МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Негосударственное образовательное учреждение

высшего (или дополнительного) профессионального образования

Институт психотерапии и клинической психологии “ИПиКП»

Кафедра практической психологии

Профессиональная переподготовка по практической психологии со специализацией: психотерапия детей и подростков

Методические рекомендации по теме:

“Кризисные состояния у детей и подростков (ПТСР, насилие, горе, суицидальное поведение)”

Москва

2019

Выполнила: Гусейнова Нана Фуадовна

Научный руководитель: детский и подростковый клинический психолог, кандидат психологических наук, сертифицированный специалист по когнитивно-поведенческой психотерапии (в том числе АВА-модель), арт-терапии(игротерапии, песочной терапии, сказкотерапии), Усачева Елена Михайловна

Рецензент: уч. звание (профессор, доцент), уч. степень, ФИО (ФИО рецензента студент может узнать на 2-й предзащите

В пособии раскрываются основные понятия, важные теоретические положения современной психологии кризисных состояний у детей и подростков, отражены разные стороны работы детского психолога. Пособие предназначено для студентов психолого-педагогических вузов и колледжей, практических психологов, а также будет полезно всем, кого волнуют кризисное состояние детей и подростков и как им помочь пережить этот период.

Содержание

1. Введение…… 4
2. Глава 1. ПТСР. Кризис……. 5
3. Глава 2. Горе и утрата. ……. 20
4. Глава 3. Насилие…… 37
5. Глава 4. Суицид …… 42
6. Техники, упражнения…….. 48
7. Вопросы для проверки……
8. Список рекомендуемой литературы…….
9. ВОПРОСЫ К ИТОГОВОМУ ЭКЗАМЕНУ……

Введение

Целью написания данной методической рекомендации является ознакомить слушателей с основными теоретическими позициями психотерапии кризисных состояний у детей и подростков, связанных с переживанием утраты, суицидальным поведением, перенесенным насилием и другими психологическими травмами.

Задача курса:

Дать представление о существующих моделях терапевтической помощи. Сформировать базовые навыки в адекватном подборе методов психологической помощи.

Структура курса:

Курс состоит из теоретической базы, разбираются на семинаре жизненные ситуации детей и подростков, оказавшихся в кризисных ситуациях. Происходит знакомство с разными техниками и некоторые из них отрабатываются на практике.

Форма и организация учебного процесса:

Учебный процесс построен таким образом, что даёт возможность не только изучить теорию, но и ознакомиться с практической частью некоторых техник.

Объём курса:

Курс рассчитан на 20 академических часов - 2 учебных дня

В результате обучения на семинаре, слушатели:

- получат знания об основных методах кризисного консультирования детей и подростков, коррекции и психотерапии;
- приобретут умения и навыки необходимые для психологической помощи детям и семьям, находящимся в кризисных ситуациях.

Глава 1 ПТСР. Кризисы.

Общие сведения. Причины. Патогенез. Классификация. Симптомы. Осложнения. Диагностика. Лечение. Прогноз и профилактика.

Посттравматическое стрессовое расстройство у детей (ПТСР).

Посттравматическое стрессовое расстройство у детей – нарушение психической деятельности, развивающееся после внешнего психологически травмирующего события. Проявляется многократным переживанием ситуации в кошмарных снах и мыслях, желанием избавиться от воспоминаний, актуальным нервным напряжением, раздражительностью, тревожностью. Для диагностики используются психометрические тесты, проективные методики, наблюдение, беседа. Специфическое лечение включает семейную психотерапию, когнитивно-поведенческую терапию, нейролингвистическое программирование, аутотренинг. При сложных формах дополнительно применяется медикаментозная терапия.

Общие сведения.

Термин «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР) употребляется с 1980-х годов. Его синоним – посттравматический синдром. Изначально эта нозология включала эмоциональные нарушения, вызванные экстраординарными природными общественно-политическими событиями: военными действиями, террористическими актами, стихийными бедствиями. Позже границы понятия были расширены, к данной патологии стали относить сходные невротические расстройства после бытового, социального насилия.

Причины ПТСР у детей.

Психологическая травма. Травмирующее событие становится основой синдрома. Экстремальной ситуацией может быть тяжелое заболевание, инвалидизация, длительная разлука с матерью, помещение в интернат, болезнь или смерть близкого человека, физическое, сексуальное и психологическое насилие, техногенные и природные катастрофы, войны, преследования.

Неблагоприятные социальные условия. Причиной формирования посттравматического синдрома является неблагоприятная обстановка после

психотравмы. Дети, испытывающие одиночество, не охваченные социальными взаимодействиями, не имеющие близких людей, проживающие в трудных материально-бытовых условиях больше подвержены расстройству.

Индивидуальные особенности. Вероятность развития посттравматического синдрома выше при отягощенной наследственности – наличии родственников первой линии с психическими расстройствами, суицидами, алкоголизмом, наркоманией. ПТСР чаще диагностируется у соматически ослабленных детей, имеющих неврологические, эндокринные, психические болезни.

Патогенез.

Посттравматическое стрессовое расстройство у детей – отсроченная реакция на травму. Она развивается как результат истощения адаптационных резервов организма, сбоя эмоционально-волевых механизмов. В экстремальной ситуации системы организма функционируют в усиленном режиме – активизируется фаза сопротивления. Опасность, непредсказуемость событий не позволяют проявить слабость, эмоциональность. Собственное отношение, страх, унижение, боль вытесняются из сознания, так как не способствуют выживанию. В итоге через определенный промежуток времени защитные механизмы истощаются, переживания актуализируются, трансформируясь в навязчивые воспоминания, кошмарные сны, напряжение, тревожность, депрессию.

Классификация.

Характерная особенность посттравматического стрессового расстройства – стадийность. Синдром развивается через некоторое время после психологической травмы, имеет ряд этапов. Классификация включает следующие виды ПТСР:

1. Острое расстройство. Характерно яркое проявление симптомов. Продолжительность – до 3 месяцев.

2. Хроническое расстройство. Симптомы менее заметны, выявляются признаки истощения ЦНС, отмечается грубость, эгоизм, равнодушие к окружающим людям, событиям.

3. Деформации эмоционально-волевой сферы. Возникают при длительном хроническом течении ПСТР. Развиваются приступы тревоги, страха, паники. Заостряются негативные черты характера.

4. Отсроченный синдром. Симптомы проявляются через полгода и более после воздействия психотравмирующей ситуации.

Симптомы ПТСР у детей.

Поведение детей, страдающих посттравматическим синдромом, направлено на избегание ситуаций, актуализирующих воспоминания травмы. Случайное взаимодействие с триггером (фрагментом психотравмирующей ситуации) сопровождается эмоциональным приступом, проявляющимся тревогой, криками, паникой, плачем, неадекватными импульсивными поступками. Примером триггера является скрип тормозов, звук выстрела, запах определенных лекарств. Воспоминания чаще возникают ночью, днем редки, переносятся легче. Нередко отмечаются нарушения сна, дневная сонливость. Часто наблюдается стремление ребенка пережить травмирующую ситуацию вновь: сюжет воспроизводится в рисунках, играх, сочиненных историях.

Дети, подвергшиеся физическому насилию, становятся агрессивными – провоцируют конфликты, первыми начинают драку. У дошкольников на фоне ПТСР обнаруживается регресс развития: упрощается речь, игра, исчезают ранее усвоенные навыки самообслуживания, гигиены. Нарушения эмоциональных, волевых функций проявляются замкнутостью, капризностью, раздражительностью. Возникают проблемы социализации, социальной адаптации. Тяжелые формы сопровождаются иллюзиями, галлюцинациями, отражающими отрывки травмирующей ситуации.

Постоянное эмоциональное перенапряжение, бессонница приводят к развитию церебрастенического синдрома – комплекса симптомов истощения нервной деятельности. Ребенок быстро утомляется, не справляется с учебной нагрузкой, старается избегать физической активности, плохо концентрируется. Постепенно появляются функциональные нарушения со стороны сердечно-сосудистой, эндокринной, пищеварительной системы. Частыми симптомами являются энурез, астения, сонливость, эпигастральные и/или головные боли.

Осложнения.

Нейрофизиологические системы детей стремительно развиваются. Психологические травмы отражаются на процессе физического и психического развития. При отсутствии своевременной диагностики и адекватного лечения посттравматическое стрессовое расстройство у детей становится хроническим,

осложняется развитием вторичной депрессии, появлением обсессивно-компульсивного, панического расстройства, фобий. Среди оформленных страхов преобладает агорафобия, клаустрофобия, боязнь темноты. По мере взросления возникает риск патохарактерологического, психопатического развития личности, наблюдается замкнутость, тревожность, озлобленность, агрессивность. Расстройства поведения ассоциируются с повышенным риском алкоголизации, наркотической зависимости, социальной дезадаптации, суицида.

Диагностика.

Трудности диагностики посттравматического стрессового расстройства связаны с ограниченностью вербальных возможностей детей, склонностью родителей недооценивать симптомы ребенка. Для выявления синдрома используются навыки клинического обследования, специальные психодиагностические инструменты:

Клиническая беседа. Проводится детским психиатром. Специалист выясняет характер психотравмирующего события, период до появления симптомов, выраженность клинической картины. Акцент делается на три ключевых момента: наличие психотравмы, эмоциональный всплеск на воздействие триггеров, частые воспоминания о травмирующем событии, подтверждающиеся воспроизведением в играх, снах, рисунках, рассказах.

Психодиагностика. Клинический психолог предлагает родителям заполнить опросники, касающиеся состояния ребенка: перечень педиатрических симптомов (PSC-17), опросник тревожности Лаврентьевой, Титаренко. Эмоциональная сфера детей до 8-10 лет исследуется проективными методиками: рисуночными тестами «Несуществующее животное», «Человек под дождем», методиками интерпретации ситуаций (тест Розенцвейга, тематический апперцептивный тест (ТАТ), тест детской апперцепции (CAT), тест руки).

При наличии выраженных соматических симптомов ребенка направляют к узким специалистам для исключения возможных заболеваний. Дифференциальную диагностику проводят с первичными депрессивными состояниями, поведенческими нарушениями, острыми реакциями на стресс. Ключевым моментом является отсроченность, стадийность симптомов ПТСР, наличие триггеров, реакции на них.

Лечение ПТСР у детей.

Посттравматический синдром возникает при нарушении переработки жизненного опыта экстремальных ситуаций – моменты из прошлого существуют в реальной жизни, изменяют ее. Поэтому лечение предполагает работу с детским психологом, психотерапевтом – специалистами, помогающими осознать, пережить, отпустить травмирующие события. Комплексная терапия ПТСР у детей включает:

Когнитивно-поведенческие методы. Встречи со специалистом направлены на осознание, повторное переживание психотравмы. После этого используются техники десенсибилизации ключа. Подбирается несколько стимулов одного типа, но различной интенсивности. Производится провокация эмоционального ответа (страха, плача) с постепенным усилением, вырабатываются навыки совладания с приступом. Со временем связь триггера и эмоций разрушается.

Психокоррекция деструктивных чувств. Проективными методами, игровыми ситуациями устраняется чувство вины, корректируются приступы агрессии, самоагрессии.

Семейная психотерапия. Работа вместе с родителями, близкими родственниками направлена на снятие тревожности, эмоционального напряжения. Создаются ситуации, благодаря которым ребенок может проявлять себя, быть активным, не бояться.

