



ЦЕНТР НЕПРЕРЫВНОГО ПОВЫШЕНИЯ
ПЕДАГОГИЧЕСКОГО МАСТЕРСТВА

ГБОУ ДПО «Институт повышения
квалификации работников образования
Республики Ингушетия»

Методические рекомендации

для педагогов-психологов, работающих с детьми возвращенными
из зон вооруженных конфликтов

г. Назрань
2025

Методические рекомендации носят практический характер и будут полезны психологам, педагогам, учителям, и всем заинтересованным специалистам, чья деятельность связана с работой с детьми, возвращенными из зон боевых действий /составитель: Гайтукиева А.У.-Г., руководитель ЦНППМ

1. Психологические особенности комплексной психологической травмы и переживания горя (потери)

1.1. Комплексная психологическая травма – современные подходы

Несомненно, дети, возвращающиеся из зон боевых действий, испытывают целый спектр сложных психологических состояний. Многие из них находились в Сирии и Ираке на протяжении длительного периода, некоторые более шести лет. Такой продолжительный срок позволяет им сравнивать свою жизнь в России с условиями в новой стране, где надежда на возвращение сменяется более прагматичной попыткой адаптироваться к существующим реалиям.

Ранее мы описывали ситуацию, в которую попадают семьи и дети, где каждый новый день приносит новые испытания. Первоначальный шок сменяется серией негативных впечатлений. Дети сталкиваются с первыми взрывами, смертями, жестоким обращением, голодом, холодом и жизнью в лагерях беженцев, где безопасность отсутствует, и близкие люди могут быть подвергнуты опасности. Взрослые, ошеломленные ужасом, не всегда могут оказать необходимую поддержку детям, которые также испытывают страх и растерянность. Отсутствие возможностей для развития и обучения, а также искажение смыслов и ценностей создают дополнительные трудности для детей.

Такие условия жизни неизбежно вынуждают детей искать пути выживания. Они учатся приспосабливаться к жестокости и непостоянству, становясь более самостоятельными или манипулятивными в своих взаимодействиях с окружающими. Психика ребенка вырабатывает защитные механизмы, чтобы не только выжить, но и сохранить важные аспекты своей жизни, такие как отношения с близкими, ценности и смыслы, даже если это требует фантазий и самообвинений.

Термин «комплексное посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР) был предложен Дж. Герман в работе «Травма и исцеление» и последующих публикациях. Он описывает клинический синдром, возникающий в результате множественных травматических событий, происходящих на ранних этапах жизни в контексте близких межличностных отношений и имеющих повторяющийся и длительный характер, например, жестокого обращения с детьми и безнадзорности.

В случае возвращенных детей, жестокое обращение или игнорирование их потребностей могли быть повсеместными. Эти ранние травмы могут существенно повлиять на развитие ребенка и формирование его чувства собственного достоинства. На сегодняшний день пока нет единой классификации психологических травм. Одно можно сказать с уверенностью, что комплексная травма – это сочетание нескольких видов травм. При этом у каждого травмированного человека это сочетание индивидуально. А значит, и симптомы могут проявляться самые разные. Сложность еще состоит в том, что первичная травмированность может подвергать ребенка дальнейшему воздействию других видов травм.

Справочно: Осложненное посттравматическое стрессовое расстройство 6B41. Осложненное посттравматическое стрессовое расстройство (осложненное ПТСР) – это расстройство, которое может развиваться после воздействия события или серии событий чрезвычайно угрожающего или ужасающего характера. Чаще всего, это длительные или повторяющиеся события, которые трудно или невозможно избежать (например, пытки, рабство, кампании геноцида, длительное насилие в семье, повторное сексуальное или физическое насилие в детстве). Выполняются все диагностические требования, предъявляемые к ПТСР. Кроме того, осложненное ПТСР характеризуется такими тяжелыми и стойкими проявлениями, как 1) проблемы в регуляции аффекта, 2) связанные со стрессовым воздействием стойкие представления о себе как об униженном, раздавленном или никчемном, сопровождающиеся чувствами стыда, вины или провала, и 3) трудности в поддержании отношений и в переживании чувства близости к другим людям. Эти симптомы вызывают значительные нарушения в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной или других важных сферах функционирования.

