

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Федеральное государственное учреждение
«Государственный научный центр
социальной и судебной психиатрии
им. В. П. Сербского Росздрава»**

**ПРОГРАММЫ
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ ЛИЦАМ,
ПОСТРАДАВШИМ ОТ ПРЕСТУПЛЕНИЙ**

Под редакцией
Академика РАМН Т. Б. Дмитриевой,
проф. З. И. Кекелидзе, проф. Е. В. Макушкина

Программы оказания медицинской и психологической помощи лицам, пострадавшим от преступлений подготовлены в соответствии с п. 6.1. Протокола оперативного совещания Совета Безопасности Российской Федерации Пр-1286 от 8 мая 2009 г. с целью организации и оказания медицинской, психологической и реабилитационной помощи лицам, пострадавшим от преступлений и жертвам насильственных действий.

Программы обсуждены на межведомственных заседаниях профильных специалистов (протоколы № 108 от 7 июля 2009 г. и № 124 от 10 июля 2009 г.).

Под редакцией

Академика РАМН, доктора мед. наук,

проф. **Т. Б. Дмитриевой**

Доктора мед. наук, проф. **З. И. Кекелидзе**

Доктора мед. наук, проф. **Е. В. Макушкина**

Рецензенты:

В. Н. Краснов — доктор мед. наук, проф., директор Московского НИИ Психиатрии

Л. М. Барденштейн — доктор мед. наук, проф., заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет»

Содержание

ПРОГРАММА

ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ОТ ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТОВ	4
---	---

ПРОГРАММА

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ ПОТЕРПЕВШИМ ОТ ПРЕСТУПЛЕНИЙ	34
--	----

Приложение 1. ПРОГРАММА

КОРРЕКЦИОННОЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ПОДВЕРГАЮЩИМСЯ ВНУТРИСЕМЕЙНОМУ НАСИЛИЮ	59
---	----

Приложение 2. ПРОГРАММА

ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ, ПОСТРАДАВШИМ ОТ ПРЕСТУПЛЕНИЙ (МЕТОД СОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ)	82
---	----

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ	94
--	----

ПРОГРАММА

ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОТНОШЕНИИ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ВЗРОСЛЫХ ЖЕРТВ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ	105
---	-----

ПРОГРАММЫ

ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ ПОМОЩИ ОСУЖДЕННЫМ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ ЖЕРТВАМИ ПРЕСТУПЛЕНИЙ	112
--	-----

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ

ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, ПОСТРАДАВШИМ ОТ ПРЕСТУПЛЕНИЙ (ТЕРРОРИЗМА)	124
---	-----

ПРОГРАММА ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ОТ ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТОВ

Программа подготовлена коллективом авторов в составе:

З.И. Кекелидзе, д.м.н., проф., зам. директора ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского Росздрава»

А.А. Портновой, д.м.н., руководителя отдела ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского Росздрава»

С.В. Шпорт, к.м.н., ст. науч. сотр. ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского Росздрава»

Террористический акт (ТА) — один из наиболее тяжких видов преступлений. Социально-психологические и психопатологические последствия ТА крайне серьезны и охватывают большое количество пострадавших. Насилие, связанное с ТА, оказывает негативное действие на психическое здоровье не только на тех людей, кто непосредственно ему подвергся, но и на тех, кого это коснулось косвенно — родственников, друзей пострадавших, а также тех, кто был очевидцем происшествия. Таких пострадавших называют вторичными жертвами. При этом у вторичных жертв ЧС могут развиваться такие же тяжелые стрессовые расстройства, как и у самих жертв.

Среди наиболее драматичных терактов современности в России: захват заложников в больнице в 1995 г. в Буденновске, Ставропольский край. Взрывы жилых

домов в 1999 г. Москве и Волгодонске. В 2002 г. — захват заложников в Театральном центре в Москве. В 2003 г. взрывы во время рок-фестиваля в Москве. 6 февраля 2004 года — теракт в московском метро между станциями Павелецкая и Автозаводская. 2004 — взрыв у метро Рижская в Москве и теракт в школе в Беслане. По данным обследования пострадавших сотрудниками ГНЦССП им. В.П. Сербского, психические нарушения стрессового характера выявлены более чем у 90%.

Антропогенные катастрофы, в том числе и агрессия человека против человека, являются наиболее мощным фактором риска развития этого заболевания. По международным данным, от 50 до 100% людей, побывавших в заложниках или подвергшихся пыткам, заболевают ПТСР.

Психические расстройства вследствие ТА представлены острыми психическими расстройствами — острая стрессовая реакция (ОСР) и хроническими — посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и расстройство адаптации (РА). На отдаленных этапах после перенесенного ТА при определенных условиях у пострадавшего могут развиваться посттравматические изменения личности или патохарактерологическое развитие.

Достаточно широкий круг коморбидных стрессовым расстройствам, выявляемых у пострадавших, включает в себя:

- Депрессивное расстройство
- Тревожное расстройство
- Обсессивно-компульсивное расстройство
- Злоупотребление психоактивными веществами
- Нарушение поведения
- Соматоформные расстройства

ТА несет в себе следующие *патогенные факторы*, приводящие к развитию заболевания:

- Собственно насилие (физическое, сексуальное, психологическое) по отношению к пострадавшему.

- Угрожающая жизни или здоровью ситуация, сопровождающаяся чувствами беспомощности, безысходности.
- Наблюдение чужой гибели
- Смерть близких, знакомых.
- Внезапность возникновения
- Ранение.

Помимо непосредственного воздействия на психику пострадавшего ТА влечет за собой значительное изменение комплекса психо-социальных условий жизни. К ним относятся смена места жительства, школы, резкое ухудшение материального положения семьи, потеря социальной поддержки, нехватка пищи, воды, тепла и т.д. При реализации программ по оказанию медико-социальной помощи необходимо учитывать, что предотвращение или минимизация ухудшения условий жизни пострадавших является необходимой составляющей успешности работы этих программ.

СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА

При ТА у значительного числа пострадавших (от 30-60%) во время чрезвычайной ситуации и первые дни после наблюдается патологическое состояние — ОСР, требующее временного отстранения от работы и направления к психиатру.

Клиническая картина ОСР включает в себя:

- Нарушения сознания различной степени тяжести типа аффективно суженного или сумеречного;
- Интенсивное переживание страха, паники, ужаса;
- Психомоторные нарушения;
- Соматовегетативные нарушения.

При *помраченном сознании* человек дезориентирован в окружающем, совершает бессмысленные действия. В этот период могут наблюдаться явления дереализации, иллюзорные или галлюцинаторные феномены, а также нестойкие бредовые переживания

угрозы и преследования. Нечеткий или обрывочный характер воспоминаний о происходивших событиях свидетельствует о расстроеном сознании во время ЧС.

Психомоторные нарушения при ОСР проявляются в двух вариантах — гиперкинетическом и гипокинетическом. При гиперкинетическом варианте наблюдается психомоторное возбуждение в виде бесцельных движений, панического бегства, повышенной суетливости, крика, плача. Двигательное возбуждение может проявляться в виде истероформных или эпилептиформных припадков, дрожания, тиков, хореоформных движений.

Реакция двигательной заторможенности может быть различной глубины — от ступора (полной обездвиженности) до выпадения отдельных двигательных функций («отнялись ноги», «стали как ватные», «не слушается язык»).

Соматовегетативные нарушения проявляются бледностью кожных покровов, гипергидрозом, повышением температуры, чувством озноба, головной болью, брадикардией, акроцианозом, недержанием мочи и кала.

ОСР длится, как правило, от нескольких часов до нескольких дней. Психотические нарушения (расстройства сознания, психомоторное возбуждение, ступор) обычно кратковременны — от нескольких минут до 1-2 часов и не требуют специального лечения; необходимо лишь обеспечение врачебного надзора. В ряде случаев при выраженном психомоторном возбуждении назначаются нейролептики аминазин парентерально, неупелтил, rispoleпт в каплях перорально, транквилизаторы. Отдельные симптомы могут сохраняться до 4 недель. Как правило, это расстройства невротического круга — расстройства сна, сноговорение, астения. Могут наблюдаться ранее не свойственные раздражительность, агрессивность, слезливость.

Лицам с выявленными симптомами ОСР должны быть по возможности созданы спокойные условия. При этом рекомендуется увести пострадавшего от скопления людей, чтобы избежать эффекта индукции и предотвратить массовые психогенные реакции. Следует учитывать, что у подавляющего большинства людей с диагнозом ОСР при отсутствии надлежащих лечебно-профилактических мероприятий в течение нескольких недель развиваются хронические нарушения — ПТСР и РА.

Группу риска для развития хронических стрессовых расстройств у пострадавших в результате ТА составляют лица, у которых присутствуют следующие предрасполагающие факторы:

- Наличие в анамнезе невротических состояний, депрессий, других психических заболеваний.
- Черты личности: интравертированность, эмоциональная неустойчивость, демонстративность, возбудимость.
- Неустроенная личная жизнь.
- Женский пол.
- Наличие соматических заболеваний в анамнезе.
- Плохое материальное положение.
- Психическое заболевание у члена семьи;
- Психическая травма, перенесенная в прошлом (в т.ч. сексуальные домогательства, неполная родительская семья, жестокое обращение).
- Неблагоприятные события жизни как до, так и после травмы (в том числе развод, болезнь, смерть родственников, близких друзей);
- Наличие в анамнезе нарушений поведения, невротических состояний, других психических заболеваний;
- Социальная не востребованность (работа, не соответствующая профессиональной квалификации, опасение потерять работу и др.).

Своевременное выявление этих факторов помогает правильно выявить группы риска для профилак-

тической работы по предотвращению развития затяжных стрессовых состояний.

Главные диагностические критерии ПТСР включают в себя три группы симптомов, связанных с тяжелой психической травмой: **повторное переживание психической травмы, избегающее поведение и повышенная возбудимость.**

Повторное переживание психической травмы. Симптоматика включает в себя следующие феномены.

1. Навязчивые, постоянно повторяющиеся неприятные воспоминания о событии, мысли и представления о нем.

2. Навязчивые, постоянно повторяющиеся неприятные сны о травматическом событии.

3. Чувство, будто травматическое событие происходит снова (включая чувство оживления переживаний, иллюзии, галлюцинации и флэшбэк-эпизоды, в том числе просоночные и развивающиеся в состоянии интоксикации).

4. Интенсивные переживания, вызванные внутренними или внешними стимулами, напоминающими о травмирующих событиях или символизирующими их.

5. Физиологические реакции на внутренние или внешние стимулы, которые символизируют травмирующие события или обладают сходством с ними.

Избегание. Включает следующие симптомы:

1. Попытки избежать мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой.

2. Усилия, направленные на избегание действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о ЧС.

3. Неспособность вспомнить важные аспекты травмы (психогенная амнезия).

4. Заметное снижение интереса или участия в ранее значимых видах деятельности (увлечениях, карьере).

5. Чувство отгороженности или отчуждения от окружающих.

6. Ограничение диапазона чувств (например, неспособность испытывать чувство любви).

7. Чувство бесперспективности в жизни (например, отсутствие надежды на социальные перспективы, в том числе приобретение желаемой профессии, женитьбу, появление детей или нормальную продолжительность жизни).

Симптомы повышенной возбудимости, не наблюдавшиеся до травмы.

1. Нарушение засыпания или раннее пробуждение.

2. Раздражительность или вспышки гнева.

3. Затруднение концентрации внимания.

4. Повышенная настороженность, сверхбдительность, постоянное ожидание угрозы.

5. Чрезмерная реакция испуга (вздрагивание).

ПТСР следует отличать от **расстройства адаптации** (РА). Диагноз РА ставится в случаях, когда симптоматика отвечает критериям ПТСР, однако стрессорный фактор, вызвавший их, не был чрезвычайным или же если реакция на экстремальную ситуацию не отвечает критериям ПТСР, ОСТ или другим реакциям на тяжелый стресс.

ЭТАПЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТЕРРОРИСТИЧЕСКОМ АКТЕ

Первый этап неотложной психолого-психиатрической помощи начинается сразу после получения информации о ТА. Работа на этом этапе должна включать медико-психологическую поддержку и мониторинг психического состояния пострадавших и близких пострадавших. Работа проводится на всем протяжении спасательных работ, и направлена на поддержание психического и физического состояния людей, предотвращение воздействия запредельных психоэмоциональных нагрузок. Этот этап может затягиваться на

несколько дней (как было при захвате заложников), а может ограничиваться часами (например, до окончания разбора завалов при обрушении здания). В случаях захвата заложников до момента их освобождения медико-психологическая помощь должна оказываться родственникам пострадавших.

Мероприятия данного этапа осуществляются *силами* бригады, в которую входят специально подготовленный психолог, психиатр (психотерапевт) и **врач общей практики**. К работе на данном этапе возможно подключение волонтеров (представители гуманитарных миссий, священнослужители, студенты-психологи). *Средствами* на данном этапе являются регулярные осмотры членами бригады населения для оценки психического состояния. При выявлении признаков психологического неблагополучия необходимо проведение одного из методов кризисного вмешательства (когнитивная терапия, медикаментозная поддержка). Необходимо следить за тем, чтобы люди не забывали принимать питье, пищу, отдыхали. Кроме того, все должны непрерывно информироваться о состоянии заложников, а также о необходимости обследования после спасения у психолога или психотерапевта.

Второй этап начинается с момента спасения. Основными задачами бригады, в которую входят психиатр и психолог, являются выявление и купирование острых стрессовых нарушений, и обеспечение надзора за лицами с патологическими формами реакций, информирование о необходимости получения медико-психологической помощи.

Третий этап квалифицированной медицинской помощи позволяет провести более тщательное обследование и диагностику состояния пострадавших и его близких, принять решение о необходимости и объеме вмешательства. Вне зависимости от того, где находится пострадавший после спасения, — в больнице или дома, — должна быть обеспечена доступность психолого-психиатрической помощи. Так, после теракта в

Беслане на базе поликлинического отделения городской больницы были открыты и круглосуточно работали врачи-психиатры, психотерапевты и психологи. В каждом стационарном отделении Владикавказа и Москвы, куда поступили для лечения раненые, регулярно консультировал психиатр, и проводились психотерапевтические и психокоррекционные занятия.

Длительность этапа определена нами как 1 месяц, т.е. это время представляет срок, в течение которого острые стрессовые расстройства либо разрешатся, либо перейти в хроническую форму.

Четвертый этап. Лечение хронических стрессовых состояний (ПТСР, РА). Длительность этого этапа определяется как видом ЧС, так и особенностями населенного пункта. Работа с пострадавшими проводится как в амбулаторных условиях (предпочтительная форма работы, т.к. пострадавший не отрывается от привычной для него среды), так и в психиатрических отделениях типа «Мать-Дитя» в случаях, если пострадавшим является ребенок. Одно из отделений такого типа организовано на базе ГНЦССП, а другое было развернуто и функционировало в октябре—ноябре 2004 г. на базе: ДПБ г. Москвы.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ И ИХ СЕМЬЯМ ПРИ ТЕРАКТАХ

К оказанию психолого-психиатрической помощи при террористических актах с захватом заложников предъявляются особенно высокие требования в связи с крайней тяжестью возникающей при этом у заложников и их близких психической травмы. В помощи нуждаются прежде всего родители и другие родственники заложников.

В первые сутки захвата заложников проводятся следующие **организационные мероприятия.**

1. Координация работы специалистов (психологов и психиатров) как местного, так и федерального уровня различной ведомственной (МЧС, ГУВД) подчиненности с созданием штаба, в котором представители всех служб.

2. Создание круглосуточной службы «горячая линия» («ГЛ») на базе медицинского учреждения (больницы, поликлиники).

3. Развертывание на базе городской поликлиники (больнице) кабинетов для оказания психологической и психиатрической помощи, готовых в круглосуточном режиме к оказанию помощи пострадавшим, их родственникам, «вторичным жертвам».

4. Взаимодействие с представителями местной администрации и руководителями здравоохранения. Основной целью такого взаимодействия является объяснение необходимости регулярного информирования родственников пострадавших и остальных жителей города о ходе спасательных мероприятий, состоянии пострадавших. Такое информирование целесообразно проводить приблизительно каждые 3 часа даже при отсутствии объективной информации. Это существенно снижает эмоциональное напряжение и агрессивные тенденции больших групп людей. Кроме того, необходимо с помощью местных властей наладить условия пребывания родственников пострадавших (обеспечить водой, туалетами, местами отдыха) и обеспечить круглосуточное дежурство психологов и психиатров.

5. Как показали наблюдения во время захвата заложников в Москве и Беслане, наличие в большой группе людей хотя бы одного-двух агрессивно настроенных лидеров может привести к массовым беспорядкам и дополнительным жертвам. Поэтому задачей психологов и психиатров на данном этапе является выявление таких лидеров в толпе и направление их активности в организованное русло.

6. Взаимодействие с представителями средств массовой информации: объяснение предпочтительно-

сти формы подачи информации о ЧС должно, по нашему мнению, быть направлено на снижение (насколько возможно) эмоционального напряжения. Чрезмерно натуралистичные и драматичные репортажи приводят к резкому увеличению числа «вторичных жертв» среди населения страны. Особенно уязвимыми для патогенного влияния новостных программ являются дети.

7. Обучение местных специалистов основам психологической, психиатрической и психолого-педагогической помощи детям, побывавшим в ЧС. Так, начиная с 11 сентября 2004 года специалистами ГНЦССП им. В.П. Сербского были организованы курсы лекций и семинаров по психиатрии чрезвычайных ситуаций, рассчитанные на врачей общего профиля, психиатров и медицинских психологов. Кроме этого были проведены лекции и семинары, обучающие школьных психологов и учителей правильному обращению с пострадавшими детьми.

К проводимым в зоне ЧС мероприятиям широко привлекаются психологи-добровольцы.

Опыт нашей работы в зоне ЧС показывает, что недостатка в помощи психологов-добровольцев, как правило, не бывает. Необходимо учитывать, что свои услуги в осуществлении психолого-психиатрической помощи предлагают специалисты с разным уровнем профессионального опыта и компетенции. Кроме того, в ряде случаев методические подходы к психотерапии у отдельных специалистов не соответствуют предъявляемым к ним требованиям. В связи с этими соображениями работа всех исполнителей должна координироваться лицами, ответственными за организацию помощи. Для всех специалистов, участвующих в оказании психолого-психиатрической помощи, проводится краткосрочный обучающий курс и обеспечивается информационная база. Если психологи-добровольцы имеют небольшой опыт профессиональной деятельности, их необходимо привлекать к работе на телефоне «ГЛ», так как к эта деятельность требует не таких

высоких, как другие виды помощи, профессиональных навыков.

Психологи-добровольцы оказывают первичную психокоррекционную помощь пострадавшим по телефону, передают необходимую информацию другим специалистам (психологам, психиатрам, врачам скорой помощи), принимают вызовы на дом, оказывают информационные услуги (сообщают обращающимся за помощью по «ГЛ» о пострадавших, о работе транспорта и других службах, их телефонах и т.д.).

Номер телефона «ГЛ» публикуется в средствах массовой информации. Целесообразность размещения телефона «ГЛ» в медучреждении объясняется необходимостью тесного сотрудничества с медиками и психологами (психолог в любой момент может позвать к телефону врача, если запрос звонящего выходит за рамки его компетенции).

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТЕРАКТАХ

Итогом научной и практической работы Отдела неотложной психиатрии и помощи ЧС ГНЦССП им. В.П. Сербского в условиях различных катастрофических происшествий явилась разработка принципов организации помощи в условиях ЧС.

Как показывает опыт работы Отдела и других психолого-психиатрических служб, обращаемость к специалистам нашего профиля после ЧС не превышает 25%. Еще ниже эти показатели среди пострадавших детей и подростков, необходимость обращения которого к специалисту определяется исключительно родителями. Это объясняется не только тем, что близкие не расценивают имеющиеся у ребенка симптомы как повод для обращения к психиатру или психологу, и не понимают, что стрессовые нарушения могут иметь тенденцию к затяжному и хроническому течению.

Таким образом, мы считаем, что один из важных принципов может быть сформулирован следующим образом.

Психолого-психиатрическая помощь должна быть максимально приближена к пострадавшим.

Работу психиатров при ЧС следует начинать как можно раньше — с первых часов катастрофы. Включение психиатров и психологов в состав медицинских бригад помогает добиться этой цели. Работа психиатров, участвующих в сортировке и эвакуации пострадавших и раненых, направлена, во-первых, на оказание помощи пострадавшим с острыми психогенными расстройствами и, во-вторых, на облегчение обследования ребенка и проведение врачебных манипуляций травматологами, хирургами и другими специалистами. Дело в том, что дети с выраженными болевыми ощущениями (связанные с ранениями, ожогами и пр.) могут отказываться от контакта с врачом, проявлять активный протест, не давая к себе прикоснуться. В этой ситуации присутствие психиатра или психолога бывает полезным. Раннее выявление детей с тяжелыми формами стрессовых реакций позволяет вовремя оказать помощь, предотвратив тем самым развитие хронических состояний.

Необходимо широкое информирование пострадавших и населения об адресах круглосуточного приема психологов и психиатров, регулярная публикация в средствах массовой информации телефонных номеров, позвонив по которым можно осведомиться о времени и месте приема специалистов.

Одним из средств приближения психолого-психиатрической помощи населению является создание телефонной службы «Горячая линия». Номер телефона «ГЛ» публикуется в средствах массовой информации. Целесообразность размещения телефона «ГЛ» в медучреждении объясняется необходимостью тесного сотрудничества с медиками и психологами (психолог в любой момент может позвать к телефону врача,

если запрос звонящего выходит за рамки его компетенции или передать вызов на дом врачебной бригаде).