Прогноз и профилактика.

На ранних стадиях ПСТР прогноз благоприятный, расстройство удается устранить комплексной психотерапевтической помощью, дополненной приемом медикаментов. Хроническая форма синдрома тяжелее поддается лечению – развиваются осложнения, происходит психопатизация личности. Патологические изменения более стабильны, требуют длительного врачебного контроля. Снизить вероятность посттравматического синдрома можно правильной организацией жизни. Необходимо обеспечить максимальную включенность ребенка в социальные отношения: посещение школы, дружеские встречи, спортивные секции, активный семейный отдых. Важна увлеченность настоящим – встречами, учебой, творчеством, достижениями. Если ребенок хочет обсудить произошедшее тяжелое событие, нельзя отказывать, но стоит говорить о нем, как о прошлом опыте.

При выборе методов психотерапии и психокоррекции, необходимо ориентироваться на возраст и ситуацию которая произошла. Мы должны понимать,

что с ним происходит для того чтобы работать. Есть общий подход для того чтобы понимать, что мы делаем с ребёнком в кризисе и тематический - при суицидах и горе, утрата.

Кризис - это любое событие, которое выводит за рамки опыта привычного. Для нас кризис - это то, с чем мы не сталкивались ранее. Для ребенка кризис - любое выходящее совсем чуть-чуть за рамки событие.

Что происходит, когда приходит кризис? Все рушится. Мы можем от взрослых и детей, которые могут легализовать свой опыт услышать - я рассыпаюсь, делаю все чтобы не рассыпаться, надо собраться, чтобы что-то сделать.

Один из признаков ПТСР - это диссоциация - разделение эмоционального состояния от личности. «Я не понимаю своих эмоций. Я смотрю на жизнь и вижу, что она проходит мимо меня». Колебания настроения.

Основная идея работы с людьми в этом состоянии - помочь ему ощутить себя, вернуть все кусочки себя, детали себя, вернуть собрать целостность, что ребенок сейчас чувствует и вернуть идентичность ему.

Любой кризис - даем нам новые возможности, получаем новый опыт. Каким бы он травматичным не был. Новый опыт всегда дает новые возможности. Возможности находить какие-то ресурсы у себя, во внешней жизни, как бы они не отличались от прежних.

Кризис представляет опасность - это разрушение физическое и эмоциональное, личностное. Но, в нашей психике заложены механизмы совладания с этими состояниями.

Для того чтобы событие стало стрессовым оно и объективно должно быть, т.е. если мы видим признаки диссоциации, острой тревоги т.е. признаки эмоциональных нарушений - мы не можем всегда считать стрессовым расстройством просто потому что они есть. Для того чтобы мы это квалифицировали как стрессовое расстройство и работали с этим не как эмоциональное нарушение, мы должны понимать, что событие произошло. Это означает, что до этого момента состояние ребенка было другим. Был период жизни, когда этого не было. Была какая-то отправная точка. Мы будем видеть у человека возвращение к ситуации. (Я все время думаю об этом. Подростки будут об этом будут говорить, но «Я об этом не думаю». Дети будут играть в эту ситуацию, или будет избегание ситуаций). Взрослые люди часто

приходят с другими проблемами, сама травма уже вытеснена, отключена, компенсируется чем-то.

Общие признаки стрессовых расстройств:

1. Постоянное возвращение к переживаниям.
2. Симптомы избегания.
3. Событие влияет на жизнь человека.
4. Повышенная возбудимость.
5. Трудности концентрации внимания.

Симптомы сохраняются в течение определенного времени. Не менее двух недель. Они должны быть стойкими.

Особенности психологической травмы у детей:

- Дети чаще всего не могут связать травматическую симптоматику с фактом травмы.
- Внешние проявления зависят не только от характера травмы, но и от возраста ребенка
- Травмирующее событие может быть субъективно значимое

Например, развод родителей, дети могут переносить иногда тяжелее, чем смерть.

Диссоциация- дезинтеграция

Диссоциация - психологический механизм, заключающийся в стремлении человека воспринимать ситуацию так, будто она происходит не с ним, а с кем-то.

Регресс.

Изменение эмоциональной экспрессии.

Изменения образа тела. Характерно для подростков. Все телесные функции важны. Негативное отношение к себе (слишком толстая, худая, некрасивая)

Нарушения восприятия. От субъективного восприятия событий, как оценки до искажения восприятия как функции. Наличие иллюзий (что-то кажется/ слышится). Человек находится в постоянном напряжении. Ничего не чувствую. Мне все время холодно.

Изменение смысла и значимости актуальных событий.

Интервью с ребенком, пережившим психологическую травму.

Интервью можно разделить на 3 фазы:

1.Начало и фокусирование. Важно, что он пришел. Событие имеет значение. Но не даем оценок. Личный опыт ребенка не приобщаем к общему опыту. Он уникален. Не говорим слова- я чувствую тоже самое. Чувства уникальны. Иначе это будет обесценивание. У человека ощущение, что у него все по-другому. И это правда. Этот этап лучше закончить нейтральным занятием, показать кабинет, предложить рисовать, песочницу. На этом этапе главное, чтобы ушёл шок, и чтобы началась другая фаза- отрицание или что-то ещё. Главное, чтобы чувства появились. И дать понять, что все что с тобой происходит - это нормально. Говорим о ресурсах.

2. Работа с травмой. Оживление травмы (только для детей, переживших до полу года): что ты видела? Воспроизводим событие. Особые детали события. Самый страшный момент? Что было страшного? Совладение с травматичным опытом (как ты справился, что ты сделала). Говорим про план: что можно было бы сделать, что ты планируешь делать. Страшные сны, страх возвращения.

К концу- ориентироваться на будущее и проблемы.

3.Завершение. Говорим про то что может быть, про симптомы. Даем подсказки на ситуацию. Говорим, что ребенок уже справился. Обсуждаем сессию, резюмируем. Даем рекомендации

<u>Интервью:</u>

Всегда ребенку предлагаем задать любые вопросы, если ребенок не задает вопросы, то мы предлагаем рассказать, что хочет;

Если у ребенка сильная тревога, мы не погружаем его в нее, мы выводим на ресурс, потом возвращаем к травме, подпитываем ресурсом;

Важно смотреть на вербальные признаки.

Сначала называем «событие», потом предлагаем событие как-то назвать (дать имя), объясняем, что если мы называем у нас, сразу появляется характеристика;

Важно восстановить событие, порядок, чтобы «приземлить»;

Идем по 1 шагу за ребенком, потом уходим в ресурс.

Обязательно говорим о чувстве вины: думаешь ли ты, что можно было изменить ситуацию. Дальше мы говорим о ресурсе, о том, что он сделал все что мог. Первая победа, что уже пережили травму и смогли прийти;

Если ребенок ушел в травму, не может больше говорить, то мы сами возвращаем его в ресурс;

Иногда ребенку необходимо дать помолчать.

Очень важно проговаривать много раз первому, ребенок может много раз возвращаться.

Конечная цель справиться с событием, но и должны быть индивидуальные решение: когнитивная (понимание ситуации), физическое состояние, адаптация, эмоциональное состояние.

Как выстраивать отношения.

При травме могут нарушаются отношения привязанности. Привязанность - это основа для выстраивания отношений. Задача создать временные отношения привязанности и аккуратно их завершить потом.

Фазы терапии:

Формирование терапевтического альянса. Несколько сессий на это нужно

Проработка травмы. Самый длительный период. Утрата - консультативный режим возможен. Идет переживания травмы по своим шагам, и ребенок нуждается только в поддержке, нахождение ресурсов.

Адаптация и социализация. Ребенок начинает говорить об изменениях - к себе, отношении, эмоционально.

Начало работы:

Создание безопасного пространства.

Формирование отношений.

Получение информации.

Возраст ребенка.

Травма - это всегда вмешательство в развитие. Любая психологическая травма - это некая остановка в развитии. Приостанавливаемся. В эти моменты мы прекращаем строить планы.

Характер травмы. Во-первых - насколько объективно нарушает жизненную ситуацию ребенка и семьи. Насколько перспективна в плане полного устранения последствий.

Фаза переживания травмы. Острая травма - еще не осознал, в процессе принятии, не принял. Знаем, но вытесняем. Активная эмоциональная реакция

Этапы формирования терапевтического альянса:

До 4-х лет - принимаем с мамой или с замещающим лицом

4-6 лет - ориентируемся на эмоциональное состояние ребенка, можно сначала со взрослым.

Старше 6 лет, ориентируемся на эмоциональное состояние, но чаще всего сразу отдельно.

Групповая работа с подростками.

Оптимальное число участников - 5 человек.

Задача - проработка кризисных состояний, эмоций.

Сессия 1. Представление, знакомство. Принятие правил:

- конфиденциальность
- друг к другу обращаемся по имени.
-не оценивать/ не обсуждать/ не критикуем
- можем говорить о чувствах/ об эмоциях
- мне не нравиться/ я не хочу.

После принятия правил, даем, упражнение – презентация - когда я был ребенком. Смотрим, что подросток вспоминает о детстве. Потом, что родитель или один из друзей мог бы рассказать обо мне в группе. Если всплывает один негативищем тогда, что могут сказать доброе. Это должен быть ресурс. Или тогда самому себя презентовать.

Следующие упражнение - на взаимодействие. Это может быть общий рисунок, общая песочница, выкладывание мандал и т.д. Любое упражнение на взаимодействие. В конце каждого группового дня – обязательная релаксация и обязательно круг - волшебный мяч. Обсуждаем что было.

Сессия 2.

Взаимодействие. Упражнение «как можно поздороваться».

Групповое обсуждение, что такое доверие. Обсуждаем. Упражнение «доверие и недоверие».

Сессия 3. Обращение к травматическому опыту. Травматичный опыт участник сам выбирает, что рассказывать. Первое упражнение- приветствие; Второе - яйцо травмы или линяя жизни (более безопасная техника). Восстанавливаем ход жизненных событий. В паре делимся трудными ситуациями. В кругу делимся только эмоциями, чувствами - что вызвал рассказ партнера, только впечатления.

Релаксация. Дыхательное упражнение (осознанное), без визуализации.

Сессия 4. Тема «до и после».

Рисуночная техника. Можно давать рисунок до и после. Рисует три образа: до, вовремя и после. Даём релаксацию- поддержку.

Потом волшебный мяч - обсуждение. Техника: телеграмма поддержки - коротко каждому из группы написать поддержку.

Встречи на проработку эмоций.

Сессии 5-6. Мир эмоций. Злость: любые упражнения, техники направленные на проработку. Нарисовать, проговорить

Страх/тревога: вначале также приветствие, потом релаксация и мяч. Релаксация - статическая. Упражнение «Скала».

Сессия 7. Тема: коммуникация.

Взаимодействие с людьми. Различные упражнения - тень, зеркало. Построить диалог. Как мы отражаем чувства. Называем чувства по имени, объясняем ситуацию. Релаксация и волшебный мяч.

Сессия 8. Тема: конфликтный разговор. Как решаются конфликты. Схемы конфликтов. Проиграть конструктивный конфликт.

Определение проблемы (я вижу проблему, у нас есть проблема).

Обсуждение альтернативных решений. Выслушать партнёра. Сказать свои потребности.

Сессия 9. Завершающая.

Недирективные техники.

