

Консультация для педагогов

«Психологическая защита у детей и подростков – воспитанников детского дома»

Первым ввел понятие “механизм психической защиты” **З.Фрейд** (1894 г.). Защитные механизмы являются врожденными: они запускаются в экстремальной ситуации и выполняют функцию «снятия внутреннего конфликта».

Психологическая защита - система процессов и механизмов, направленных на сохранение однажды уже достигнутого (или на восстановление утраченного) позитивного состояния субъекта.

Психологическая защита – это механизмы, поддерживающие целостность сознания. **В.С. Ротенберг**

Психологическая защита – это психическая деятельность, направленная на спонтанное изживание последствий психической травмы. **В.Ф. Бассин**

Классификация механизмов психологической защиты

Среди современных исследователей нет единства мнений по числу известных защитных механизмов этому вопросу. В монографии А. Фрейд описано пятнадцать механизмов. В Словаре-справочнике по психиатрии, опубликованном Американской Психиатрической ассоциацией в 1975 г., — двадцать три. Б. А. Маршанин приводит следующую типологию психологических защит:

I Классификация

Протективные (примитивные, незрелые, более простые).

Цель - не допустить информацию в сознание:

- *расщепление* (изоляция);
- *проекция* (перенесение);
- *отрицание*;
- *идентификация*.

Дефинзивные - более зрелые.

Цель - допустить информацию в сознание, искажая ее:

- *сублимация*;
- *рационализация*;
- *альтруизм*;
- *юмор*.

II Классификация

Механизмы психологической защиты, снижающие уровень тревоги, но не изменяющие характера побуждений:

- *вытеснение* (подавление);
- *проекция* (перенесение);
- *идентификация*;
- *аннулирование* (отмена);
- *изоляция* (расщепление);
- *ингибция* (блокирование в поведении и сознании).

Механизмы психологической защиты, снижающие уровень тревоги, но изменяющие характера побуждений:

- *аутоагрессия* (обращение враждебности на себя);
- *реверсия* (изменение побуждений и чувств на противоположные);

- регрессия;
- сублимация.

В подростковом возрасте происходят сложные биосоциальные процессы. Подростки испытывают на себе выраженное влияние эмоционального стресса. В связи с этим подростковый возраст часто рассматривают как фазу уникального стресса развития. Стрессы, связанные с физическими и психологическими изменениями в пубертате, имеют высокую выраженность. Подростки обладают повышенной чувствительностью к стрессу по сравнению с лицами более старшего возраста, более чувствительны к различным жизненным событиям и изменениям. Само осознание подростком происходящих с ним изменений в пубертате является стрессогенным и создает внутреннюю неуверенность, мобилизует защитные механизмы. Подростки защищаются от стрессогенного, негативного влияния социальной среды.

Характеристика механизмов психологической защиты подростков.