Также важно отметить, что КПТСР (комплексное посттравматическое стрессовое расстройство) схоже по симптомам с некоторыми психическими расстройствами. И это не значит, что ребенка надо сразу вести к психиатру. Такое обследование может быть полезным. Однако стоит учитывать, что любое психиатрическое заболевание лечится не только и не столько лекарствами, а длительной психологической помощью и так же, как и в терапии КПТСР – выстраиванием целостной картины жизни, исцелением кусочков болезненных переживаний в опоре на здоровые части личности, уже развитые способности и имеющиеся ресурсы.

На сегодняшний день есть исследования, показывающие, что к комплексной травме приводят сексуальные домогательства и нападения; насилие в семье; статус беженца; угнетение на почве расовой, культурной,

религиозной или гендерной/сексуальной идентичности и ориентации; географическое перемещение; похищение людей; война; пытки; геноцид; личное или киберзапугивание; торговля людьми; а также сексуальное рабство или другие формы плена. Более того, сложная травма часто возникает между поколениями (обозначаемая как межпоколенческая, историческая или колониальная), подпитываемая отсутствием признания или разрешения предыдущих травм и потерь, а также повторяющимися трудностями. Предвзятости на основе этнической принадлежности, цвета кожи и других отличительных черт, пола, возраста, способностей и экономического положения могут привести к угнетению и жестокому обращению с целыми семьями, кланами, племенами, нациями и теми, кто придерживается различных религиозных взглядов, культурных и политических убеждений.

Признано, что посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) может развиваться не только у участников, но и у свидетелей экстремальных травматических событий, связанных с реальной или потенциальной угрозой жизни или с тяжелыми последствиями для себя и других, если реакцией на происходящее являлись интенсивный страх и чувство беспомощности.

Принуждение жертв к молчанию и нераскрытию информации усугубляет их положение и повышает риск возникновения дополнительных страданий.

В исследовании, проведенном в 2018 году, в опросах приняли участие 1051 респондент, представляющий взрослое население Великобритании. Все респонденты имели в анамнезе травматический опыт. Исследование показало, что комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (КПТСР) является более распространенным, болезненным и тяжелым состоянием по сравнению с обычной формой ПТСР.

Причина этого заключается в том, что КПТСР обязательно включает в себя межличностный аспект, что существенно влияет на формирование типа привязанности. Некоторые специалисты выделяют КПТСР в отдельный тип травмы.

Понимание травмы привязанности основывается на теории привязанности, которая оценивает влияние ранних, в течение первых двух лет жизни ребенка, близких отношений на формирование самости и чувства безопасности. Для этого необходима тесная эмоциональная связь при высокой степени зависимости между ребенком и основным воспитателем. Центральная предпосылка теории привязанности заключается в том, что надежность ранней детско-родительской связи отражается на межличностных отношениях ребенка на протяжении всей жизни.

Как правило, привязанность между ребенком и воспитателем является основным источником безопасности и стабильности в жизни ребенка.

Отсутствие безопасной привязанности, как правило, приводит к трудностям в развитии базовых способностей к саморегуляции, а также к стойким проблемам в межличностных отношениях.

Кроме травмирующих взаимоотношений, в основе травмы привязанности могут лежать усыновление, смерть родителей или их сепарация с ребенком в раннем детстве. Как отмечает Д. Герман, «выжившие уносят с собой из детства фундаментальные проблемы базового доверия, автономии и инициативы». Эти особенности неизбежно приводят к повышенной виктимности и трудностям социальной адаптации.