- позволяют активировать естественные процессы выздоровления. Это те ресурсы, которые есть у детей. Они из-под сознания достают то что им нужно. т.к. травматический опыт ещё не сформировался. Человек не нуждается в консультации,

просто нужна поддержка. Ответить на волнующие вопросы. Направлять процессы за счет тем определенных.

-активируют психологические защиты

- стимулируют внутренние процессы

-усиливают правополушарную активность

Директивные техники.

Используются уже на втором и третьем этапе.

Тогда, когда уже сформирован и актуализирован ресурс, когда человек начинает осознавать свои эмоции, сначала чувствовать, ощущать, а потом осознавать. Процесс становиться более контролируемым для самого клиента, тогда мы можем помочь ему структурировать этот опыт, помочь ему осознавать его, а потом перейти к последнему этапу - формирование будущего.

Направляют психологические процессы к реализации цели в условиях систематической поддержки, включающей психообразование и получение нового опыта.

Взаимодействие с родителями.

Привлечение и обучение лиц близких ребенку, поддержанию терапевтического эффекта, созданию дома безопасной и эмоционально комфортной обстановки.

1-й этап безопасность и доверие.

- *арт-терапия.* Это любое свободное рисование. Не тематическое рисование. Рисование цветом, пальчиками, рисование чувств. Нейрографика. Мандалы. Каракули.

- *свободная игра*

- *песок и “сыпучие” среды*

-*работа с образами.* Любая работа с образами. Мотивы символдрамы.

-*куклы и антропоморфные игрушки*

- *регрессивные игрушки*

- *динамичные игрушки- мячи и т.д.*

- *маски, костюмы*

- *медицинский набор*

-*еда и посуда*

-*структурированная активность***.** Когда ребёнку трудно выбрать деятельность. Он не сконцентрирован. Это тоже игра. Структурировать деятельность Вашу, помочь собраться, заземлится, сделать то, что он может.

Мы осознаём, что у ребёнка есть разные сферы жизни. Что-то является ресурсным для него. В каких-то сферах своей жизни он чувствует себя хорошо, а в других не очень:

1. Семья
2. Детский сад/школа
3. Кабинет психолога
4. Другое.

Важно, чтобы соблюдались эти моменты на всех этапах жизни ребёнка и подростка:

1. Стабильный режим дня (в обычных самых делах) и привычный распорядок
2. Сон
3. Питание
4. Возрастная деятельность
5. Система отношений.

Второй этап. Проработка.

Начинается, когда ребёнок нам доверяет. Когда готов двигаться дальше, когда появились чувства, появились реакции на что-то (изменилось поведение, стал плаксивым, может злиться на что-то) - это эмоции. Это очень хорошо, для нас становится понятно, что он пришёл к проработке своей травматичной темы. Тут используется:

1. Игра- любая

2. Сказки и терапевтические истории.

3. Арт-терапия. Более структурированная на этом этапе. Рисуем эмоции. Состояний. Рисунки до и после, ресурс.

4. Работа с образами

5. Аффективное просвещение. Понимание своих эмоциональных состояний. Работа с эмоциями на рациональном уровне. Добавляем когнитивно-поведенческие методы - оценка событий, работа с эмоциональной сферой. Работа с депрессией -

длительная работа. Может понадобиться медикаментозная терапия. Сначала просто работаем с эмоциями - какие они, когда возникают. Актуализировать свои эмоции в этом состоянии трудно. Потом связываем эмоции, мысли и действия - удовольствие и мастерство-техника, а для детей расписание удовольствий (планируем положительные/ приятные эмоции). Работаем с телесной сферой - зарядка, спорт. Говорим, что физическая активность помогает стабилизации эмоционального состояния. Если больше проявляется возбуждение и тревога - тогда релаксация, дыхание.

Если настроение тоскливое - вернуться к физической активности, к спорту, больше ходить.

6. Актуальные проблемы

7. Когнитивно - поведенческие методы

8. Копинг-поведение - модель совладения с трудной ситуацией, настроением, эмоциональным состоянием. Что я могу сделать? Как совладать со всем этим? Планируем будущее.

9. Усиление “Я”. Когда ребёнок себя не ощущает. Кто я ? Где я? Желаний и потребностей нет. Я не понимаю себя. Говорим про желания: физические, эмоциональные. Помочь понять свои потребности.

Третий этап-развитие

Моделирование и планирование будущего

Интеграция травматического опыта

ОСР- острое стрессовое расстройство

Первая и основная задача- создание безопасной среды.

Создание безопасной среды- группы

-зона сюжетно- ролевой игры: кукольный домик, гараж, мягкие игрушки

-зона конструктивной деятельности: кубики, конструкторы

-зона спортивных игр

- зона игр на отреагирование агрессии

- зона художественной деятельности

- зона отдыха и релаксации

ОСР – группы (принципы)

1. Игрушки и другие материалы не убираем, а раскладываем в виде начатой деятельности.

2. Время пребывания не ограничено, можно приходить повторно.

3. С младшими детьми – игра.

4. Со старшими детьми - арт-терапия и обучение творчеству

5. Мини группы - 5 человек.

6. Удовлетворить потребность поговорить.

7. В зоне релаксации спокойная музыка, лучше звуки природы.

8. Старших детей привлекаем к помощи психологам.

Если уходят домой – можно дать с собой сувенир и творческое домашнее задание.

9. Вовлекать родителей.

Глава 2. Горе, утрата.

В жизни каждого человека встречаются ситуации, когда близкие и дорогие им люди их покидают, не важно, вызвано ли это смертью или разрывом отношений, каждый человек переживает это как горе и утрату. И тогда мы скорбим, плачем, тоскуем. Иначе говоря, переживаем горе. Есть даже психологический термин «работа горя». Специалисты знают, как важно прожить этот период жизни, встречаясь с самыми разными чувствами и состояниями. Это и злость, и отчаянье, и печаль. Нужно время, чтобы восстановить свой мир, что-то заменить, что-то отстроить заново, что-то расставить по местам. Это и есть процесс горевания.

Горе (общеслав. “gorje"- то, что жжёт, мучает)- переживание беды, тяжелого несчастья, утраты жизненно важных ценностей в виде глубокой печали, скорби, глубокого душевного страдания.

Горе- понятие больше психологическое, чем медицинское. В психологии горе обычно понимается как переживание потери, утраты. К. Изард отмечает, «утрата может быть временной (разлука) или постоянной (смерть), действительной или воображаемой, физической или психологической». Иными словами, это очень многоликое явление, и в дополнение к перечисленным видам можно представить ещё одну классификацию утрат, созданную по объективному основанию. « Они бывают социальными (утрата работы или учебы), психическими и физическими (утрата соответствующих способностей или возможностей), духовными или материальными» (С.А. Шефов «Психология горя»).

Это процесс, растянутый во времени, включающий в себя множество изменений. Это естественная реакция, и её отсутствие может быть отклонением от нормы и признаком патологии. Это реакция на любой вид утраты, а не только смерть. Она зависит от индивидуального восприятия человеком утраты и не требует социального признания или оценки окружающих, т.е. это специфическое субъективное чувство, сопровождающее утрату. В основе психологических причин горя лежит один общий фактор: ощущение потери ценного и любимого, того, к чему имелась сильная аффективная привязанность. Горе тем сильнее, чем сильнее привязанность к утерянному объекту. На переживание горя влияют когнитивное, эмоциональное, социальное развитие, культурно-этнические особенности, религиозные верования.

Возможно, психологический смысл горя состоит в выражении любви, которую человек, понесший утрату, чувствует к умершему или потерянному близкому человеку. Горе также является и процессом, в течение которого человек переживает боль утраты, прощается с ушедшим, учится сохранять память о нем и в то же время жить в настоящем.

Горе-это не просто чувство, горе-это большая работа. Это также процесс, при помощи которого человек работает с болью утраты, вновь обретая чувство равновесия и полноты жизни. Горе-процесс необходимый, и его нельзя считать проявлением слабости, так как это способ, посредством которого человек восстанавливается после ощутимой потери.

Детское горе.

Считается, что самое ужасное, что может произойти с человеком - это потеря ребёнка. По мнению известного детского психолога Марии Капилиной потеря родителя для ребёнка гораздо страшнее, ведь даже самый любимый ребёнок - это только часть нашей жизни, а родитель для маленького ребёнка- весь его мир. Причём для ребёнка лет до 7-8 нет принципиальной разницы, умерли его родители или его у них забрали.

В нашей культуре принято недооценивать детское горе: « Маленький, что он понимает… Скоро забудет. Да вон он уже смеётся». Если ребёнок потерял родителей в первые годы жизни, кажется, что он вообще не осознаёт факта потери.

Реакция детей на смерть близкого человека часто представляется взрослым непредсказуемой, поскольку порой даже трудно однозначно сказать, переживает ли ребёнок утрату и каким образом это происходит внутри него. Случается, что реакции ребёнка в период переживания горя могут вызывать недоумение у окружающих или даже шокировать. Все это вызывает у близких родственников ребёнка непонимание того, чем же ему помочь.

Дети, потерявшие кого-либо из родных, испытывают сильные и зачастую новые для себя чувства; детей пугает то, что они не могут объяснить своих реакций на переживание горя, поэтому они нуждаются во взрослых, чтобы последние помогли им разобраться в происходящем. Так, у ребёнка могут отсутствовать такие явные проявления горя, как плач или вербальное выражение эмоций, однако при этом зачастую имеют место признаки скрытого переживания утраты в виде

действий, изменений поведения и невротических симптомов. Открытые проявления горя случаются неожиданно для окружающих, когда спокойное или веселое настроение резко сменяется потоком слез. Это объясняется волнообразным характером горевания детей - всплеск эмоций и поток слез сменяются относительным успокоением или даже оживлением и моментами веселья. Дети переживают горе очень неравномерно и склонны выражать свою печаль от случая к случаю на протяжении длительного промежутка времени.

Периоды горевания обычно сменяются просветами, когда ребёнок, как ни в чем, ни бывало, веселится, играет, смотрит любимые мультики. Дети словно делают перерывы в работе горя, справляясь с ним «по кусочкам». Именно это даёт повод взрослым сделать вывод о том, что «он уже все забыл». Но переживание горя после небольшой передышки вновь возвращается, порой в новом обличье, в новой «маске»: послушания или протеста, болезни или скуки.

Переживание детьми утраты семьи.

Дети, чьи родители лишены родительских прав, переживают двойную жизненную травму: с одной стороны, это плохое обращение в родной с мое и негативный жизненный опыт, с другой - сам факт разрыва с семьёй.

Такую вынужденную разлуку ребёнок воспринимает почти как смерть своих родителей. Традиционные представления о том, что дети «маленькие, ничего не понимают», что «им все равно» и « они быстро все забудут» - ошибочны. Дети точно так же, как и взрослые, чувствуют боль утраты близких отношений, но у них гораздо меньше возможностей защищаться, по сути - только один: стараться не думать о том, что с ними случилось.

Ещё одно традиционное заблуждение - считать, что ребёнок не может любить родителей, которые так плохо с ним обращаются. Однако сохранение привязанности к родителям как раз является одним из признаков «нормальности» ребёнка. Потребность любить и быть любимым естественна для всякого душевно здорового человека. Просто эти дети любят своих родителей не такими, какие они есть, а такими, какими они должны были бы быть: додумывая хорошее и не замечая плохое.