Название	Характеристика	Возможные причины
Незрелые механизмы		
Пассивный протест	Отстранение от общения с близкими людьми, отказ от выполнения различных просьб взрослых.	Ощущает себя помехой в жизни родителей, в отношениях с родителями большая дистанция.
Оппозиция	Активный протест против требований взрослых, резкие высказывания в их адрес, систематическая лживость.	Реакция на недостаток любви со стороны близких и призыв вернуть её.
Эмансипация	Борьба за самоутверждение, самостоятельность, высвобождение из-под контроля взрослых.	Диктат родителей и других взрослых.
Проекция	Собственные отрицательные качества, влечения, отношения человек приписывает другому лицу.	Взаимоотношение ребенка с родителями.
Отрицание	Отрицает существование неприятностей или старается снизить серьезность угрозы	Подавление страха.
Идентификация	Отождествляет себя с другим человеком, переносит на себя желаемые чувства и качества.	Повышенная тревожность.
Аннулирование	Повторное действие лишает значения предыдущее, вызывавшее тревогу.	Причины кроются в психике детского возраста.
Изоляция	Отделение одной части личности от другой части его же личности, которая вполне его устраивает.	Психологическая травма в раннем детстве.
Интеллектуализация	Попытка уйти из эмоционально угрожающей ситуации путем ее отстраненного обсуждения в абстрактных, интеллектуализированных терминах.	Недостаточность социальных контактов.
Самоограничение	Отстраняется от общения с близкими людьми, от пищи, от игр, отказывается от выполнения требуемых действий, занимаясь созерцанием деятельности другого, или стремится убежать.	Нетактичные, издевательские замечания окружающих, в первую очередь, значимых людей.
Регрессия	Возвращение к примитивным, ранним, связанным с детством, формам реагирования и типам поведения.	При некоторых психических заболеваниях.
Зрелые механизмы		
Сублимация	Перевод неприемлемых желаний и форм поведения в социально одобряемые.	Желание найти значимую форму деятельности.
Рационализация	Защитный процесс, состоящий в том, что человек изобретает вербальные, и на первый взгляд логичные суждения и умозаключения для ложного оправдания своих поступков.	Боязнь потерять самоуважение.
Альтруизм	Конструктивная деятельность по отношению к другим, в которой удовольствие и помощь оказываются другому.	Таким образом подается сигнал, что хочет получить.
Юмор	Открытое выражение чувств без дискомфорта и неприятного воздействия на других.	Терпит неприятное, пока ситуацию невозможно изменить.
Вытеснение	Удаление из сознания тех моментов, информации, которые вызывают тревогу.	Чрезмерная требовательность взрослых.

Психическая травма - это опыт переживания угрозы, которая раньше была реализована, который оказывается тяжелее даже самого перенесенного насилия. Психическая травма, имеющая отношение обычно к неожиданному, в высшей степени стрессовому внешнему событию или происшествию, как правило, не типичному для детского опыта, приводит ребенка в отчаяние, переполняя его ужасом до такой степени, что он не способен с ним справиться. Травма предполагает «безутешное состояние полностью потрясенного ребенка». Психической травмой принято считать такое состояние, когда ребенок, пережив тяжелое потрясение, чувствует себя беспомощным перед лицом неминуемой опасности, испытывает страх и возбуждение.

50-60 % людей однажды в жизни пережили травму. Вероятность того, что после этой перенесенной травмы возникнет посттравматический стресс у лиц женского пола - 20,4 %, у лиц мужского пола - 8,2 %.

Самая частая посттравматическая реакция возникает у детей после сексуального насилия. Установлено, что у 30% людей, переживших травму, наступает естественное исцеление, симптомы исчезают. Факторами, способствующими возникновению у ребенка психической травмы, являются:

- отсутствие безопасности - внешнее (со стороны окружения нет защиты) и внутреннее (дефицит ресурсов собственных сил, недостаточный реальный опыт);
- восприятие ребенком окружающей среды как враждебной или ограничивающей его возможности и потребности;
- ощущение собственной беспомощности и тревоги перед страхом полного уничтожения;
- путаница в разграничении реальности и фантазий по поводу происходящего.

Нанесенная травма всегда связана с угрозой для жизни, когда ребенок чувствует себя беспомощным, отданным на произвол тяжелой жизненной ситуации. При этом все известные ребенку способы совладать с собой не срабатывают, и все его модели толкования о мире, о человеческих отношениях оказываются недостаточными.

Травматические ситуации - это экстремальные критические события, которые несут угрозу жизни или здоровью (как самого ребенка, так и его значимых близких) и требуют экстраординарных усилий по преодолению последствий их воздействия. Эти ситуации могут быть непродолжительными (от нескольких минут до нескольких часов), но чрезвычайно мощными по силе воздействия, либо длительными, либо повторяющимися. Важнейшей отличительной особенностью травматических ситуаций является *яркая негативная окраска* и возможность нарушить адаптацию *любого(!)* человека. В травматической ситуации есть две составляющие: влияние травмирующего фактора извне и внутренняя реакция ребенка. У людей, как и у большинства представителей животного мира, существуют два главных типа ответной реакции на угрозу. Первая ответная реакция – защита. Если это не удастся, есть возможность побега. Защита и побег – естественные формы сохранения себя от травматического воздействия. Травма реализуется, когда защита и побег не возможны, когда ребенок – жертва и не в силах повлиять на ситуацию. В связи с этим, ребенок является по сути зависимым от заботящегося взрослого существом, его возможность защищаться, убежать обеспечивается в большей степени качеством окружения и уровнем его собственного психомоторного развития. Чаще всего, когда речь идет о дели, оказавшихся вне родительской поддержки и опеки, имеет место недостаточная, ненадежная, неадекватная потребностям ребенка защита.

