

Эрготерапия детей-беженцев с посттравматическими стрессовыми расстройствами

Х. Ахмедова

В условиях социальной нестабильности, участившихся военных конфликтов и террористических актов особую актуальность приобретают вопросы оказания квалифицированной психологической помощи мирному населению, пережившему экстраординарные психотравмирующие события. Одна из категорий населения, остро нуждающаяся в подобной помощи, — дети, пережившие войну. Автор завершает свою статью о проявлениях посттравматических расстройств у детей-беженцев и методах эрготерапии, применяющихся в работе с ними (начало статьи см.: МПЖ, № 4, 2001 г.).

В палаточном лагере чеченских беженцев «Спутник» на территории Ингушетии проживает более 9 000 человек, из них — около 3 700 детей до 16 лет. С ноября 1999 г., с первых дней открытия лагеря, по инициативе и при участии международной организации «Врачи мира», в нем был создан Центр медико-психологической помощи, в котором работали местные специалисты: психологи и психиатр. Основным методом психологической помощи детям и подросткам в данном Центре служила групповая эрготерапия (терапия деятельностью). При ее посредстве проводились дедраматизация, отреагирование и проработка психотравматических переживаний детей.

На начальном этапе работы были сформированы открытые группы, куда приходили все желающие дети. При этом мы исходили из того факта, что буквально все дети выходят из зоны боевых действий в состоянии потрясения и нуждаются в том, чтобы им была оказана психологическая поддержка. В открытых группах, тем не менее, проводились структурированные сеансы эрготерапии. Наблюдая за участниками группы и общаясь с ними, психологи выявляли наиболее травмированных детей, с которыми начинали индивидуальную работу.

Через два месяца, то есть с начала 2000 г., когда жизнь в лагере относительно стабилизировалась, мы стали создавать закрытые группы с постоянным составом и определенной длительностью терапевтического процесса. Эрготерапия проводилась по следующей схеме:

— длительность терапевтического процесса — два месяца;

- количество групп — четыре (две — детские, возраст участников от 6 до 10 лет, и две — подростковые с ребятами от 11 до 15 лет);
- состав каждой группы — 15-20 человек;
- регулярность сеансов для каждой группы — два раза в неделю;
- продолжительность сеанса — два часа.

Включение в закрытую эрготерапевтическую группу ребенка или подростка проводилось на основании результатов клинического и психодиагностического обследования. На каждого члена группы была заведена *Карта Наблюдения*, куда вносились информация о состоянии ребенка и особенностях его участия в групповом процессе — в начале, середине и конце терапии.

Постепенно мы отработали относительно четкий механизм привлечения в наш Центр психотравмированных детей, который включал в себя следующие шаги:

- 1) проведение семинаров для педиатров, работающих в трех медпунктах лагеря, а также — учителей палаточной школы и других работников; на семинарах мы обучали специалистов способам распознавания симптомов психотравматизма с целью последующего направления детей с выраженной симптоматикой в наш Центр;
- 2) обходы по лагерю один раз в неделю; поскольку родители редко находили время для наблюдения за своими детьми и далеко не всегда понимали, что они нуждаются в профессиональной психологической поддержке, то с ними проводились беседы; эти беседы, в частности, включали предложение приводить к нам детей, если в их поведении появлялись необычные черты, которые могли свидетельствовать о наличии психической травмы.

Психологи, работая с детьми, поддерживали постоянное взаимодействие с психиатром, который, при необходимости, проводил с ними психофармакотерапию.

Групповой сеанс эрготерапии осуществлялся при участии двух психологов, один из которых был ведущим, другой — ассистентом. Структура сеанса состояла из трех частей:

- 1) вводной части, во время которой ведущий проводил ритуал приветствия, который сменялся групповым обсуждением актуальных проблем, предлагаемых самими детьми;
- 2) основной, начинающейся свободной творческой деятельностью всех членов группы; ведущий и ассистент подключаются к деятельности одного или нескольких ее участников, заранее выделенных в ходе наблюдения в предыдущие дни групповой работы или в начале текущего сеанса; участвуя в творческой деятельности детей, психологи постепенно и незаметно стремятся приблизить ее к позитивному завершению;
- 3) заключительной части, когда ведущий проводит финальное групповое обсуждение и ритуал прощания.

Во время сеансов часто возникали спонтанные игры, в которых, помимо воли участников, находили отражение психические травмы, которые детям довелось пережить в реальной жизни. Травматические игры подразделялись на три основных вида:

- 1) Повторяющиеся. Например, М.А. (11 лет) на протяжении первых сеансов повторяла следующую игру: игрушечным ножиком, извлеченным из набора посуды, она «убивала» мягкие игрушки, набрасываясь на них с криками: «Убью тебя!». В ходе индивидуальной беседы психолог выяснил, что ее брат был убит во время массовых расстрелов в Грозном в феврале 2000г. Постепенно игры такого рода у девочки прекратились, а появились другие, тоже повторяющиеся, но уже более мирного свойства: она лепила из пластилина разные кушанья, фрукты, угощая ими других детей. В лагере детям жилось голодно, еда у них была скудная и однообразная. И в игре дети не только проецировали травматические переживания, но и воплощали неосуществленные потребности.
- 2) Незавершенные. А.В. (9 лет), строя из деталей конструктора дома, не достраивала их, называя «ранеными домами». В ответ на предложения психолога построить дом с крышей, девочка сначала отвечала отказом. По прошествии нескольких сеансов она согласилась построить дом вместе с психологом, и дом получился с крышей и окнами.
- 3) Деструктивные. И.К. (8 лет), смастерив самолет из конструктора, «бомбил» дома, которые строили другие дети.