Примером оперативного разворачивания «ГЛ» можно привести организацию такой службы в первые дни теракта в Беслане. Совместно со старшим научным сотрудником Отдела О.В. Мялковской нами были проанализированы 670 обращений, поступивших на телефон «ГЛ» за период со 2 сентября по 7 октября 2004 года. Все обращения на «ГЛ» были разделены на следующие категории: 1) информационные обращения — 19%; 2) обращения родителей и родственников с просьбой оказать психолого-психиатрическую помощь их детям и родным на дому — 42%; 3) обращения пострадавших, желающих проконсультировать своих детей или самим получить помощь у психолога или психиатра — 15%, 4) обращения «вторичных жертв» с целью получения помощи по телефону или очной — 14%. 5) прочие (обращение лиц с установленным диагнозом психического расстройства, в связи с обострением состояния, обращения лиц, предлагающих помощь пострадавшим и пр.).

В течение первых 2 суток преобладали обращения информационного характера (главным образом, от лиц, чьи родственники предположительно могли находиться в заложниках). В последующие дни доминировали обращения родителей, родственников и обращения «вторичных жертв».

С момента освобождения заложников на «ГЛ» стали обращаться родители пострадавших детей с вопросами о возможных последствиях для психического здоровья пережитой ЧС и о необходимости консультирования у психиатра или психолога. Проводилась разъяснительная работа. На консультацию приглашались все обратившиеся.

Эффективная работа службы «ГЛ», если она проводится с расширенными задачами, повышает доступность специализированной психологической и меди-

цинской помощи населению, пострадавшему при ЧС. Таким образом, телефон «ГЛ», оказывая информационную поддержку, далеко выходящую за рамки психолого-психиатрической области, является важным и необходимым звеном в системе оказания медико-психологической помощи при ЧС и повышает эффективность комплексных мероприятий.

Нужно заметить, что в Беслане, в отличие от крупных городов, экстренная медико-психологической помощь по телефону «ГЛ» представляла новое явление, но необходимость в ней подтвердила практика. Через полтора года после трагических событий ее функции были расширены, служба была перебазирована во Владикавказ, и работа была продолжена в структуре психиатрической службы республики.

Следующий принцип не менее важен, чем предыдущий.

Каждое мероприятие должно быть рассчитано не только на экстренную помощь, но и закладывать основу для долгосрочной психолого-психиатрической помощи пострадавшим, родственникам пострадавших и «вторичным жертвам».

Практикой при оказании помощи пострадавшим становится работа вахтовым методом, когда специалисты ведомственных подчинений, подготовленные для оказания помощи в условиях ЧС, выполнив задачи экстренной психолого-психиатрической помощи, уезжают. Между тем значительная часть пациентов нуждается в дальнейшей поддержке. Специалисты же территориального подчинения не получают информацию о нуждающихся в помощи, либо не обладают необходимой профессиональной подготовкой для работы с пострадавшими при ЧС.

По нашему мнению, реализацию этого принципа следует проводить по двум направлениям: организационному и лечебному.

Организационные мероприятия включают в себя открытие и оснащение кабинетов психолого-психиат-

рической помощи на базе существующего медицинского учреждения и подготовка психотерапевтов, детских психиатров и психологов для продолжения работы с пациентами.

Необходимым условием успешности долговременной работы является преемственность между различными группами психиатров, психотерапевтов и психологов, которые работают в условиях ЧС вахтовым методом. Для осуществления такой преемственности необходимо создание единой информационной базы в районном медицинском учреждении.

Психолого-психиатрическая помощь при ЧС разворачивается на базе территориальных медицинских учреждений при участии региональных и федеральных сил.

Как правило, если масштабы ЧС выходят за рамки локальной (т.е. количество пострадавших больше 50 человек), то сил и средств местного здравоохранения недостаточно для оказания помощи. Однако это правило не всегда действует в случаях, когда пострадавшими оказываются дети и подростки. Дело в том, что обеспеченность детскими психиатрами, детскими медицинскими психологами во многих районах недостаточна. Так, в Вилюйском районе республики Саха — Якутия, где произошел пожар в школе (2003), на более чем 15 тысяч населения предусмотрена 1/2 ставки детского психиатра (которую фактически по совместительству занимает невролог), а детских психотерапевтов и психологов нет вовсе.

В Беслане, несмотря на то, что психиатрическая служба в целом укомплектована, детских психиатров и психотерапевтов района оказалось недостаточно для обеспечения помощи всем пострадавшим.

Психолого-психиатрическая помощь должна быть скоординирована и должна быть доступна всем пострадавшим и нуждающимся. Так, следует при организации помощи при ЧС направлять специали-

стов не только в очаг ЧС, но и в те медицинские учреждения, куда поступили для лечения пациенты с ранениями.

Оказание психиатрической помощи должно оказываться в соответствии с существующим юридическим порядком и опираться на существующие медицинские стандарты (Протоколы ведения больных)¹. Не следует забывать, для консультирования и лечения ребенка младше 15 психиатру следует заручиться письменным согласием родителя или законного представителя. Любое назначение психотропного препарата должно быть отражено в медицинской карте.

Оказание помощи детям и подросткам, пострадавшим в ЧС, включает три обязательных направления: Ребенок, Семья, Среда. В результате ЧС психологический дистресс испытывают родители пострадавшего ребенка, даже если они непосредственно не подвергались воздействию ЧС. С другой стороны, психическое неблагополучие родителей и, прежде всего, матери оказывает патогенное воздействие на ребенка. Поэтому обязательно вовлечение в терапевтический процесс и родителей пострадавшего ребенка.

С учетом того, что ЧС может вызывать социальные конфликты, менять функционирование ребенка в микросоциальном окружении, вызывать школьную дезадаптацию, то эти проблемы должны быть в поле зрения психологов и психиатров, в компетенции которых является не только объяснение родителям и педагогам сути стрессовых проявлений, но и обучение навыкам обращения с травмированными детьми.

¹ Постановление Правительства Российской Федерации от 28.07.2005 г. №461 «Программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи»: Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» (Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета РФ. 1992. №33. Ст. 1913).

ПСИХОТЕРАПИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ОСТРЫМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Общими задачами психотерапии являются снижение эмоционального напряжения с помощью релаксационных методик, помощь в вербализации переживаний. Задача врача — помочь пациенту рассказать о происшедшем, если у него есть в этом потребность. Не следует добиваться любыми способами «вскрыть» переживания и воспоминания, если пострадавший этого избегает.

Следует объяснять пострадавшему, что испытывать волнение или скорбь в данной ситуации — естественно. Врач должен стараться внимательно выслушать и понять, что пациент хочет сказать. Детей младшего возраста нужно научить пользоваться словами «сердитый», «грустный» и др. для выражения своих чувств. Мы обнаружили, что уже в 4-4,5 года ребенок может описать происходившие с ним события и описать переживания. Говоря о трагическом случае, следует быть честным, давая ясную и точную информацию. Не стоит уменьшать степень трагедии, а если пострадавшему известны трагические детали, не нужно их отрицать. Если у него имеются какие-либо неправильные представления (например, себя чувствует виновным), то необходимо внимательно выслушать его, поговорить с ним о его опасениях и развеять их.

Для того чтобы снизить уровень тревоги, нужно постараться убедить пострадавшего, что произошедшее с ним является чрезвычайно редким событием. Заверения, что теперь он в безопасности и худшее позади, существенно снижают уровень тревоги.

Врач может поделиться с пациентом собственными чувствами. Если он скажет, что опечален случившимся и проявит свою заботу, это явится дополнительной поддержкой и внушит чувство безопасности пострадавшему. Способствует установлению хорошего те-

рапевтического альянса выражение врачом явно негативного отношения к террористу.

Таким образом, цель психотерапии в острый период снизить уровень тревоги и агрессии и наладить эмоционально комфортное взаимоотношение с близкими.

Основными задачами психотерапии являются:

1. достижение отреагирования пациентом актуальных психологических переживаний, связанных с перенесенной психотравмирующей ситуацией;

2. смягчение и купирование невротической симптоматики;

3. повышение уровня адаптационных возможностей пострадавших.

Одним из наиболее эффективных методов в острый период после травмы является когнитивная терапия. Суть когнитивной терапии можно свести к следующим моментам:

- Информирование пациента о диапазоне известных реакций на психическую травму и объяснение, что их эмоциональные реакции являются нормальными реакциями на экстраординарное событие, а не признаком слабости или патологии.
- Напоминание о необходимости заботиться о своих конкретных потребностях (в пище, питье, отдыхе).
- Когнитивное реструктурирование (изменение деструктивной схемы, типа «Получение удовольствия, радости — предательство пострадавших», «мир опасен», «я виноват в гибели людей» или «жизнь не имеет смысла», на более конструктивную) (см. табл. Ниже)
- Обучение релаксационным методикам
- Образное прохождение избегаемых ситуаций и управление ими вначале в воображении, а затем в реальных условиях.

Примеры когнитивных реконструкций

Деструктивная схема	Конструктивная схема
Жизнь не потеряла смысл	Прямо сейчас трудно сделать такой вывод из того, что случилось.
Я не смогу это пережить	Что случилось, очень болезненно. Это трудно пережить, но со временем будет становиться все легче и легче
Я вел себя ужасно.	Я был испуган и не знал, что делать и неверно выбрал стратегию поведения
Мир опасен.	ЧС редки. Есть множество способов защитить свою безопасность.
Мне стало трудно принимать решения	Обычно у человека всегда после подобных ситуаций возникают растерянность и беспомощность
Есть моя вина в том, что случилось.	В случившемся виноваты террористы

Обычно КТ назначается лицам с высоким риском развития ПТСР. Длительность курса — 4-5 сессий.

Среди проблем, подлежащих обсуждению и коррекции, необходимо отметить следующие:

1. Страх, паника, печаль, вина, ощущение беззаконности, подавленность и оцепенение.

2. Когнитивные дисфункции, имеющие отношение к состоянию повышенного возбуждения, такие как, сужение восприятия, неспособность сконцентрироваться или переключить внимание, нарушение кратковременной памяти.

3. нарушение программы контролирования, безопасности, неуязвимости.

4. потеря способности принимать ценные человеческие взаимоотношения.

5. Травматическая обусловленность: типовые, травматически обусловленные реакции на события и реплики, вызывающие негативные воспоминания. Постоянные воспоминания «картинок» события.

6. Устойчивое состояние горя. Невозможность вовлечения в оздоравливающий процесс принятия потерь.

7. Групповые травматические состояния, такие, как: отношение к потерпевшим, как к «козлам отпущения», метания, нигилистические и антисоциальные (асоциальные) убеждения.

8. Неверная информация о самом событии, его результатах и нормальных реакциях на него.

Метод кризисного вмешательства — дебрифинг

Наиболее распространенным методом снятия эмоционального стресса является дебрифинг. Следует учитывать, что метод этот эффективен как часть комплексной реабилитации лишь при правильно построенной процедуре проведения.

Дебрифинг — сложный процесс, который проводится под руководством специально обученного персонала и в сроки не позже 2-14 дней после ТА. Процедура дебрифинга занимает приблизительно 2-3 часа. Процесс должен быть сфокусирован на психологических и эмоциональных аспектах ТА. Он не должен превращаться в критический анализ действий окружающих либо в групповую терапию.

Важный аспект подбора группы — это относительное равенство по положению и возрасту. Т.о., группа может обсудить чувства с людьми, имевшими схожий опыт. В помещении для дебрифинга стулья ставятся в круг. Обсуждение происходит также по кругу.

Стадии дебрифинга

1. Стадия Вводная: на этой стадии устанавливаются основные правила процесса. Доводится до сведения участников главный принцип — конфиденциальность. Присутствовать должны только те, кто пострадал в данной ЧС. Члены группы получают инструкции, что они не должны говорить что-либо, что потенциально может повредить им в дальнейшей жизни или вменено им как вина. После весь персонал представляется друг другу и рассказывает о своей роли в ЧС.

2. Стадия установления фактов: В течение этой стадии для группы, поясняются определенные детали ЧС.

Обычно, несколько индивидуумов вспоминают порядок событий, а другие дополняют детали. Это важно, потому что из-за неполных знаний, возможно, некоторые неправильно воспринимали ситуацию (например, переоценили опасность для собственной жизни). Введение отсутствующих фактов помогает исправлять неправильную оценку.

3. Стадия оценки (понимания): Затрагивание эмоциональных аспектов начинается в процессе оценки событий. Группа рассматривает следующий вопрос: «Когда Вы впервые поняли, что происходит что-то крайне нехорошее?» Ответы обычно столь же различны, как и состав группы. Как правило, взгляд со стороны, а также осознание иного смысла происходивших событий являются первыми ключевыми результатами дебрифинга. Иногда, выявляется сходство восприятия, иногда различия огромны.

4. Стадия обсуждения реакций: Исследуются эмоциональные реакции, которые испытывали люди во время и после ТА. В этой самой интенсивной стадии, некоторые обнажают свои души, когда отвечают на следующий вопрос: «Как Вы реагировали на ЧС?». Многие испытывают при воспоминаниях интенсивные эмоции. Не каждому удобно разговаривать на эти темы, особенно в присутствии людей. Важная часть участия — выслушивания остальных. Многие участники обна-

руживают, что их реакции были схожи с реакциями других.

5. Стадия обучения: Во время этой стадии обсуждаются, различные симптомы, которые участники группы испытывали в результате перенесенного стресса. Поясняются, какие реакции (например, типа навязчивых образных воспоминаний) являются обычными. Это дает возможность участникам понять, что они не одиноки в своих переживаниях (обычно люди считают себя ненормальными, если их реакции отличаются от реакций других). Понимание, что они такие же, как и остальные — необходимый шаг, чтобы начать чувствовать себя лучше. Обсуждаются различные формы нормативного реагирования на психотравмирующие события. Объясняется, что наличие стрессового симптома не является признаком психического расстройства либо безволия и слабости.

6. Стадия перехода: Эта стадия дает возможность для членов команды определить важные для них моменты и задать вопросы, определить способы как справляться с дальнейшими последствиями ТА.

7. Обсуждение результатов. Подводятся итоги сессии, даются рекомендации о продолжении, если необходимо, терапии.

Дебрифинг не показан при выраженных признаках депрессии, тревоги, т.к. может их усилить и подавить защитные механизмы индивидуума, что в последующем может привести к развитию хронических стрессовых расстройств.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ С ОСТРЫМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Лекарственная терапия должна быть направлена на снижение уровня тревоги и повышенной возбудимости. С этой целью применяются препараты, обладающие седативным действием (антигистаминные,

фитопрепараты, транквилизаторы). Мы использовали следующие препараты, показавшие свою безопасность и быструю эффективность в острый период после ЧС: диазепам (седуксен), гидроксизин (атаракс), сироп ново-пассит, персен, небензодиазепиновые транквилизаторы. При бессоннице рекомендованы краткими курсами снотворные средства (имован, ивадал).

При выраженной лабильности настроения, эксплозивности, при преобладании диссоциативных или поведенческих расстройств (например, агрессивности) помимо седативных средств рекомендуется использовать малые нейролептики (хлорпротиксен, сонапакс).

В период ОСР антидепрессанты не показаны. Распространенной ошибкой является назначение в острый период психической травмы трициклических антидепрессантов (в частности, amitriptilina). Антихолинергические побочные эффекты трициклических антидепрессантов ограничивают их применение в период острой реакции на стресс (из-за выраженных гуморальных сдвигов). Кроме того собственно антидепрессивный эффект развивается через 2 недели, когда необходимость в нем может уже отпасть. В то же время доказано, что раннее назначение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина оказывает профилактическое действие в отношении развития ПТСР.

Следует учесть, что лекарственные препараты женщинам назначаются после тщательного выяснения гинекологического анамнеза с обязательным учётом биологического периода, в котором находится женщина (беременность, фаза менструального цикла, предклимактерический, климактерический, инволюционный периоды). В период беременности, исходя из необходимости оценки степени риска для развития плода и предполагаемую пользу для здоровья матери, женщинам назначаются лишь препараты на основе лекарственных растений.

Информация о фазе менструального цикла используется для оказания дифференцированной помощи женщинам. Так как, известно, что предменструальный синдром (ПМС) может «утяжелять» клинические проявления основного расстройства. Следовательно, адекватность схемы лечения, в определенной степени, зависит от осведомлённости врача.

Учитывается также климактерически-инволюционный период, так как известно, что о неблагоприятном течении психогенных депрессивных расстройств у женщин в этот период жизни, следовательно, оправданным будет более раннее назначение им антидепрессантов и динамическое наблюдение психиатром.

При оказании помощи женщинам при ТА необходимо также учитывать склонность лиц женского пола к гипотензивным «обморочным» состояниям. Следовательно, от врача требуется быстро распознать соответствующие симптомы и купировать их.

В тех случаях, когда у лиц, переживших ТА, наблюдаются обострения хронических соматических заболеваний, пациентам рекомендовано обращаться к врачам-терапевтам для коррекции общесоматического лечения. Отсутствие положительного эффекта от приема лекарств общесоматического профиля дает основание врачу-психиатру назначать психотропные препараты, которые редуцируют симптомы соматического заболевания.

Обязательным компонентом терапевтического комплекса является препараты метаболического ряда (ноотропов). Они не только уменьшают астенические расстройства, но и улучшают переносимость психотропных средств.

В целом, продолжительность лечения зависит от редукции симптомов и продолжительности действия психотравмирующей ситуации.

Своевременное оказание психолого-психиатрической помощи в первые дни после теракта позволяет значительно снизить заболеваемость хроническими

стрессовыми расстройствами (посттравматическим стрессовым расстройством и расстройством адаптации). Доказаны достоверно более высокие частота и тяжесть нарушений в группе лиц, кто не обратился за помощью в первые дни после ТА, или ограничились лишь консультацией психологов.

ПРИНЦИПЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С ХРОНИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Основными задачами терапевтического вмешательства являются:

- снижение уровня тревоги;
- снижение уровня агрессии;
- редукция основных синдромов (фобического, психопатоподобного, астено-депрессивного, диссомнического);
- восстановление работоспособности;
- разрешение межличностных конфликтов, в том числе внутрисемейных.

Для реализации каждой из поставленных задач психотерапевтического метода, как правило, недостаточно, хотя большое значение в практике лечения ПТСР придается психотерапии.

Обязательным условием является привлечение к сотрудничеству и непосредственное участие в лечении семьи пострадавшего.

Психотерапия

В психотерапевтической работе применяются различные подходы и модели, что связано с возрастом пострадавшего и условиями работы.

В их основе лежат задачи: снижение эмоционального напряжения с помощью релаксационных методик и отреагирования, редукция отдельных синдромов

ПТСР (эффективно используются когнитивно-бихевиоральные подходы), улучшение социального функционирования, реадaptация и выработка навыков разрешения межличностных конфликтов (групповая и семейная формы психотерапии).

Снижение эмоционального напряжения проводится с помощью релаксационных методик с обучением элементам аутогенной тренировки, телесно-ориентированной терапии и т. п.

Фармакотерапия

Если в период ОСР антидепрессанты не показаны, то на этапе формирования хронических расстройств они становятся основным средством терапии. К числу этих средств относятся СИОЗС, трициклические антидепрессанты, ингибиторы MAO.

Блокаторы дофамина (нейролептики) используются при лечении ПТСР у пациентов с выраженными диссоциативными феноменами (флэшбэк), аутоагрессивным, агрессивным или эксплозивным поведением. У детей нейролептики назначаются в наиболее тяжелых случаях ПТСР, при этом предпочтение отдается атипичным препаратам в связи с их лучшей в сравнении с классическими нейролептиками переносимостью.

Для лечения ночных страхов, тревоги, бессонницы у детей с ПТСР, как и при ОСР широко используются антигистаминные препараты с седативными свойствами — прометазин (пипольфен), гидроксизин (атаракс). Гидроксизин, кроме антигистаминного и седативного влияния, обладает также анксиолитическим и антифобическим свойствами.

Мягким успокаивающим действием обладают седативные препараты растительного происхождения, например, экстракты валерианы, пустырника, а также препарат ново-пассит.

При подборе терапии следует учитывать разную лекарственную переносимость и чувствительность,

свойственные детям и подросткам, и подбирать дозы препаратов индивидуально, ориентируясь на приведенные рекомендации.

Дифференцированный подбор лечения ПТСР у детей и подростков в зависимости от клинического варианта приведен в таблице 2.

Мы предлагаем придерживаться определенной этапности в подборе адекватной терапии.

Так, назначение антидепрессантов (СИОЗС) целесообразно при всех вариантах ПТСР. При отсутствии реакции на СИОЗС через 1,5 -2 месяца рекомендована замена антидепрессанта на препарат из другой груп-

Табл. 2

Выбор препаратов в соответствии с ведущим синдромом ПТСР

Диссоциальный	Психопатоподобный	Фобический	Астенодепрессивный
Антидепрессанты (флувоксамин, сертралин, пирлиндол, amitриптилин, мапротилин)			
Нейролептики (рисперидон, хлорпротиксен, тиоридазин)			
Седативные ср-ва (гидроксизин, прометазин, персен, ново-пассит)			
Противосудорожные (карбамазепин)			
Препараты метаболического действия (фенибут, гопантенат, пирацетам, мексидол, винпоцетин, аминокусусная кислота, глицин)			
Транквилизаторы (диазепам, тофизопам, феназепам)		Транквилизаторы (диазепам, тофизопам, феназепам)	

пы — трициклические антидепрессанты, ингибиторы МАО. Следует учитывать, что в первую неделю приема СИОЗ. Поэтому мы рекомендуем в первые 7-10 дней сочетать прием антидепрессанта с седативным препаратом либо с транквилизатором.

ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕРРАКТА

Лечебно-профилактические мероприятия должны проводиться в отношении всех лиц, переживших террористические акты. Для реализации этих мероприятий необходимо участие психиатра и психолога в составе спасательных бригад, направляющихся в зону бедствия (аварии), а также в составе следственных бригад в случаях криминальных происшествий, ДТП. На догоспитальном этапе проводятся следующие мероприятия.