Во время утраты происходит нарушение в эмоциональной сфере, т.к. чувства, которые человек испытывает чуждые, новые, сильные, выходящие за диапазон обычных переживаний, трудно вербализуемые.

Нарушения в когнитивной сфере, разрушается представление о мире и себе в этом мире, разрушаются базовые установки или иллюзии.

Установка неуязвимости (бессмертия), переживание себя, как вечного. Со мной и моими близкими ничего не может произойти.

Установка влияния на событие (иллюзия контроля)

Иллюзия справедливости, если я буду хорошим, то у меня все будет хорошо.

Особенности проявлений горя у детей.

Дети практически всегда переживают потерю близкого человека, только не всегда это происходит в явной и понятной для окружающих форме.

Основная сложность при работе с детьми состоит в том, что у них нет моделей поведения в скорби, они не знают, что должны делать и чувствовать. Кроме того, их опыт не позволяет понять, что утрата означает полную перемену жизни, отсутствие изо дня в день и навсегда отношений с ушедшим человеком (или людьми). Облечь свои переживания в слова дети тоже не могут. Они как бы "замирают", и их поведение может выглядеть таким же, как всегда, что сбивает с толку взрослых, ошибочно полагающих, что "дети не понимают" или "им все равно".

Детскому горю в целом присущи такие черты, как отсроченность, скрытость, неожиданность, неравномерность. Острая реакция на потерю иногда откладывается на месяцы. В некоторых случаях настоящее осознание и переживание утраты приходит под воздействием какого-либо значимого события, например, ещё одной потери.

У ребёнка могут отсутствовать явные проявления горя, такие как плач или словесное выражение эмоций, однако присутствовать признаки скрытого переживания утраты в виде действий, изменений поведения и невротических симптомов. Открытое выражение детского горя подчас оказывается неожиданным для окружающих: только что ребёнок играл, резвился и вдруг "ударяется в слезы". Примечательно, что дети переживают горе очень неравномерно и склонны выражать

свои печаль от случая к случаю, волнообразно: всплеск эмоций и поток слез сменяются относительным успокоением или даже моментами веселья.

Детское внешне выражаемое горе обычно довольно интенсивно, но непродолжительно. В такой момент особенно важно окружить ребёнка душевным теплом, обнять, погладить по голове, дать почувствовать, что он не одинок, его любят и что плакать не стыдно. Ещё у детей часто возникает интерес к ситуации как к чему-то новому, необычному, и это порождает множество самых невероятных вопросов. Взрослым предстоит с пониманием отнестись к возможной "нетактичности" ребёнка, которая вовсе не означает равнодушия к умершему. На вопросы следует отвечать честно и доступно, причём нужно быть готовым к повторяющимся вопросам об одном и том же, терпеливо объясняя все заново.

Многие дети демонстрируют изменения в поведении: становятся непослушными, агрессивными или рассеянными. Здесь также требуется понимание и терпимость; нужно стараться замечать странности в поступках и высказываниях (например, постоянные поиски пропавшей игрушки или выражаемое вслух желание перестать расти и стараться понять смысл этого.

Ребёнок, переживающий горе, часто становится более замкнутым, молчаливым, в острых случаях даже наступает мутизм- полная потеря речи на нервной почве (этот сюжет довольно часто встречается в кино и в литературе, можно вспомнить фильм " Патриот" или книгу "Два Капитана"). Сам ребёнок может не осознавать связи своего состояния с потерей. Он часто жалуется, что ему "скучно", но на предложение чем-нибудь заняться отвечает "неохота". Самым предпочитаемым обществом становятся для него маленькие дети (ещё не умеющие говорить), очень старые люди, домашние животные. Их преимущества в том, что они "не пристают", но пр. Этом избавляют от одиночества, с ними можно просто посидеть рядом, прикоснуться, поухаживать без риска вторжения в свой внутренний мир.

Выходя постепенно из стадии шока, ребёнок может столкнуться с новыми аспектами горя. Один из них -гнев. Взрослые тоже испытывают гнев после потери, злясь на врачей, которые не сделали всего необходимого, на самих себя, что не предусмотрели, не спасли, на судьбу, на самого ушедшего - почему не был осторожен, почему не лечился, почему не подумал о нас. Ребёнку признаться себе,

что он злится на покинувшего его родителя, очень страшно. Это особенности детской психики - ребёнок ещё не осознаёт в полной мере границ между личностями и осознаниями разных людей.

Поэтому самому ребёнку его злость кажется немотивированной, безадресной. Он может ни с того ни с сего, на фоне ровного настроения, вдруг пнуть ногой игрушку, стул или ударить кулаком по чему придётся. " Из-за чего ты злишься?"-"Я не злюсь, просто достало все" (или "Сам не знаю, накатило"). Кроме вспышек ярости, могут возникать дисфории- продолжительные периоды дискомфорта, раздражения непонятно на что и на все сразу. Ребёнку может разонравиться привычная еда, начинает раздражать одежда, мешают громкие звуки, сильные запахи.

Ещё одна мучительная составляющая процесса переживания горя- ощущение вины. В этом отношении дети гораздо уязвимее взрослых именно из-за особенностей мышления. Для ребёнка все, что происходит вокруг него, происходит из-за него. "Если мамы больше нет со мной - это из-за того, что я плохой. У хороших детей мамы не умирают". "Меня забрали у родителей, потому что я плохо себя вёл".

Ребёнок, ставший жертвой насилия со стороны собственных родителей, оказывается в самом сложном положении. Он злится на них - не может не злиться, ведь из-за них он испытал боль и страх. Но сразу вслед за волной злости приходит мучительная волны вины и ужаса, что теперь они потеряны навсегда - из-за него. В результате ребенок приходит в состояние крайнего стресса, у него появляются признаки аутоагрессии - гнева, направленного на самого себя.

Он может до крови щипать и царапать себя, под корень сгрызать ногти, вырывать у себя волосы, или "нечаянно" каждый день получать ушибы, ожоги, порезы; подростки могут всерьёз думать о самоубийстве. Такие дети нуждаются в длительной реабилитации и в профессиональной психологической помощи, но даже после неё последствия травмы долго дают о себе знать.

Приступы гнева могут чередоваться с периодами "правильности", почти пугающей послушности. Ребёнок вдруг начинает аккуратно складывать свои вещи, сам садится делать уроки, вызывается помочь по дому и тд. Он словно надеется

магическим образом "все исправить", стать " хорошим ребёнком, у которого все хорошо".

Другой вариант " магического поведения"- ребёнок намеренно делает своё положение как можно более ужасным. Он или чудовищно ведёт себя, навлекая на свою голову все возможные кары, или тяжело заболевает (разом всеми хроническими заболеваниями, которые у него когда-либо были, присоединив к ним пару новых). Почему? Да потому что ребёнком родители занимались в двух случаях: когда он очень плохо себя вёл и его надо было наказать, или сильно болел. Воспроизводя эти ситуации, ребенок надеется, что мама (папа) "поймёт, что все совсем плохо, и, наконец, придёт". Потому что, с точки зрения ребёнка, родитель всемогущ, и если он не появляется, то не потому что не может, а потому, что не считает нужным.

Работа горя обычно завершается стадией нервного истощения. На предшествующие переживания потрачено так много сил, что все чувства притупляются, ребёнок прекращает попытки тем или иным способом вернуть утраченное. Он становится апатичен, вял, у него ни на что нет сил, явно снижаются способности к учебе, у него просто нет энергии, чтобы сосредоточиться, почувствовать интерес, постараться. Может наступить регрессия, то есть возврат в более младший возраст. Как будто ребёнок разучился делать то,что давно умел-аккуратно одеваться, самостоятельно есть, решать задачи. Его игры становятся очень примитивными, он легко сдаётся при малейшем затруднении, часто не может довести до конца начатое дело. Он предпочитает мрачные тона в рисунках, в одежде, его лицо словно теряет мимику. Также могут быть частые приступы паники, постоянные ночные кошмары, выраженные трудности засыпания и другие расстройство сна. Иногда отмечаются многочисленные жалобы на физические недуги, чрезмерная имитация умершего, появление устойчивых симптомов его заболевания.

Стоит также обратить внимание на то, что ребёнок избегает разговоров и даже упоминаний об умершем или о смерти, или, напротив, постоянно говорит о желании соединиться с умершим. Затянувшиеся депрессия, во время которой ребёнок теряет интерес к окружающему, не способен справляться с проблемами повседневными делами, должна стать объектом пристального внимания взрослых.

Особенности переживания горя детьми разных возрастов.

В своём реагировании на утрату ребёнок по мере взросления постепенно приходит к взрослым способам восприятия и переживания потери.

Если смерть значимого взрослого происходит, когда ребёнку ещё не исполнилось 2х лет, он не в состоянии выразить чувства своей утраты, однако у него появляется чувство потери и реакции на неё, которая может выражаться как раздражительность, плач или изменение пищевого режима, а также нарушение дефекации и мочеиспусканием. Может наблюдаться даже временная задержка развития. Как только жизнь семьи более или менее стабилизируется, эти реакции проходят сами собой. В этот период по мере возможности необходимо придерживаться обычного режима сна и питания ребёнка. В возрасте около двух лет дети знают, что если людей нет в поле зрения, их можно позвать или найти. Поэтому поиски умершего родителя- типичное выражение горя в этой возрастной группе. Может потребоваться время для того, чтобы ребёнок осознал, что родитель не возвращается. Эти дети нуждаются в надежном, стабильном окружении, поддержании заведённого порядка питания и сна. Им особенно необходима внимание и любовь. Прикосновение, физический контакт, разговор с ребёнком даст ему ощущение комфорта, тепла и любви. По мере взросления у ребёнка появится возможность лучше понять, что он пережил в тот период, когда он ещё не умел говорить.

Особенности переживания утраты.

Низкая толерантность к душевной боли. Дети возвращаются к привычной деятельности. Дети могут показывать совершенно другую реакцию и они якобы не переживают, но это не так. У детей просто нет опыта переживания. И они делают, то, что помогает им защитить себя от тех чувств, которые очень тяжелы.

Отрицание (события или аффекта).

Адаптация к реальности и когнитивные процессы

Амбивалентные процессы. Наряду с реакцией утраты возникают чувства обиды, злости. В одном процессе возникает несколько чувств.

Фантазийное замещение. Ребёнок замещает умершего человека фантазийным объектом. Воображаемый друг.

Дети в возрасте от 2 до 6 лет воспринимают смерть как сон или путешествие, из которого можно проснуться или вернуться. Постоянство смерти ещё не осознается. Дети этого возраста осознают и объясняют мир, учитывая мнения и действия окружающих их взрослых. Ребёнок не в состоянии понять значения слов "смерть", " никогда больше не вернётся".

Ребёнок будет искать умершего человека, но, в конце концов, откажется от своих попыток и смирится; он будет реагировать на утрату, становясь надоедливым и раздражительным, или, в более тяжёлых случаях, замыкаться в себе. Возможны нарушения сна и режима питания, расстройство функций кишечника и мочевого пузыря, головные боли и т.д. Дети могут возвращаться к поведению, которое было свойственно им задолго до момента смерти близкого человека, например, сосание пальца, стремление чаще быть на руках или вспышки раздражительности. Дети всех возрастов регрессируют при тяжёлых переживаниях. Могут усиливаться обычные страхи этого возрастного периода. Ребёнок может думать, что он является причиной смерти.