Исследования приемных детей и проблемных паттернов привязанности показывают, что долгосрочные последствия жестокого обращения приводят к сложным эмоциональным дефицитам и поведенческим симптомам, отражающим травмирующие последствия жестокого обращения с детьми и создающим напряжение в привязанности к приемным родителям. Особую сложность в ряде аспектов развития имеют дети, часто перемещающиеся из одного дома или города в другой, а также те, кто сталкивается с постоянной сменой ответственных взрослых, осуществляющих уход.

Чувство безопасности является основополагающей социальной потребностью.

В первые пять лет жизни дети находятся в состоянии физиологической зависимости от взрослых, которые обеспечивают базовые потребности в выживании, безопасности и эмоциональном благополучии. Взаимодействие с компетентными взрослыми способствует формированию у детей уверенности в том, что они могут полагаться на взрослых в удовлетворении своих потребностей. Дети демонстрируют предпочтение к определенным взрослым, которые оперативно реагируют на их сигналы и проявляют признаки эмоциональной связи, такие как радость при возвращении и грусть при расставании. Этот тип взаимодействия классифицируется как «надежная привязанность».

Однако, если взрослые не могут обеспечить стабильные и надежные отношения из-за занятости, эмоциональной недоступности или подавленности, дети могут испытывать депрессию и трудности в развитии навыков социального взаимодействия. Это создает предпосылки для возникновения различных психологических и социальных проблем.

Недостаток надлежащего ухода в ранние годы, включая угрозу базовым потребностям в безопасности и выживании, может привести к травматическим переживаниям. Такие переживания могут быть вызваны действиями взрослых опекунов или их халатностью. В результате дети не могут усвоить стандартные модели поведения, связанные с привязанностью, и формируют

альтернативные стратегии взаимодействия с взрослыми. Эти дети часто стремятся избегать своих опекунов и обращаются за помощью к незнакомым взрослым или самостоятельно удовлетворяют свои потребности. Они также могут наблюдать и перенимать негативные модели поведения, такие как ложь, воровство, обман и принуждение, в семьях с жестоким обращением и пренебрежением.

Одним из характерных симптомов ненадежной привязанности является отсутствие выраженных эмоциональных реакций. Дети с ненадежной привязанностью могут не проявлять признаков стыда, вины, тревоги или страха. Их поведение может казаться счастливым, даже в ситуациях, когда это неуместно. Наблюдатели могут ошибочно полагать, что такие дети счастливы постоянно, однако это может быть результатом подавления эмоций как защитного механизма от физической и психологической травмы. Впоследствии такие дети могут оставаться эмоционально «заблокированными» и неспособными к полноценному эмоциональному реагированию, или их эмоции могут быть активированы под воздействием определенных триггеров, связанных с травматическим опытом.

Межличностные травмы в семейных отношениях могут иметь разнообразные последствия, но особенно глубокие и длительные эффекты наблюдаются, когда они происходят в детском возрасте. Эти последствия затрагивают все аспекты жизнедеятельности человека и могут проявляться на протяжении всей жизни: нейро-биологические изменения в структурах головного мозга, сопутствующие соматические и психические заболевания, повышенные риски развития патологических состояний, предрасположенность к другим травматическим событиям, межличностные и внутриличностные конфликты, а также формирование устойчивых паттернов самовосприятия и восприятия окружающих представляют собой комплексные факторы, оказывающие значительное влияние на психоэмоциональное состояние индивида.

Детской межличностной травме сопутствует нарушение способности к эмоциональной саморегуляции у ребенка. На поведенческом уровне это проявляется в стратегии подавления негативных эмоций посредством избегающего или дисфункционального поведения. Целью таких поведенческих паттернов является снижение уровня эмоционального напряжения. Наиболее распространенные из них включают самоповреждающее и рискованное поведение, нарушения пищевого поведения, компульсивные и импульсивные действия, а также агрессивные и сексуальные проявления.

