



**Материалы программы дополнительного профессионального образования
«Психолого-педагогическое сопровождение и социальная адаптация детей,
возвращенных из зон боевых действий в Сирийской Арабской Республике и
Республике Ирак»**

Хухлаев О.Е., Павлова О.С., Могунова Л.А., Смирнова С.С., Тарулина Н.В.

Тема 2.4.1. Принципы построения программы психолого-педагогического сопровождения последствий комплексной психологической травмы и переживания горя (потери) детей, возвращенных из зон боевых действий.

Программа психолого-педагогического сопровождения последствий комплексной психологической травмы и переживания горя (потери) детей, возвращенных из зон боевых действий, предназначена для работы с детьми, возвращенными из зон боевых действий в Сирийской Арабской Республике и Республике Ирак.

Согласно Типовому алгоритму организации в субъектах Российской Федерации работы по медицинской и социальной реабилитации, а также по социальной адаптации детей, возвращаемых из зон боевых действий (Котяков А.О, письмо № 27-1/10/П-5707 от 30.07.2020), ожидаемым результатом проведения в субъектах Российской Федерации работы по медицинской и социальной реабилитации, а также по социальной адаптации детей, возвращаемых из зон боевых действий, должна стать ликвидация психопатологических последствий, перенесенных острых и хронических психотравмирующих воздействий. Соответственно, для реализации этой задачи психолог, работающий с детьми, возвращенными из зон боевых действий, должен иметь программу, содержащую лучшие доказательные современные психологические практики, релевантные особенностям целевой группы.

Цель. Программа ориентирована на стабилизацию психологического состояния и формирование жизнестойкости с возможностью обращения к деталям травматического опыта ребенка в соответствии с возрастными особенностями переживания комплексной травмы и процесса горевания.

Как отмечает Ю. Герман «выжившие уносят за собой из детства фундаментальные проблемы базового доверия, автономии и инициативы» (Герман, 2022, стр. 144). Эти особенности неизбежно приводят к повышенной виктимности и трудностям в социальной адаптации в целом.

Таким образом, преодоление последствий психотравмирующих воздействий должно быть направлено не столько на купирование психопатологических симптомов, сколько на формирование внутриличностной основы социальной адаптации – психологической резильентности.

В ситуации переживания психотравмирующих (неблагополучных) обстоятельств наличие возможных ресурсов проявляется в психологической резильентности. Резильентность это «способность к восстановлению и поддержанию адаптивного поведения, которое может следовать за первоначальным отступлением и беспомощностью в ответ на стрессовое событие» (Garmezy, 1991, с. 72). Также под резильентностью понимают «динамический процесс установления положительной адаптации в контексте неблагоприятных событий; способность личности поддерживать психологическое равновесие во время потенциально опасных ситуаций» (Bonanno, 2004 с. 21). Ребенок, обладающий высокими показателями жизнестойкости, способен к успешному поиску и

управлению ценными для него психологическими ресурсами, полученными от социального окружения (членов семьи, друзей и пр.) (Collin-Vezina et al, 2011). Именно формирование резильентной (устойчивой) личности ребенка, возвращенного из зон боевых действий, закладывает фундамент для дальнейшей его успешной адаптации.

Стабилизация психологического состояния по другому может быть описана как обретение психологического благополучия. Психологическое благополучие рассматривается как комбинация позитивного эмоционального состояния (гедонистический подход) и функционирования с оптимальной эффективностью в индивидуальной деятельности и социальном взаимодействии (эвдемонический подход) (Deci, Ryan, 2008).

Наиболее распространенной моделью психологического благополучия является предложенная К. Рифф концепция, включающая шесть компонентов:

- 1) позитивное отношение к себе и своей прошлой жизни (самопринятие);
- 2) наличие целей и занятий, придающих жизни смысл (цели в жизни);
- 3) способность выполнять требования повседневной жизни (компетентность);
- 4) чувство непрекращающегося развития и самореализации (личностный рост);
- 5) отношения с другими, пронизанные заботой и доверием (позитивные отношения с другими);
- 6) способность следовать собственным убеждениям (автономность) (Ахрямкина, Чаус, 2012, с. 13).

Все эти компоненты в той или иной степени реализуются в рамках представленной программы.

По структуре программа состоит из **трех этапов**:

- Начальный/подготовительный этап реализации программы, где происходит знакомство психолога с ребенком и его семьей, первичная диагностика и формирование индивидуальной программы работы.
- Основной этап, который состоит из 5 компонентов, описанных ниже.
- Завершение программы, во время которого происходит подведение итогов работы и осуществляются ритуалы завершения.

Основной этап программы является компонентным: его содержание состоит из пяти компонентов, каждый из которых направлен на определенную цель, реализуемую через соответствующие задачи.