Бывает так, что ребёнок не проявляет особой печали по поводу смерти. В этом нет ничего необычного. Дети не могут длительно испытывать отрицательные эмоции. Они остро нуждаются в возобновлении нормальной деятельности и особенно игр. Игры являются также способом психологической защиты в период утраты. Дети в этом возрасте часто рассказывают всем, даже посторонним, об их потере. Таким образом, они ищут поддержки или выявляют реакции других, чтобы понять, что же должны чувствовать они сами.

Самая важная задача взрослого: понять и принять эти реакции ребёнка как естественные в данной ситуации. Наилучшей помочью травмированному ребёнку будет та, когда другой взрослый включится в его ситуацию и постепенно выстроит надежную эмоциональную связь с ребёнком, таким образом, продолжая внезапно прервавшийся диалог. Этот новый контакт может стать впоследствии той прочной базой, благодаря которой ребёнок будет в состоянии сам справиться с постигшим его несчастьем.

Дети 6-12 лет уже могут выражать чувства и переживать потерю, но остаётся отрицание (стремление к отрицанию). Фантазийный объект сохраняется.

Сохраняется потребность в формирование эмоциональных отношений с другим человеком.

Критические периоды горя.

Первые 48 часов. Это рассматривается как фаза шока. Непонимание того, что произошло, непонимание своих чувств, непонимание как жить дальше. Происходит замирание. От 48 часов до одной недели может быть такое состояние. Ощущение потери на физическую боль, на неудобство, на дискомфорт. Характерно для всех.

Первая неделя проживается автоматически. Приходит осознание того что произошло, как это влияет.

Вторая фаза - фаза отрицания. Начинается со второй недели и до 6-7 недель с момента травмы (1,5 месяца).

Отрицание может быть прямое и косвенное. Прямое - нет этого не произошло. Косвенное - попытка жить обычной жизнью. Ничего не произошло. Говорить, что все вернётся и будет как прежде.

Человек, таким образом, блокирует решение задач горя.

Фаза эмоционального переживания (фаза страдания) - объединяет в себе агрессию и депрессию. Начинается с негативных эмоций (раздражение, агрессия на себя, на окружающих). Это фаза, когда возникает повышенный риск суицидов.

Острое горе - первые три месяца с момента потери - весь период является повышенным риском для суицидов. Негативные эмоции могут быть обращены на самого себя. Избегание сильных эмоций.

Может быть чувство вины: «я мог бы это предотвратить». Утрата моделей поведение. Привычная деятельность не доставляет удовольствие.

Фаза страдания характеризуется тем, что проходят последствия шока и эмоции начинают проявляться очень сильно. Растормаживаются чувства. Могут возникать соматические жалобы. Могут быть нарушения сна, аппетита. Астенические проявления. И к концу 3-4 месяца начинает смена «хороших и плохих дней». Вроде бы все нормально, но вдруг неожиданно слезы градом.

Когда этот период заканчивается, то считается что подходит к концу период острого горя. И начинается период принятия, который может длиться от 6 месяцев и до года, даже больше. При тяжёлых потерях, не всегда доходят до фазы принятия, остаются в тяжелой/ затяжной депрессии.

Патологические реакции

Затянувшаяся реакция горя.

Отсрочка реакции.

Тяжёлая депрессия.

Обострение хронических заболеваний

Появление психосоматических заболеваний.

Ипохондрические жалобы.

Сверхактивность.

Утрата социальной активности.

Что влияет на процесс горевания.

Большое значение имеют и обстоятельства смерти близкого. Намного тяжелее переживаются неожиданные утраты, особенно несчастные случаи, убийства и самоубийства, тем белее случившиеся на глазах у ребёнка. Если его собственная жизнь при этом тоже находилась под угрозой, но он выжил, то психическая травма ещё сильнее. Существенную роль в переживании ребенком утраты играют и такие факторы, как его возраст, уровень психического развития, наличие и характер собственного опыта столкновения со смертью.

Для завершения горя горюющий человек, по Дж. Вильяму Вордену, должен решить ***четыре задачи***.

1. признание факта необратимой потери;

2. прожить связанные с этим чувства;

3. наладить ту область жизни, где отсутствие утраченного ощущается наиболее сильно;

4. изъятие эмоциональной энергии из прошлой связи и помещение ее в новые отношения.

Выполнение первой задачи на уровне системы включает в себя информацию о происшедшем для всех членов семьи и признание происшедшего каждым из членов семьи. На уровне коммуникаций это, во-первых, доведение информации для всех членов семьи. Иногда смерть члена семьи скрывают от кого-то, чаще от детей и стариков. Тогда возникает ситуация, когда нарушены коммуникации и члены семьи вынуждены вести себя так, как будто умерший жив.

Выполнение второй задачи - проживание чувств в системе превращается в изменение коммуникаций. Члены семьи по-разному переживают случившееся. Смена эмоционального фона требует смены стереотипов взаимодействия. При этом разные способы проявления чувств, разная скорость смены эмоций и то, что члены семьи испытывают в одно время самые разные чувства, создает множество трудностей.

Выполнение третьей задачи означает, что роли и функции, которые выполнял утраченный член семьи должны быть распределены между оставшимися. Если перераспределения ролей и функций не происходит, система не может нормально функционировать и либо распадается, либо начинает нуждаться в симптомах, обеспечивающих ее целостность. Такое бывает часто при смерти детей. Либо никто не берет на себя роль ребенка, и тогда следует развод, либо кто-то из родителей оказывается «убит горем» и требует особой заботы о себе, как ребенок, иногда эта позиция сохраняется на всю жизнь. Иногда возникает «переходный этап», когда система подставляет кого-то или что-то на место умершего. Этот буфер дает время выработать новые стереотипы взаимодействия.

Выполнение четвертой задачи означает, что система приобретает новое равновесное положение, при котором все ее члены становятся функциональны и признаком этого будет дальнейшее следование по стадиям жизненного цикла и способность к переменам в случае появления новых членов семьи.

Если работа горя блокируется на этом этапе, семья оказывается неспособной к дальнейшим переменам, сепарации детей, появлению новых детей, вступлению матери в новый брак, инвалидизирует стариков.

Терапевтическая помощь.

1 этап недирективный. Наращивание ресурсов.

2 этап. Любые техники на принятие и осознания. Начинается работа с эмоциями. Выражение чувств во всех видах. Дома не запрещать себя плакать и другие чувства.

3 этап. Признать факт, как событие жизни. Тут техники направлены, чтобы посмотреть в прошлое - обернуться и в будущее. Взять из прошлого все что нужно,

все хорошее, положительное и снова посмотреть в будущее. Символ радуга, лабиринт, времени года- все что из прошлого в будущее. Это все символы.

4 этап. Планирование новой жизни. Говорим о новых возможностях. Показываем, что путь уже начался. Работа с будущим.

Общие рекомендации по оказанию помощи ребёнку, переживающему горе.

Чтобы помочь ребёнку, потерявшему близкого человека, нужно учитывать формы и методы работы с такими детьми. Особенно важно быть вместе с ребёнком, поддерживать эмоциональный и физический контакт с ним, внимательно относиться к его состоянию и желаниям, честно отвечать на вопросы, проявлять терпение к негативным сторонам поведения, быть открытым чувствам ребёнка и делиться с ним своими в приемлемой форме, соблюдая меру (чтобы не спровоцировать страх или отчаяние). Такова общая стратегия, а конкретные её воплощения и действия в реальных жизненных ситуациях могут быть разными и зависят от того, в каком возрастном периоде находится ребёнок.

Чтобы дать ребёнку новые положительные эмоции, которые заменят старые переживания, вызванные травмой, и позволят снова почувствовать себя в безопасности и полным сил, необходимо стать важным человеком в жизни ребёнка:

1. Стать для ребёнка человеком, который не представляет никакой опасности.
2. Контролировать свои эмоции.
3. Оправдать ожидания ребёнка.
4. Ежедневно демонстрировать ребёнку свою уверенность в том, что вы в состоянии ему помочь.
5. Показывать, что вы всегда рядом.

Как сказать ребёнку о смерти близкого человека.

Большинство маленьких детей способны присутствовать на поминках и похоронах. Почувствуйте сами, брать их туда с собой или нет. Если их пугает идея того, что они увидят покойника, то объясните им, что на похоронах присутствуют в основном взрослые, а детям туда идти те обязательно. Возможно, будет полезно провести с детьми некий ритуал: прочесть молитву вместе, послать воздушный шарик “в небеса” или написать короткое письмо покойному и сжечь его, а пепел развеять, пояснить, что так смысл письма дойдет до Х.

Если ваш ребенок собирается присутствовать на похоронах, объясните, что он увидит. “Х будет лежать в гробу. Его руки будут сложены на груди. Возможно, он будет выглядеть не таким, каким ты его помнишь, потому что, когда человек умирает, его внешность несколько меняется. Каждый захочет встать перед гробом и попрощаться с папой. Если захочешь, ты можешь тоже это сделать”. Предупредите ребенка, сколько времени вам предстоит провести на похоронах.

Если ваш ребенок даже через месяц будет видеть, как вы плачете или расстраиваетесь, то не притворяйтесь, что с вами все хорошо. “Я думала о Х, и мне стало очень грустно. Я очень скучаю по Х.”

Как не нужно говорить

Нельзя говорить: “Я знаю, каково тебе, но мама (которая умерла) хотела бы, чтобы ты был веселым (или ел свой ужин)”. Любое замечание, указывающее ребенку, что у него не должно быть такого настроения, может, по меньшей мере, вызвать у него замешательство. В худшем случае ребенок может почувствовать вину за то, что ведет себя не так, как хотел бы от него умерший родственник. Лучше сказать: “Мама понимает, что ты сейчас печалишься. Она понимает, что ты не хочешь есть. И я тоже понимаю. Но я также уверен, что мама ждет тот день, когда твоя печаль утихнет, и ты станешь веселее. И она знает, что на это нужно время”.

Нельзя говорить: “Дедушка сейчас находится в удивительном путешествии, в которое однажды отправляется каждый человек.” “Дедушка уснул навсегда.” Дети младше восьми-девяти лет мыслят буквально, а не отвлеченно. Используя вместо слов мертвый или умер другие слова, вы можете запутать ребенка. Он может никогда не захотеть путешествовать, или будет бояться засыпать.

Нельзя говорить: “Бабушка умерла после того, как ее увезли в больницу.” “Бабушка умерла в результате несчастного случая.” Дети иногда попадают в больницу, и со всеми детьми когда-нибудь, да что-то случается. Это не значит, что за такими событиями обычно следует смерть. Напротив, пусть ваш ребенок знает, что тот несчастный случай был очень серьезный, а также, что травмы и госпитализация обычно не заканчиваются смертью.

Нельзя говорить: “Бабушка была больна…” Дети тоже болеют. Подтвердите, что бабушка была очень больна, и лекарства, которые обычно помогают, ей не помогли, потому что ее болезнь была очень серьезной.

Нельзя говорить: “Не беспокойся, я никогда не умру.” Но как вы объясните ребенку, что папа умер? Лучше сказать, что вы не собираетесь умирать до глубокой старости. Если ребенок спрашивает, что было бы с ним, если бы и мама, и папа, оба умерли, вы можете разъяснить свои планы об обеспечении его опекуном, который будет заботиться о нем. В то же время успокойте его, что вы не думаете, что такое случится.