В контексте ранних межличностных травм у пострадавших могут формироваться негативные убеждения, когнитивные установки и поведенческие модели, негативно влияющие на формирование и поддержание устойчивых межличностных отношений. Люди, пережившие детскую межличностную травму, склонны к заниженной самооценке, переоценке степени потенциальной опасности и убеждению в неспособности влиять на будущие события. Это особенно характерно для случаев хронической травмы.

Эмпирические исследования указывают на то, что дети, подвергшиеся межличностной травме, часто имеют искаженные представления о себе и окружающем мире. Это может стать основой для развития генерализованного чувства стыда, вины, низкой самооценки и формирования внешнего локуса контроля. Самобичевание, стыд и чувство вины являются типичными последствиями детской межличностной травмы, которые могут привести к убеждению жертвы в своей ответственности за виктимизацию. Жертва может считать себя виновной в произошедшем, полагая, что она «заслужила это» или «сама просила об этом».

Индивиды с симптомами комплексной травмы характеризуются негативными представлениями о себе. Они ощущают себя беспомощными, некомпетентными, нарушенными и ненужными. Такая самооценка основывается на детских убеждениях, что любые трудности являются следствием собственных недостатков. Это можно выразить формулой: «Со мной плохо обращались, потому что я плохой».

В условиях, когда ребенок осознает, что его истинное «Я» не удовлетворяет его потребности, он может начать формировать альтернативное «Я», которое соответствует ожиданиям окружающих. Это особенно актуально в случаях, когда родители не проявляют интереса к искренним чувствам ребенка и не помогают ему их понять. В результате ребенок может стать менее любопытным к собственным эмоциям и начать скрывать свое истинное «Я». Вместо этого он может развивать ложное «Я», которое удовлетворяет потребности и ожидания нарциссических родителей. Это может привести к тому, что ложное «Я» станет настолько хорошо сконструированным и адаптированным, что получит признание, одобрение и даже доминирующую позицию в семейной системе. В конечном итоге, истинное «Я» утрачивается, а ложное «Я» приобретает характеристики «идеализированного Я». Ложному «Я» приписываются качества, присущие более сильному и эффективному «Я», что делает его менее уязвимым для негативного воздействия. Идеализация ложного «Я» достигает такой степени, что даже деструктивное поведение воспринимается в положительном контексте: угнетение других рассматривается как проявление силы, а манипуляция — как навык. Ложное

«Я» подобно актеру на сцене искусно скрывает заикание и неуверенность в себе посредством тщательно отработанного поведения, а также маскирует гнев и зависть под маской притворной доброжелательности.

По мере того как индивид все больше времени проводит в образе ложного «Я», его истинное «Я» получает все меньше внимания. Таким образом, несмотря на то что ложное «Я» изначально создается для защиты уязвимого истинного «Я», на практике оно приводит к его ослаблению.

Травматическое семейное окружение может восприниматься ребенком как «нормальное», поскольку это искаженное восприятие является единственным известным ему миром. Ребенок привыкает к жизни в опасной среде, из которой, по его мнению, нет выхода. В стремлении ощутить себя в безопасности и быть любимым, ребенок трансформирует эту угрожающую ему среду в более приемлемую, используя фантазию и воображение. В некоторых случаях этот процесс требует отхода от реальности и создания идеализированного образа родителей в своем сознании. В то же время у ребенка формируется искаженное представление о себе как о средстве защиты от неконтролируемого внешнего мира. Он может прийти к выводу: «со мной что-то не так», «это все моя вина» или «я не заслуживаю существования», перекладывая ответственность за насилие и пренебрежение на себя.

Комплексная психологическая травма также приводит к активации примитивных защитных механизмов, таких как расщепление и диссоциация, что вызывает дополнительные эмоциональные и межличностные проблемы, снижение резистентности к стрессу и повышает риск развития депрессивных, тревожных и психосоматических расстройств.