1. Выявление группы риска для возникновения пролонгированных послестрессовых реакций. К этой группе относятся:

- Лица с сопутствующими физическими травмами;
- Лица, на чьих глазах погибли люди или видевшие трупы и части тел;
- Лица, потерявшие родных, сверстников, знакомых;
- Лица с острыми стрессовыми реакциями, в том числе с паническими.

2. Психолого-клиническое обследование для выявления возникших расстройств, их квалификации и определения их глубины.

3. Психокоррекция и психотерапия, в отдельных случаях — медикаментозная терапия выявленных нарушений.

На этапе оказания квалифицированной медицинской помощи работа психиатра является также необ-

ходимой. Оказание помощи в течение первых 14 дней после ЧС является важнейшей профилактической мерой развития отдаленных расстройств. Работа психиатра должна включать в себя:

1. Сбор и оценку анамнестических данных.
2. Разъяснительную и психотерапевтическую работу с родственниками пострадавших. Формирование у семьи адекватной оценки состояния пострадавшего.
3. Психотерапия и терапия выявленных нарушений
4. Обучение педагогов, школьных психологов навыкам обращения с пострадавшими детьми.

Меры профилактики на отдаленных этапах рассчитаны на предотвращение развития психосоциальных осложнений у переживших ТА. К таким осложнениям мы относим школьную дезадаптацию, у детей и подростков внутрисемейные конфликты, виктимность, алкоголизацию и пр. По нашему мнению, лица, пострадавшие при ТА, должны находиться под наблюдением психолога, и проходить ежегодную реабилитацию с обязательным тестированием и при необходимости лечением у психиатра.

ПРОГРАММА МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ ПОТЕРПЕВШИМ ОТ ПРЕСТУПЛЕНИЙ

Программа подготовлена коллективом авторов в составе:

Е. В. Макушкина — д.м.н., проф., заместителя директора ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского Росздрава»

Н. В. ВострокнUTOва — д.м.н., проф., руководителя отделения ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского Росздрава»

Е. Г. Дозорцевой — д.психол.н., проф., руководителя отделения ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского Росздрава»

В. Д. Бадмаевой — к.м.н., руководителя отдела ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского Росздрава»

Необходимость изучения и регистрации различных аспектов влияния травмирующих факторов на психическое здоровье подрастающего поколения определяется задачей защиты детей во всем мире от любых форм жестокости, насилия и эксплуатации, провозглашенной Международной Конвенцией ООН о правах ребенка (1989). Одной из категорий детей, для которых необходимость такой защиты и всесторонней помощи очевидна и безотлагательна, являются несовершеннолетние пострадавшие от преступлений. В случае, если преступлением им был причинен физичес-

кий, имущественный, моральный вред, в соответствии со ст. 42 Уголовно-процессуального кодекса РФ, такие дети и подростки получают правовой статус потерпевших от преступления и свои особенные права в уголовном процессе. В том числе на них распространяется также действие Федерального закона РФ № 119 «О государственной защите потерпевших, свидетелей и иных участников уголовного судопроизводства» от 20.08.2004, который определяет меры безопасности и социальной защиты потерпевших. Вместе с тем существующее законодательство соответствующим образом не регламентирует оказание потерпевшим медико-психологической помощи, в которой большинство из них, в особенности дети, безусловно, нуждаются. Для того чтобы оказание квалифицированной эффективной помощи стало возможным, необходимо последовательно решить ряд правовых, финансово-экономических, организационно-технических и методических вопросов, урегулирование которых в настоящее время производится на государственном и местном уровнях.

Несовершеннолетние потерпевшие, как правило, получают психическую травму непосредственно от совершенного против них преступления. Однако часто она усиливается в результате мероприятий (допросов, очных ставок, опознаний, экспертных исследований и др.), проводимых в процессе предварительного следствия и судебного разбирательства без учета возрастных особенностей и психического состояния потерпевшего.

В связи с этим при оказании медицинской и психологической помощи несовершеннолетним, пострадавшим от преступлений, следует учитывать и проводить не только о реабилитацию, но и профилактику ретравматизации потерпевшего в ходе предварительного следствия и судебного разбирательства. Такая помощь включает в себя комплекс реабилитационных мероприятий, направленных на устранение послед-

ствий психической травмы, вызванной преступлением, так и последующую специальную организацию работы с потерпевшим на этапах предварительного следствия и рассмотрения дела в суде, в том числе обязательное психологическое сопровождение несовершеннолетнего.

При оказании такого рода помощи специалистам следует ориентироваться на следующие принципы:

- Целостность. Реабилитационная помощь и профессиональное сопровождение требуются несовершеннолетнему, пострадавшему от преступления, на всех этапах от начала возбуждения уголовного дела до принятия судебного решения, а при необходимости — и после завершения судебного процесса.
- Системность. Реабилитационная медико-психологическая помощь должна оказываться как самому несовершеннолетнему, так и его ближайшему семейному окружению (кроме случаев привлечения лиц из семейного окружения к ответственности).
- Последовательность и преемственность. Оказание помощи одними и теми же специалистами на всем протяжении сопровождения и проведения реабилитационной работы.
- Максимальный учет возрастных и индивидуальных особенностей несовершеннолетнего, характеристик его психического состояния.
- Комплексность. При оказании помощи следует организовывать гибкое взаимодействие между специалистами медицинского и психологического профиля, и проводить системную работу с представителями правоохранительных органов и судов.
- Профессионализм. Специалисты, работающие с ребенком и его семьей, должны иметь специальную подготовку и владеть специальными методами. Оптимальным является рассмотрение уго-

ловных дел, в которых фигурируют несовершеннолетние потерпевшие, в специализированных судах по делам несовершеннолетних.

ХАРАКТЕРИСТИКИ ВИКТИМНОГО ПОВЕДЕНИЯ МАЛОЛЕТНИХ И НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Жертвой преступления может стать любой человек независимо от возраста, пола, состояния здоровья и т.д. Дети и подростки относятся к тем категориям лиц, которые обладают повышенным риском становиться объектом противоправных действий правонарушителя.

Под **виктимностью** несовершеннолетних понимается комплекс возрастных, психологических и психофизических свойств, который обуславливает неспособность жертвы своевременно определить (понять) по совокупности «сигнальных» признаков угрожающий характер ситуации на ее более ранних этапах (до совершения правонарушения — предкриминальный период), оценить и спрогнозировать ее дальнейшее развитие и, в соответствии с этим, выработать своевременно эффективные стратегии поведения для предотвращения насилия.

У психически здоровых детей и подростков **психологический комплекс виктимности** определяется возрастным фактором, который характеризуется неспособностью этих лиц понимать характер и значение сексуальных действий в силу естественной возрастной незрелости в сочетании с излишней доверчивостью, подчиняемостью, внушаемостью. У несовершеннолетних с психическими расстройствами выделен **патопсихологический симптомокомплекс виктимности**, который формируется при взаимодействии возрастного, дизонтогенетического (варианты нарушений развития) и психопатологического факторов. При грубом психическом дефекте с качественным измене-

нием психической деятельности и патологической мотивацией поведения независимо от психического расстройства виктимность и механизмы виктимизации определяются психопатологическими характеристиками. Самостоятельное значение при этом имеют три типа психических расстройств: первый характеризуется преобладанием интеллектуальных нарушений в виде выраженного умственного недоразвития; второму свойственны эмоционально-волевые расстройства со снижением или повышением двигательной активности при психопатоподобном синдроме в рамках различных нозологических форм; третий тип определяется грубыми нарушениями восприятия, мышления и регуляции поведения на психотическом уровне.

При отсутствии выраженных психических нарушений на первый план выступают дизонтогенетические проявления с ретардацией формирования базовых психологических структур полоролевой идентичности, незрелостью личностных образований, эмоционально-волевой неустойчивостью, неразвитостью морального сознания и недостаточностью критических и прогностических функций.

В ходе функционирования криминальной системы (жертва — преступник — ситуация) большое значение приобретает поведение самих потерпевших. В ряде случаев потенциальная жертва своим поведением формирует ситуацию, в которой повышается вероятность причинения ей вреда.

Механизмы виктимизации при этом зависят не только от возрастных, личностных и психопатологических факторов, но также от типологии предкриминальной (непосредственно до совершения насилия) ситуации. В условиях **«бесконфликтного взаимодействия»** потенциального преступника и малолетней жертвы при отсутствии психического расстройства механизм виктимизации проявляется в нарушении произвольной регуляции поведения вследствие когнитивных особенностей в сочетании с характерной для детей склонно-

стью к индуцированию в силу их возраста (внушаемость, подчиняемость, некритичность, отсутствие жизненного опыта, преобладание игровых интересов и т.д.). У подростков при нормативном психосексуальном развитии механизмы виктимизации (при сексуальных правонарушениях) обусловлены пубертатными психологическими образованиями (возрастная психологическая незрелость) и психическим индуцированием со стороны авторитетных лиц на фоне становления либидо с появлением полового влечения или даже юношеской гиперсексуальности. В ситуации **«конфликтно-стрессового взаимодействия»** механизмами виктимизации у психически здоровых несовершеннолетних являются аффективная дезорганизация психической деятельности и нарушение произвольной регуляции поведения с психомоторной заторможенностью или возбуждением и выбором неэффективных стратегий, а также особенности когнитивно-мотивационного функционирования при субъективной оценке ситуации как безвыходной с сознательным отказом противостоять агрессивно-насильственным действиям. При **«смешанном»** типе предкриминальной ситуации в ходе взаимодействия с потенциальным преступником могут быть задействованы все перечисленные механизмы виктимизации. Безусловно, важное значение имеют и личностные особенности несовершеннолетних, которые определяют выбор механизма и особенности виктимного поведения.

Выделяют следующие типы виктимного поведения детей и подростков.

1. Пассивно-подчиняемый (вариантами которых являются пассивно-оборонительное и пассивно-безучастное поведение); при первом варианте потерпевшие предпринимают робкие попытки противостоять посягателю, высказывают отрицательное отношение к происходящему, однако, активного сопротивления не оказывают; при втором варианте поведение потерпевших носит абсолютно пассивный характер и проявля-

ется в полном подчинении, вплоть до безучастности к происходящему, отсутствии высказываний и просьб.

2. Псевдопровоцирующий тип — внешне напоминает провоцирующее поведение взрослых женщин и, характеризуется активным стремлением к взаимодействию с потенциальным преступником, проявлением интереса к вопросам сексуального характера, а иногда и прямым поощрением сексуальной активности, совместным употреблением алкогольных напитков, наркотиков и иных эйфоризирующих средств.

3. Неустойчивый тип — характеризуется крайней изменчивостью, отсутствием четкой линии поведения, противоречивостью действий и высказываний, сменой периодов пассивно-подчиняемого, псевдопровоцирующего и активно-оборонительного поведения.

Таким образом, виктимное поведение малолетних и несовершеннолетних является многофакторным феноменом, который заключается в нарушении произвольной регуляции поведения и реализации неэффективных стратегий в ситуациях совершения правонарушения, что способствует превращению жертвы из потенциальной в реальную. Виктимное поведение (в отличие от провоцирующего) не является обстоятельством, смягчающим ответственность обвиняемого.

ПОСЛЕДСТВИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ТРАВМ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ПРЕСТУПЛЕНИЙ

В российском законодательстве, несмотря на отсутствие правового определения синдрома жестокого обращения с детьми, преступления, сопряженные с этим фактом, а также антипедагогическим воспитанием, причинением вреда жизни и здоровью детей родителями (приемными родителями), опекунами (попечителями), патронатными воспитателями, представлены такими деяниями как убийство (ст. 105 УК РФ), доведение до самоубийства (ст. 110 УК РФ), умышлен-

ное причинение тяжкого вреда здоровью (ст. 111 УК РФ), умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью (ст. 112 УК РФ), умышленное причинение легкого вреда здоровью (ст. 115 УК РФ), побои (ст. 116 УК РФ), истязание (п. «Г» ч. 2 ст. 117 УК РФ), изнасилование (ст. 131 УК РФ), насильственные действия сексуального характера (ст. 132 УК РФ), неисполнение обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего (ст. 156 УК РФ). При этом среди указанных преступных деяний традиционно преобладают побои (ст. 116 УК РФ) и неисполнение обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего (ст. 156 УК РФ). В результате указанных противоправных действий у детей и подростков могут возникать разнообразные по глубине и продолжительности психические расстройства от легких кратковременных аффективных реакций до посттравматического стрессового расстройства и формирования личности с эмоциональной искаженностью, внушаемостью, подчиняемостью, отсутствием позитивных социальных установок. Клинические проявления и степень выраженности психических расстройств зачастую зависит от возраста потерпевших, формы и тяжести насилия (специфические нарушения отмечаются у детей, подвергшихся сексуальному посягательству и хроническому внутрисемейному физическому насилию), личностных особенностей жертвы, а также реакции ближайшего окружения на факт совершенного в отношении ребенка правонарушения.

Психические расстройства у детей и подростков — жертв сексуального насилия

К самым тяжелым психологическим травмам приводит сексуальное насилие, совершенное по отношению к ребенку (Child Sexual Abuse). При этом важное клиническое и правовое значение имеют осознание жертвой специфического характера совершенных про-

тивоправных действий и понимание нравственно-этической стороны случившегося. К особо опасным по своим последствиям и одним из распространенных сексуальных правонарушений является изнасилование. Изнасилование — преступление специфическое не только потому, что его жертвами могут быть лица женского пола, но в том, что оно затрагивает самые интимные сферы человека, вызывая у жертвы самые тяжкие переживания, последствия которых могут сохраниться на всю жизнь, влияя на самовосприятие и мироощущение, на отношения с другими людьми, в том числе, что особенно важно, с представителями противоположного пола и на семейные отношения.

Выделяют два варианта сексуального насилия: внесемейный и внутрисемейный. Их разделение связано с различиями этих двух видов как по виктимологическим, так и по клиническим параметрам.

При «**внесемейном типе**» сексуального насилия чаще всего речь идет об однократном эпизоде сексуального насилия в ситуации конфликтно-стрессового (грубом и агрессивном поведении посягателя) взаимодействия, оказывающего на потерпевших выраженное психотравмирующее влияние. Выделены следующие этапы психогенного реагирования у потерпевших — жертв внесемейного типа сексуального насилия.

Первый этап — аффектогенный продолжается в течение всего периода взаимодействия жертвы с посягателем. Психотравмирующим фактором на этом этапе являются агрессивные действия сексуального характера, которые нередко сопровождаются физическим и психическим насилием, угрозой жизни потерпевших. Под влиянием психогении у несовершеннолетних возникают острые аффективные, аффективно-шоковые реакции различной глубины и продолжительности. **Второй этап — адаптационный (эмоционально-когнитивный)** характеризуется внутренней переработкой психотравмирующего события с осмыслением случившегося, фиксацией на аффективно значимых

переживаниях, постепенно принимающих доминирующее положение. В это время на первый план выступают негативно окрашенные эмоции, тревога, страх, стыд, обида, злость, желание наказать обидчика, что сопровождается психогенным фантазированием. У потерпевших старшего подросткового возраста, вследствие осведомленности в вопросах половых отношений и понимания их сущности, выражены чувства оскорбления, унижения их чести и достоинства. Присущая им возрастная личностная незрелость и недостаточность механизмов психологической защиты могут способствовать срыву индивидуального адаптационного барьера и возникновению у них кризисных состояний и невротических проявлений. При этом в сознании у них формируется пессимистическая концепция будущего, доминируют негативные переживания, появляются искажения когнитивных процессов с идеями самообвинения и суицидальными мыслями. **Третий этап — невротический** по времени обычно совпадает с началом следственных действий, которые зачастую становятся дополнительным психотравмирующим фактором. Это может быть связано с не всегда тактичным проведением допросов, необходимостью очных ставок, прохождения экспертиз, угрозами со стороны обвиняемых и их родственников, неделикатным поведением родителей и т.д. Все это нередко является для потерпевших более травматичным, чем факт совершения в отношении них сексуального насилия. При этом у одних несовершеннолетних развиваются затяжные депрессивные состояния, у других происходит декомпенсация психического состояния, проявляющаяся в выраженном заострении присущих им характерологических особенностей и появлением невротических расстройств, депрессий, у третьих возникает обострение или декомпенсация имевшейся ранее психической патологии.

Депрессивные состояния у несовершеннолетних потерпевших — жертв сексуального насилия ха-

рактируются подавленным, тоскливым настроением с отсутствием аппетита, интереса к чему-либо, желанием «скорее забыть о случившемся», с чувством безнадежности, безысходности, разочарования. Доминирующий депрессивный компонент, как правило, сочетается с нарушениями сна, соматовегетативными расстройствами, повышенной тревожностью и т.д. По преобладающему аффективному компоненту чаще наблюдаются астенодепрессивный, тревожно-депрессивный и дисфорический варианты депрессий. Депрессивный аффект внешне проявляется не всегда; потерпевшие с трудом, но справляются со своими обязанностями, посещают занятия, что требует от них определенных усилий, вместе с тем отмечают низкую работоспособности, повышенная истощаемость, несвойственные ранее возбудимость, ранимость, плаксивость в сочетании с отгороженностью, замкнутостью, сверхценные переживания, разнообразные фобии, депрессивные идеи отношения и чувство вины («сама виновата — не могла за себя постоять», «все знают и осуждают» и т. д.). Упоминания о психотравмирующей ситуации (проведение следственных мероприятий, экспертиз и пр.) вызывает кратковременное ухудшение состояния с углублением депрессивной симптоматики, с поглощенностью тягостными воспоминаниями, концентрацией сознания на событиях случившегося несчастья, депрессивными «руминациями» с появлением чувства вины, идей отношения, самообвинения, с суицидальными мыслями и попытками, которые следует расценить как истинные, поскольку их мотивация носит депрессивный (психопатологический) характер.

У жертв сексуального насилия часто имеются проявления **посттравматического стрессового расстройства (ПТСР)**, поскольку сексуальная травма, являясь крайней формой насилия над личностью, относится к сильнейшему психотравмирующему и экстремальному событию. В формировании ПТСР играют

значительную роль особенности сексуального насилия (внезапность, массивность — изнасилование или несколько форм сексуального насилия одновременно) в условиях «конфликтно-стрессового» взаимодействия под влиянием агрессивного, грубого поведения посягателя (или группы посягателей) с применением физического принуждения. Клиническая картина расстройства характеризуется разнообразием проявлений: некоторые симптомы отмечаются практически у всех потерпевших, и являются облигатными признаками ПТСР у жертв сексуального насилия, ряд симптомов встречаются у большинства потерпевших (факультативные признаки), некоторые симптомы — лишь в единичных случаях. К облигатным симптомам следует относить депрессивное настроение, повторные, ни с чем не связанные навязчивые воспоминания и мысли о случившемся (реминисценции), нарушения сна с повторяющимися кошмарными сновидениями, в которых потерпевшие вновь переживают насилие, резкое ухудшение состояния в ситуациях, напоминающих травмирующее событие, психосоциальные нарушения (избегание разговоров, мест, напоминающих о пережитом стрессе, нежелание общения со сверстниками, посещения занятий и т.д.), снижение диапазона аффективных реакций, гипербдительность, фобические расстройства, соматовегетативные нарушения, ощущения униженности, оскорбленности. Факультативными признаками могут быть чувство отрешенности, эмоциональной отчужденности, рассеянность внимания, ухудшение памяти, суицидальные мысли, неспособность ориентации на длительную жизненную перспективу. Лишь у единичных потерпевших отмечаются навязчивые образы, с внезапными яркими «наплывами» картин, отображавших детали происшедшего — состояние «flash-back», а также навязчивые, неприятные ощущения в анально-генитальной области, выраженный психологический дистресс с двигательным беспокойством, тревогой, плачем при виде насильника на

очной ставке. ПТСР характеризуется длительным и волнообразным течением.

У малолетних потерпевших в ситуации «бесконфликтного» взаимодействия с посягателем и однократном совершении в отношении них развратных действий, особенно знакомыми людьми, очерченных психических расстройств может не развиваться. Данный факт объясняется отсутствием психотравмирующего эффекта сексуальных действий вследствие неосведомленности ребенка в вопросах половых взаимоотношений. При неагрессивном поведении посягателя действия сексуального характера воспринимаются детьми как игра, либо как неприятное, но не опасное для жизни событие. По мере взросления и приближения к подростковому возрасту растет осведомленность в вопросах половых отношений, сексуальные действия приобретают характер специфической сексуальной травмы. Поэтому в возрасте 11—12 лет уже могут отмечаться очерченные психогенные расстройства, особенно выраженные при инцесте. Если же посягатель ведет себя грубо, агрессивно («конфликтно-стрессовая» ситуация взаимодействия), вызывая страх и болевые ощущения у ребенка, то у них могут развиваться острые аффективные реакции по типу шоковых или субшоковых, в некоторых случаях — с помрачением сознания, дезориентировкой в окружающем, психомоторной заторможенностью, отсутствием речевого контакта и последующей амнезией криминального периода. В дальнейшем у них могут сформироваться невротические расстройства (энурез, логоневроз, страхи), атипичные депрессии, внешне проявляющиеся в нарушениях поведения, капризности, плаксивости, утрате игровых интересов, а также психосоматические и тревожно-фобические нарушения.

В клинической картине **тревожно-фобических расстройств у детей**, как правило, доминируют тревога и страх. Страхи (фобии) возникают на фоне повышенной тревожности, выраженного беспокойства с

внутренним напряжением, подавленным настроением, ощущением надвигающейся опасности, боязни повторения психотравмирующей ситуации в обстоятельствах, сходных предшествующему психогенному воздействию. Фабула страха бывает четко связана с перенесенной травмой: дети боятся незнакомых лиц мужского пола, темных и пустых помещений, отказываются выходить на улицу, оставаться дома без родителей. Симптоматика усиливается под влиянием незначительных раздражителей, а также при проведении следственных мероприятий (повторные допросы, очные ставки с преступником и т.д.).