Компоненты содержания программы

Компонент 1. «Безопасность во взаимодействии с психологом (в терапевтических отношениях)»

Цель: Формирование безопасного пространства как основы для получения опыта здоровой привязанности.

Задачи:

- Построение прочных безопасных для ребенка терапевтических отношений в работе с психологом.
- Формирование доверительных отношений и ощущения предсказуемости в отношениях с психологом.
- Создание пространства безопасности на психологической сессии.

Компонент 2. «Мои силы/ресурсы»

Цель: Стабилизация психического состояния и обретение ресурсов для конструктивного развития.

Задачи:

- Управление стрессом/тревогой и навыки релаксации.
- Развитие навыков телесного осознания, заземления и центрирования.
- Развитие навыков выражения и регулирования эмоций.
- Когнитивная переработка и обучение навыкам когнитивного совладания.
- Содействие контакту с ресурсными эмоциями и состояниями.
- Обучение конструктивным способам обретения самоуважения и профилактика негативного самоотношения.
- Стимулирование самопознания и содействие в формировании позитивной идентичности.

Компонент 3.1. «Линия жизни (прошлое, настоящее и будущее): интеграция переживаний травмы»

Цель: Интеграция жизненной истории ребенка, включая опыт переживания травмы.

Задачи:

- Осмысление и переосмысление прошлого жизненного опыта (включающего переживание травматических событий).
- Интеграция переживаний, аспектов жизненной истории, самопредставлений и представлений о мире, обеспечивающая основу формирования идентичности.
- Содействие в представлении собственного конструктивного будущего, постановке значимых личных целей, а также в создании конкретной структуры для помощи в достижении этих целей.

Компонент 3.2. «Линия жизни (прошлое, настоящее и будущее): содействие конструктивной работе горя»

Цель: Психологическая помощь при появлении у ребенка ярких симптомов травматического горя.

Задачи:

- Психологическое просвещение по вопросам горя.
- Отгоревание потери и разрешение амбивалентных чувств по отношению к родителям.
- Сохранение положительных воспоминаний и конструктивного опыта связанного с потерей.
- Переосмысление отношений и формирование приверженности нынешним отношениям.

Компонент 4. «Я и другие»

Цель: Обеспечение включения ребенка в широкое социальное пространство.

Задачи:

- Организация активностей, включающих ребенка в широкий социум.
- Обучение навыкам формирования здоровых социальных связей.
- Обучение навыкам личной безопасности и асертивного общения.
- Повышение осведомленности о навыках решения жизненных проблем и/или социальных навыках.

Теоретико-методологические основы программы

Компоненты программы аккумулируют содержание фокусированных на травме терапевтических методов, признанных в мировой практике доказательными (Schnyder et al. 2015). Соответствие компонентов программы и составляющих результативной травмы-терапии представлено ниже

Компоненты программы психолого-педагогического сопровождения	Составляющие результативной травма-терапии
--	--

последствий комплексной психологической травмы и переживания горя (потери) детей, возвращенных из зон боевых действий	(по: Беберашвили, Джавахишвили, Табагуа, 2021)
1. Безопасность в терапевтических отношениях.	Обучение/тренинг по эмоциональной регуляции и навыкам совладания со стрессом. Работа с эмоциями (страхом, стыдом, виной, гневом, печалью, горем).
2. Мои силы/ресурсы	Психообразование. Обучение/тренинг по эмоциональной регуляции и навыкам совладания со стрессом. Работа с эмоциями (страхом, стыдом, виной, гневом, печалью, горем).
3.1. Линия жизни (прошлое, настоящее и будущее): интеграция переживаний травмы .	Психообразование. Воображаемая экспозиция. Когнитивная переработка, реструктуризация, вкладывание смысла в травматический опыт. Работа с травматической памятью.
3.2. Линия жизни (прошлое, настоящее и будущее): содействие конструктивной работе горя.	Психообразование. Когнитивная переработка, реструктуризация, вкладывание смысла в травматический опыт. Работа с эмоциями (страхом, стыдом, виной, гневом, печалью, горем). Работа с травматической памятью.
4. Я и другие.	Психообразование.

Программа основана на трехфазовой модели травма-терапии (Герман, 2022; Landolt & Kenardy, 2015). На первой фазе происходит формирование безопасности и стабилизация – физическая, психологическая, социальная. Центральная ее задача – создание безопасности. На второй фазе через воспоминание и оплакивание происходит переработка травматических воспоминаний. На третьей фазе происходит «воссоединение с обычной жизнью» что обеспечивает реинтеграцию и превенцию рецидива.