Еще одной особенностью комплексной травматизации является затруднение интеграции травматического опыта в биографический нарратив, образ «Я» и образ мира. Травматический опыт становится отдельным элементом сознания, не интегрированным в повседневную жизнь. «Отщепленные» элементы обычно имеют сенсорный или перцептивный характер и не могут быть вербализованы. Многие травмированные дети могут испытывать переживания «выпадения» из реального опыта и проявлять забывчивость. Им часто сложно удерживать опыт, превышающий их порог переносимого стресса. Нередко наблюдается амнезия относительно конкретных событий или целых периодов жизни.

В условиях хронической травматизации развитие личности происходит в условиях, где основные усилия индивида направлены на физическое и психическое выживание, а не на решение задач возрастного развития. Когда мозг функционирует в режиме выживания, его приоритетной задачей становится экономия ресурсов.

Автоматические адаптивные процессы, функционирующие на бессознательном уровне, при длительной хронической травматизации становятся привычными. Это приводит к изменению мотивации: индивид перестает стремиться к получению удовольствия и начинает фокусироваться на избегании боли, что сопровождается постепенной утратой навыков, приобретенных в процессе социализации. Телесные ощущения начинают восприниматься как потенциальный источник опасности, что вызывает негативные эмоциональные реакции, такие как тревога и подавленность.

Эпидемиологические исследования, охватывающие значительную часть взрослого населения Соединенных Штатов Америки и Канады, демонстрируют, что психотравмирующие события в детстве часто приводят к развитию множественных соматических заболеваний, включая патологии пищеварительной и сердечно-сосудистой систем, диабет, остеопороз и даже онкологические заболевания. Лица, пережившие три и более травмирующих события в детстве, имеют в два раза более высокий риск развития вышеуказанных заболеваний по сравнению с их сверстниками, не подвергавшимися травматическим воздействиям. Кроме того, у таких индивидов отмечается повышенная распространенность психических расстройств, таких как депрессия, тревожные расстройства, психосоматические нарушения, диссоциация и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

В конечном итоге, множественные психологические и соматические проблемы могут приобретать хронический характер, что приводит к снижению уровня межличностной и профессиональной адаптации, социальной дезадаптации и увеличению суицидального риска. Формирование суицидальных мыслей и поведения представляет собой одно из наиболее тревожных последствий детской межличностной травмы.

Комплексная травма имеет три основных аспекта. Первый аспект — это сам факт произошедшего, включающий опыт террора и беспомощности. Второй аспект — это механизмы психологической защиты, которые индивид разработал для выживания, а также способы и пути, позволяющие ему справиться с травматическим опытом. Третий аспект — это то, чего не произошло, включая упущенные возможности для роста и развития, недостаточную поддержку и навыки, которые ребенок мог бы приобрести в нормальных условиях. Исцеление от травмы требует комплексной работы над всеми тремя аспектами.

О первых двух аспектах уже было упомянуто. В данном контексте мы хотим рассмотреть третий аспект, который в психологии описывается как травма развития.

Травма развития представляет собой ситуацию, когда естественные детские желания и потребности остаются нереализованными. Первоначально эти желания могут быть неопределенными. В дальнейшем ребенок начинает испытывать ненависть к себе из-за наличия этих потребностей, поскольку он не способен их удовлетворить. Однако эта ненависть не устраняет травму, а лишь усугубляет ее.

Травма развития характеризуется жизнью в хаотической среде, где индивид постоянно испытывает безжалостное ожидание жизни, полной срывов и предательств. Это сопровождается постоянной сверхбдительностью, когда человек не может вырваться из стрессовой ситуации и найти безопасное место. Особенно сложно это сделать в собственном доме, где находятся те, кто по всем законам должен заботиться о ребенке, обеспечивать его безопасность, питание, кров и одежду.