Достаточно часто у детей, последствия сексуального насилия проявляются девиациями поведения. **Поведенческие нарушения** у них характеризуются повышенной раздражительностью, вспыльчивостью, нетерпимостью к замечаниям взрослых, склонностью к демонстративным и внешнеобвиняющим формам реагирования, отсутствием «аффективного резонанса» к чужим переживаниям. Часто у потерпевших отмечаются реакции протеста, проявляющиеся непослушанием, грубостью, вызывающим поведением, агрессией и враждебностью по отношению к близким, в ряде случаев с аутоагрессией (попытка нанести самопорезы, медикаментозное отравление). Порой потерпевшие внешне выглядят упорядоченно и спокойно, но за этим «фасадом» обычно скрывается выраженная аффективная напряженность, которая выявляется при упоминании о случившемся, проведении следственных мероприятий (очные ставки, повторные допросы, экспертизы), требующих воспроизведения деталей психотравмирующей ситуации.

При **внутрисемейном** сексуальном насилии — **инцесте** сложность и специфичность последствий заключается в том, что они развиваются в результате пролонгированного, порой в течение многих лет сексуального насилия. Обычно инцест начинается с малолетнего возраста потерпевших (чаще с 8—12 лет) и при-

нимает характер длительного сожительства, нередко сочетающийся с другими формами жестокого и небрежного отношения. При этом у потерпевших возникают характерные психические расстройства с определенной динамикой, которые укладываются в рамки своеобразных психогенных и патохарактерологических развитий личности. В их основе лежит дистресс, перерастающий в депрессию с аффективным истощением, которая сопровождается формированием личностных и психосексуальных расстройств. На первом этапе (**психогенной сенсбилизации**) сексуальные эксцессы приводят к возникновению аффективных субшоковых реакций с последующими астеническими и невротическими проявлениями. С возрастом в процессе психосексуального созревания с появлением и расширением информированности в области половых отношений и морально-нравственных норм появляется осознание инцеста как общественно неприемлемой формы. На втором этапе (**невротическом**) примерно с препубертатного возраста у потерпевших формируется комплекс аффективно насыщенных сверхценных переживаний с фиксацией на них, стойкое негативное отношение к посягателю, появляются депрессивные и личностные расстройства, агрессивное аутистическое фантазирование.

По клиническим характеристикам чаще наблюдаются астенодепрессивные состояния; у органически стигматизированных лиц депрессия имеет дисфорическую окраску. Преобладает невротический уровень расстройств, но могут развиваться и глубокие депрессивные состояния с рудиментарными психотическими включениями, ауто- и гетероагрессивными мыслями и тенденциями. В структуре синдрома фантазирования типичны фантазии на тему избавления от источника насилия с образным представлением сцен его гибели от несчастных случаев или даже мыслями о собственном участии в его смерти. Трансформация личностных структур характеризуется нарастанием мозаично-

сти с преобладанием сензитивной шизоидности или эксплозивности. При патохарактерологическом развитии наблюдается сочетание повседневного травмирования с прямым культивированием родителями социально неприемлемых форм проявления сексуальной активности и имитацией ребенком существующих в семье отношений. Для него типично наличие выраженных психопатоподобных расстройств, которые сопровождаются психосексуальным дизонтогенезом в виде опережения и извращения становления сексуальности вплоть до формирования садомазохистских тенденций с гомосексуальной ориентацией у мальчиков. Для таких детей характерны сексуализированное поведение и игры, в которые они вовлекают других малолетних. Подобное поведение является примером вторичной виктимизации и могут способствовать совершению по отношению к ним повторных посягательств уже другими лицами.

СОЦИАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ВНУТРИСЕМЕЙНОГО НАСИЛИЯ

Особое положение в формировании психических и поведенческих расстройств у детей занимает насилие в семье. Для внутрисемейного насилия характерны его сверхсильность и чрезмерная интенсивность (повторяющиеся семейные драки, сопряженные с выраженным испугом ребенка, избиение и нанесение телесных повреждений родным на глазах эмоционально травмированного ребенка, убийство). Во всех случаях в развитии психических отклонений ведущим является фактор длительности (часто годы), повторности и систематичности насилия. При внутрисемейном насилии имеет значение фактор привязанности между жертвой и агрессором. Ребенок, перенесший насилие со стороны родственника или другого близкого человека, теряет ощущение безопасности, а мир для

него становится непредсказуемым. Это связано с тем, что в норме именно семья воспринимается как безопасное место, а родители на бессознательном уровне рассматриваются ребенком как защитники. Если насильственные действия совершает родитель, или же ребенок чувствует, что родитель не может или не хочет его защитить, исчезает чувство безопасности, возрастает тревога, уменьшается способность доверять другим людям, появляется ощущение невозможности контролировать происходящее.

У детей, подвергающихся физическому насилию в семье и риску повторных случаев притеснения, психотравмирующие воздействия обусловлены как острым или хроническим дистрессом, так и семейной депривацией, сопровождающейся пренебрежением, а также дополнительным асоциальным влиянием ближайшего окружения.

Выделяют следующие психотравмирующие факторы семейной среды, сопровождающиеся физическим насилием и пренебрежением нуждами ребенка, влияющие на психическое здоровье детей:

- конфликты между родителями с насилием по отношению к ребенку, когда он становится «средством выяснения отношений, орудием воздействия через ребенка одного родителя на другого»;
- алкоголизация или наркотизация родителей, сопровождающаяся случаями физического насилия и (или) пренебрежения;
- неадекватно повышенные требования к ребенку со стороны родителей, граничащие с деспотизмом и сопровождающиеся физическим насилием или пренебрежением потребностей.

Как правило, такие семьи имеют неудовлетворительные материальные условия, невысокий культурный и образовательный уровень, родители используют аномальный характер воспитательных воздействий, вклю-

чающих физические наказания, у них низкая активность в случаях заболевания ребенка или необходимости оказания ему помощь. По значимости негативных последствий ведущее место занимают случаи физического жестокого обращения с ребенком, связанного с алкоголизацией одного из родителей или наличием психических и поведенческих расстройств; на втором месте — конфликтные семьи, где психотравмирующая ситуация, обусловлена разводом родителей и продолжением их совместного проживания на одной площади с пренебрежением к потребностям ребенка; на третьем — нарушения интересов несовершеннолетних детей при совершении гражданско-правовых сделок с жильем родителями, злоупотребляющими алкогольными напитками. В большинстве же случаев дети подвергаются воздействию одновременно нескольких факторов, например, проживание в условиях хронической конфликтной семейной ситуации, асоциальный образ жизни членов семьи и лишение родительских прав одного из родителей, вынужденная смена места жительства или бродяжничество из-за сдачи родителями квартиры в наем. Указанные условия проживания ребенка составляют понятие «семейной депривации» и, как правило, сопровождаются чувством семейной «неудовлетворенности и тревоги»; состоянием стойкого психического и физического напряжения, постоянным присутствием ощущения вины, вызывая в последующем нарушения в эмоциональной, интеллектуальной и поведенческой сферах, отклонения личностного развития.

Нарушения возрастного психического развития у детей «группы риска» физического насилия в семье сопровождаются психическими расстройствами широкого спектра. К ним относятся:

- 1) задержка эмоционального и личностного развития с симптомами регресса (ретардации развития);
- 2) аффективные, психосоматические расстройства и психогенные личностные реакции;

3) стойкие аномально-личностные развития и состояния.

Отдельные варианты нарушений, реализующиеся через личностную деформацию, имеют ведущее значение в формировании в последующем делинквентного или криминального поведения детей; другие формы расстройств выступают как фактор «патологической почвы».

Задержка эмоционального и личностного развития с симптомами регресса (ретардации развития) является специфическим расстройством у детей, подвергавшихся внутрисемейному насилию. У большинства их них с дошкольного периода наблюдаются частичные формы задержки психического развития, что во многом связано с эмоциональной и когнитивной депривацией в семье. Одновременно отмечаются нарушения эмоционального реагирования в виде депрессивных проявлений. Это сопровождается малой выразительностью эмоционально-мимических реакций со снижением общей активности и инициативы. Игровая деятельность детей малопродуктивна, однообразна и не развернута. Проявляется неразвитость фантазии, которая лишена признаков детской любознательности. В связи с этим дети достаточно часто пассивны и равнодушны к окружающему. У многих детей скрытые депрессивные нарушения включают переживания с повышенной тревожностью, страхами, ожиданием угроз со стороны взрослых или других детей. У некоторых детей дополнительно выявляются скрытая агрессия и враждебность по отношению к окружающим. Практически у всех детей имеются психосоматические расстройства, которые чаще представлены нарушениями со стороны верхних дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта, кожными проявлениями в виде нейродермита. Могут отмечаться признаки задержанного физического развития с недостаточностью веса и отставанием в росте, соматической ослабленностью, со снижением иммунитета к инфек-

ционным, простудным заболеваниям. Также встречаются явления вегето-сосудистой дистонии — повышенная зябкость, влажность или сухость кожи, жалобы на головные боли, утомляемость в связи с эмоциональными и физическими нагрузками. Эмоционально-вегетативные нарушения сопровождаются искажением коммуникативных способностей, сочетанием пассивной подчиняемости по отношению к взрослым и упрямством, маломотивированными раздражительными реакциями по отношению к сверстникам. Такие дети постоянно испытывают трудности в дифференцировке обращения к ним взрослых. Первой ответной реакцией для них является реакция тревоги на требовательный или повышенный тон обращения; похвала слабо интенсифицирует деятельность ребенка. Все это обуславливает у детей неподготовленность к социальным контактам, в том числе в процессе игрового взаимодействия и школьного обучения. Для включения в конструктивное взаимодействие со всеми детьми необходимо проводить индивидуальную работу с привлечением психологов, педагогов и дефектологов.

У детей младших возрастных групп (раннее детство, дошкольный возраст) материнская и семейная депривация, сопровождающаяся пренебрежением и физическим насилием, проявляется выраженными эмоциональными нарушениями в виде стойкого безучастного, депрессивного или тревожно-депрессивного состояния с существенной блокадой познавательных реакций и искажением детских форм общения. Одновременно отмечается задержка психического развития с интеллектуальной недостаточностью и незрелостью таких личностных свойств как инициативность, самостоятельность, любознательность с нарушением формирования игровых и социальных навыков, эмпатических чувств сопереживания. Это приводит к серьезным искажениям в развитии самосознания. Наличие признаков сопутствующего раннего органического поражения центральной нервной системы с дефи-

цитом внимания фиксирует и усиливает выраженность депривационных и психогенных расстройств.

У детей старших возрастных групп (младший школьный возраст, подростковый возраст) из конфликтных и асоциальных семей со случаями физического жестокого обращения встречаемость признаков тотальной и парциальной интеллектуальной недостаточности в 2,5 раза реже, чем у детей, подвергавшихся насилию в раннем детском и дошкольном периодах; однако, существенно возрастает частота невротических реакций, моносимптомных невротических, неврозоподобных расстройств, проявлений психогенной гиперактивности; а также случаев задержанного личностного развития с различными формами девиантного поведения.

Во всех случаях самооценка детей отличается низким уровнем побуждений, сниженным эмоциональным фоном и недостаточностью самоконтроля. В подростковом возрасте, преимущественно у девочек отмечаются нарушения половой идентификации, которые выражаются в преобладании у них «мальчишеских» форм поведения. Они высказывают повышенный интерес к дракам, пренебрежительно относятся к играм с «женскими» ролями, в общении демонстрируют нарочито вызывающее поведение с резкостью манер.

С выделенными клинико-психологическими особенностями, связанными с внутрисемейным насилием, сочетающимся депривационным психосоциальным влиянием, коррелируют следующие формы психических поведенческих нарушений:

1. Гиперактивное поведение с нарушениями внимания, проявляющееся повышенной отвлекаемостью, быстрой утратой интереса к предшествующему заданию. Особенно заметна такая поведенческая активность в ситуации, требующей от ребенка организованной деятельности, например, на уроке, при работе в кружке, при выполнении заданий, требующих самоконтроля. Дети с таким поведением постоянно провоци-

руют дисциплинарные взыскания, склонны к импульсивным действиям, самовольным побегам из школы.

2. Моносимптомные нарушения отдельных системных процессов и физиологических отправления — непроизвольные тики и гиперкинезы, случаи упускания мочи в дневное и ночное время; расстройства ночного сна с недифференцированными страхами.

3. Нарушения развития отдельных психических функций, а именно, речи с сопутствующими трудностями в чтении, письме, а также трудности в обучении навыкам счета, несформированность пространственных представлений.

4. Высокий уровень привычной патологической активности, связанной с собственным телом (грызение ногтей, вырывание волос на голове, мастурбация). При этом каждый из перечисленных феноменов может сочетаться друг с другом, клинические проявления усиливаются в эмоционально-дисстрессовых ситуациях с появлением рудиментарных, атипичных аффективных нарушений в виде субдепрессивных расстройств.

Указанные нарушения следует рассматривать как признаки психического регресса, сочетающиеся с другими нарушениями отклонений психического развития — невропатия, отставание в психомоторном, эмоционально-личностном развитии.

Личностные дисгармоничные черты у детей с внутрисемейным насилием и «депривационным» симптомокомплексом с одной стороны включают признаки педагогической и социальной запущенности, с другой — сопровождаются фиксацией повторяющихся патохарактерологических реакций с чертами аффективной возбудимости, либо сочетающих в себе черты возбудимости с сензитивностью, обидчивостью и признаками компенсаторного фантазирования.

Патологическое формирование личности у данной группы детей представлено в следующих вариантах:

1. Вариант, характеризующийся развитием «дефицитарных» аномально-личностных свойств с выраженными чертами зависимости. Особенности этого варианта являются:

- задержанное возрастное психическое развитие;
- сочетание депрессивных реакций с парциальной интеллектуальной недостаточностью и регрессивными формами реагирования;
- фиксация таких личностных свойств как волевая неустойчивость с пассивной подчиняемостью и зависимостью. Ведущими личностными чертами становятся ограниченность стимулов развития и эмоционально насыщенных контактов, стойкая разобщенность с социумом и недостаточность формирования необходимых социально-практических норм и правил поведения.

2. Патохарактерологическое формирование с чертами психического инфантилизма. Личностные свойства у таких подростков отличаются отсутствием позитивных социальных устремлений и несформированностью этических, моральных установок. Отмечается слабость побудительных мотивов, отсутствие эмоциональной отзывчивости, глубоких привязанностей. Поведение таких подростков часто характеризуется девиантными формами с бездумностью оценок своих поступков, рентным отношением к принятию всего «как должного», отсутствием планов на отдаленное будущее. Характерологические реакции представлены реакциями группирования и зависимого поведения с подражанием старших по возрасту лицам и активным участникам асоциальной группы.

Следует подчеркнуть, что внутрисемейное насилие, которому подвергается ребенок, является значительным фактором риска возникновения неблагоприятных последствий для его развития в виде психических и поведенческих расстройств, вместе с тем следует отметить, что достаточно большой процент де-

тей, переживших насилие, в дальнейшем относительно неплохо адаптируются в жизни и не демонстрируют серьезных отклонений. Такой благоприятный исход может иметь место в силу действия компенсаторных факторов, но в первую очередь, при своевременном вмешательстве специалистов и проведении квалифицированной медико-социальной коррекционной и реабилитационной помощи.

АСПЕКТЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ ПОТЕРПЕВШИМ ОТ ПРЕСТУПЛЕНИЙ

Программы медицинской и психологической реабилитации несовершеннолетних пострадавших от преступлений должны быть дифференцированы в зависимости от психического состояния, возраста, пола, индивидуальных особенностей несовершеннолетнего потерпевшего, а также характера психической травмы (в связи с преступлением сексуального характера, физического воздействия и др.). Наилучших результатов в работе с несовершеннолетними потерпевшими можно добиться, включая в нее и членов семьи, прежде всего, родителей, которые также находятся под влиянием травмы, полученной их ребенком. В случае преступления, совершенного против ребенка одним из родителей, важно подключение к работе опекуна ребенка или работников социального учреждения, принимающего на себя опеку ребенка.

Процесс реабилитации при психической травме имеет свои закономерности и может быть достаточно длительным. Программы реабилитации на местном уровне могут осуществляться в специализированных центрах, имеющих подготовленных профессионалов медицинского и психологического профиля. Оказание помощи потерпевшим должно быть бесплатным. Эта деятельность должна иметь государственное, либо региональное бюджетное обеспечение с одновремен-

ным взысканием стоимости реабилитационной помощи по конкретным делам с правонарушителей, осужденных за совершение преступления.

Реабилитационная работа с потерпевшими, а также их психологическое сопровождение в процессе судебного-следственных действий, должны осуществляться специально подготовленными профессионалами, имеющими документы о соответствующем базовом и дополнительном образовании. Обучение в сфере оказания реабилитационной помощи потерпевшим следует организовать в центрах медицинского и психологического образования специалистами высшей квалификации, обладающими практическим опытом работы с детьми в кризисных ситуациях и ведущими научно-методические разработки.

Реализация предлагаемых мер предопределяет и внесение изменений в существующее законодательство, касающееся правового положения потерпевших, а также разработку нормативных положений, регулирующих оказание потерпевшим адекватной полипрофессиональной помощи на межведомственном уровне.

**ПРОГРАММА
КОРРЕКЦИОННОЙ
И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ
ДЕТЯМ, ПОДВЕРГАЮЩИМСЯ
ВНУТРИСЕМЕЙНОМУ НАСИЛИЮ**

Программа подготовлена коллективом авторов в составе:

Н. В. ВострокнUTOва — д.м.н., проф., руководителем отделения ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского Росздрава»

Л. О. Пережогина — к.м.н., ст. науч. сотр. ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского Росздрава»

Профилактика и коррекция психических и поведенческих расстройств у детей в связи с внутрисемейным физическим насилием должна учитывать ведущие факторы, определяющие риск их развития. По степени тяжести с учетом рекомендаций детского варианта МКБ-10 к этим факторам следует относить следующие позиции:

1. Неадекватный родительский надзор/контроль

Этот признак относится к существенной недостаточности эффективного контроля или надзора за деятельностью ребенка и оценивается по следующим показателям:

— родители не знают, чем занимается и где находится ребенок;

— стратегии контроля являются неэффективными, осуществляются некачественно и нерегулярно;

— отсутствие беспокойства и принятия необходимых мер, когда становится известно, что ребенок находится в психологически опасных ситуациях.

— родителям не известны имена (или адреса) друзей, которых посещает ребенок или остается у них на ночь;

— родители не знают, когда ребенок вечером вернется домой;

— ребенок часто остается без надзора вне дома в возрасте, когда это еще недопустимо;

— ребенок часто остается дома один в возрасте, когда это еще недопустимо.

Отсутствие беспокойства и принятия необходимых мер, когда ребенок находится в психологически опасных ситуациях, проявляются в следующем:

— бездействие родителей, если становится известно, что ребенок контактирует с группами, представляющими существенный психологический риск (например, когда ребенок оказывается в компании наркоманов или в делинквентной группе или вступает в ранние половые отношения);

— бездействие родителей, когда становится известно, что ребенок из-за своего поведения может столкнуться с серьезными неприятностями (например, пробует или принимает наркотики, совершает делинквентные поступки);

— бездействие родителей, если становится известно, что ребенок находится в ситуации серьезного физического риска (например, малолетний ребенок залезает на крышу дома или играет с опасными веществами).

Ситуация неадекватного родительского надзора/контроля в случаях внутрисемейного физического насилия является дополнительным при-

знаком, который сопровождает оценку физического насилия.

2. Физическое насилие в семье

Оценка физического насилия включает такие случаи, когда ребенок получал телесные повреждения, нанесенные любым взрослым членом семьи и степень тяжести повреждений требовала медицинской помощи.

Значимыми признаками являются:

— физическое воздействие осуществляется умышленно и является настолько жестоким, что приводит к порезам, переломам костей, вывихам суставов или значительным кровоподтекам;

— физическое воздействие или наказание включает нанесение ребенку побоев твердыми или острыми орудиями, например палкой, проводом, пряжкой ремня;

— во время физического воздействия взрослый может утрачивать контроль и не учитывать возможных последствий, например, ударяя ребенка о стену или сталкивая с лестницы;

— насилие включает необычные и неприемлемые формы причинения физических травм, например, нанесение ребенку ожогов огнем или кипятком, связывание ребенка.

Достаточно часто физическое насилие может являться следствием телесного наказания, слишком далеко зашедшего из-за потери взрослым самоконтроля, либо результатом преднамеренного жестокого обращения с ребенком.

Важным психологическим фактором, который необходимо учитывать при планировании коррекционно-реабилитационной программы, является сопровождающее и неадекватный родительский контроль, и физическое насилие переживание сильного страха.

3. Переживание сильного страха

Переживания страха могут стать существенным фактором риска развития психических расстройств и требуют специальных мер коррекционного воздействия при наличии следующих значимых признаков:

- происшествие или вызвавшее страх событие содержат непосредственную или потенциальную угрозу благополучию ребенка;

- присутствие серьезной реальной опасности для жизни или серьезных травм у эмоционально близких людей, даже если сам ребенок не пострадал;

- ощущение ребенком сильной и продолжительной боли (например, в случае обширного и тяжелого ожога);

- ребенок становится свидетелем серьезного несчастного случая или преднамеренного нанесения тяжелой травмы членам своей семьи или другим лицам, с которыми имеются эмоционально близкие отношения (например, нанесения тяжелых побоев, присутствие ребенка при нападении с целью ограбления членов его семьи);

- наличие высокой вероятности повторения эпизода, в том числе неоднократного (например, при серьезных, повторных издевательствах в семье или рядом с домом).

В настоящее время ключевое положение в оказании социально-психологической, реабилитационной помощи и правовой поддержке детям, оказавшимся в особо трудных жизненных обстоятельствах, связанных с внутрисемейным насилием, занимает сеть социально-реабилитационных центров для несовершеннолетних. Социально-реабилитационные центры, включая приюты, являются наиболее перспективными в общей системе социально-защитных детских учреждений, так как позволяют комплексно решать проблемы диагностической и коррекционно-реабилитационной работы, ориентируя ее как на самого ребенка, так и на среду, в

которой он находится, в том числе на родную семью. В настоящее время определены следующие пути поступления детей в социально-реабилитационные центры: их направляют управления социальной защиты, социальные службы, отделения органов внутренних дел.