Данные фазы достаточно условны и, строго говоря, не являются жесткими этапами психологической помощи. Именно поэтому мы не рекомендуем однозначно строгую последовательность реализации компонентов программы от первого к четвертому. Более важно идти за состоянием ребенка и за процессами, происходящими в его психике. Это движение может быть нелинейное. Однако общая логика именно такая, как ее описывает Д. Герман: «в ходе успешной терапии должен хорошо наблюдаться постепенный переход от непредсказуемой опасности к надежной безопасности, от диссоциированной травмы к осознанному и признанному воспоминанию и от стигматизированной изоляции к восстановленным социальным связям» (Герман, 2022, стр. 195).

Содержание программы является интегративным. В качестве базовой рамки был выбран подход, который имеет наибольшую эмпирическую поддержку и, следовательно, приоритет в выборе его для лечения ПТСР (Эффективная терапия., 2025) – фокусированная на травме когнитивно-бихевиоральная психотерапия (ФТ-КБТ, *Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006*).

В нашей программе мы в определенной степени постарались учесть все компоненты данного подхода, за исключением отработки напоминаний о травме «в жизни», требующей специальной психотерапевтической подготовки и недостаточно экологичной для программы психолого-педагогического сопровождения.

Соответствие компонентов предлагаемой программы и компонентов ФТ-КБТ представлено ниже.

Компоненты программы психолого-педагогического сопровождения	Компоненты фокусированной на травме когнитивно-бихевиоральной
---	--

последствий комплексной психологической травмы и переживания горя (потери) детей, возвращенных из зон боевых действий	психотерапии (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006)
1. Безопасность в терапевтических отношениях.	Релаксация Психологическое просвещение и навыки родительского воспитания
2. Мои силы/ресурсы	Релаксация Когнитивное совладание
3.1. Линия жизни (прошлое, настоящее и будущее): интеграция переживаний травмы .	Составление и переработка травматического нарратива
3.2. Линия жизни (прошлое, настоящее и будущее): содействие конструктивной работе горя.	Работа с травматическим горем Психологическое просвещение и навыки родительского воспитания
4. Я и другие.	Аффективная экспрессия и навыки модуляции Работа над безопасностью в будущем

Также программа интегрирует подход, предложенный в специально разработанной для психологической помощи детям пережившим комплексную травму программе «Real Life Heroes» (Kagan, 2017).

Проведение программы

Программа представляет собой отдельные индивидуальные сессии для детей. Каждая сессия является интегративной – может содержать элементы нескольких компонентов. В каждом из компонентов описаны техники, решающие одну или несколько задач ему соответствующих. Техники для сессии (встречи) подбираются исходя из целей работы, а также актуального состояния ребенка.

Подчеркнем, что задачи «пройти все компоненты» или «сделать все техники» являются абсолютно ложными. Что делать с ребенком и как – решает психолог, исходя из текущей ситуации и планов работы. При этом вполне возможно, что несколько техник будут являться «ключевыми» и постоянно использоваться в работе с одним ребенком, а иные не будут использованы вовсе.

Также техники имеют определенные возрастные рамки, которые достаточно условны – психологу следует ориентироваться в первую очередь на особенности конкретного ребенка с которым он работает. При этом одна техника может проводиться с ребенком неоднократно.

Таким образом, психолог, комбинируя техники, строит индивидуальный план работы с ребенком в целом и план каждой сессии. Рекомендации по построению индивидуальной программы в зависимости от специфики ребенка и его семьи прилагаются.

Количество сессий определяется:

- Выраженностью травматической симптоматики у ребенка.
- Пожеланиями опекунов.
- Возможностями психолога.
- Возможностями ребенка.

Минимальное количество рекомендованных занятий – 4 сессии. При этом долгосрочная программа (около 32 сессий) может иметь достаточно высокий эффект.

Работа с родителями

Следует подчеркнуть важность домашних заданий. Часть психологической работы происходит между сессиями, когда родителей и детей просят отработать определенные навыки дома. При этом задача психолога заключается не в том, чтобы «заставить» ребенка. Наоборот, нужно воодушевить его на выполнение заданий, обеспечить чтобы их выполнение приносило удовольствие. Также психологу следует стремиться избежать возможности авторитарного контроля выполнения заданий опекунами.

Первая встреча с опекунами происходит в формате «первичного интервью» по специальной структуре. Далее встречи с опекунами посвящены информированию о травме.

При наличии возможности организуются совместные детско-родительские сессии, которые используются для отработки навыков (домашних заданий), а позднее (ближе к концу терапии) на них предоставляются возможности для открытого общения по поводу «трудных времен».

Подчеркнем, что совместные детско-родительские сессии проводятся только при наличии позитивно настроенного члена опекающей семьи, без выраженных признаков переживания травмы. Организовывать такие сессии следует не ранее достижения хорошего контакта с ребенком и опекуном, принимающим в них участие.