Чувства, возникшие в момент травмы, сохраняются и могут активироваться при напоминании о травматическом событии. В таких случаях человек может испытывать состояние оцепенения, а стрессовые химические вещества продолжают циркулировать в организме. Внешне взрослый человек может казаться спокойным и собранным, но внутренне он ощущает себя испуганным и беспомощным ребенком, попавшим в стрессовую ситуацию.

Травма развития представляет собой посттравматическое стрессовое расстройство, при котором подавленные в детстве эмоциональные переживания проявляются во взрослом возрасте. Эти переживания могут влиять на межличностные отношения, процесс обучения и повседневную жизнь. Часто люди, пережившие травму, не осознают причин своего поведения и испытывают трудности в понимании происходящего.

Несмотря на то, что травмированные индивиды могут успешно адаптироваться в обществе, они могут сохранять настороженность и ожидание повторения негативного опыта. Это проявляется в недоверии к окружающим, страхе быть преданными, обиженными или униженными. Такие люди могут не осознавать, как их прошлые травмы влияют на их настоящее и будущее поведение.

Внешне такие люди могут демонстрировать высокий уровень самоконтроля и адаптации к социальным условиям. Однако внутренне они могут испытывать притупленные негативные эмоции, такие как неуверенность в себе, чувство неадекватности, фальшь, тревога или замешательство.

При работе с детьми, пережившими комплексную травму, важно учитывать многообразие симптомов и сложность их проявления. Тем не менее, стоит отметить, что процесс исцеления возможен. Чем раньше начнется

работа с ребенком и его опекунами под руководством специалиста, тем выше вероятность того, что дети смогут полноценно реализовать свой потенциал и прожить жизнь, наполненную значимыми событиями и впечатлениями.

1.2. Психология переживания горя

Горе и утрата — это неизбежные аспекты человеческого опыта, с которыми сталкивается каждый индивид в течение своей жизни. Переживание горя является естественным процессом, не относящимся к области психических патологий. Согласно исследованиям, большинство людей восстанавливается после утраты без необходимости специализированной помощи. Тем не менее, примерно 10–15% лиц, переживающих горе, подвержены повышенному риску дезадаптации и возникновению потенциальных проблем в сфере психологического здоровья.

Э. Линдемманн предложил классификацию горя на нормальное и патологическое в контексте анализа острого горя, которое он описывал как «синдром с психологической и соматической симптоматикой». Этот синдром может проявляться непосредственно после кризиса, быть отсроченным, отсутствовать или, напротив, проявляться в гипертрофированной форме.

Линдемманн отмечал, что болезненные реакции на горе представляют собой отклонения от нормального процесса переживания утраты. Часто они имеют защитный характер, связанный с отказом признать реальность произошедшего и неспособностью принять возникающие тяжелые и болезненные эмоции. Также он выделял «хроническое горе» или «преувеличенное горе», характеризующееся усилением и пролонгацией симптомов.

Симптомы, которые на ранних стадиях после утраты могут считаться признаками нормального течения процесса горевания, с течением времени могут трансформироваться в признаки осложненного переживания утраты. Однако данный критерий является достаточно условным. Более точная оценка нормативности протекания горя у детей возможна только на индивидуальной основе, с учетом того, препятствует ли данный процесс адаптации и вызывает ли дезадаптивные последствия.

Один из подходов к оценке психического состояния ребенка заключается в соотнесении его психологических процессов с научными представлениями о стадиях переживания утраты. Рассмотрим несколько наиболее авторитетных моделей.

Стадии переживания горя

Э. Линдемманн выделил 4 стадии переживания горя.

1. Шок: утративший с трудом понимает, что происходит, он чувствует ошеломление, оцепенение.
2. Протест и тоска: на данной стадии нарастает психологическое раздражение и напряжение.
3. Дезорганизация и страдание: на данной стадии факт утраты уже хорошо и отчетливо осознается утратившим, а основным содержанием являются депрессивные симптомы.
4. Отделение и реорганизация: на этой стадии человек может создавать новые отношения и окончательно отделиться от ушедшего.