В жизненном опыте детей, оказавшихся без опеки родителей, часто возможно найти указания на продолжительность травматической ситуации. Детей, переживших травму, характеризуют, как правило, четыре особенности:

1. Повторяющиеся, навязчивые, угнетающие визуальные воспоминания о событии, повторное переживание травматического события в ночных кошмарах.
2. Повторяющееся поведение (многократное разыгрывание трагического эпизода в игре, воссоздание существенных деталей в игре или поведенческие идиосинкразии).
3. Специфические страхи, связанные с травмой, избегание стимулов или ситуаций, ассоциирующихся с событием или напоминающих о травме.
4. Изменение отношения к людям, к различным аспектам жизни и к будущему.

Дети снова и снова переживают произошедшее событие во сне, в игре, в драматизации и повторяющихся визуализациях. На первых этапах реакцией детей на психологическую травму обычно является заторможенность познавательных процессов, аффект, проблема межличностных отношений, снижение контроля импульсов и поведения, а также наличие вегетативных отклонений.

Вследствие этого мы полагаем важным указать на основные виды непосредственных или отсроченных реакций, демонстрируемых детьми в результате переживания *травматической ситуации*:

Экспрессивные реакции, когда ребенок проявляет сильные эмоции, может плакать, кричать, рыдать, смеяться, раскачиваться, но главное - он не может контролировать свои эмоции.

Контролируемые реакции, когда ребенок пытается сдерживать себя, внешне может выглядеть чрезмерно спокойным.

Шоковые реакции, когда ребенок, переживший острую травматическую ситуацию, как бы оглушен, подавлен, ему трудно понять, что с ним произошло.

Такие виды реакций могут сменять друг друга, проявляясь в определенном типе поведения. Травма не проходит сама по себе. Она уходит все глубже и глубже - ребенок стремится справиться с ситуацией с помощью защиты.

Наиболее типичные механизмы психологической защиты у детей и подростков следующие:

Отрицание - защита от неприятной действительности за счет отказа ребенком от ее реалистического и адекватного восприятия, от осознания собственных проблем. Отрицание является кардинальной психической защитой при всех внешних травмах, в том числе и сексуального характера. Подростки с данным видом психической защиты не принимают источник тревоги как реальное событие. В структуре личности у них, как пра-

вило, отмечается неадекватно завышенная самооценка, они не терпят критики, самолюбивы, активно отрицают наличие трудностей, сложностей в своей жизни.

Подавление Я - еще один распространенный у 5-11-летних детей способ защиты, часто объединенный с пассивностью. Ребенок избегает нового жизненного опыта, который может нести с собой риск и вызывает узкую, но безопасную сферу активности с минимальным количеством интересов, он заранее пессимистически настроен в отношении результата своих действий. Часто из-за этого страдает способность к обучению. В этом возрасте самоуважение еще очень хрупкое, и хотя амбиции ребенка высоки, его способность защищаться с помощью юмора и иронии еще не сформирована. В связи с этим ирония взрослых и фактическая или предполагаемая критика товарищей часто становятся невыносимыми.

Идентификация с агрессором. В поведении ребенок демонстрирует те чувства и качества, которые присущи человеку, проявившему в отношении ребенка агрессию или злоупотребление. Этот вид психологической защиты часто наблюдается у инфантильных подростков с неустойчивой самооценкой.