В самом начале совместные детско-родительские сессии могут быть посвящены совместной отработке навыков (домашних заданий) и психологическому просвещению.

После того, как психолог получил опыт совместных детско-родительских сессий с конкретным ребенком и опекуном, он может (очень осторожно и аккуратно) посвящать их возможности для открытого общения по поводу «трудных времен». Для этого можно использовать техники из компонента 3.1., выполняемые совместно ребенком и опекуном.

Для психологического просвещения родителей используются материалы из Темы 3.1. «Травма-информированный подход в воспитании детей возвращенных из зон боевых действий».

Принципы проведения программы

Для более четкой ориентации в рамках проведения программы мы выделили основные принципы работы психолога, которыми необходимо руководствоваться во время каждой сессии.

Принцип 1. Развитие субъектности и возвращения «авторской позиции» в жизни.

Как отмечает Д. Герман, «главный принцип восстановления – возвращение ощущения себя как главного человека, обладающего правами и возможностями овладеть своей жизнью. Выжившие должны стать авторами собственного восстановления и теми, кто его оценивает» (Герман, 2022, стр. 169). Таким образом, ребенок не должен рассматриваться психологом как объект применения техник. Техники являются лишь опорами, с помощью которых психолог пробуждает авторскую, субъектную позицию ребенка.

Принцип 2. Сочетание директивного и недирективного подхода.

Психологу важно соблюдать баланс следования за процессом («ориентируемся по ситуации», «я слушаю и слышу, что хочет ребенок делать») и планирования работы («четкая стратегия в соответствии с поставленными задачами»). Директивность заключается в наличии четкой структуры работы, которая обеспечивает безопасное пространство. Недирективность проявляется в том, что психолог старается следовать процессам, происходящим с ребенком и подстраиваться под его состояние: это обеспечивает экологичность и, опять же, большую безопасность, воздействия.

Принцип 3. Уважение к индивидуальности и личному опыту ребенка и опекунов. Данный принцип проявляется в ориентации на темп деятельности ребенка, а также в

отказе от экспертной позиции «Я знаю как правильно». Признание ценности индивидуальности и личного опыта ребенка и опекунов обеспечивает основу построения безопасных и гармоничных взаимоотношений.

Принцип 4. Организация безопасного и предсказуемого пространства.

Ключевая задача помощи в ситуации переживания комплексной травмы – формирование ощущения безопасности, которое, в свою очередь, во многом обеспечивается через предсказуемость. Например, это проявляется в организации отдельного пространства для проведения сессий, обеспечении регулярности встреч, а также посредством использования травма-информированного подхода.

Литература

1. Ахрямкина Т.А., Чаус И.Н. Психологическое благополучие учащихся в образовательной среде: монография. – Самара: СФ ГБОУ ВПО МГПУ. – 2012. – 104 с.
2. Беберашвили З., Джавахишвили Д., Табагуа С. Травма, её природа и пути исцеления. Тбилиси, 2021.
3. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Под ред. Фoa E., Кина Т., Фридмана М. – М.: «КогитоЦентр», 2005. – 467 с.
4. Bonanno G.A. Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *The American psychologist*, 2004. Vol.59, no. 1, pp. 101–113. doi:10.1037/0003-066X.59.1.20.
5. Cohen J.A., Mannarino A.P. & Deblinger E. Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. NY: Guilford, 2006.
6. Collin-Vezina D., Coleman K., Milne L., Sell J., & Daigneault I. (2011). Trauma experiences, maltreatment-related impairments, and resilience among child welfare youth in residential care. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5):577-589. doi: 10.1007/s11469-011-9323-8.
7. Deci E.L., Ryan R.M. Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*. – 2008. – 9. – pp. 1–11. 10.1007/s10902-006-9018-1.
8. Garnezy N. Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*, 1991. Vol. 20, pp. 459–466. DOI:10.3928/0090-4481-19910901-05.
9. Kagan R. Real Life Heroes: Toolkit for Treating Traumatic Stress in Children and Families. US.: Routledge, 2017.
10. Landolt M. & Kenardy J. (2015). Evidence based Treatments for Children and Adolescents. In book: Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders: A Practical Guide for Clinicians. U. Schnyder & M. Cloitre (Eds). Chapter: 19: 363–380. Springer.
11. Schnyder U., Ehlers A., Elbert Th, Foa E., Gersons B., Resick P., Shapiro F., Cloitre M. (2015) Psychotherapies for PTSD: what do they have in common?, *European Journal of Psychotraumatology*, 6:1, 28186, DOI: 10.3402/ejpt.v6.28186.