Ф.Е. Василюк выделил 5 стадий переживания горя

1. Шок и оцепенение.
2. Поиск – нереалистическое стремление вернуть утраченного и отрицание не столько факта смерти, сколько постоянства утраты.
3. Острое горе – период отчаяния, страдания и дезорганизации.
4. Остаточные толчки и реорганизация. Переживание горя на этой стадии не ведущая деятельность, оно протекает в виде сначала частых, а потом все более редких отдельных толчков, какие бывают после основного землетрясения.
5. Завершение, когда образ умершего занимает свое постоянное место в продолжающемся смысловом целом жизни и во вневременном, ценностном измерении бытия.

Дополнительно приведем стадии умирания, которые выделила Э. Кюблер-Росс и которые по мнению многих специалистов релевантны переживанию горя:

1. Отрицание.
2. Гнев/Озлобленность.
3. Торговля/Стадия переговоров.
4. Депрессия.
5. Принятие/Адаптация.

Стадиальный подход к изучению процесса переживания утраты, несмотря на имеющиеся различия между конкретными моделями, основывается на общей логической концепции. Каждая из предложенных моделей акцентирует внимание на специфике переживания утраты, что не позволяет утверждать превосходство одного подхода над другим. Все они выделяют ключевые аспекты, характерные для данного процесса.

Особого внимания заслуживает описание стадий переживания утраты, предложенное Ф.Е. Василюком. В небольшом, но содержательном тексте он детально изложил внутренние психологические механизмы, активирующиеся у человека в этот период. Такое понимание является критически важным для специалистов в области психологии.

Формальные представления о стадиях не могут обеспечить эффективность работы психолога, взаимодействующего с детьми, пережившими утрату. Для успешного выполнения своих профессиональных обязанностей психолог должен осмыслить и пережить данный процесс на личном уровне. Это позволит ему идентифицировать проявление различных стадий у ребенка и использовать полученные данные в психологической практике.

Во-первых, психолог может и должен информировать ребенка (а также его опекунов) о нормальности процесса переживания утраты и конкретных психологических механизмах, характерных для каждой стадии.

Во-вторых, на основе выбранной концепции стадий психолог может и должен предоставить ребенку (а также его опекунам) информацию о возможных дальнейших этапах переживания утраты и ожидаемых изменениях.

В-третьих, психолог должен выявлять фиксацию ребенка на определенной стадии, что может служить индикатором потенциальной дезадаптации.

В-четвертых, переход ребенка на следующую стадию процесса переживания утраты можно рассматривать как показатель прогресса и улучшения состояния.

Задачи работы горя

В рамках анализа механизмов переживания утраты, Дж. Ворден предложил альтернативный подход к определению нормальности этого процесса. Согласно данной концепции, процесс переживания утраты представляет собой последовательное решение ряда задач, которые являются не столько стадиями, сколько целевыми ориентирами нормального функционирования механизма переживания утраты. Невыполнение этих задач может привести к развитию патологических или осложненных форм переживания утраты.

Задача 1. Принятие реальности утраты

Ребенку необходимо принять, что произошедшее все-таки случилось.

Отсутствие разрешения этой задачи – отрицание случившегося, с помощью которого люди защищаются от реальности.

Одним из распространенных способов проявления отрицания горя является мумификация, при которой человек сохраняет все в прежнем состоянии, как при жизни умершего, чтобы быть постоянно готовым к его возвращению.