Регресс к более раннему детскому поведению. В кризисной ситуации этот защитный механизм проявляется в возвращении ребенка/подростка к более примитивным способам реагирования он становится плаксивым, капризным, раздражительным, несамостоятельным и т.п. У некоторых детей и подростков может наблюдаться энурез (ночное недержание мочи), откусывание ногтей, сосание пальцев и т.п. Некоторые травмированные дети получают успокоение от обильной еды и питья, курения. Преобладание регрессии как психической защиты часто наблюдается у инфантильных подростков, а также у подростков с задержкой психического развития. В возрасте 5-11 лет регрессия проявляется в повышенной зависимости от ближайшего окружения и более слабом контроле над импульсами и влечениями. Регресс также проявляется в навязчивости, развитии садомазохистских черт по отношению к другим (ребенок может выступать и в роли обиженного, и в роли обидчика), агрессивности и т.п. В ситуации насилия регрессия является, скорее, признаком психического истощения из-за продолжительности стресса. С возраста 12-13 лет тенденция к регрессу проявляется сама по себе как норма возрастного подросткового кризиса. Обычными являются перепады от высокой энергичности и активности в один момент к усталости и пассивности, когда внутренние конфликты мгновенно истощают энергетические ресурсы организма. Регрессивные виды защиты у подростков в кризисе - это мечтание и фантазирование, т.е. замещение действия ожиданием магического разрешения реальности, когда все трудности разрешились бы сами собой.

Проецирование - приписывание другим своих собственных, часто отрицаемых для себя желаний и намерений. У детей, переживших насилие, проекции можно наблюдать в созданных ими рисунках, играх, сказках, историях. Часто под воздействием этого вида защиты дети обвиняют других в том, что ощущают сами, но не хотят себе в этом признаваться. Например, подросток нетерпим к самоуверенным, самовлюбленным людям, поскольку сам не чужд этих качеств. Для таких подростков характерно скрытое желание обязательно иметь противников для самоутверждения. Они склонны к зависти, поиску негативных причин успеха у окружающих.

Изоляция чувств - невозможность осознавать свои чувства и в полной мере проживать их. Ребенок фактически не позволяет себе ощутить всю полноту своего гнева или грусти. Этот механизм защиты ведет к «замораживанию» чувств, развивается так называемая эмоциональная тупость.

Диссоциативные защиты проявляются в виде безучастия, кратковременных или длительных состояний измененного сознания с отрицанием действительности, уходом в фантазии. Ребенок может считать, что травмирующее его событие случилось не с ним, что он сам в нем не участвовал (деперсонализация и дереализация).

Первичная диссоциации (фрагментация травматического опыта). Ребенок (подросток) не в силах воспринять целостную картину происходящего, часть сенсорных и эмоциональных элементов травматического события изолируются от обыденного сознания.

Вторичная (перитравматическая) диссоциация - ограниченная возможность когнитивной переработки травматического опыта. Ребенок вытесняет некоторые аспекты психотравмирующей ситуации или ее в целом. Вторичная диссоциация проявляется в ситуации, выходящей за рамки обыденного опыта ребенка.

Третичная диссоциация - проявление «множественности личности». Поведение ребенка выглядит как действия двух и более людей, каждый из которых не знает о существовании другого. Этот вид диссоциации встречается редко и обычно связан с длительным по времени сексуальным насилием и с причинением одновременно физической травмы ребенку.

Таким образом, травма продолжает оказывать влияние на характер ребенка, на его сны и чувства даже тогда, когда в сознании не удерживается память о ней. Важно также отметить, что любое новое трагическое событие может снова возродить к жизни неизжитые прежде травмы. Независимо от того, похоже ли это событие на событие, случившееся раньше, оно может неожиданно вызвать сильный эмоциональный отклик. Дети, как и взрослые, реагируют на травматические обстоятельства по-разному. Подверженность травмам и их последствиям зависит от того, в какой жизненный период и на каком этапе развития ребенка это событие произошло. Многие дети могут не воспринимать болезненно ситуацию или быстро восстанавливаться, имея естественную адаптивность и устойчивость при столкновении с обстоятельствами, которые серьезно истощают других. Нередко дети, пребывая в угнетенном состоянии или страхе, демонстрируют выдержку и черты личности, которые свидетельствуют об их способности улучшаться и восстанавливаться. Способность справляться с депрессией, несчастьем, болезнью или другими негативными ситуациями называется *стрессоустойчивостью*. Для детей стрессоустойчивость определяется как «способность тех, кто подвергался установленным факторам риска, преодолевать этот риск и избегать негативных последствий, таких, как делинквентность и поведенческие про-

