедлен, отвечает часто после паузы. Ответы — по существу, логичные, грамматически правильно выверенные. Жалуется на навязчивые воспоминания о трагедии («перед глазами, все время вижу брата», «сразу накатывают слезы», «чувствую вину, злость на себя, что не могла его спасти»). Сообщает, что устала чувствовать себя виноватой, неполноценной («живу прошлым, воспоминаниями»), периодически переживает невыносимую тоску, сопровождающуюся «душевной болью». Говорит, что в такие моменты «не хочется жить», однако понимает «несуразность этого», пытается терпеть, «просто страдать».

Основной фокус приложения психотерапевтических усилий должен быть направлен на динамическое соблюдение баланса фрустрации (побуждения к действию) и поддержки (преодоление настороженности). Обработка сверхобобщений и других когнитивных искажений. Телесно-ориентированные эксперименты: внимание и обсуждение поз, жестов, движения, дыхания и т. д. Выявление скрытых переживаний, способствование их выражению и отреагированию. Формирование устойчивой позиции, включающей весь спектр переживаний по отношению к травме.

Для интроективного механизма оптимальная последовательность этапов работы была такой:

коррекция когнитивных искажений → восстановление полноты спектра ощущений и моторной активности → интеграция аффективной сферы

Психологическое консультирование детей, которое осуществлялось в течение года после травматического события, позволило выявить, что у 34 (25%) подростков сохранялись различные формы психических нарушений.

Так, регрессивный механизм психической травмы спустя год наблюдался уже реже (5 чел. — 14,7%), в нескольких случаях — в виде тревожно-соматизированных реакций, обострения имеющихся соматических заболеваний, травматической алекситимии. Учитывая, что травматическое событие провоцировало резкое снижение защит и актуализировало предшествующие травматические переживания (вплоть до раннего детства), чаще наблюдались внутриличностные невротические конфликты, негативно сказывающиеся на социально-психологическом функционировании подростка. Целью психологического воздействия являлось улучшение осознания и контроля ребенка над своими переживаниями. Роль психолога на всех этапах кризисной психологической помощи заключалась в создании вспомогательного «Я», помогающего ребенку осознавать и контролировать свои переживания, структурировать и четко планировать все виды социальной деятельности.

Наиболее часто спустя длительное время наблюдались проявления диссоциативного механизма психической травмы (22 чел. — 64,7%) — чаще у подростков с эмоционально неустойчивыми, импульсивными, демонстративными чертами. Спустя год сохранялась частичная амнезия на травматические события. У некоторых детей травма была настолько сильна, что ребенок помнил лишь отдельные фрагменты увиденного, при воспоминании о которых развивалось измененное состояние сознания, речь становилась непонятной, обрывочной, эмоции, характерные для периода, когда произошло травмирующее событие, полностью отрицались (например, «скучно было»). В ряде наблюдений выявлялись психосоматические, поведенческие нарушения. Преобладали жалобы на неприятные болезненные ощущения в различных частях тела, проблемы с дыханием, спазмы гортани. При ведущем диссоциативном механизме работы травмы в основе симптомов психического страдания всегда лежит травматический аффект, который находится в психике в особом «связанном», непереносимом и поэтому отщепленном от воспоминаний состоянии. Отсюда следует, что терапия успешна только в случае «реконструкции восприятия травматической ситуации в безопасных условиях и восстановления нарушенных психодинамических связей с высвобождением аффекта» [12]. Задачей в данном случае является нахождение способа выражения ребенком содержания своих переживаний в символической форме. Основной метод — символическая игра и др.

Интроективный механизм психической травмы (7 чел. — 20%) спустя год проявлялся в субдепрессивных реакциях с преобладанием тоски, подавленности, чувства вины, с отсутствием признания последствий травмы, в навязчивых воспоминаниях о случившемся, в заниженной самооценке. Механизм фиксации травматических переживаний через развитие патологической реакции горя (депрессии) чаще наблюдался у подростков, в структуре личности которых отмечались такие черты, как повышенная ответственность, добросовестность, перфекционизм, ригидность с «застреванием», «зависанием» в травматических ситуациях. Общая стратегия кризисного вмешательства при интроективном механизме травмы должна быть направлена на переосмысление произошедшего, на 121 восстановление смысловой перспективы на будущее

Таким образом, в зависимости от стадий проживания травматического опыта и защитных механизмов содержание психологической помощи направлено:

1) на принятие, понимание, сострадание, создание условий психологической безопасности с целью уменьшения возможности дальнейшего регресса;
2) на восстановление адаптивных форм защиты, реконструкцию восприятия травматической ситуации в безопасных условиях и восстановление нарушенных психодинамических связей с высвобождением аффекта;
3) на восстановление и нахождение новых смыслов существования.