Часто двое-трое детей начинали спонтанную игру, в которую постепенно включались другие участники группы. Например, М.Д. (6 лет), сделав из конструктора самолет, имитировала авиаобстрел, бросая в других детей детали конструктора. Вся группа бросалась ловить «летчика», оставив «раненого» психолога, звавшего на помощь. Но психологу удалось-таки привлечь к себе внимание детей, и игра приняла иной характер: дети, взяв на себя роли «врачей», принялись делать «операцию», «извлекая» из тела психолога «осколки» и делая ему перевязку.

На сеансах эрготерапии нам удалось выявить особенности травматического восприятия времени детьми и подростками. По интенсивности переживаемых чувств, травматический стресс соразмерен со всей предыдущей жизнью. Поэтому травматический опыт кажется самым значительным, разбивающим жизнь надвое — на события, имевшие место до войны и после войны. О чем бы дети и подростки ни рассказывали, они обязательно подчеркивали: «Это было до войны» или «Это было после войны».

Представления о прошлом, относящиеся к довоенному времени, у многих детей и подростков носили явно идеализированный характер. В ходе игровой деятельности всегда было видно, что они пребывают в прошлом или возвращаются в прошлое каждый раз к тому моменту, когда произошла травма.

У наблюдавшихся детей и подростков отмечались также нарушения ощущения будущего. К числу такого рода нарушений, на наш взгляд, можно отнести:

- отсутствие представлений о будущем;

- представления о будущем, распространяющиеся не далее ближайших дней, в лучшем случае недель;
- представление о том, что будущее окажется таким же плохим, как и недавнее прошлое, или даже станет еще хуже.

Для того, чтобы восстановить позитивную перспективу жизни, необходимо было преобразовать травматические представления о будущем, трансформировав их в позитивные. Однако позитивные представления о будущем невозможно сформировать, не избавив детей и подростков от травматических переживаний прошлого. В процессе эрготерапии мы добивались изменения их состояния, воздействуя на воображение детей в форме последовательных проективных творений, которые постепенно, раз за разом развивались, продвигаясь к желанной цели.

Наш опыт приводит к выводу о необходимости соблюдения трех условий в этой части работы:

- 1) Слишком быстрая смена или динамика формирования образов способна привести лишь к временному облегчению состояния. Необходимо, чтобы пережитая реальность входила составной частью в новый вымысел или поступок, и тогда ребенок или подросток сможет начать творить и действовать, преобразуя первоначальное травматическое содержание.
- 2) Не подменять активность детского воображения работой собственного и не создавать свои образы вместо продуцируемых детьми.
- 3) Не пугаться «ужасных» образов, иначе говоря, не путать содержание травмы и формы ее выражения в образах.

Оценка эффективности эрготерапии проводилась на основе данных, зафиксированных в *Картах наблюдения*, где находила отражение динамика состояния ребенка. Если выраженного улучшения не наступало, то терапия продлевалась еще на два месяца. Как показывают результаты за 2000 г., значительное улучшение в результате двух месяцев эрготерапии было достигнуто в 44 % случаев (266 из 605 детей и подростков) и работа в этих случаях считалась завершенной. Незначительные улучшения или состояние без изменений было отмечено у 48,6 % детей и подростков (294 из 605), и с ними терапия была продолжена. Состояние без изменений осталось у 7,4 % наших подопечных (45 из 605), по тем или иным причинам прервавших посещение сеансов.

Эти данные позволяют заключить, что более половины детей и подростков нуждались в повторном курсе эрготерапии и более интенсивной индивидуальной работе. Их состояние менялось незначительно или оставалось без изменений под влиянием многих факторов. В первую очередь, надо назвать тяжелые условия жизни в лагере беженцев, взаимное индуцирование в семье, где травмированы не только дети, но и родители или другие близкие, неблагоприятный климат в семье (алкоголизм или наркомания отца). Определенную роль на этом фоне играло повторное попадание в психотравмирующую ситуацию, связанное с поездками в Чечню, как и «синдром ожидания», неопределенность будущего.

Наши наблюдения также показали, что у детей, в клинической картине которых преобладали симптомы повторения, улучшение в состоянии происходило быстрее, сравнительно с детьми, для которых более характерен синдром избегания. Было также замечено, что дети с высокой степенью эмоциональной сензитивности достигали устойчивых позитивных изменений значительно быстрее, нежели дети, которых отличали эмоциональная притупленность или холодность. В более длительном терапевтическом процессе нуждались, прежде всего, гиперактивные и агрессивные дети.

Учитывая, что под воздействием продолжающихся психотравмирующих обстоятельств и ряда других факторов состояние многих детей не достигает необходимого уровня изменений, комплексная медицинская и психологическая помощь им должна быть продолжена, с тем, чтобы предупредить трансформацию ПТСР в другие психические расстройства и более глубокие изменения личности.

Литература

1. Фурманов И.А. Детская агрессивность: психодиагностика и коррекция. Минск, 1996.
2. Черепанова Е.М. Психологический стресс. Помогите себе и ребенку. М., Академия, 1996.
3. Хусейн А., Холкомб В. Руководство по лечению психической травмы у детей и подростков. М., 1997.
4. Ajducovic D., Joshi P.T. (Ed.) (1999). Empowering children: Psychosocial assistance under difficult circumstances. Zagreb: Society for Psychological Assistance.
5. Horowitz M.J. (1980). Stress response syndromes: character style and dynamic psychotherapy. Archives of General Psychiatry. 1980, Vol. 31, № 4.

Pereira D., Richman N. (1991). Helping