блемы, психологическую неприспособленность, учебные трудности и соматические осложнения». Стрессоустойчивые дети обладают способностью поддерживать позитивный и осознанный взгляд на жизнь, они способны активно решать проблемы, имеют чувство оптимизма, активную жизненную позицию и ищут новые впечатления.

Существуют два типа поведения травмированного ребенка: интернализированное и экстернализированное.

Интернализированное поведение.

У детей с этим типом поведения можно обнаружить следующие характерные поведенческие черты:

- закрытость и избегание контактов с другими («присутствуют, но не включаются»);
- проявление признаков сниженного настроения вплоть до депрессии;
- недостаток спонтанности и игрового поведения;
- послушность и легкую податливость;
- чрезмерную бдительность и пугливость;
- проявление фобий на нетипичные раздражители;
- проблемы со сном и ночные страхи;
- частые головные боли или боли в животе;
- нарушения пищевого цикла;
- склонность к аддиктивному поведению;

- возможные угрозы самоубийством;
- склонность к диссоциативным расстройствам;
- нанесение себе порезов, прижигание себя сигаретой.

Одной из причин нанесения себе резаных ран или прижиганий является попытка обретения контакта с реальностью (выход из состояния депрессии и диссоциации). Возникающая при этом боль является своеобразной копинговой реакцией (способом прийти в себя). Дети, в опыте которых есть избиения, делают это для привлечения заботы, ради последующего утешения, поскольку в социальном учреждении они лишены родительской заботы. Некоторые дети делают это, чтобы убедиться, что в них течет кровь, что они - живые. Такое поведение демонстрируют подростки, но оно может быть обнаружено и у детей младшего возраста, если они участвуют в этом совместно, особенно, если действия носят ритуальный, таинственный характер. Если такое поведение не прекратить, то оно закрепляется как копинговая реакция и может сохраниться во взрослом возрасте.

Экстернализированное поведение - поведение, направленное на других. Дети с экстернализированным поведением направляют свои эмоции и чувства вовне, на других детей, на взрослых, на предметы. При этом:

- они могут быть агрессивны, враждебны и деструктивны;
- они могут вести себя вызывающе, сами провоцировать избиения или сексуальные посягательства (нападения), нападать на других;
- они могут издеваться над животными (вплоть до их убийства); такие действия могут объясняться тем, что ребенок осуществляет поведение, жертвой или свидетелем которого он стал сам, а также тем, что он внутренне занят темой самоубийства;

- они склонны к деструктивным формам поведения (в том числе, например, к поджогам);
- их поведение может быть сексуально окрашено или сексуально направлено.

Такие дети представляют проблемы для окружающих и поэтому указанные нарушения поведения легко распознаются.

Практика показывает, что дети с интернализированным поведением во время установления отношений привязанности могут проявлять и развивать экстернализированное поведение. Это можно объяснить тем, что когда дети начинают доверять взрослому и становятся смелее, то они начинают выражать подавленные чувства, такие, как злость и враждебность.

Главные функции помогающего взрослого как фигуры привязанности - обеспечивать защиту ребенку и модулировать его тревогу. Нужда в обеспечивающих защиту фигурах привязанности сохраняется у человека всю жизнь. Если предположить, что при нанесении травмы опровергается в первую очередь рабочая модель надежной привязанности, согласно которой индивид воспринимает самого себя как ценного и компетентного, а своих близких - как эмоционально доступных и оказывающих поддержку, то это означает, что именно эта модель должна быть восстановлена с учетом полученного опыта. Вселяет надежду то, что современные теоретические исследования психологической науки доказывают: после пережитой травмы возможно восстановление надежной привязанности и отношений доверия при условиях внешней защищенности.