Нельзя говорить: “Уже прошло два года с тех пор, как умер дедушка. Все уже успокоились, но почему ты до сих пор расстроен?” Лучший способ забыть — это вспомнить. Как бы противоречиво это не выглядело, но люди становятся способны лучше отвлекаться от утраты, когда у них есть свобода вспоминать умершего и скорбеть о нем. Если вас удивляет печаль вашего ребенка, то вам поможет его понять выраженное вами СОЧУВСТВИЕ. Может быть, грустные воспоминание были вызваны в ребенке тем, что у его друга умер родственник. Бывает много причин. Поэтому, наоборот, скажите: “Это нормально, что иногда в душе возникают такие печальные моменты. Какие именно мысли повергли тебя в такую печаль?”

Душевное восстановление после смерти любимого человека может занять время. Дети быстрее восстанавливаются, если заботящиеся о них люди умеют оказать им поддержку, удовлетворить их потребности, знают, как утешить и успокоить, а также всегда готовы их выслушать.

Как сказать ребенку о смерти брата или сестры

Смерть ребенка — это трагедия для взрослых. Дети, пережившие смерть брата или сестры, также бывают потрясены реальностью этого факта, поскольку начинают понимать, что даже в их возрасте они не защищены от смерти. Ведь с братом, который теперь умер, они раньше часто играли, спали в одной комнате и каждый день общались. Родные братья и сестры делятся друг с другом своими секретами, и могут положиться друг на друга, когда в их жизни бывают взлеты и падения. Поэтому, когда у ребенка умирает родной брат или родная сестра, ребенок чувствует себя потерянным, сбитым с толку и испуганным. И это происходит одновременно с тем, когда родители сами скорбят об ужасной и безвозвратной утрате. Вот ряд соображений, которые следует учесть при разговоре с ребенком о смерти его брата или сестры.

Что нужно принять во внимание

Переживая горе, дети часто проходят те же этапы, что и взрослые. Сначала бывает шок, потом боль и гнев, и, в конце концов, принятие факта. Эти этапы могут накладываться друг на друга и продолжаться в течение многих месяцев и дольше. Хотя, наблюдая этих детей в повседневной жизни, можно видеть, что если сейчас они горюют, то через минуту они уже могут играть в мяч.

Родители склонны чересчур оберегать ребенка, переживающего смерть брата или сестры. Вполне понятно, что они могут непреднамеренно приучить ребенка тому, что жизнь очень хрупкая, и что смерть может настигнуть его в любой момент.

Некоторые дети справляются с переживанием семейной трагедии, взяв на себя взрослые обязанности, — хотя иногда они представляют себе это только в уме. Бывает, что они чувствуют, что должны облегчить боль своим скорбящим родителям, или стремятся быть “совершенными” детьми, чтобы не расстраивать родителей еще больше. И хотя учиться сострадать и быть ответственным — это хорошо, детям лучше не взрослеть слишком рано.

Переживающий ребенок может захотеть некоторое время спать вместе с родителями. Пусть он это делает.

Как нужно говорить.

Как утверждает доктор Дэвид Креншоу, психолог, занимающийся вопросами смерти, детям зачастую необходимо говорить, что после смерти организм человека перестает функционировать. Сами они это могут не понимать. “Организм твоей сестры полностью прекратил работать. Теперь ей больше не больно. Она не чувствует ни жары, ни холода”.

Переживающий ребенок может чувствовать свою вину за прошлые ссоры с умершим. Не говорите ему автоматически, что у него не должно быть таких чувств. Сначала ПОСОЧУВСТВУЙТЕ ему: постарайтесь услышать, в чем точно он считает себя виноватым, а затем утешьте его. “Ты говоришь, что чувствуешь себя виноватым в том, что раньше часто дрался с братом. Это вполне нормальное чувство. Я каждый раз виню себя за то, что наказывала его. Знаешь, что? Я наказывала его, как и все родители иногда наказывают своих детей. Случается, что и братья дерутся. Я не обвиняю себя в том, что я поступала как мама, так и ты не обвиняй себя в том, что ты вел себя как брат.

В первые дни и недели после смерти брата или сестры более спокойных детей можно побудить к разговору. “Давай теперь поговорим немного о Тане. О чем ты хочешь поговорить? Можно вспомнить моменты, которые вызывают у тебя улыбку, можно поговорить о том, что тебя печалит или обсудить вопросы, которые, возможно, у тебя есть.”

Используйте свои религиозные убеждения, чтобы утешить ребенка. “Я не понимаю, почему Бог позволил твоей сестре умереть. Но я уверена, она очень счастлива быть с Богом, и просит Бога помочь нам в трудную минуту.”

“Однажды все мы будем на небесах, но мы должны прожить жизнь как можно полнее, — как и велит нам Бог”.

Как не нужно говорить

Не избегайте разговоров об умершем ребенке в особые дни, например, в дни рождения или на семейных праздниках. В самом деле, почтите память покойного, произнеся всей семьей молитву, или вспомнив приятные моменты, которые были на прошлых праздниках. Рассказывайте истории об умершем ребенке. Не держите в себе воспоминания. Наоборот, нужно признавать умершего ребенка и позволять каждому выражать свои чувства. Заранее продумывайте, как вы будете почитать память ребенка (или другого умершего члена семьи). Возможно, брат захочет написать ему открытку, а сестра повесить на рождественскую елку памятное украшение.

Нельзя говорить: “Не могу представить себе, что наша семья будет снова счастлива”. Жизнь все время меняется, но она может быть прекрасной и насыщенной. Настанет время, когда вы снова станете смеяться. Успокойте горюющих детей, что жизнь продолжается, и что они снова вернутся к учебе и к своим играм, что будут каникулы и праздники.

Нельзя говорить: “Твой брат, упокой Господи его душу, никогда не перечил мне, если я просила его помочь по хозяйству. Почему же ты так поступаешь?” Никогда не делайте неприятных сравнений!

Нельзя говорить: “Мы поговорим о смерти твоего брата позднее.” Будьте готовы прекратить все свои дела и ответить на вопросы и слова ребенка.

Глава 3. Насилие.

Существует несколько параметров, по которым классифицируется насилие. Так, насилие может быть явным и скрытым (косвенным) в зависимости от стратегии поведения обидчика. По времени насилие делится на происходящее в настоящем и случившееся в прошлом. По длительности насилие может быть единичным или множественным, длящимся долгие годы. По месту происшествия и окружения насилие бывает: дома — со стороны родственников, в школе — со стороны педагогов или детей, на улице — со стороны детей или со стороны незнакомых взрослых.

Наибольшее распространение получила следующая классификация насилия, которая изложена в руководстве по предупреждению насилия над детьми (1997) под редакцией М. Д. Асановой. Выделяется четыре основных типа насилия:

Физическое насилие — это любое неслучайное нанесение повреждения ребенку в возрасте до 18 лет.

Сексуальное насилие — это использование ребенка или подростка другим лицом для получения сексуального удовлетворения.

Пренебрежение — это хроническая неспособность родителя или лица, осуществляющего уход, обеспечить основные потребности ребенка, не достигшего 18-летнего возраста, в пище, одежде, жилье, медицинском уходе, образовании, защите и присмотре.

Психологическое насилие — хронические паттерны поведения, такие как унижение, оскорбление, издевательства и высмеивание ребенка.

Как правило, ребенок-жертва страдает одновременно от нескольких форм насилия. Можно сказать, что всякая жертва переживает «много насилий сразу». Так, для детей, страдающих от инцеста, неизбежными являются сопутствующие ему разрушение семейных отношений и доверия к семье, манипуляторское отношение, а зачастую и запугивания со стороны родителя-насильника, квалифицируемые как психологическое насилие. Дети и взрослые — жертвы изнасилования, например, часто переживают и физическое насилие (избиение), и эмоциональное (угрозы убить или покалечить).

Английский исследователь проблемы сексуального насилия в семье П. Дейл полагает, что в основе любой формы насилия, в том числе и сексуального, лежит

насилие эмоциональное, депривация, отвержение, которое автор называет «особенно коварным» и «причиняющим значительный ущерб развитию личности и формированию копинг-механизмов».

Самая тяжелая по своим последствиям форма сексуального насилия — инцест, или кровосмешение, когда сексуальное насилие по отношению к ребенку совершается близким родственником. Подобные сексуальные злоупотребления являются проявлениями нарушенного функционирования семьи.

Бытует мнение, что инцест не является насильственным по отношению к ребенку, поскольку он не всегда включает в себя применение силы или прямое принуждение. Зачастую дети добровольно соглашаются на те или иные сексуальные действия. Причин этому много, например, доверие и любовь к насильнику, страх потерять его расположение.

Однако специалистам, работающим с детьми, следует учитывать, что ребенок может не осознавать, что над ним совершается насилие, в силу своего возраста или других причин. Чрезвычайно важно понимать, что даже в том случае, когда дети осознают значение производимых с ними действий, они все равно не обладают достаточным опытом, чтобы предвидеть все последствия таких действий для своего психического или физического здоровья.

На начальном этапе развития инцестных отношений они не кажутся ребенку насильственными, поскольку начинается все обычно с физического контакта, такого как прикосновения, поглаживания, и лишь позднее эти действия приобретают все более и более сексуализированный характер.

Маленькие дети могут считать, что такие отношения являются нормальными и приемлемыми между любящими взрослым и ребенком, и именно такое выражение любви встречается в жизни всех детей. Некоторые жертвы рассказывают о том, что они понимали неправильность всего того, что с ними происходило, но они не хотели терять то эмоциональное тепло, которое получали от насильника в обмен на согласие и молчание. Также сохранение ребенком тайны может поддерживаться за счет угроз и дезинформации. Как правило, насильник не применяет физическую силу, но может угрожать побоями или смертью самому ребенку или человеку, которого ребенок любит.

Чаще всего факт насилия раскрывается, когда ребенок сам решается рассказать о нем. Обычно первым человеком, кому ребенок решается рассказать об этом, является другой ребенок — ровесник. Реже дети рассказывают о случившемся родителям и другим взрослым.

Дети, подвергнутые насилию, могут на довольно продолжительное время забывать о своем травматическом опыте, вспоминая о нем уже будучи взрослыми, часто — в ходе психотерапевтического процесса.

Дети и подростки, пережившие насилие, чувствуют бессилие и замешательство, смущение и стыд. Они часто обвиняют себя в том, что случилось, чувствуют себя соучастниками или виновниками происшедшего. В глубине души некоторые дети сознают, что это — не их вина, но большинство все-таки считают, что насильственное обращение с ними обусловлено их поведением, характером или положением в семье.

Иногда их тело (особенно девочкам-подросткам) кажется причиной насилия, поэтому они пытаются сделать его непривлекательным для насильника. Они начинают худеть или, наоборот, много есть, прятать тело под длинной одеждой, для них характерны попытки самоистязания или самонаказания.

Последствия сексуального насилия также затрагивают когнитивную сферу. Это может выражаться в нарушении концентрации внимания, поскольку все мысли ребенка заняты травматическим опытом. Ребенок пристально следит за всем, что происходит вокруг него, словно ему угрожает постоянная опасность, причем опасность не только внешняя, но и внутренняя, которая состоит в том, что нежелательные травматические впечатления прорвутся в сознание.