Сложившиеся формы устойчивого взаимодействия комиссий по делам несовершеннолетних (КДН) и социально-реабилитационных центров:

КДН и сотрудники центров выявляют неблагополучные семьи, семьи группы риска;

КДН анализируют состояние воспитательной и социально-профилактической работы с семьями и детьми на данной территории и предоставляют соответствующую информацию всем участникам системы профилактики детской безнадзорности и правонарушений;

КДН осуществляют привлечение граждан, не выполняющих родительских обязанностей, к административной ответственности, укрепляя тем самым позиции центров в работе с асоциальными семьями.

Разносторонние связи складываются у центров с таким субъектом государственной системы профилактики детской безнадзорности, как органы опеки и попечительства. В соответствии со статьей 34 Гражданского кодекса Российской Федерации и статьей 121 п. 2 Семейного кодекса Российской Федерации органами опеки и попечительства являются органы местного самоуправления. Их основная задача — обеспечение оптимальных условий для жизни и воспитания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, защита их личных и имущественных прав.

Социально-реабилитационные центры сотрудничают с органами опеки и попечительства при выявлении детей, оставшихся без попечения родителей, и несовершеннолетних, не имеющих нормальных условий для жизнедеятельности в семье. В рамках этих орга-

низационных форм реализуются следующие блоки коррекционно-реабилитационной программы.

БЛОК ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Диагностический этап необходим для определения проблем и ресурсов психического и личностного развития ребенка при его поступлении в учреждение реабилитационного типа и для выработки индивидуального плана работы с ним. Мультидисциплинарная диагностика проводится совместно психиатром (медицинский диагноз), школьным психологом (психологический диагноз), социальным педагогом (социальный диагноз) и педагогом (определение уровня знаний и навыков). В междисциплинарной работе медицинская и психологическая диагностика служат интегрирующим звеном между другими специалистами, помогая им в решении их узких профессиональных вопросов. Вырабатываемый на основе комплексного исследования план индивидуальной работы определяет направление дальнейшего развития ребенка, а также средства его реализации, предполагая участие и сотрудничество самого несовершеннолетнего.

Специалисты по социальной работе определяют особенности социальной ситуации, в которой находился ребенок с «насилием или риском насилия»; собирают сведения о родителях, родственниках, опекунах, о характере их отношения к ребенку, степени ответственности за его жизнь; выявляют отношение ребенка к семье, отдельным ее членам (привязанности, антипатии, равнодушие).

Данные медицинского освидетельствования содержат оценку общефизического развития ребенка, состояния его нервной и психической системы, отражают результаты лабораторного обследования.

Психологическое исследование включает оценку уровня развития психических процессов, соответствие уровня психического развития возрастным парамет-

рам особенностей личности, межличностных отношений. Полученная информация о ребенке становится основой для разработки рекомендаций для специалистов центра социальной помощи семье, социального приюта, куда помещается ребенок, что позволяет строить коррекционно-реабилитационную работу и контролировать ее ход.

Социальный медико-психолого-педагогический консилиум подводит итоги комплексной диагностической работы различных специалистов (специалистов по социальной работе, врачей-психиатров, психологов, педагогов), позволяет составить и контролировать программу коррекционно-реабилитационной помощи для конкретного ребенка.

Необходимо подчеркнуть комплексность этой системы психолого-медико-педагогического и социального сопровождения, как достаточно новой формы организации помощи ребенку и защиты прав детей. Сопровождение, как системный и междисциплинарный процесс определяет необходимость учета следующих компонентов: психологическая, нейропсихологическая, клиническая оценка и диагностика личностно-значимой и актуальной проблемы ребенка с нарушениями развития и поведения.

Для того чтобы, такая системная оценка состоялась необходимо профессиональное и компетентное обсуждение специалистами существа проблемы пострадавшего ребенка для выработки ее решения и прогностической оценки ожидаемых позитивных результатов. Это определяет следующие этические правила междисциплинарного взаимодействия специалистов:

- приоритет интересов ребенка;
- мультидисциплинарность сопровождения;
- совещательный характер решения, где мнения отдельных специалистов выступают без приоритета специальностей (детский психиатр, медицинский психолог, школьный психолог, социальный педагог, логопед);
- непрерывность сопровождения.

Общая схема комплексного сопровождения, в основании которой лежит система психолого-медико-педагогического сопровождения детей со средовой психической дезадаптацией, включает следующие компоненты:

1. Диагностическая и прогностическая проработка базовых направлений помощи: «Проблемная семья и родительское отношение с проявлениями насилия», «Отклоняющееся поведение проблемного ребенка, подвергавшегося внутрисемейному насилию», «Позитивные семейные факторы, определяющие возможную компенсацию проблем развития и поведения». Такой подход делает анализ, во-первых, проблемным, во-вторых, лично ориентированным.

2. Оказание консультативно-диагностической помощи обеспечивается во всех ее аспектах (психологическом, нейропсихологическом, психопатологическом, клиническом);

3. Коррекционно-реабилитационная программа включает методы оптимального коррекционно-развивающего обучения с целью формирования у пострадавшего ребенка с проблемами развития и поведения социальных и школьных навыков (адекватный образовательный и социальный маршрут);

Обязательными условиями оказания коррекционно-реабилитационной помощи являются:

1. Междисциплинарное диагностическое обследование без вывода ребенка из учреждения, в котором ему оказывается помощь. Обследование должно быть достаточно полным и включать: собственно диагностическое обследование, оценку поведенческих отклонений, выбор альтернативных форм обучения, оптимальных для обследуемого ребенка; активное вовлечение и участие родителей на всех этапах обследования.

2. Привлечение позитивно настроенных родителей к планированию и реализации коррекционно-реабилитационной программы;

3. Социально-психологическая поддержка родителям, осуществляемая в едином психокоррекционном ключе с детской коррекционно-реабилитационной программой сопровождения.

4. Четкое определение этапов и сроков выполнения запланированной коррекционно-реабилитационной программы с установкой на минимальную среднюю ограниченность ребенка.

5. Возможность оказания коррекционно-реабилитационной помощи уже на начальных фазах отклонений в развитии и поведении.

В системе психолого-медико-социального сопровождения ведущей является установка на эмоционально позитивный, личностно-ориентированный подход с «позитивным подкреплением» за каждый шаг ребенка в правильном направлении.

Наиболее сложной диагностической задачей является дифференциальная диагностика уровня актуального развития ребенка с отнесением его к той или иной группе детей и соответствующему, выявленным возможностям ребенка, виду образовательной программы. Эффективно эта задача может быть решена специалистами консилиума при учете следующих критериев:

- адекватность поведения в процессе обследования;
- критичность по отношению к результатам решения диагностических задач и поведению;
- обучаемость.

В общем комплексе психолого-медико-педагогического консультирования ведущая роль принадлежит клинко-психологическому изучению. Клинко-психологическое исследование, в полном объеме использующее вышеприведенные принципы и критерии, включает качественную и количественную оценку интеллектуального развития, исследование эмоционально-волевых и личностных особенностей, изучение умственной работоспо-

способности, возможности концентрировать и удерживать внимание.

Целесообразна такая последовательность обследования, когда клинико-психопатологическое изучение предшествует психолого-педагогическому обследованию. Логика соблюдения такой последовательности заключена в том, чтобы на основе детального анамнеза, клинического изучения получить важнейшую первичную информацию о ребенке, которая затем должна учитываться психологом, логопедом и педагогом.

Исходя из возможностей консилиума или консультации необходимо привлечение таких специалистов как нейропсихолог или психотерапевт на консультациях более высокого уровня. Специфика нейропсихологической квалификации состояния ребенка позволяет определить несформированность или нарушения отдельных функциональных звеньев высших психических функций. Тем самым определяется механизм коррекционных воздействий на «слабое» функциональное звено и опора на «сильные» звенья. Это позволяет перейти в процессе коррекционно-развивающего обучения от работы «с феноменом» какой — либо характеристики отклоняющегося развития к воздействию непосредственно на несформированные (нарушенные) элементы познавательной или эмоционально-волевой сфер ребенка.

Диагностическую работу целесообразно начинать с недирективной игротерапии и беседы. Задачи недирективной игротерапии: помочь ребенку адаптироваться; установить с ним доверительные отношения и помочь ребенку раскрыться; выявить личностные проблемы ребенка и отклонения в его психическом развитии.

После установления доверительных отношений с ребенком целесообразно переходить к рисуночным тестам. Тесты применяются как для выявления личностных проблем, так и для определения уровня развития координации, моторных функций, эмоционально-

го состояния пострадавшего ребенка. Обследование можно начинать с тестов «Рисунок семьи», «Рисунок человека», «Дом. Дерево. Человек», причем не более одного в течение сеанса. Рисуночные тесты дают разнообразную информацию о детях: «Рисунок семьи» — насколько сформировано у ребенка представление о семье, считает ли он себя членом своей семьи, как относится к ближайшим родственникам; «Рисунок человека» — в какой мере сформировано представление о человеке (сложении, пропорциях, частях тела), насколько развиты понятия о дифференцировке пола людей; тест «Дом. Дерево. Человек» — какова степень доступности и открытости ребенка, насколько он травмирован сложившейся в семье ситуацией.

Выбор методики для диагностики личностных особенностей детей зависит от того, какого рода информация для психолога наиболее актуальна в данный момент. Во всех случаях рекомендуется проводить методику «Самооценка», так как более чем у 70% пострадавших детей она неадекватна. Тест Розенцвейга и Hand-тест применяют для выяснения степени агрессивности ребенка и направленности этой агрессии. Лучше использовать тест Розенцвейга, так как он не требует хорошо развитого воображения, а ситуации, приведенные в нем, знакомы детям.

В тех случаях, когда дети, поступающие в изолятор социально-реабилитационного центра, настроены негативно — агрессивны, конфликтны, психологу и врачу-психиатру важно не только провести диагностику, но и разработать рекомендации для персонала изолятора, помогающие эффективнее строить отношения с такими детьми.

На практике специалисты постоянно сталкиваются с социальной и психологической несостоятельностью социально дезадаптированных детей, их педагогической запущенностью, что проявляется в неумении не только адекватно оценить обстановку и построить свое поведение в соответствии с требованиями ситу-

ации, но и оценить свои возможности, дать себе правильную оценку.

С детьми, имеющими глубокие личностные проблемы или значительные отклонения в эмоциональном состоянии, жестко планировать тему беседы и виды тестов не рекомендуется. Первые встречи лучше направить на то, чтобы ребенок почувствовал, что его принимают таким, какой он есть. Однако такой подход не следует применять к расторможенным детям, которые не могут сами регулировать свое двигательное и эмоциональное возбуждение. Гораздо эффективнее сочетать принятие, теплое отношение к ребенку с достаточными требованиями выполнять социальные нормы и правила.

После установления контакта с ребенком можно переходить к нормативной диагностике. Для диагностики интеллекта достаточно проведения теста Векслера, методик «Метафоры», «Корректирующие пробы», «10 слов». Для исследования личностных особенностей у детей подросткового возраста используют сокращенный вариант патохарактерологического диагностического опросника (ПДО).

БЛОК КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С СОЦИАЛЬНО ДЕЗАДАПТИРОВАННЫМИ ДЕТЬМИ

В качестве ключевых, выделяют следующие направления коррекционно-реабилитационной работы:

- снятие последствий психотравмирующих факторов;
- обеспечение условий для адаптации в новой жизненной ситуации;
- поиск наиболее оптимальной формы жизнеустройства ребенка.

При реализации ключевого направления коррекционно-реабилитационной работы — снятие послед-

ствий психотравмирующих факторов — приоритетная роль принадлежит квалифицированному психологу или психотерапевту. Усилия направляются на то, чтобы снять у ребенка психическое напряжение, уменьшить тревожность, чувство страха; ослабить чувство вины, которое свойственно детям, пережившим насилие; помочь «вынести вовне» переживания, которые являются источником психоэмоционального напряжения.

Психокоррекционный раздел программы, ориентированный на коррекцию эмоциональных нарушений у ребенка

Данный раздел программы решает следующие задачи:

1. Развитие эмоционального мира ребёнка через узнавание, дифференциацию, и выражение эмоция и чувств через слово действие поведение и игру. (Эмоционально-чувственный компонент программы).

2. Преодоление тревожных состояний через слово действие поведение и игру. (Собственно коррекционный компонент программы ориентированный на преодоление состояний тревожности и страхов).

3. Развитие навыков релаксации как инструмента и способа контроля эмоциональных состояний и поведения. (Релаксационный компонент программы).

4. Развитие позитивных способов взаимодействия в семье, со сверстниками, с другими взрослыми и в школе (Коммуникативный компонент программы).

5. Когнитивно-речевое развитие (Собственно коррекционный компонент программы направленный на преодоление алексетимии как неспособности выражать своё соматическое, эмоциональное состояние через слово).

6. Развитие личного Я, включая формирование и оптимизацию позитивных ценностей связанных с семьёй, школой, общением со сверстниками. (Коррек-

ционно-развивающий компонент программы, ориентированный на личностный рост.)

Структура программы:

1. Программа является видом групповой коррекционно-развивающей программы для детей старшего дошкольного(5-6 лет)- младшего школьного возраста (7-10 лет).

2. Выделенные цели программы одновременно являются направлениями коррекционно-развивающей работы с ребёнком, включённым в программу, и являются её модулями.

3. Модули программы, соответствующие направлениям коррекционно-развивающей работы, состоят из комплексов игр, упражнений, заданий, целостно связанных между собой и методически ориентированных на обеспечение выделенных направлений работы.

4. Модули и их соотношение в программе (число задействованных игр, упражнений, заданий и времени, необходимого для их реализации) меняется с учётом особенностей исходного психического состояния ребёнка, включённого в программу.

5. Выделенные модули с набором упражнений по каждому из них используются для коррекции отклонений возрастного психического развития и личностного роста ребёнка при следующих патологических состояниях:

5.1. Эмоционально лабильные астенические состояния с реактивной тревожностью, речевыми нарушениями (элективный мутизм, заикание) при достаточном уровне интеллектуально-когнитивного развития.

5.2. Лёгкие когнитивные нарушения, сопровождающиеся семейной и педагогической запущенностью, обуславливающей задержанное эмоциональное и личностное развитие.

5.3. Задержанное личностное развитие с признаками личностной незрелости, эгоцентричности (личностный инфантилизм с неготовностью к школе).

7. Каждый модуль, соответствующий направлению коррекционно-развивающей работы с ребёнком, для объективизации успешности проводимой работы получает количественное обозначение через бальную характеристику (-3, -2, -1, 0, +1, +2, +3).

8. Бальное шкалирование позволяет отслеживать динамику коррекционно-развивающей работы и эффективность использования тех или иных упражнений, включённых в модуль. Данную систему оценки целесообразно использовать специалисту для наглядности результативности коррекционного воздействия, а так же специалистам, осуществляющим методический контроль успешности/неуспешности работы детского возрастного психолога учреждения. Бальное шкалирование может быть выражено в виде диаграммы или графика динамики показателей по дням занятий.

Психокоррекционный раздел программы, ориентированный на коррекцию когнитивных нарушений у ребенка

Данный раздел программы направлен на коррекционно-развивающую работу со следующими отклонениями психической деятельности ребенка.

1. Процессы внимания (истощаемое внимание, повышенная отвлекаемость)

2. Пространственно-временной синтез (интеграция внешнего пространства, интеграция временного — различие между временем часовым суточным, циклов природы, развития человека), как одна из базовых составляющих когнитивного развития ребенка

3. Развитие когнитивной деятельности ребенка, включая:

3.1. оптимизацию пространственного моделирования (работа по образцу, самостоятельное простран-

ственное конструирование, пространственная конфигурация-работа с фигурами на листе)

3.2. прогностическое моделирование

4. Развитие контроля результата деятельности (контроль через наглядное действие, через игровой образ и через словесный отчет-рассказ)

5. Формирование познавательной активности через:

5.1 различение живого и неживого мира,

5.2. мир природы и мир социальный (дом, село, город),

5.3. мой мир как «Я» (семья, сверстники, школа — моделирование через рисунок, лепку, анимизацию)

6. Мелкая и крупная моторика

7. Развитие наглядно-образного мышления

Указанные направления коррекционной работы наиболее эффективны при следующих нарушениях психической деятельности у детей, пострадавших от внутрисемейного насилия:

1. Дети с минимальной мозговой дисфункцией, страдающие нарушением пространственного синтеза, при поврежденном варианте психического дизонтогенеза (церебрально-органический дефект)

2. Дети с легкой и умеренно выраженной когнитивной недостаточностью

3. Дети с нарушением произвольного поведения и контроля (гиперактивные дети с дефицитом внимания)

4. Дети с парциальными формами когнитивной недостаточности

5. Дети с простыми неосложненными формами когнитивной недостаточностями, обусловленными депривациями — слабость познавательных интересов, низкий уровень знаний об окружающем мире, слабая сформированность жизненных навыков.

Коррекционный раздел программы построен таким образом, чтобы дети прошли через ряд творческих заданий. Параллельно включаются:

- Психогимнастика
- ИЗОДЕЯТЕЛЬНОСТЬ (лепка, аппликация, конструирование и моделирование) работа с линией, цветом и формой
- Театрализация

В качестве примера приводим отдельные задания.

Задание 1. «Волшебная птица»

Цель: Развитие воображения, пространственного мышления, мелкой моторики.

Ход занятия:

1 этап. Рассказ о сказочной птице «Сирин и Феникс» (включаются отдельные аспекты сказкотерапии).

2 этап. Конструирование птиц

3 этап. Работа над образом птицы. Раскрашивание и украшение птицы.

4 этап. Игра с волшебными птицами

Задание 2. «Автопортрет»

Цель: развитие воображения и пространственного мышления, мелкой моторики, представлений о собственном «Я»

Материалы: Детские и подростковые журналы, ножницы, клей, лист бумаги

Ход занятия: Задание выполняется в технике коллажа. Ребенку предлагается создать автопортрет при помощи уже имеющихся изображений, а затем просите кратко рассказать про себя. При более высоком уровне задания можно предложить детям создать автопортрет из символических форм, например алфавита разных народов и других знаков.

Задание 3 .«Автобиография — мой день»

Цель: развитие бытовых пространственно-временных представлений ребенка

Ход занятия:

— Рассказать про свой день: с чего начинается, как продолжается и заканчивается (любимые и не любимые занятия — чистит зубы, умывается, завтракает, гуляет, спит днем), обычные и праздничные дни;

— Моделирование распорядка дня на бумаге и на макете (утро — день — вечер)

Задание 4 «Автобиография. Кем я хочу стать?»

Цель: развитие личных пространственно-временных представлений

Ход занятия

— Рассказ о любимых занятиях и профессиях

— Моделирование «жизненного маршрута» на бумаге, на макете

— Проективный рисунок: Какой «Я» был вчера — Какой «Я» сегодня — Какой «Я» буду завтра

— Обсуждение рисунков и жизненных планов

Задание 5 «День рождения»

Цель: развитие эмоционально-коммуникативных навыков и позитивных установок.

Материалы: бумага для рисования, цветная бумага, пластилин, цветные карандаши, ножницы, клей.

Ход занятия: Предложите детям пофантазировать на тему дня рождения — кого бы они собрали за праздничным столом, как рассадили, что ели и пили.

Дайте время каждому ребенку придумать, кого они пригласят и чем будут угощать гостей, обсудите, какие блюда они знают, что им больше всего нравится. После приступайте к изготовлению композиций: кроме обязательных фигурок гостей отдельное внимание уделите изготовлению праздничных блюд, красивой посуды и скатерти. По окончании работы дайте возможность каждому ребенку рассказать, кого он пригласил, чем угощал гостей, как они развлекались, что подарил каждый гость.

Задание 6. «Карта настроений»

Цель: работа с дифференциацией чувств, узнавание чувств, оценка

Материалы: карта настроений (на листе ватмана изображена страна, огороженная высоким забором с домиками и восемью входами. Каждый вход по цвету одной из карточек Люшера. В стране шесть не раскрашенных домиков, за каждым прячется пиктограмма настроения — радость, грусть, злость, отвращение, страх, испуг), цветные карандаши.

Ход занятия: Предложите детям побывать в сказочной стране. Для этого вам понадобится карта «страны настроений» с изображением домиков белого цвета, за каждым из которых скрывается одна из шести пиктограмм настроения. Войти в страну настроений можно только через одну из восьми дверей, каждая из которых цвета одной из карточек Люшера. Разложите карту перед детьми и расскажите, что для того, чтобы попасть в волшебную страну, надо рассказать про свое настроение и выбрать из восьми дверей дверь самого подходящего цвета. Для символизации перехода в стану настроений можно выдавать ребенку фишки соответственного цветового выбора.

Затем предложите рассмотреть, что есть на карте, и зайдите в один из домиков, где спряталась одна из эмоций в виде пиктограммы «солнышко», предположим — радость. Попросите рассказать детей, кто спрятался в домике, какое настроение у солнышка, предложите пофантазировать, чему оно радуется. Спросите, какого цвета может быть дом у радостного солнышка — раскрасьте домик вместе с детьми.

То же самое сделайте с противоположной эмоцией — грустью. Таким образом, необходимо проработать все шесть эмоций, а цветовые выборы детей можно использовать как диагностику их эмоционального состояния.

Задание 7 «Азбука настроений»

Цель: дифференциация эмоций и чувств

Материалы: бумага для акварели А3, акварель, кисточки.