Специальные нейробиологические исследования протективных факторов и факторов, создающих угрозу для развития, показали, что позитивный опыт привязанности может быть приобретен на протяжении всей жизни, и этот опыт представлен и запечатлен нейropsychологически. Как указывает известный нейропсихолог и психотерапевт Г. Хюттер, самый важный фактор в системе привязанности - это любовь, встреча с людьми, достойными любви и дающими ее. Качество отношений с травмированным ребенком зависит от способности и чувствительности заботящегося взрослого к установлению симпатического контакта с чувствами и сущностью травмированного ребенка, способности к так называемому «резонансу». В этом случае травмированные дети чувствуют себя понятыми, «увиденными» и «прочувствованными» взрослым. Сам по себе факт, что взрослый безопасно доступен в течение значительного времени и эмпатически концентрируется на внутреннем и внешнем мире ребенка, предполагает

возможность для позитивного корректирующего опыта посттравматических реакций. Сложность состоит в том, что у заботящихся о ребенке в государственном учреждении взрослых и у членов замещающей семьи зачастую нет достаточных знаний для понимания глубинных процессов развития ребенка, пережившего травму, а иногда не хватает достаточного времени для установления надежной уверенной привязанности. В этом случае необходима специальная подготовка и информирование заботящихся взрослых об особенностях поведения ребенка, пережившего травматический опыт. По результатам опроса, для повышения эффективности работы с детьми - жертвами нанесенных им травм - специалисты более всего нуждаются в контакте с другими специалистами (психологом, психотерапевтом), в профессиональном сообществе, в централизованном обучении.

Для детей, переживших сексуальное злоупотребление, присущи особые нарушения, проявляющиеся в сексуализированном поведении и диссоциации личности. Часто такое поведение остается непонятым, и в результате ребенок не получает необходимой помощи.

Сексуализированное поведение возникает как следствие сексуального насилия над ребенком, если:

- ребенка поощряют за сексуальное поведение, не соответствующее возрастным нормам развития;
- взрослые проявляют к ребенку тепло, внимание, симпатию в обмен на секс;
- взрослые передают неправильные представления о морали и сексуальном поведении.

Проявления в поведении:

- чрезмерная озабоченность темами секса и навязчивое сексуально окрашенное поведение;
- ранняя зрелая сексуальная активность;
- агрессивные сексуальные действия;
- промискуитет (неизбирательные и случайные сексуальные связи);
- сексуальные отклонения;
- проституция.

Дети, пережившие травматическую ситуацию, связанную с сексуальным злоупотреблением, развивают обостренный, ненормальный интерес к темам сексуальности, часто ведущий к ранней сексуальной активности.

Сексуализированным поведением является продолжение мастурбации в присутствии других, отсутствие барьеров при мастурбировании.

Последствиями кризисов, связанных с применением психологического насилия, является нарушение развития детей и их социальной адаптации, а также построение такой системы ценностей у развивающейся личности ребенка, которая формирует особые жизненные сценарии. Часто поведение таких детей характеризуется гиперагрессивностью, вспыльчивостью, мстительностью, повышенным вниманием к мелочам, эмоциональной черствостью, даже тупостью, что в последующей жизни часто приводит к риску вовлечения ребенка в преступную деятельность. В то же время у детей может сформироваться позиция «жертвы» - ощущение того, что они не такие, как все, что они нуждаются в особом внимании, помощи, поддержке, причем внимание и поддержку они требуют от любого человека независимо от того, хочет ли он этого или нет, способен ли на это или нет. Став взрослым, «человек-жертва» не прилагает никаких усилий для достижения сложных целей, решения проблем, обычных для любого другого человека, соответственно, он не способен добиться успеха в профессиональной карьере, стать полноценным членом общества.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) возникает у детей неправильные представления о морали и сексуальном поведении. *Проявления в поведении:*

- чрезмерная озабоченность темами секса и навязчивое сексуально окрашенное поведение;
- ранняя зрелая сексуальная активность;
- агрессивные сексуальные действия;
- промискуитет (неизбирательные и случайные сексуальные связи);
- сексуальные отклонения;
- проституция.