Дети, пережившие сексуальное насилие, перестают доверять людям, из-за этого круг общения сужается, они становятся замкнутыми и недоверчивыми. Одним из важных психологических последствий у детей, переживших насилие, является неадекватное снижение самооценки.

А. Ровен, Д. Фои, Дж. Гудвин (Rowan A., Foy D., 1992; Goodwin J., 1995) пишут о том, что сексуальное насилие, пережитое в детстве чаще, чем другие травматические ситуации, приводит к развитию посттравматического стрессового расстройства.

Очень важно рассматривать последствия насилия, пережитого ребенком, учитывая его возрастные особенности. В разные периоды жизни реакция на подобную психологическую травму может проявляться по-разному. Наиболее общими симптомами, в зависимости от возраста ребенка, являются:

• Для детей до 3 лет — страхи, спутанность чувств, в поведении отмечаются нарушения сна, потеря аппетита, агрессия, страх перед чужими людьми, сексуальные игры;

• для дошкольников — тревога, боязливость, спутанность чувств, чувство вины, стыда, отвращения, чувство беспомощности, испорченности; в поведении отмечаются регрессия, отстраненность, агрессия, сексуальные игры, мастурбация;

• для детей младшего школьного возраста — амбивалентные чувства по отношению к взрослым, сложности в определении семейных ролей, страх, чувство стыда, отвращения, испорченности, недоверия к миру; в поведении отмечаются отстра ненность от людей, нарушения сна, аппетита, агрессивное поведение, ощущение «грязного тела», молчаливость либо неожиданная разговорчивость, сексуальные действия с другими детьми;

• для детей 9-13 лет — то же, что и для детей младшего школьного возраста, а также депрессия, чувство потери ощущений; в поведенииотмечаются изоляция, манипулирование другими детьми с целью получения сексуального удовлетворения, противоречивое поведение;

• для подростков 13-18лет — отвращение, стыд, вина, недоверие, амбивалентные чувства по отношению к взрослым, сексуальные нарушения, несформированность социальных ролей и своей роли в семье, чувство собственной ненужности; в поведении отмечаются попытки суицида, уходы из дома, агрессивное поведение, избегание телесной и эмоциональной интимности, непоследовательность и противоречивость поведения.

Дети, подвергшиеся сексуальному насилию, часто (особенно в семье) воспринимают себя неспособными контролировать ситуацию. Это необходимо учесть и дать ребёнку почувствовать, что он может управлять ситуацией: продолжительность, частота, количество встреч с психологом должны быть согласованы с ребёнком и строго соблюдаться. Заранее следует оговорить, как

ребёнок может вмешиваться в процесс, например, изменять регламент. Однако только регулярность работы даёт ребёнку ощущение твёрдой почвы под ногами.

Необходимо отметить, что иногда сексуальные злоупотребления делятся годами, что не может не наложить отпечаток на ребёнка.

В чем может состоять психологическая помощь таким детям? Самое главное- это реагирование и вопрос персональной ответственности. Дети имеют право чувствовать себя спокойно в любви и безопасности. Они не должны заниматься самообвинениями. Часто такие дети не видят альтернатив своему поведению и не могут остановить процесс регулярных страданий. Поэтому одна из целей работы- научить защищать себя, говорит “нет”.

Поскольку детям трудно говорить о том, что с ними произошло, а также по многим другим причинам, рекомендуется “проработать” психологическую травму в игре. Это могут быть физические упражнения, направленные на психологическую разрядку и релаксацию, психодраматические упражнения, например разыгрывания сказок. Это могут быть сюжеты, придуманные самими детьми, или готовые сюжеты. Сказки должны иметь позитивные разрешение. Всегда должен быть найдёт и проигран приемлемый выход из сложной ситуации, даже если его нет в самой сказке.

Проявление, что есть насилие над ребёнком: игра, песочница, рисунки, игра в семью. Показывает все. Может дать поддержку. Если семья не идёт в терапию и не признает факт насилие.

Фазы инцеста.

1. Вступительная. Когда взрослые создают условия, чтобы находиться с ребёнком наедине; предают характер игры отношениям

2. Развивается постепенно. Взрослый начинает с прикосновений в игровой форме. Когда отношения доходят до сексуальных. Отношения резко меняется. И начинается следующая фаза.

3. Запугивание. Контроль за сохранением секрета.

4. Раскрытие, но не всегда. Может быть случайным.

5. Подавление. Скрыть факт насилия пытается сама семья.

Глава 4. Суицид

Суицидальное поведение детей и подростков – этапный процесс, включающий разнообразные проявления психической деятельности, направленные на самоубийство. Внутренняя суицидальная активность (мысли, фантазии, продумывание способов совершения суицида) предшествует внешним проявлениям – поступкам, целью которых является лишение себя жизни. Диагностика проводится психиатром, применяется клинический метод, психологическое обследование. Лечение определяется фазой суицидального поведения. Включает госпитализацию, применение медикаментов, психотерапию, социальную реабилитацию.

Общие сведения.

Суицид является осознанным, произвольным актом прекращения жизни. Суицидальным поведением называют любую активность, целью которой становится собственная смерть. Завершающий этап такого поведения – попытка самоубийства. Своевременная диагностика предполагает выявление поведенческих актов и предшествующих им суицидальных мыслей, планов, намерений. Суицидальные поступки среди детей и подростков наиболее распространены в возрасте 15-19 лет. Попытки суицида совершаются 5-8% подростков, мысли о самоубийстве посещают 25% юношей и девушек. Существуют сезонные пики осенью/зимой, объясняющиеся обострением депрессивных расстройств. Гендерная специфика суицидального поведения прослеживается с периода полового созревания – юноши чаще предпринимают попытки, приводящие к смерти.

Причины суицидального поведения.

Попытки самоубийства совершаются в результате сочетанного воздействия внешних и внутренних факторов. Предрасполагающими детерминантами являются:

Биологические причины. Предрасположенность к суициду определяется при снижении активности серотонина, нарушениях связи гипоталамо-гипофизарной оси, наследственной отягощенности.

Психологические особенности. Суицидальному поведению способствует низкая стрессоустойчивость, эмоциональная лабильность, максимализм, эгоцентризм; зависимость от действий, мнений окружающих; неумение составлять и воплощать в жизнь планы; фрустрация потребности в безопасности, доверии, любви.

Внутрисемейные факторы. Группа риска – дети, подростки из асоциальных, неполных семей, воспитывающиеся в условиях насилия, унижения, тотального контроля, отчуждения.

Социальные влияния. Вероятность суицида возрастает при конфликтах со сверстниками, проблемах любовных отношений подростков, культивировании смерти средствами массовой информации.

Реализующие факторы провоцируют переход суицидальных намерений в действия. Причинами непосредственно попыток самоубийства являются:

Сильный стресс. Инициировать действие может смерть родителя, близкого родственника, новость о неизлечимой болезни, невольное наблюдение за убийством, отвержение друзьями, знакомыми, пережитое изнасилование.

Доступность орудий самоубийства. Реализация суицида происходит при наличии домашнего оружия, таблеток, способных при неправильном применении вызвать смерть.

Патогенез.

Существует три основные концепции патогенеза суицидального поведения детей и подростков. Согласно психопатологической теории, самоубийцы являются психически больными, суицидальные действия рассматриваются как проявления обострений психических расстройств. В настоящее время попытки самоубийства относятся к области пограничной психиатрии, изучающей психопатические расстройства, реактивные состояния при акцентуациях характера.

Социологическая концепция как основу суицидального поведения рассматривает нарушения социальной интеграции. Целью попыток самоубийства является восстановление взаимоотношений с окружающими. Психологическая теория в качестве патогенетических механизмов самоубийства определяет эмоциональные, личностные особенности, поведенческие паттерны. Суицид побуждается негативными чувствами – страхом, гневом, озлобленностью, стремлением наказать себя либо окружающих. Группа повышенного риска – впечатлительные, внушаемые, импульсивные, эмоционально неустойчивые дети и подростки.

Суицидальным попыткам предшествует депрессия, отгороженность от окружающих. У дошкольников снижается заинтересованность играми, просмотром

мультфильмов, вкусной едой. Они становятся вялыми, апатичными, замкнутыми, предпочитают одиночество, могут подолгу сидеть, лежать без физической активности. Дети не хотят посещать детский сад, отказываются от встреч с друзьями, исчезает увлеченность занятиями, которые раньше приносили удовольствие. Депрессия проявляется вегетативными, двигательными расстройствами: возникают боли различной локализации, нарушается сон, аппетит, функции пищеварения. Мальчики чаще становятся раздражительными, девочки – слезливыми, подавленными. Смерть понимается как временное явление, «сон».

Школьники выражают тему самоубийства в рисунках, придуманных историях. Нередко рассказывают о способах суицида, их преимуществах, недостатках. Возможность смерти обсуждается с родителями, дети инициируют разговоры об опасности лекарств, удушья, падения из окна. Нет заинтересованности настоящим и будущим, увлеченности планами летнего отдыха, проведением Нового года, дня рождения. Дети и подростки выглядят вялыми, уставшими, речь, движения часто замедлены, иногда сменяются тревожной суетливостью, раздражительностью, плачем, рыданиями. Мотивация учиться отсутствует, школьная неуспеваемость усугубляется постоянной сонливостью, слабостью. Снижаются функции внимания, мышления. Развивается бессонница, нарушение аппетита, уменьшается масса тела.

Подростки более открыто выражают суицидальные мысли. Возможны фразы «не хочу жить», «лучше я умру», «жизнь закончится». Одержимость смертью проявляется стремлением просматривать фильмы, читать истории о самоубийцах, способах реализации суицида. Тема смерти отображается в стихах, рисунках, других видах творчества. Формируется эмоциональная отчужденность от родственников, друзей, формально отношения могут быть стабильными, посещение школы регулярным. Эмоциональная неустойчивость часто проявляется грубостью, агрессивностью. Возможны уходы из дома, увлечение опасными для жизни занятиями, равнодушное отношение к собственному внешнему виду, мнению окружающих.

Суицидальное поведение, не закончившееся смертью, осложняется различными соматическими заболеваниями. Диагностируются тяжкие травмы, увечья, порезы, повреждения пищевода, трахеи, гортани, нарушение работы почек, печени, переломы шейных позвонков, ребер, костей рук, ног. После попыток

суицида пациенты в первую очередь нуждаются в госпитализации в стационары соматического профиля. Полученные повреждения приводят к инвалидности, ограничениям в дальнейшей жизни. Со стороны психического здоровья частым осложнением становится психопатологическое развитие личности, сопровождающееся высоким риском социальной дезадаптации.

Диагностика.

Диагностика суицидального поведения детей и подростков проводится врачом-психиатром, клиническим психологом. Родители предъявляют жалобы на изменения эмоционального состояния ребенка: подавленность, замкнутость, вялость. Врач предполагает наличие депрессии с риском суицида. Обследование проводится следующими методами:

Беседа. Детский психиатр уточняет время появления симптомов, их выраженность, продолжительность. Если ребенок говорит о самоубийстве, врач расспрашивает о возможных причинах, продолжительности суицидальной активности.

Психологические опросники. Применяются различные тесты для выявления признаков суицидального поведения – методики, состоящие из прямых вопросов о наличии мыслей, попыток самоубийства (опросник суицидального риска, адаптированный опросник Г. Айзенка «Самооценка психических состояний личности»).