Ход занятий: выберите одну из пар эмоций на карте настроений. Например, радость и грусть. Попросите детей изобразить каждую из эмоций (мимика + поза), вспомните сказочных персонажей, которые радовались и грустили и по какой причине. Попросите рассказать детей, от чего они грустят, а от чего становятся радостными, спросите, каким цветом они изобразят грустное настроение, а каким — веселое. Затем предложите детям нарисовать радость и грусть: разделить лист бумаги напополам и раскрасьте каждую половину в грустный и веселый цвет, и изобразить соответственно «радость» и «грусть».

После окончания работы выложите перед детьми рисунки и обсудите каждый из них: ребенок, рисунок которого обсуждают, молчит, а остальные участники группы угадывают, какая эмоция на какой части листа изображена, обосновывают свою гипотезу. В конце каждого обсуждения автор рассказывает про свой рисунок.

Как правило, детям с задержанным психическим развитием сложно строить рассказ без образного подкрепления, поэтому после изображения той или иной эмоции количество гипотез (почему вы радуетесь или грустите?) увеличивается. Таким образом, дети расширяют свои представления о возможных причинах того или иного настроения, учатся объяснять и рассказывать о своих переживаниях.

Приведенные разделы программы психокоррекционной работы показывают каким путем совместными усилиями формируют специалисты и общую установку относительно способов регулирования поведения детей. Она должна исключать жесткое давление, провоцирующее негативные оценки его личности, предполагает гибкое соотношение личност-

ной активности ребенка и поддерживающей помощи специалиста.

Психокоррекционный раздел программы, ориентированный на коррекцию коммуникативных нарушений у ребенка

Ведущая проблема, с которой сталкиваются социально дезадаптированные дети — это проблема общения. Практически у каждого ребенка возникает чувство внутренней «скованности» в общении. Утратив место жительства, оставив школу, такой ребенок потерял друзей, родственников, родителей. Именно поэтому ему очень трудно налаживать новые позитивные контакты. Для развития навыков общения целесообразно использовать несложные игры и упражнения, которые можно проводить индивидуально или в группе со сверстниками.

Программа психокоррекции также строится по модульному принципу в виде отдельных блоков.

Первый блок — группа упражнений направленная на преодоление замкнутости, скованности, а также на состояние мышечной релаксации. Это очень важно, так как только свободно чувствующий себя ребенок спокоен и психологически защищен.

Второй блок — упражнения и игры, направленные на развитие языка жестов, мимики и пантомимики, на понимание того, что кроме речевых, существуют и другие средства общения.

Третий блок — игры и упражнения, направленные на знакомство с эмоциями человека, осознание своих эмоций, на распознавание эмоциональных реакций других людей и развитие умения адекватно выражать свои эмоции.

Четвертый блок — упражнения, направленные на развитие внимания ребенка к самому себе, своим чувствам, переживаниям или развитие реакций «Кто Я?». Ребенку помогают сформировать как можно больше

ответов на вопрос: «Кто Я». Для описания себя используются характеристики, черты, интересы и чувства, и каждое упражнение начинается с местоимения «Я». Важно, чтобы ребенок давал не односложный ответ, а полный развернутый рассказ. Эти рассказы можно проиграть, вместе с ребенком придумывать различные пути выхода из сложных ситуаций и также проигрывать их.

Пятый блок — игры, направленные на развитие у детей навыков совместной деятельности, чувства общности, понимания индивидуальных особенностей других людей, формирование внимательного, доброжелательного отношения к людям.

Психокоррекционный раздел программы, ориентированный на развитие жизненных навыков

Существует две основных модели обучающих программ первичной профилактики:

— программа достижения социально-психологической компетентности (основная цель выработать навыки эффективного общения);

— программа обучения жизненным навыкам (основная цель выработать навыки ответственного принятия решений).

Задачи этих превентивных моделей сходны. Ими являются развитие социальной и личностной компетентности, выработка навыков самозащиты, предупреждение возникновения проблем.

Программы формирования жизненных, социально-психологических навыков обязательно включают обучение эффективному общению, уверенности в себе, умению управлять своими чувствами, выбору друзей и построению позитивных отношений со сверстниками, укреплению связей с семьей и другими значимыми взрослыми, принятию решений, осознанию негативных влияний и давления со

стороны сверстников и сопротивлению им, оказанию помощи окружающим.

Кроме программ формирования жизненных навыков, в системе образования и социальной защиты активно используются программы обучения здоровому образу жизни.

Специальной формой обучения общению являются социально-психологические тренинги (СПТ), которые помогают адаптации детей к жизни вне условий социально-реабилитационного центра.

Социально-психологический тренинг общения более эффективен для детей подросткового возраста. Он облегчает процесс овладения подростками знаниями, умениями и навыками эффективного социального поведения, создает возможности для более полного самопознания и самоопределения. Кроме того, с помощью СПТ осуществляется формирование навыков конструктивного разрешения конфликтов в общении, эмоциональной и поведенческой саморегуляции, рефлексии.

На практике может использоваться общепринятая схема социально-психологического тренинга, техника которого подробно описана в отечественной литературе, отражающей практические аспекты групповой психологической работы.

ПРОГРАММА ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ, ПОСТРАДАВШИМ ОТ ПРЕСТУПЛЕНИЙ (МЕТОД СОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ)

Программа подготовлена

Е. Г. Дозорцевой — д.психол.н., проф., руководителем отделения ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского Росздрава»

Психокоррекция имеет ряд принципов, которые должны соблюдаться при организации любой работы с психологическими проблемами клиента. В работе с детьми и подростками наиболее важны следующие принципы:

- системность коррекционных, профилактических и развивающих задач;
- единство коррекции и диагностики;
- приоритетность коррекции каузального (направленного на устранение причин, а не симптомов) типа;
- учет возрастно-психологических и индивидуальных особенностей клиента;
- активное привлечение ближайшего социального окружения к участию к коррекционной программе.

Принцип единства коррекции и диагностики означает, что психокоррекционная деятельность должна

в каждый момент опираться на информацию о состоянии и проблемах клиента. Вместе с тем диагностика — необходимый предварительный этап, который позволяет определить мишени коррекционной работы.

Выявление психологической травматизации, адекватная диагностическая оценка характера и степени выраженности ее последствий имеет первостепенное значение для психокоррекционной и реабилитационной работы с ребенком или подростком, пострадавшим от преступления. Для решения задач диагностики необходим надежный инструментарий, позволяющий охватить все важные стороны и негативные эффекты психологической травмы. Можно выделить следующий круг вопросов, которые должна решать такая диагностика.

1. Характеристики травматизации

- Содержательный характер и тип травмы (эмоциональная, сексуальная, физическая травма и т.п.; смерть близких, избиения, изнасилования и т.п.)
- Хронический или острый тип травмы. При хроническом типе длительность травматических событий.
- Возраст, в котором ребенком или подростком пережита травма.
- Множественность травматизации (несколько видов травм одновременно).

2. Характеристики последствий травматизации

А. Психологические

- В эмоциональной сфере (особенности эмоционального фона, преобладающего настроения, колебаний эмоций, раздражительность, чувствительности к определенным темам и стимулам и др.);
- В когнитивной сфере (трудности сосредоточения, снижение продуктивности интеллектуальной деятельности и др.);

- В личностной сфере (изменение мотивов и смыслов деятельности, основных отношений, в частности, отношения к себе, после травмы; развитие определенных личностных особенностей, таких, как тревожность, боязливость как результат травматизации);
- В сфере общего функционирования и конкретных видов деятельности, характерных для данного возраста (пониженная активность, плохое самочувствие, низкая продуктивность деятельности);
- В сфере общения (избегание общения, замкнутость, конфликтность).

Б. Клинические

- Симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР): повторные переживания травмы; избегание стимулов, связанных с травмой, блокировка эмоциональных реакций; нарастающее возбуждение; нарушения в социальной, профессиональной или других видах деятельности.

Очевидно, что психическая травма имеет комплексный характер, оптимально ее рассмотрение в междисциплинарном контексте с участием специалистов в области психологии и психиатрии. Это позволяет наиболее точно и адекватно оценить, имеется ли в последствиях травматизации клиническая составляющая и насколько она выражена. Сотрудничество психиатра и психолога особенно актуально в тех случаях, когда помимо признаков психологической травматизации у ребенка или подростка обнаруживаются симптомы других расстройств психики. В случаях соболезенности посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и иных психических нарушений лечебная и психокоррекционная работа с пациентом должна вестись в единой системе. В связи с этим одним из методов исследования проблемы последствий психической травматизации является клиническое обследо-

дование, выполняемое по специально разработанной карте и направленное на выявление как симптомов ПТСР, так и других психических нарушений.

В целях **диагностики последствий психической травмы** в соответствии с клиническими критериями ПТСР у детей и подростков используется Полуструктурированное интервью Н.В. Тарабриной для оценки травматических переживаний детей, которое проводится в сочетании с опросом родителей по анкете для оценки травматических переживаний детей. Интервью рассчитано на детей 10—13 лет, однако, может использоваться и для детей и подростков в более широком возрастном диапазоне. Процедура проведения интервью, учитывает возрастные особенности потерпевшего и возможное влияние на него травматических переживаний. После установления психологического контакта с ребенком на первом этапе проводится беседа о травматическом событии и посттравматической симптоматике по соответствующим критериям клинической диагностики. На стадии завершения важно проведение специальной работы по устранению негативных эмоций, вызванных воспоминаниями о травматическом эпизоде. Интервью дополняется данными анкетирования родителей, отражающими сведения о травматическом событии, а затем о чувствах и поведении ребенка, которые могли бы свидетельствовать о последствиях психологической травмы.

Помимо непосредственных симптомов ПТСР субъективно тяжелое событие может отражаться и в других психологических и соматических феноменах. Психологическая травматизация может служить причиной разнообразных психосоматических расстройств, которые часто не распознаются как таковые. Для их выявления используется Гиссенская шкала (опросник соматических жалоб). В эмоциональной сфере с последствиями травмы тесно связаны депрессия и тревога. Для оценки выраженности депрессивных переживаний для старших подростков могут быть приме-

нены Опросник депрессивности А. Бека. Ситуативное чувство тревоги и тревожность как личностная характеристика оцениваются при помощи Шкалы самооценки (Спилбергера — Ханина).

Помимо инструментально выявленных проблем и нарушений само поведение подростка во время сеанса индивидуальной психотерапии, его эмоциональные проявления, высказывания, продукция творческой деятельности могут служить для диагностики феноменов, связанных с психологической травмой и динамикой ее проработки.

Еще одна важная методическая проблема при работе с последствиями психологической травмы заключается в отборе инструментов, позволяющих оценить результаты психокоррекции, направленной на устранение последствий психической травматизации. Эффекты такой работы могут быть как непосредственными, или краткосрочными, и более отдаленными, долгосрочными. Непосредственные эффекты проявляются в изменении эмоционального настроения, соматического состояния, устранении некоторых симптомов ПТСР. Долгосрочные результаты могут выражаться, во-первых, в устойчивости позитивных изменений, достигнутых на начальном этапе, и во-вторых, в повышении общей продуктивности человека и изменении более глобальных личностных характеристик: в снижении уровня тревожности, улучшении самооотношения, смысловых комплексов. Для оценки каждой категории результатов необходимы свои методы. Так, определение краткосрочного эффекта в рамках одного сеанса психокоррекции возможно при помощи оценочных шкал методики САН (Самочувствие, Активность, Настроение), раскладки цветowych предпочтений (тест Люшера, ЦТО), а также специальных рисуночных методик. Изменение некоторой симптоматики ПТСР в краткосрочном варианте фиксируется путем опроса.

Для выявления долгосрочных эффектов психокоррекционной работы необходимо проведение тех же ди-

агностических методов, которые использовались для выявления травматической симптоматики и связанных с травмой феноменов спустя определенный относительно длительный отрезок времени. Сохранение или усиление положительных результатов будет свидетельствовать об эффективности примененных психокоррекционных средств.

Относительно терапии детей и подростков, перенесших психическую травму, в литературе шире всего представлены сведения о методах психотерапии и коррекции травм, вызванных сексуальным насилием. К ним прежде всего относятся методы когнитивно-эмоциональной терапии, в рамках которой оживляются воспоминания ребенка о травме и прорабатываются проблемы ответственности и стыда, стигматизации, беспомощности, самооценки, отношения к другим, доверия. При этом подчеркивается значение условий безопасности и защиты, в которых проводится работа.

В качестве дополнительных методов работы со страхами и другими эмоциональными проблемами, связанными с перенесенными детьми и подростками травмами, могут использоваться техники поведенческой терапии, игровой терапии, нейролингвистического программирования, арттерапии. Последние помогают отреагировать напряжение и снять симптомы, связанные с негативными эмоциональными переживаниями. Вместе с тем такие изолированные вмешательства имеют, как правило, временный эффект. Их следует применять в сочетании с другими терапевтическими подходами.

В работе с психической травмой продуктивен и рекомендуется к использованию подход, получивший название **соматической терапии травмы**. Травма рассматривается в нем в нейропсихологическом аспекте как результат повышенной электрической активности в миндалине, возникшей вследствие сверхсильного стрессогенного события или множественных психо-

травмирующих ситуаций. При этом нарушается нормальная саморегуляция человека. Повышенный уровень активации без угашения служит причиной проявления симптомов ПТСР, в частности, непроизвольных воспоминаний о травматических событиях, избегания ситуаций, провоцирующих неприятные мысли и эмоции. Возбуждение имеет и содержательно неспецифические проявления, отражаясь в нарушениях сна, трудностях концентрации внимания, усвоения новой информации. Все это может иметь следствием и более общие нарушения социального функционирования, затрудняя общение, учебу, работу.

Принцип работы в соматической терапии травмы — восстановление способности человека к естественной саморегуляции через трансформацию телесных ощущений, связанных с психической травмой, с помощью ресурсных состояний. Активация телесных и психологических ресурсов и использование специальных техник позволяют добиться устранения негативных проявлений травмы на телесном («соматическом») уровне, снижения повышенного возбуждения и излишней нейрофизиологической активации, а также прийти к позитивным изменениям в психологической сфере. Сознательная фиксация ощущений в теле — один из основных терапевтических приемов, помогающий осуществить разрядку сконцентрированного напряжения травмы.

С помощью метода соматической терапии травмы можно проводить психологическую реабилитацию детей и подростков, перенесших психическую травму, начиная с возраста 7 — 8 лет. Для работы требуется хорошо проветренное изолированное помещение. В комнате должны быть стол и стулья, материалы для рисования (бумага, простые и цветные карандаши (не фломастеры!), ластик) и лепки (пластилин, подставка для лепки). Стулья для детей должны соответствовать их росту, так, чтобы ноги детей стояли на полу с упором на всю подошву. Необходимо, чтобы стулья были

жесткими с удобными спинками, на которые можно устойчиво опираться. Во время сессии психолог («терапевт») и ребенок («клиент») сидят на стульях на небольшом расстоянии лицом друг к другу или стоят напротив друг друга. Следует также предусмотреть, чтобы в помещении был коврик, на который ребенок, при необходимости, мог сесть или лечь. Продолжительность одного сеанса от 40 минут до 1 часа.

Условием успешной работы с травмой является создание у клиента ощущения безопасности, основанного на доверительных и надежных отношениях сотрудничества с терапевтом и безопасном пространстве. Со стороны терапевта необходимо поддержание особого контакта с клиентом, который можно назвать «сопереживающим присутствием».

Процесс психокоррекционной работы имеет несколько стадий.

1. Сенсбилизация клиента к ощущениям в собственном теле. Ребенок должен почувствовать собственное тело, для чего используются специальные упражнения.

2. Создание ресурсного состояния. Ресурсы порождаются способностью к саморегуляции организма и включают в себя различные виды позитивных телесных ощущений, проявляющиеся в чувстве тепла, расширения, легкости, телесного комфорта и свободы. В процессе психотерапии целенаправленное создание ресурсов, фиксация на них внимания человека, тренировка дифференциации положительных ощущений всегда должны предшествовать работе с травмой. С помощью психолога («терапевта») ребенок фиксирует приятные ощущения в теле, вспоминая приятные эпизоды из своей жизни, рассматривая красивые виды природы на картинках. При этом не следует прибегать к специальным техникам релаксации.

3. Проработка ощущений, связанных с психической травмой. Травматические переживания сопровождаются, как правило, ощущениями сжатия, тяжести,

холода, неподвижности и онемения, напряжения, дискомфорта. Они возникают, когда человек вспоминает о пережитой психотравмирующей ситуации. Нужна особая осторожность и постепенность в работе с этими переживаниями и ощущениями, так как возвращение к наиболее неприятным моментам травматического события может привести к ретравматизации и ухудшению состояния. В связи с этим важен принцип минимального и медленного приближения к травме. После возникновения малейшего признака неприятного телесного ощущения необходимо возвращение к ресурсам, приятным или нейтральным ощущениям в других частях тела, которые позволяют нейтрализовать, угасить ощущения, связанные с травмой по механизмам естественной саморегуляции организма. На телесном уровне процесс возникающей при этом разрядки проявляется в ощущения расширения, покалывания, тремора, волны тепла, расслаблении, появляющемся чувстве легкости.

Циклическое возвращение от ресурсного состояния к травматическому и вновь к ресурсному ведет к нормализации физиологических и психологических процессов. С каждым шагом становится возможным все большее приближение к центральным моментам травмы, с которыми связано максимальное напряжение, и нейтрализация этого напряжения.

Терапевт следует за внутренними и внешними процессами клиента и организует получаемую информацию.

Для отслеживания ощущений клиенту задаются вопросы, например:

Что вы чувствуете в теле?

Почувствуйте это ощущение.

Где именно вы это чувствуете?

Где ощущение начинается и где заканчивается?

Сфера ощущений может расширяться.

Какие ощущения вы чувствуете в других частях тела?

Изменения могут происходить во времени:
*Оставайтесь с ощущением — куда оно движется
и как меняется?*

Иногда требуется более длительный контакт с ощущением.

Просто позвольте этому ощущению быть.

В качестве примера приведем отрывок из реального диалога при работе с ощущениями:

Терапевт: Что вы чувствуете?

Клиент: Напряжение в плечах.

Т.: Что происходит в теле?

К.: Расслабляются основные мышцы рук.

Т.: Что чувствуете в руках?

К.: Тяжелеют руки.

Т.: Побудьте с этим немного.

К.: Легкая боль в груди.

Т.: Что чувствуете в плечах, почувствуйте, как они расположены.

К.: Легче стали подошвы, они как будто отрываются от земли.

Отслеживание клиентом ощущений во время циклов разрядки травматических переживаний регулируется терапевтом, но сами циклы реализуют процесс естественной саморегуляции организма, нарушенной травмой.

Осознанию ощущений, а также отслеживанию динамики процесса работы с травмой помогает работа с образами ощущений, которые могут принимать в субъективном восприятии клиента различную форму, цвет, объем. Их обсуждение может проходить вербально или с использованием рисунка, лепки.

При работе с конкретной травмой прорабатываются ощущения, связанные с травматическим эпизодом, начиная с самых отдаленных и слабых и заканчивая наиболее интенсивными и неприятными. Вместе с тем строгое соблюдение хронологии самого травматического события не обязательно, важна правильная

последовательность интенсивности симптомов и переживаний. При этом конкретное содержание травматического события не имеет решающего значения и не обязательно должно словесно описываться, что имеет большое значение при работе с потерпевшими от преступлений, в особенности — преступлений сексуального характера.

4. Завершение работы с травмой. О завершении работы с травмой свидетельствуют следующие признаки:

- Ощущение завершенности — переход от тревоги к спокойствию, от страха к уверенности.
- Дыхание становится мягче, медленнее, концентрируется в области живота.
- Распространение тепла по телу.
- Дрожь по телу, ощущение интеграции тела.
- Движения легкие, плавные, интегрированные.
- Легкость контакта глаз.
- Ощущение спокойствия, силы, уверенности.

Долговременные эффекты терапии определяются по изменениям в общем функционировании человека: его самочувствия, сна, работоспособности и продуктивности в деятельности, отношения к себе и окружающим.

Метод соматической терапии травмы преимущественно направлен на работу с уровнем телесных ощущений. Вместе с тем он позволяет перейти к проработке и других психологических феноменов, связанных с психической травмой: образных представлений, эмоциональных проявлений, поведенческих реакций и паттернов, представлений, убеждений и смыслов. Он может быть продуктивно дополнен и другими методами психологического консультирования и психокоррекции, в частности, методами когнитивно-поведенческой, экзистенциальной психотерапии, гештальт-терапии, направленными на развитие новых позитивно окрашенных представлений, мотивов и смыслов. Подоб-

ная работа позволяет включить пережитое событие в личный опыт человека без негативной травматической окраски.

Квалифицированное проведение работы методом соматической терапии травмы требует специального обучения. Специалист в этой области должен обладать базовым психологическим образованием (клиническая психология) и пройти специальную подготовку в области собственно соматической терапии травмы, сочетающей теоретический курс, практические занятия и супервизию самостоятельной деятельности.

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ

Информационное письмо подготовлено коллективом авторов в составе:

Е.В. Макушкина, д.м.н., проф., зам. директора ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского Росздрава»

Е. Г. Дозорцевой — д.психол.н., проф., руководителя отделения ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского Росздрава»

В. Д. Бадмаевой — к.м.н., руководителя отдела ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского Росздрава»

Е. Ю. Яковлевой — к.м.н., ст. науч. сотр. ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского Росздрава»

Д. С. Ошевского — к. психол.н., ст. науч. сотр. ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского Росздрава»

Под жестоким обращением с ребенком понимают все формы физического и/или эмоционального плохого обращения, сексуальное насилие, отсутствие заботы, пренебрежение, торговлю или другие формы эксплуатации, способные привести или приводящие к фактическому ущербу для здоровья ребенка, его выживания, развития или достоинства в контексте отношений ответственности, доверия или власти.