Дети, пережившие травматическую ситуацию, связанную с сексуальным злоупотреблением, развивают обостренный, ненормальный интерес к темам сексуальности, часто ведущий к ранней сексуальной активности.

Сексуализированным поведением является продолжение мастурбации в присутствии других, отсутствие барьеров при мастурбировании.

Последствиями кризисов, связанных с применением психологического насилия, является нарушение развития детей и их социальной адаптации, а также построение такой системы ценностей у развивающейся личности ребенка, которая формирует особые жизненные сценарии. Часто поведение таких детей характеризуется гиперагрессивностью, вспыльчивостью, мстительностью, повышенным вниманием к мелочам, эмоциональной черствостью, даже тупостью, что в последующей жизни часто приводит к риску вовлечения ребенка в преступную деятельность. В то же время у детей может сформироваться позиция «жертвы» - ощущение того, что они не такие, как все, что они нуждаются в особом внимании, помощи, поддержке, причем внимание и поддержку они требуют от любого человека независимо от того, хочет ли он этого или нет, способен ли на это или нет. Став взрослым, «человек-жертва» не прилагает никаких усилий для достижения сложных целей, решения проблем, обычных для любого другого человека, соответственно, он не способен добиться успеха в профессиональной карьере, стать полноценным членом общества.

Важная составляющая работы с травмированными детьми состоит в том, чтобы научить взрослых помогать им. Ошибкой было бы предположить, что родители, учителя и опекуны знают, как помочь детям, пережившим травму. Иногда, если даже взрослый и располагает знаниями о том, как помочь ребенку, собственное эмоциональное состояние может помешать ему удовлетворить детские потреб-

ности, особенно, если происходящее травмировало и взрослого. У взрослого в общении с **травмированными** детьми, переживающими **утрату, криз!** может развиваться «вторичное травматическое стрессовое расстройство», или «с страдательное истощение» - сочувственное осознание страдания, дистресса; бенка в сочетании со стремлением обличить его. Симптомы, сопровождающие: явление, на самом деле сходны с теми эмоциональными, физиологическими когнитивными реакциями, которые наблюдаются у жертв, перенесших травму. Иными словами, специалисты сами начинают страдать той же симптоматикой, и жертвы трагедии. Работа с жертвой травмы предполагает столкновение с той травмой, и, соответственно, уязвимость взрослого по отношению к ней. Это в основном объясняется рядом причин.

Эмпатия служит центральным «инструментом» сопровождения травмы ребенка. Именно эмпатия ступает в качестве ключевого фактора обуславливающего «проникающее» действие травматического события консультантов.

Большинство из тех, кто участвует в сопровождении, сталкивались в своей жизни с травматическими событиями. Некоторые из проблем, с которыми помогают справиться ребенку, могут быть похожи на те, что пришлось пережить им самим.

Помогающие могут сами страдать собственными неразрешенными травмами.

Работа с детьми, пережившими травматическое событие, может оказывать очень сильное влияние на человека.

Вопрос анкеты: «Необходима ли группа супервизии и личная терапия собственной профессиональной держки?» У большинства участников вызвал позитивный ответ. Все участники отметили, что они «нуждаются в методическом руководстве для работы с детьми пережившими травму».

Психологи выделяют несколько ключевых ролей, которые необходимо выполнять заботящемуся взрослому в посттравматическом периоде по отношению к ребенку:

- обеспечение базовых потребностей, безопасности, защищенности, стабильности, возможности создания

пространства (создание стабильного внешнего защищенного пространства);

• проявление любви, эмпатии и принятия со стороны заботящихся взрослых (формирование надежной привязанности, укрепление ресурсов защиты);