Проективные методики. Используются для обследования детей младшего школьного, дошкольного возраста, для подростков, не осознающих, скрывающих суицидальные тенденции, поступки. Применяется тест Люшера, метод «незаконченные предложения», «сигнал», рисуночные тесты.

По результатам комплексного обследования подростков и детей с суицидальной активностью определяются истероидные, сензитивные, эмоционально-лабильные, возбудимые акцентуированные черты. Сочетание признаков депрессии, эмоциональной неуравновешенности, импульсивности указывает на высокий риск суицидальных попыток.

По особенностям развития суицидального поведения выделяют три этапа: суицидальных тенденций, суицидальных действий, постсуицидального кризиса. Такое разделение учитывается при подборе лечебных мероприятий:

Предсуицидальная фаза. Основным способом лечения является психотерапия, медикаментозная коррекция депрессии. Используются когнитивные методы, так как проблема концентрируется в плоскости мыслей, идей, убеждений. С помощью логического обоснования, когнитивного переструктурирования прорабатываются идеи о безнадежности будущего, бессмысленности настоящего, отсутствии понимания, поддержки. Ошибочные суждения проблематизируются, ставятся под сомнение. Подросток научается обнаруживать, останавливать негативные автоматические мысли. Проводится психологическое консультирование родителей, обсуждаются варианты взаимодействия с ребенком, способы реагирования на его замкнутость, эмоциональность. Подчеркивается важность ненавязчивого контроля над действиями.

Острая фаза. Начинается сразу после попытки самоубийства. Требует неотложной медицинской помощи, госпитализации. Помещение в стационар обеспечивает строгий контроль приема медикаментов, предупреждает возможность повторных попыток самоубийства (нет средств, ребенок всегда под наблюдением персонала). Психотерапевтическая поддержка наиболее эффективна в первые дни, когда ребенок эмоционально уязвим, принимает помощь, что служит основанием для доверительных, устойчивых отношений с психотерапевтом. На первом этапе происходит эмоциональная разгрузка, обсуждаются причины случившегося, альтернативные пути разрешения проблем. Затем ребенок/подросток посещает групповые занятия, стимулирующие социальную активность.

Постсуицидальная фаза. Пациента переводят на амбулаторное лечение. Контроль над поведением необходим, но осуществляется родителями, родственниками. Основная задача – предотвратить последующие попытки самоубийства. С этой целью психотерапевтами используется метод «подписание договора» – утверждается срок, в течение которого подросток обязуется не предпринимать попыток. Документ подписывается обеими сторонами. Параллельно продолжается прием медикаментов, посещение групповых встреч, индивидуальных сеансов, направленных на устранение депрессии, восстановление социальной активности.

Прогноз и профилактика.

Прогноз суицидального поведения детей и подростков благоприятен при комплексной медико-психологической помощи, активном участии родителей, родственников в профилактике. Профилактика основана на устранении факторов риска. Важна благоприятная семейная обстановка, доверительные отношения. Необходимо обучать ребенка способам разрешения конфликтов, противостояния стрессовым факторам. При изменениях поведения, эмоциональных реакций нужно поговорить, подключить детского психолога, при серьёзных нарушениях – психиатра.

Постсуицидальный период можно разделить на 4 варианта течения:

1. Критический. Самый лучший вариант. Есть критика к тому что он совершил. Мотив не актуален. Суицидальных тенденций нет. Есть чувства страха по поводу совершенной попытки. Ситуации приведшая к этому не изменилась, но отношение к ней поменялось.
2. Манипулятивный. Актуальность уходит, после совершения попытки. Суицидальных тенденций может и не быть. Может быть лёгкое чувство стыда или страха, но за счёт того, что ситуация изменилась и изменилась именно по этой причине (что он попытался с собой что-то сделать), закрепляет поведение для решения дальнейших проблем таким способом.
3. Аналитический. Конфликт по-прежнему актуален. Суицидальных тенденций нет. Ситуация не изменилась. Человек в том же состоянии находится. Но видим активный поиск других способов решения проблемы. Он активно ищет выход из ситуации.
4. Суицидально фиксированный. Конфликт актуален. Суицидальные тенденции сохраняются. Человек желает, что у него не получилось.

Раньше их подразделяли на:

1. Истинный.
2. Аффективный
3. Демонстративный.

Глава 5. Техники. Упражнения.

Техника пластилиновые каракули.

Невербальная техника, помогает выразить чувства, повзаимодействовать.

Используется 4 цвета пластина. Ребёнок выбирает сам цвета.

В чем заключается:

Молча лепим. 4 фигуры. Сначала один лепит, потом, когда все закончилось отдаёт другому участнику. Передача происходит 4-5 раз. Или ограничиваем по времени.

Передаём нам, и я должна с ним что-то тоже сделать. Либо порушить, переделать. Не спрашивая. Вообще не разговариваем. И смотрим на реакцию ребёнка.

Если ребёнок делаем с мамой, то на их реакции. Кто что порушил, кто что доделал. Кто как относится к фигурам другого.

Где-то нужно посмотреть реакцию на изменения в фигуре.

В детско-родительских отношениях редко собирают все в одну фигуру.

Травмированные дети, когда хотят завершить - они из этой фигуры лепят что-то общее.

Упражнение **картонные человечки.** Нарисовать человека на бумаге - взять цветной картон и сделать стоящего человека/ существо.

Релаксация цветок. Цветок - это ресурс. Дается представление- образ цветка.

Вариант цветка:

Выращивание цветка. Представь, что в твоей ладошке маленькое- маленькое семечко. Закрой глаза и выбери место куда захочешь посадить. Выбери удобное место/ комфортное место. Посадили, посмотрели, что появился росточек. Какой росточек. За эти 10 минут вырастили цветок и посмотрели какой цветок. Посадили в тёплую землю. И потом в завершении волшебный мяч: обсуждаем релаксацию (получилось или нет), настроение и пожелания.

Упражнение на доверие. Минное поле. Один с открытыми глазами другой с закрытыми глазами. И один ведёт другого. Минное поле- можно положить белые листочки А4 и на них наступать нельзя. Или с перевёрнутыми стульями. Обходить,

перешагивать препятствие нужно. Задача одному закрыть глаза довериться и дать руку, а другому провести.

Упражнение доверие недоверие. Лист А4 карандаши или постель. Складываем лист, чтобы он был из двух половинок. На одной стороне доверие, а на другой недоверие. Нарисовали. Дальше обсуждение. Обычно просим автора рисунка представить, что хотел изобразить, чувство. Других просим угадать, где доверие, а где недоверие и спрашиваем про чувство.

Сам автор говорит в последнюю очередь.

Сад чувств.

Заброшенный сад или пробуждение после зимы. Посмотрите, какой он, представьте, что мы возьмём и начнём убирать листья, поправим кустик. Переводим сад в порядок. Делаем паузу- даём возможность привести сад в порядок. А теперь посмотрите на свою работу. У Вас чистые дорожки. Свежак земля, солнце появилось, свежий воздух. Сад Вам благодарен и в нем очень хочется находиться. Земля тёплая и мягкая. Потом обратная связь. На след день иногда эта тема продолжается.

Техника- каракули Винникота

Есть несколько вариантов данной техники.

Даётся лист А3 ребёнку. Крепится скотчем или держим его. Важно чтобы человек сидел ровно и удобно - тот кто выполняет данную технику. Рисует в течении 8 минут (классический вариант). Иногда может быть и меньше. Ориентируемся на завершение. Завершение процесса: либо просто кладёт карандаш или когда появляются повторения.

Садимся удобно, выбираем один цвет из пастели. Закрываем глаза, берём пастель с не ведущую руку. Ножки плотно стоят на полу. Ощупываем лист, знакомимся с пространством. Глубокий вдох и выдох. Смотрим на мимику во время рисования. Смотрим, чтобы не напрягался клиент во время техники - если что говорим вдох и выдох и может (если клиенту приятно) взять за плечи.

Клиент должен отпустить ситуацию, быть расслабленным.

Когда закончил рисовать клиент. Берём каракули и всматриваемся в образы, которые мы увидим. Не спешим, смотрим с разных сторон. Узнаем, какой образ

больше всего нравится. Потом обводим самые значимые образы другим цветом. Узнаем, что за образ, о чем он?

Часто появляется что-то пугающее в образе. Взаимодействуем с ними. Узнаем, что образ хочет сказать - это полезно для ресурса. Негатив прорабатываем, и говорим, что тут есть обязательно что-то, что поможет защитить и помочь. На этом этапе мы не может прервать сессию, на этапе поиска образов.

Иногда эта техника затягивается с подростками на несколько сессий. Мы может их отдать домой, и они там дорабатывают и видят образы. Потом приносят обратно.

Иногда во время этой техники может возникнуть сопротивление, и клиент ищет образ - можно подсказать аккуратно.

Техника рисования праформ

Релаксационное рисование. Праформы- это простые графические фигуры:

1. Дуга-нижняя и верхняя ()

2. Спираль

3. Круг

4. Бесконечность,

Рисование праформ является многократным медитативным повторением соответствующего движения, некого “внутреннего жеста”.

Регрессивная техника. Не предполагает какого-то сознания и контроля. Можно рисовать и правой и левой.

Закрываем глаза, садимся удобно, ноги плотно лежат на полу. Глубой вдох и выдох. Можно для начала порисовать с ребёнком вместе с открытыми глазами, чтобы посмотрел. А потом закрываем.

Иногда мы видим, что человек в поиске- несколько рисует. А потом начинает только что-то одно.

Смысл погрузиться в этот процесс, отпустить контроль.

Мы не говорим, что рисуем праформы, просто рисует фигуру.

Мандалы

Мы даём динамические модели.

1.Сначала даём просто раскрашивать и можем давать домой. Для завершения и оставляем дома.

2. Задание в круге.

3. Просто рисуем в круге. Он может рисовать все, что хочет в круге.

ЛИТЕРАТУРА КО ВСЕМУ КУРСУ

ВОПРОСЫ К ИТОГОВОМУ ЭКЗАМЕНУ

ПО НАПРАВЛЕНИЯМ И МЕТОДАМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И ПСИХОТЕРАПИИ для студентов программы «ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ»

“Кризисные состояния у детей и подростков (ПТСР, насилие, горе, суицидальное поведение)”

1. Основные проявления и диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства у детей и подростков;
2. Особенности течения и стратегия психотерапии ПТСР у детей и подростков.
3. Диагностические признаки насилия, инцест, психологическое и эмоциональное насилие, буллинг (школьная травля);
4. Психологические последствия перенесенного насилия;
5. Схема групповой и индивидуальной работы с детьми, пережившими сексуальное насилие.
6. Формирование понятия "смерть" в онтогенезе;
7. Критические периоды горя, симптомы горя, протекание процесса горевания у детей;
8. Нормальное и патологическое горе;
9. Психотерапевтические техники и схемы индивидуальной и групповой работы с детьми, перенесшими утрату близких;
10. Мотивационные суицидальные комплексы (диагностика и коррекция);
11. Антисуицидальные факторы (использование в психотерапевтическом процессе);
12. Факторы суицидального риска у детей и подростков;
13. Психотерапия суицидального поведения:
14. Экстренная психологическая помощь детям и подросткам в кризисной ситуации;