Выделяют следующие формы жестокого обращения с детьми:

1) физическое насилие над ребенком — действия, которые фактически причиняют физический вред или могут его причинить;

2) сексуальное насилие — использование ребенка для получения сексуального удовлетворения;

3) эмоциональное насилие — неспособность обеспечить подходящую для ребенка доброжелательную атмосферу. Оно включает действия, оказывающие неблагоприятное влияние на эмоциональное здоровье и развитие ребенка: это ограничение его движения, оскорбление, угрозы и запугивание, дискриминация, неприятие и другие нефизические формы враждебного обращения;

4) отсутствие заботы — неспособность родителя или лица осуществляющего уход, обеспечить развитие ребенка по следующим направлениям (одному или более), где он обязан это сделать: здоровье, образование, эмоциональное развитие, питание, кров и безопасные условия проживания (ВОЗ, 2003).

Общие признаки, указывающие на возможность жестокого обращения с ребенком

1. Отставание в физическом развитии

2. Задержка интеллектуального развития

3. Эмоциональные расстройства:

у детей младшего возраста:

— нарушения сна, потеря аппетита, резко выраженная боязливость; пассивная послушаемость, уступчивость перед ситуацией наказания, отсутствие поиска защиты у родителей и обращение за помощью к другим взрослым в новой для ребенка или устрашающей ситуации;

*у детей дошкольного и младшего школьного возраста:*¹

¹ Нарушения психической сферы имеют возрастные предпочтения, но некоторые из них (отмечены *) могут встречаться и в других возрастных диапазонах.

— тревожно-фобические расстройства* — тревога и разнообразные страхи, в том числе боязнь иметь какие-либо отношения с взрослыми людьми, похожими на посягателя, или реакции гнева с формированием враждебности к ним; возможны общее недоверие к взрослым или специфическое недоверие к взрослым того же пола или необычная боязнь какого-либо конкретного человека (которым посягатель запугивал ребенка);

в подростковом возрасте:

— посттравматическое стрессовое расстройство* — пониженное настроение (подавленное, тоскливое) с суицидальными попытками, появлением ранее не свойственных раздражительности, плаксивости, вспыльчивости, гневливости; гипербдительность — уменьшение доверия людям, избирательность в общении; усиление реакции на испуг, боязнь выходить на улицу, страх одиночества, темноты, пустых помещений, невозможность сосредоточиться на учебном процессе, рассеянность внимания, ухудшение памяти, волнообразное течение с обострениями под влиянием факторов, напоминающих о насилии.

4. Поведенческие нарушения:

у детей младшего возраста:

— регрессивное поведение — проявляется потерей уже сформированных гигиенических навыков (ребенка вновь приходится обучать ходить в туалет и т.д.); появлением энуреза, сильного и непрекращающегося плача, не связанного ни с какими событиями; депривационных привычек: сосание пальцев, одежды и т.д.;

— эпизоды расторможения влечений с агрессивными реакциями: вербальная агрессия, агрессивные игры;

у детей дошкольного и младшего школьного возраста:

— расстройства эмоций и поведения* — усиление имеющихся ранее вспыльчивости, раздражительности, нетерпимости к замечаниям взрослых,

появление реакций протеста с агрессией к близким, часто сочетающиеся с подавленным настроением; иногда мучительство слабых детей, истязание животных;

в подростковом возрасте:

— поведенческие девиации* — внезапные выраженные изменения в поведении (протестное, суицидальные попытки, чрезмерно агрессивное или деструктивное поведение, вызывающее трудности в общении с другими детьми в школе, а также в играх; или, наоборот, пассивное подчиняемое, чрезмерно уступчивое, угодливое); злоупотребление психоактивными веществами.

Наиболее типичные признаки, указывающие на возможное жестокое обращение с детьми

Диагностические признаки возможного физического насилия

Выявление физического насилия, совершенного в отношении ребенка, является крайне сложным и может обнаруживаться лишь в процессе работы с другими сопутствующими, как бы «фасадными» социально-педагогическими проблемами: нарушениями поведения, побегами из дома, школьной дезадаптацией и т.д. Вместе с тем при этой форме жестокого обращения с ребенком, прежде всего, отмечаются *физические признаки*, например изменения на коже, которые могут вызвать подозрение: царапины, свежие следы ударов, укусов, удушения, ожогов (например, сигаретных) и т.д.

Психические признаки, указывающие на возможное физическое насилие:

— стресс-синдром (как результат недостаточности циркуляции крови «мраморность» и бледность кожных покровов, холодные руки и ноги);

— характерное выражение лица («постоянная бдительность», «взгляд козули»), у травмированных детей невыразительная мимика и печальные глаза;

— рефлекторные жесты защиты, они вздрагивают от неожиданного движения руки учителей и воспитателей.

Изменения в поведении. Существуют два типа поведения травмированного ребенка:

— *пассивность* — грудной ребенок очень спокойно лежит на столе обследования, сговорчив; дети более старшего возраста выносливы, при проведении различных процедур. Выглядят такие дети апатичными, удрученными, пугаются окружения, тревожны и чувствительны;

— *гиперактивность* — дети шаловливы, агрессивны вне семьи, они не могут сконцентрироваться, не чувствуют дистанции, дерутся, кричат. Они контактируют с кем угодно, но избегают смотреть в глаза и убегают при попытке их удержать.

Выделяют следующие наиболее типичные признаки, указывающие на возможное физическое насилие над ребенком А.Грин (1980):

— получение ребенком повторных подозрительных травм;

— многократные посещения различных учреждений для лечения травм;

— необъяснимая отсрочка в обращении родителя и ребенка за помощью в медицинские учреждения;

— перенос родителями ответственность за травму на других лиц;

— история, сообщаемая родителями, несовместима с физическими травмами у ребенка;

— объяснение родителей, что ребенок сам виновен в полученных повреждениях;

— обвинение ребенком родителей или опекуна в нанесении повреждений;

— насилие над самим родителем в детстве;

— демонстрация родителем нереалистических и преждевременных ожиданий по отношению к ребенку.

В диагностическом отношении важным является предъявление детям проективных методик (Рисунок семьи, Рисунок человека, Человек, дом, дерево, Несоответствующее животное и т.п.), а также анализ иных продуктов творчества, которые выявляют тревожность, страхи, депрессивные тенденции, нередко в сочетании с повышенной агрессивностью. Родителей, как правило, изображают с нарушением пропорций тела, увеличением торса и кулаков, с преувеличением их общих размеров, чрезмерным доминированием (характеристики, отмеченные И.А. Алексеевой, И.Г. Новосельским, 2005г.). Данные признаки необходимо использовать с осторожностью и дополнять наблюдением за ребенком и беседой. В случае сомнений следует назначить консультацию психолога.

Диагностические признаки возможного сексуального насилия над детьми

Большинство проявлений последствий сексуального насилия неспецифичны, поскольку могут встречаться, во-первых, при других формах жестокого обращения и иных видах травматических воздействий (например, у детей-эмигрантов); во-вторых — в рамках индивидуальных особенностей сексуального развития, обусловленных не психогенными, а иными факторами. Сексуальное насилие можно предполагать при наличии следующих признаков.

У детей дошкольного возраста (до 6-7 лет) при длительных сексуальных воздействиях, осуществляемых как родственниками, так и иными знакомыми людьми:

— сексуализированное поведение — сексуализированные поцелуи (при помощи языка) родителей и друзей; проявление интереса к интимным частям тела,

как своим, так и взрослых лиц любого пола; частое нахождение пальцев рук в области промежности; чрезмерная самостимуляция гениталий (когда невозможно отвлечь ребенка); стремление ввести туда различные предметы (расческу, носик лейки и т. д.); сексуализированное выражение привязанности; хватание окружающих за грудь или гениталии;

— повторное инсценирование сексуальных действий в игре, рисунках или на вербальном (речевом) уровне, в частности, описание незнакомым людям тех сексуальных действий, которые с ними осуществлялись;

— необычные для этого возраста сексуальные познания, псевдовзрослое поведение;

— продолжительное внимание к определенным словам или символам, имеющим более или менее прямое отношение к сексуальной травме;

— избегание обстоятельств, напоминающих о насилии;

— регрессивное поведение* (проявления см. выше);

— нарушения сна, кошмарные сновидения, которые не обязательно отражают содержание сексуальной психотравмы;

— тревожно-фобические расстройства* (проявления см. выше)

— расстройства эмоций и поведения* (проявления см. выше)

У детей младшего школьного возраста 7-12 лет, не понимающих сущности взаимоотношения между полами:

— сексуализированное поведение — несоответствующие возрасту сексуальные игры, имитация полового акта с братьями и сестрами или друзьями, сексуальное внимание к животным, чрезмерно соблазняющее поведение в отношении лиц противоположного пола (обнажение своих частей тела, прижимание) с

предложениями вступить в интимную близость, в том числе с использованием суррогатных форм половой активности, например, орально-генитальных контактов, мастурбация в общественном месте;

— необычные для этого возраста сексуальные познания, повышенный интерес к печатной и видеопродукции, содержащей сексуальные сцены; описание имевших место сексуальных контактов в компании ровесников своего пола, советы по поводу начала половой жизни за материальное вознаграждение;

— фобические расстройства и расстройства эмоций и поведения* (проявления см. выше).

У подростков (13-18 лет):

— промискуитетное поведение — беспорядочные половые связи со многими партнерами, часто сочетающиеся с асоциальными тенденциями;

— проституция;

— диссоциация полового влечения — у юношей платонические и эротические отношения с девушками и гомосексуальные контакты (орально-генитальные, анально-генитальные, взаимная мастурбация) с лицами своего пола, чаще взрослыми; у девушек — влюбленность в конкретного молодого человека с отсутствием к нему сексуального влечения и его проявлением в отношении деперсонифицированных объектов (из книг, телефильмов и др.);

— неразборчивое эротическое поведение в сочетании с подавлением потребности в реализации имеющегося сексуального влечения;

— избегающее поведение у лиц женского пола (несмотря на гормональное созревание) — исключение даже вербальных контактов с лицами противоположного пола либо их резкое ограничение с исключением внешних атрибутов, присущих полу — одежды, обуви, косметики;

— гиперролевое поведение у юношей только в отношении ровесников своего пола — стремление при-

нимать участие в конфликтах и драках, «установить авторитет при помощи силы», вербальная и физическая агрессия, утрированная демонстрация наиболее ярких внешних проявлений маскулинности, неспособность к общению с подростками своего пола (встречается при длительном внутрисемейном гомосексуальном насилии);

— посттравматическое стрессовое расстройство* (проявления см. выше);

— поведенческие девиации* (проявления см. выше).

Диагностические признаки эмоционального (психологического) насилия и пренебрежения (отсутствия заботы)

Несмотря на мнение, что эмоциональное насилие и пренебрежение нуждами ребенка чаще всего встречается в сочетании с другими формами жестокого обращения, исследования показывают, что они имеют специфические независимые последствия (Ivaniec D., 1996, Wener C., Kerig P., 2004). В качестве таких последствий выступают не обусловленные органическими причинами задержки развития, имеющие у детей следующие физические и психические проявления.

Особенности внешнего облика

- худое тело, тонкие руки и ноги
- большой живот
- красные холодные и влажные руки и ступни
- тонкие тусклые и выпадающие волосы
- темные круги под глазами.

Физические проявления

- отказ от еды или чрезмерное поглощение еды
- рвота
- диарея
- частые простуды и инфекции

— алиментарное истощение, грацильность (в международной правовой практике известны случаи, когда детей, эксплуатируемых для педофилов в порнографии, с целью замедления их физического развития, ограничивали в еде).

Задержка

- моторного развития
- развития речи
- социального развития
- интеллектуального развития
- эмоционального развития

Психологические и поведенческие проявления

- уход в себя, грустное выражение лица, уклонение от контактов
- эмоционально невыразительное лицо
- общая заторможенность
- слезливость
- частое хныканье
- отсутствие улыбки или очень слабая улыбка
- нежелание разговаривать
- отсутствующий взгляд на людей или объекты
- нежелание прижиматься к взрослому
- слабая откликаемость
- неустойчивая привязанность
- пассивность.

(Ivaniec D., 1996).

Психосоциальная задержка развития может впоследствии дополняться такими признаками, как

- нарушение опрятности, туалета
- негативизм, оппозиционность, чрезмерные требования
- крик, агрессия, деструктивные проявления
- бессонница
- депрессия
- беспокойство, тревожность, страхи

- самоповреждающее поведение
- мутизм (Ivaniec D., 1996).

У детей старшего возраста отмечается

— низкая школьная успеваемость, трудности концентрации внимания

— заниженная (неустойчивая) самооценка

— враждебность с уклонением от социальных контактов (Wener C., Kerig P., 2004)

При обнаружении выраженных отдельных или совокупности перечисленных признаков следует направить ребенка к специалисту — детскому психологу, а при подозрении на продолжающееся жестокое обращение с ребенком со стороны родителей или лиц их заменяющих необходимо незамедлительно обратиться в правоохранительные органы и в органы опеки и попечительства.

ПРОГРАММА ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОТНОШЕНИИ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ВЗРОСЛЫХ ЖЕРТВ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ

Программа подготовлена

Г. Е. Введенским — д.м.н., проф., вед. науч. сотр.
ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского Росздрава»

Стратегическая цель программы — организация обеспечения комплексной медико-психологической помощи жертвам сексуального насилия путем повышения эффективности диагностики и лечебно-реабилитационных мероприятий при сексуальных расстройствах, возникающих после травмы сексуального насилия.

Проблема сексуального насилия является актуальной для всех развитых стран, в том числе и для России. По данным Всемирной Организации Здравоохранения в мире, как минимум одна из пяти женщин подвергалась изнасилованию один раз в жизни, однако лишь в 3% случаев женщины, подвергшиеся сексуальному насилию, обращаются в правоохранительные органы. По данным российских исследователей (Тарабрина Н.А., 2004) приблизительно 1 из 4 женщин и 1 из 6 мужчин испытали сексуальное насилие до 18-летнего возраста. Сексуальная преступность отличается высокой латентностью: только 2 % жертв внутрисемейного и 6 % жертв внесемейного насилия сообщают о

случаях насилия властям. Из 785 обратившихся в Санкт-Петербургский Центр помощи пострадавшим от сексуального насилия (из них 427 моложе 18 лет), в правоохранительные органы обращались только 37 человек, меньше пяти процентов (Кон И.С., 2002). Последствия сексуального насилия (злоупотребления) для сексуальной сферы у взрослых могут выражаться в нарушениях психосексуального развития, развитии сексуальных дисфункций, таких как сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения, оргазмическая дисфункция, вагинизм неорганической природы, диспареуния неорганической природы, у мужчин — отсутствие генитальной реакции (эрекционная дисфункция), гомосексуальная педофилия, эгодистоническая гомосексуальная ориентация. Данные расстройства серьезно ухудшают социально-психологическую и сексуально-поведенческую адаптацию личности, а в ряде случаев способствуют формированию криминального сексуального поведения. С учетом опыта зарубежных стран и России, оказание помощи жертвам сексуального насилия должно осуществляться в специализированных центрах, в которых должны работать психиатры, сексологи, психологи, юристы, обеспечивающие правовую поддержку, а также специалисты по оказанию медико-социальной помощи. Финансирование этих центров должно осуществляться за счет государства.

Обращения в данные центры возможны из следующих источников:

1) по направлению психологов, психиатров ПНД, сексологов в случаях самостоятельного обращения потерпевших по поводу развившихся психических и сексуальных расстройств при подозрении на их связь с травмой сексуального насилия;

2) по направлению гинекологов (для женщин);

3) по направлению врачей соматических специальностей, к которым потерпевшие могут обратиться по поводу телесных повреждений, заражения инфек-

циями, передающимися половым путем, соматических расстройств, возникших после сексуального насилия;

4) по рекомендации судебных медиков, проводивших экспертизу потерпевших от сексуального насилия;

5) по рекомендации суда в процессе уголовного судопроизводства при наличии заключения судебно-психиатрических экспертных комиссий, решавших вопрос об оценке степени тяжести вреда здоровью при экспертизе потерпевших от сексуальных преступлений;

6) при самостоятельных обращениях.

В функции таких Центров могут входить:

1) оказание первичной помощи жертвам сексуального насилия (лечение психических расстройств, возникающих в острой стадии травмы сексуального насилия);

2) диагностика и лечебно-реабилитационные мероприятия в отношении расстройств, возникающих на стадии отдаленных последствий травмы сексуального насилия, в том числе сексуальных;

3) оказание правовой помощи жертвам сексуального насилия;

4) разработка дифференцированных обучающих программ для специалистов, по роду работы имеющих дело с сексуальным насилием;

5) работа по информации населения о деятельности Центров;

6) организация «телефона доверия» для жертв сексуального насилия.

ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЖЕРТВАМ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ

1. Острая стадия

А. Диагностика

Методы обследования: 1) клинично-психопатологический; 2) психологический; 3) оценка соматического статуса.

Специалисты, оказывающие помощь: психиатр, психолог, психотерапевт, врачи соматического профиля (гинеколог, хирург, уролог — при телесных повреждениях, при заражении ЗППП — венеролог).

Цель психиатрического обследования: диагностика психических расстройств и подбор адекватного психофармакологического лечения.

Цели психологического обследования: 1) диагностическая — помощь психиатру в квалификации психического расстройства; 2) установление возможных мишеней психотерапевтической и психокоррекционной работы.

Возможные варианты психических расстройств:

F. 43.0. Реакция на острый стресс

F.43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство

F.43.2. Расстройство адаптации

F.44. Диссоциативные расстройства

Б. Лечение

Вид лечения: амбулаторный, в тяжелых случаях — стационарный

Методы лечения: 1) психофармакологическое — антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики — по показаниям; 2) психотерапия.

После завершения лечения динамическое наблюдение у психиатра не менее года, повторное психологическое обследование. Психокоррекционная работа, направленная на социально-психологическую реадaptацию.

2. Стадия отдаленных последствий

А. Диагностика психических расстройств

Методы обследования: 1) клиничко-психопатологический; 2) психологический.

Специалисты, оказывающие помощь: психиатр, психолог, психотерапевт, нарколог.

Цель психиатрического обследования: диагностика психических расстройств и подбор адекватного психофармакологического лечения.

Цели психологического обследования: 1) диагностическая — помощь психиатру в квалификации психического расстройства; 2) установление возможных мишеней психотерапевтической и психокоррекционной работы.

Цель наркологического обследования: диагностика синдрома зависимости от ПАВ и подбор адекватного лечения.

Возможные варианты психических расстройств:

F.10-19. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ с синдромом зависимости.

F.40. Тревожно-фобические расстройства

F.41. Другие тревожные расстройства

F.42. Обсессивно-компульсивные расстройства

F.45. Соматоформные расстройства

F.62. Хронические изменения личности, не связанные с тяжелым повреждением или заболеванием мозга.

Б. Лечение психических расстройств

Вид лечения: амбулаторный, в тяжелых случаях — стационарный

Методы лечения: 1) психофармакологическое — антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики — по показаниям; 2) психотерапия. 3) психокоррекционная работа, направленная на социально-психологическую реадaptацию.

После завершения лечения динамическое наблюдение у психиатра не менее года, повторное психологическое обследование. Психокоррекционная работа, направленная на социально-психологическую реадaptацию.

В. Диагностика сексуальных расстройств

Методы обследования: 1) сексологический; 2) клинико-психопатологический; 3) направленное психологическое исследование психосексуальной сферы; 4) оценка неврологического статуса; 5) исследование уrogenитального аппарата у мужчин и гинекологичес-

кого статуса у женщин; б) эндокринологическое обследование.

Цель сексологического обследования: диагностика сексуальных расстройств и подбор адекватного лечения.

Цель психологического обследования: 1) диагностическая: определение типа полоролевой идентичности, характеристика паттернов поведения в ситуациях взаимодействия с представителями разных полов, характер эмоционального отношения к образам мужчины и женщины, сохранность или нарушения различных аспектов интериоризации половой роли, предпочтения сексуальных партнеров по полу, агрессивные тенденции; 2) установление возможных мишеней психотерапевтической и психокоррекционной работы.

Несмотря на психогенный характер сексуальных расстройств, возникающих после травмы сексуального насилия, сексуальная реакция представляет собой психосоматический процесс, и в происхождении сексуальных расстройств обычно принимают участие и психологические, и соматические факторы, поэтому выполнение пунктов 5, 6, 7 является обязательным.

Возможные варианты сексуальных расстройств:

F52.0. отсутствие или потеря полового влечения.

F52.1. Сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения

F52.2. Отсутствие генитальной реакции

F52.3. Оргазмическая дисфункция.

F52.5. Вагинизм неорганической природы.

F52.6. Диспареуния неорганической природы

F.65.4. Педофилия.

Гомосексуальная педофилия в некоторых случаях развивается в связи с психотравмой гомосексуального насилия у мужчин, хотя последняя не исчерпывает ее патогенетических механизмов.

F.66.1. Эгодистоническая сексуальная ориентация.

После травмы гомосексуального насилия у мужчин в некоторых случаях возможно формирование гомосексуальной ориентации по эгодистоническому типу.

Г. Лечение сексуальных расстройств

Вид лечения: амбулаторный.

Методы лечения: 1) биологическая терапия: а) психофармакологическое — антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики — по показаниям; б) адаптогены, ноотропы; в) гормоны — по показаниям; г) средства, улучшающие кровообращение малого таза; 2) психотерапия, направленная в первую очередь на нейтрализацию воздействия травмы сексуального насилия, повышение интереса и активности в сексуальной жизни; 3) секстерапия, при вагинизме — прогрессивная десенсибилизация, основанная на применении специальных расширителей влагалища увеличивающихся размеров; 4) психокоррекционная работа, направленная на социально-психологическую и сексуально-поведенческую реадaptацию.

ПРОГРАММЫ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ ПОМОЩИ ОСУЖДЕННЫМ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ ЖЕРТВАМИ ПРЕСТУПЛЕНИЙ

Программы подготовлены

А. Молоствовым — сотрудником ФСИН России

Как показало исследование представлений осужденных о жертвах преступлений, осужденными, отбывающими наказание в виде лишения свободы, разделяется утверждение о том, что жертва и преступник могут примириться. Учитывая тот факт, что в понимание примирения осужденными вкладывается различный смысл (это может быть и дистанцирование с потерпевшим и невмешательство в жизнь друг друга, это может быть и договор о взаимодействии с жертвой и компенсации материального вреда, это может быть и покаяние за содеянное), их размышления о примирении полезно использовать при проведении их психологической коррекции и сопровождения в процессе отбывания наказания.

Исправление предполагает осознание осужденным вины в совершенном преступлении, принятие ответственности за причиненный урон жертве.

Однако сформированные субкультурой и трансформированные опытом пребывания в роли подсудимого, осужденного представления преступников о жертвах преступлений зачастую выступают как элементы действия психологических защит. Включение представлений о жертвах преступлений у осужденных в систе-

му их психологической защиты затрудняет признание ими вины, раскаяние и изменение поведения. Таким образом, психологическая коррекция представлений осужденных о жертвах преступлений с учетом их психологических и криминологических особенностей является необходимой предпосылкой их исправления и профилактики рецидива.

Психокоррекционная программа.

Практика психокоррекции с очевидностью показала, что модификация поведения, проводимая с учетом когнитивных и эмоциональных форм регуляции поведения проходит эффективнее, чем чисто поведенческая тренировка, а для некоторых клиентов суть поведенческих нарушений сводится исключительно к негативным эмоциональным нарушениям. В большинстве психотерапевтических подходов предпринимается попытка изменить когнитивные конструкты представлений человека о самом себе, о других людях, а также о других людях и о себе.

Проведенная ФСИН России диагностика представлений осужденных за насильственные, корыстные и корыстно-насильственные преступления о жертвах преступлений показывает, что их представления о жертвах содержат ярко выраженные и хорошо структурированные эмоциональные (безразличное или негативное отношение) и когнитивные (когнитивные конструкции, обезличивающие жертв преступлений, подчеркивающие отрицательные качества жертв и т.п.) компоненты. Таким образом, поведение преступников в отношении жертв является своеобразным отреагированием эмоций без учета возможных последствий от этого поведения в будущем. Причем когнитивная деятельность преступника заключается в поиске способов, позволяющих отреагировать свои эмоции и причин, позволяющих оправдать и принять свое поведение.

В данном случае рационально-эмотивная терапия, позволяющая показать осужденным их иррациональные установки, осуществить конфронтацию с ними, их пересмотр и, наконец, закрепление функционирования рациональных, уже гибких (а не первоначально абсолютистских) установок, представляются перспективными для реализации коррекционной программы.

Задачами нашей психокоррекционной программы являются:

- освоение осужденными понятия и цели когнитивных искажений, актуализация характерных для них содержательных характеристик когнитивных искажений представлений о жертве преступления;

- рассмотрение осужденными роли когнитивных искажений в модели совершения преступления;

- информирование осужденных о психологическом состоянии жертв, переживших преступление и их потребностях, выделение когнитивных искажений, которые они используют, чтобы защитить себя от мыслей о причинении вреда жертвам, формирование у них способности видеть ситуацию глазами жертвы и чувствовать то, что может чувствовать жертва;

- информирование осужденных о связи между ситуациями, мыслями, чувствами и поведенческими актами, особенно перед совершением преступления, выделение цепи решений приведших их к совершению преступления, обучение их альтернативным интерпретациям ситуаций, которые вели бы к другим решениям и, таким образом, к отказу от преступления;

- информирование осужденных о факторах риска, которые предполагают преступное разрешение ситуации, формирование у них навыка планирования своего поведения в случае, если в будущем опять возникнут факторы риска;

- побуждение осужденных к действенному заглаживанию вреда причиненного их преступлением жертве, составление плана заглаживания вреда жертве.

Для достижения указанных выше целей построения коррекционной программы мы исходили из следующих теоретических положений:

В качестве основной формы психокоррекционной работы нами выбран **групповой психокоррекционный тренинг**. Это обусловлено тем, что в процессе работы предполагается применение ролевых игр с отыгрыванием осужденными роли жертвы преступления и получения обратной связи по итогам отыгрывания, а так же применение активных дискуссионных методов обучения.

Так как по данным диагностики различия социальных представлений осужденных и правопослушных граждан заключаются в наличии у первых когнитивных искажений образа жертвы преступления и отсутствия навыка регуляции своего поведения в условиях наличия факторов риска, способствующих преступлению, в качестве теоретической базы программы нами был выбран **когнитивно-бихевиоральный подход в психотерапии и психокоррекции**.

Стратегия нашего коррекционного воздействия заключается в **идентификации и проработке когнитивных искажений осужденных** (в первую очередь тех которые касаются представлений о жертвах преступлений) и **обучение их технологии принятия решений и контроля своего поведения** для предотвращения рецидива.

В процессе реализации коррекционной программы когнитивно-поведенческого тренинга используются такие методы, как:

- групповая дискуссия;
- ролевая игра;
- подготовка и групповое обсуждение домашних заданий, а также следующие приемы и техники:
- техника неконфронтационного задавания вопросов;

- прием активного сообщения осужденного о своем преступлении;
- прием «горячий стул»;
- прием проигрывания роли жертвы преступления.

В процессе групповой работы используются психогимнастические упражнения, а так же специальные упражнения для решения локальных задач программы.

Подготовка и проведение программы коррекции представлений осужденных о жертвах преступлений предполагает несколько этапов:

ЭТАПЫ ПОДГОТОВКИ И ПРОВЕДЕНИЯ ПРОГРАММЫ КОРРЕКЦИИ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ОСУЖДЕННЫХ О ЖЕРТВАХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ

1) Подготовительный этап

На первом этапе для участия в программе нам необходимо отобрать осужденных. В связи с тем, что для осужденных совершивших разные типы преступлений характерны различные эмоциональные реакции при восприятии жертв преступлений и различные когнитивные конструкции позволяющие оправдать свое поведение, нам представляется полезным включить в коррекционные группы осужденных, отбывающих наказания за различные преступления. Для того чтобы обеспечить представленность в групповой работе разных сценариев совершения преступлений, проиллюстрировать различные представления о жертвах и др.

В психокоррекционную группу необходимо включить 12-15 осужденных предварительно отобранных по итогам анализа личных дел и индивидуального собеседования.

Анализ личного дела осужденного позволяет прояснить следующие вопросы:

- специфику и обстоятельства совершенного преступления (например, в случае если осужденный отбывает наказание за насильственное преступление, то из материалов личного дела

Этапы	Задачи
<p>1 Этап Подготовительный</p>	<p>1. Анализ материалов личного дела осужденных.</p> <p>2. Отбор осужденных для участия в программе психокоррекции.</p> <p>3. Прояснение процедурных аспектов коррекции (график проведения занятий, место проведения занятий и др.)</p>
<p>2 Этап Диагностический</p>	<p>1. Проведение углубленной диагностики системы социальных представлений осужденных, участников программы о жертвах преступлений (см. пар. 1.3).</p> <p>2. Анализ данных диагностики и учет их при проведении коррекционных процедур.</p>
<p>3 Этап Психокоррекционный</p>	<p>1. Составление программы когнитивно-поведенческого тренинга.</p> <p>2. Проведение тренинговых занятий.</p>
<p>4 Этап Итоговой диагностики</p>	<p>1. Проведение диагностики результативности коррекционной программы (методом самоотчета осужденного, методом экспертных оценок, анализом поведенческих проявлений позитивных изменений у осужденного (написание извинительных писем, возмещение ущерба)).</p> <p>2. Составление отчета по итогам коррекционной программы, ее переработка с учетом накопленного опыта и составление методических рекомендаций по ее проведению.</p>

полезно выявить, носило ли насилие инструментальный характер, или нет, так как от этого фактора зависит специфика коррекционного воздействия);

- специфику взаимоотношений осужденного с потерпевшим до совершения преступления в момент его совершения и после него (в том числе и после осуждения, например наличие погашаемых осужденным исков по компенсации вреда потерпевшим, написание осужденным извинительных писем потерпевшим и т.п.);
- характеристику поведения осужденного во время отбывания наказания (наличие дисциплинарных взысканий, участие в притеснении других осужденных и др.);
- возрастные и социально-правовые характеристики (Так, картина мира неоднократно судимых преступников, вместо того чтобы становиться более сложной и цельной, впадает в состояние застоя или деградирует. Многие из них настолько захвачены своими субъективными версиями мира, что не позволяют альтернативным представлениям преодолеть их когнитивную броню, поэтому коррекционная программа должна быть более объемной, направленной на коррекцию и других компонентов личности. Апробирование подобного рода программ видится перспективным при дальнейшей разработке нашей темы, но не является целью данной диссертационной работы).

2) Диагностический этап

На втором этапе участники коррекционных групп проходят углубленную индивидуальную диагностику личностных свойств и содержательных характеристик социальных представлений о жертвах преступлений. Диагностика представлений о жертвах преступлений проводится с помощью полуструктурированных интервью, опросника содержащего стереотипные утверждения о жертвах преступлений, проективного теста «Рисунок жертвы преступления», который, на наш взгляд, имеет не только диагностическую ценность, но и психокоррекционный эффект, так как позволяет несколь-

ко снизить барьеры социальной желательности в ответах диагностируемых.

В процессе рисования осужденным жертвы преступления и собеседования по рисунку психолог может строить предположения о степени активированности и структуре блока психологических защит осужденного для построения плана последующих коррекционных бесед с ним.

Ассоциации осужденного, которые он называет при описании рисунка, могут служить основой коррекционных бесед. Совместный разбор рисунка психологом и осужденным позволяет снять психологический барьер и сопротивление воздействию со стороны осужденного, за счет того что, обсуждая нарисованный персонаж он чувствует меньшую угрозу своему Я.

Анализ содержания ассоциаций позволяет диагностировать у осужденных несоответствия в сказанном, вскользь упомянутые темы и сюжеты. На языке НЛП анализ ассоциаций связанных с понятием жертва, позволяет выявить каких элементов недостает в ее конечном вербальном описании — «Поверхностной Структуре» опыта осужденного. Следовательно, эти элементы могут отсутствовать и в осознаваемой осужденным модели мира. Если в модели его опыта отсутствуют некоторые части этого опыта, это значит, что модель обеднена. Обедненные модели предполагают ограниченный выбор возможных способов поведения. Задачей терапии в данном случае является восстановление отсутствующих в «Поверхностной Структуре» опыта клиента частей «Глубинной Структуры», что активизирует процесс его изменения.

В каждом конкретном случае анализ описания рисунков позволяет выделить позитивные ресурсы имеющиеся в опыте осужденного (например, стремление к личному развитию или семейные ценности) и опираться на них при ведении беседы.

Поэтому можно считать диагностику начальным этапом психокоррекции.

3) Психокоррекционный этап

На третьем этапе составляются коррекционные программы когнитивно-поведенческого тренинга для осужденных за насильственные, корыстные и корыстно-насильственные преступления. Логика этих программ заключается в последовательной проработке группами когнитивного (рассмотрение осужденными роли когнитивных искажений представлений о жертвах преступлений в модели совершения преступления), эмоционального (формирование у них эмпатии в отношении жертвы) и поведенческого (побуждение осужденных к действительному заглаживанию вреда причиненного их преступлением жертве и самопрофилактике рецидива) компонентов. Подобные схемы коррекции показали свою успешность в ряде отечественных (изменение подсистемы отношений мотивационной сферы осужденных на первоначальном этапе отбывания наказания в ИУ) и зарубежных (модификация поведения осужденных за неосторожные преступления отбывающих наказания без лишения свободы) исследований. Так в работе Г.В. Щербакова разрабатывается алгоритм коррекции, предполагающий прохождение осужденным пяти ступеней: 1. осознание вины в совершенном преступлении, 2. понимание социальной сущности наказания (работа с когнитивной сферой), 3. переживание осужденными наказания, 4. раскаяние в совершенном преступлении (терапия эмоциональной сферы), 5. осознание необходимости отбыть наказание без нарушений режима и пр. (поведенческий компонент программы коррекции). Мартин Прайс анализируя подготовку правонарушителя к программе примирения с жертвой выделяет психокоррекцию целью которой являются:

признание — это признание того, что совершенное им асоциально и что он несет ответственность за злодеяние и все его негативные последствия;

сожаление — это актуализация для него того, что он поступил бы иначе, будь у него теперь такая возможность;

Критерии изменения представлений осужденных о жертвах преступлений

Подцель психокоррекции	Критерии изменения представлений осужденных
признание	<p>признание факта нанесения жертве социального и психологического ущерба совершенным преступлением;</p> <p>признание за жертвой права на компенсацию ущерба.</p>
сожаление	<p>проявление эмпатии к жертве преступления;</p> <p>детальное описание чувств жертв в интервью от имени жертвы.</p>
раскаяние	<p>написание извинительных писем жертве;</p> <p>планирование будущего не связанного с противоправным поведением;</p> <p>активное участие в коррекционной программе;</p>
возмещение	<p>принятие решения о добровольном возмещении имущественного вреда жертве;</p> <p>принятие решения об очной примирительной встрече с жертвой после освобождения из ИУ;</p>
изменение	<p>экспертные оценки эффективности изменения осужденного;</p> <p>главный критерий изменения является лонгитюдным — отсутствие рецидива</p>

раскаяние — это когда глубокое сожаление приводит к твердой решимости в будущем поступать лучше;

возмещение — может быть прямым (действия по компенсации конкретного вреда), либо косвенным (правонарушитель демонстрирует социально-полезное поведение, одобряемое жертвой);

изменение — это значит, что он должен создать новую форму своего поведения и восприятия мира.

Приведенные выше этапы мы взяли за промежуточные цели, достижение которых позволит контролировать успешность прохождения осужденными коррекционной программы.

Сама программа тренинга строится путем побора упражнений, комбинации приемов и техник, которые бы обеспечивали достижение ее целей. На проработку каждого компонента установочной подструктуры представлений осужденных о жертвах преступлений ориентирован самостоятельный блок программы (подробнее содержание групповых психокоррекционных занятий с осужденными, отобранными в зависимости от специфики представлений осужденных о жертвах и выраженности у них специфических профилей психологических защит, приводится далее по тексту). Кроме того, программа содержит вводный блок, направленный на формирование рабочей коррекционной группы.

4) Этап итоговой диагностики

Проведение диагностики результативности коррекционной программы включает следующие методы:

- самоотчет осужденного (возможен в форме подготовленного структурированного письменного плана профилактики факторов риска и письменного анализа работы коррекционной группы);
- экспертные оценки (оценка успешности коррекционного воздействия на осужденного, даваемая психологом, проводившим программу, оценка представителей воспитательного отдела ИУ (начальник отряда, начальник воспитательного от-

дела, заместитель начальника учреждения по воспитательной работе));

- анализ поведенческих проявлений позитивных изменений у осужденного (по итогам программы возможно написание осужденным извинительных писем потерпевшим, добровольное возмещение ущерба и др.)

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, ПОСТРАДАВШИМ ОТ ПРЕСТУПЛЕНИЙ (ТЕРРОРИЗМА)

Программа подготовлена

М. Ю. Колосницыной — к.м.н., ст. науч. сотр.
Центральной научно-исследовательской лабора-
тории психофизиологии и психологии труда
ФСБ России

Мощный стресс, который переживает человек, пострадавший от преступных деяний террористов, по его потенциальной способности вызывать психическую травму, получил название травматического. Результаты исследований показывают, что более 80 % пострадавших нуждаются в медико-психологической помощи, причем у большей части из них наблюдаются симптомы повторного переживания психотравмирующих событий.

В общепринятом смысле к лицам, пострадавшим от преступлений относятся непосредственно сама жертва, а так же участники ликвидаций событий и невольные свидетели событий террористического акта. В юридическом плане лицо, признается пострадавшим от преступного посягательства, как правило, с момента возбуждения уголовного дела. В любом случае компенсация неблагоприятного влияния стрессогенных факторов, предупреждение и устранение явлений пси-

хической дезадаптации, восстановление оптимального функционального состояния пострадавших, невозможны без проведения специальных мероприятий.

Медицинская и психологическая помощь пострадавшим от преступлений (терроризм) осуществляется в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами Российской Федерации.

В процессе организации и оказания медицинской и психологической помощи лицам, пострадавшим от преступлений необходимо решать следующие основные задачи:

1. Изучение и оценка состояния здоровья, физического развития и психического состояния пострадавшего в процессе медико-психологического освидетельствования.

2. Изучение и оценка физиологических резервов, индивидуальных психологических особенностей пострадавших.

3. Вынесение заключения о нуждаемости пострадавшего в медико-психологической помощи.

4. Разработка рекомендаций специалистам центров медико-психологической помощи о виде и объеме оказания медико-психологической помощи пострадавшим от террористического акта.

5. Оценка эффективности оказания медико-психологической помощи пострадавшим от преступлений, в частности от террористических актов.

Одним из видов медицинской и психологической помощи является медико-психологическая реабилитация — комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий, направленных на устранение последствий ранений, травм, болезней и вызванных ими явлений психической дезадаптации, а также на восстановление оптимального уровня психических функций и работоспособности.

Мероприятия по медицинской и психологической помощи пострадавшим проводятся целесообразно осуществлять в виде амбулаторно-поликлинической

помощи в поликлиниках по месту жительства пострадавшего, а также в региональных специализированных центрах, либо медико-психологических реабилитационных отделениях районных, областных больниц, санаториях, в которых штатом предусмотрены следующие специалисты: медицинские психологи, врачи-психиатры, врачи-психотерапевты, врачи по восстановительной медицине, врачи-физиотерапевты, врачи-рефлексотерапевты, врачи-диетологи, врачи по лечебной физкультуре, врачи мануальной терапии.

Изучение и оценка состояния здоровья, физического развития и психического состояния пострадавшего в процессе медико-психологического освидетельствования, и изучение и оценка физиологических резервов, индивидуальных психологических особенностей пострадавших, применение методов медико-психологической помощи пострадавшим от террористических актов проводится в соответствии с методическими рекомендациями, утвержденными Министерством здравоохранения и социального развития России.

Методы медико-психологической реабилитации основываются на различных психологических теориях и концепциях, реализуют различные стратегии, используют различные технические приемы. При выборе оптимальных форм и методов необходимо учитывать следующие положения:

1. Эффективность медико-психологической реабилитации в значительной степени зависит от выраженности и длительности предшествующей психической и физической травматизации, от преморбитных индивидуальных психологических особенностей пострадавших. Эти факторы определяют индивидуальную чувствительность к различным методам.

2. Методы медико-психологической реабилитации должны быть направлены на патогенетические (обуславливающие те или иные симптомы) и на ком-

пенсаторные (способствующие мобилизации защитных сил) механизмы.

3. Эффективность методов медико-психологической реабилитации повышается при их сочетанном применении.

4. Продолжительность и частота курсов медико-психологической реабилитации, программы и алгоритмы реабилитационных воздействий подбираются индивидуально.

5. Эффективность медико-психологической реабилитации зависит от наличия у конкретного пострадавшего первичных и вторичных выгод, связанных с его болезненным состоянием.

При разработке индивидуального плана медико-психологической реабилитации для пострадавшего от террористического акта необходимо исходить из принципа комплексности и аккумуляции терапевтического эффекта. В целях восстановления психофизиологического потенциала, редукции астенических проявлений и нейровегетативных дисфункций, преодоления неосознанных психологических защит, физической переработки негативных эмоций, повышенной напряженности и агрессии, целесообразно в курс медико-психологической реабилитации включать методы, основанные на физическом воздействии. К таким методам относятся: общеукрепляющие физиотерапевтические процедуры (электросон, альфа-массаж, лечебные ванны и др.), светозвуковая стимуляция, мезодиэнцефальная модуляция, баня (сауна), общий или сегментарный массаж, релаксационная или дыхательная гимнастика, рефлексотерапевтические методы.

В целом при выборе форм и психотерапии и психологической коррекции постстрессовых проявлений вполне применим эклектический подход, позволяющий добиться необходимой степени гибкости в терапевтической тактике. Эклектический подход обеспечивает возможность комплексного применения разнородных методов, разработанных в рамках различных психоте-

рапевтических теорий: когнитивной, эриксоновской, трансперсональной терапии, НЛП, ТОТ, психотерапевтической медитации.

При незначительно выраженных признаках социально-психологической дезадаптации, существенно затрудняющих выполнение профессиональных обязанностей, рекомендуется использовать методы психологической разгрузки, рациональной психотерапии, саморегуляции психического состояния в форме гетеро- и аутотренинга.

При умеренно выраженной социально-психологической дезадаптации, наряду с психологической разгрузкой, рациональной психотерапией и пассивной нервно-мышечной релаксацией рекомендуется обучение специальным приемам самоконтроля в стрессовых ситуациях, а также проведение разъяснительных бесед с членами семьи и товарищами по службе.

При выраженных стойких проявлениях ПТСР к вышеперечисленным методам добавляются методы суггестивной психотерапии.

Критериями качества оказанной медицинской и психологической помощи являются:

- восстановление оптимального уровня основных психических функций пострадавшего;
- улучшение его эмоционального состояния;
- перестройка отношения к психотравмирующей ситуации;
- формирование установки на адекватное восприятие социальной действительности и самостоятельное решение проблем.

Планирование работы по оказанию медицинской и психологической помощи осуществляется на основе норм времени на проведение этих мероприятий, а также потребностей пострадавших. Нормы времени на проведение, например, медико-психологического освидетельствования на предмет определения нужды в медико-психологической помощи составляет 3 человека в день на одного специалиста; медико-пси-

психологической реабилитации определяются из расчета — 5 человек в день на одного специалиста (при проведении индивидуальных сеансов психологической коррекции).

Контроль за деятельностью региональных специализированных центров по вопросам организации и проведения медицинской и психологической помощи пострадавшим от преступлений целесообразнее возложить на специальный межведомственный центр (отдел) медико-психологической помощи пострадавшим от преступлений, который необходимо организовать при Министерстве здравоохранения и социального развития России.