Другим вариантом отрицания является непризнание значимости утраты. Этот сценарий часто наблюдается у детей, возвращенных из зон боевых действий в Сирии и Ираке, особенно в контексте утраты отца. В случае, если отец являлся носителем радикальной идеологии, и его действия подвергаются осуждению со стороны общества, ребенок может использовать это осуждение как защитный механизм от неизбежных переживаний горя. Утверждение типа «он не был хорошим отцом» в данном контексте представляет собой не объективную оценку, а стратегию избегания эмоциональной боли утраты. Несмотря на возможные реальные недостатки в исполнении отцом своих родительских обязанностей, что, безусловно, способствовало попаданию ребенка в травмирующую ситуацию, процесс переживания горя является необходимым этапом для ребенка. Чувство привязанности к родителю, независимо от его реального поведения, является неотъемлемой частью психического состояния ребенка, и утрата неизбежно влечет за собой столкновение с горем.

Еще одним способом отрицания является так называемое «выборочное забывание», при котором ребенок как бы игнорирует факт существования умершего родителя или другого близкого. Этот механизм также может свидетельствовать о сложном процессе переживания утраты.

Дж. Ворден акцентирует внимание на том, что принятие реальности утраты является длительным процессом, включающим не только интеллектуальное признание факта смерти, но и эмоциональное принятие. Однако, если этот процесс не происходит постепенно, можно говорить о патологическом течении горевания.

Задача 2. Переработка боли, причиняемой горем

После осознания произошедшего ребенок неизбежно сталкивается с необходимостью переработки эмоциональной боли, связанной с данной ситуацией. Игнорирование этой задачи может привести к состоянию *аффективной бесчувственности*. Наиболее распространенной формой неразрешения данной задачи является отрицание болезненности переживаний, что происходит вследствие подавления эмоций, связанных с утратой.

На первый взгляд, отсутствие негативных эмоциональных реакций на утрату может рассматриваться как позитивный аспект. Особенно часто это

наблюдается у детей младшего возраста. Однако следует учитывать, что полное отсутствие таких реакций является индикатором их подавления. Непережитая боль утраты не исчезает, а впоследствии может проявляться в виде патологических симптомов, наиболее распространенным из которых является депрессия. Д. Боулби отмечал, что «рано или поздно некоторые из тех, кто избегает осознанного переживания горя, подвергаются эмоциональному срыву; наиболее часто это выражается в той или иной форме депрессии».

Таким образом, можно сформулировать ключевой позитивный принцип данной задачи:

«Эмоциональная боль является нормальной и естественной реакцией на утрату».

Задача 3. Приспособиться к миру без умершего

Данная задача является очевидной и понятной и реализуется в трех различных вариантах.

А. Адаптация к внешним условиям, в которых отсутствует умерший. Этот аспект имеет особое значение для детей старшего возраста, особенно для тех, кто имеет опыт проживания в России до эмиграции в Ирак или Сирию.

Б. Внутренняя адаптация, связанная с изменением восприятия ребенком самого себя. Для ребенка критически важно осознать, каким образом пережитая утрата повлияла на его самоидентификацию, самооценку и чувство собственной эффективности.

В. Духовная адаптация, включающая переосмысление фундаментальных жизненных ценностей и мировоззренческих убеждений, которые формируются под влиянием семьи, социального окружения, образовательных институтов, религиозных верований и жизненного опыта.

У детей, в силу их большей адаптивной способности, обусловленной возрастом, данный процесс зачастую протекает более быстро и успешно по сравнению со взрослыми. Основным критерием успешного выполнения этой задачи у детей является наличие или отсутствие ощущения беспомощности, которое может не иметь прямой связи с переживанием утраты.

Задача 4. Сохранить связь с умершим, приступая к построению новой жизни

В процессе восстановления после утраты, ребенку необходимо установить прочную связь с почившим, что является ключевым аспектом формирования новой жизненной парадигмы. Задача психолога в данном контексте заключается не в побуждении ребенка к разрыву эмоциональной связи с умершим, а в поиске оптимального места для этого индивида в эмоциональной сфере ребенка. Это место должно способствовать

гармоничному сосуществованию с переживанием утраты и обеспечивать возможность полноценного функционирования ребенка в социуме.

Ситуация детей, вернувшихся из зон боевых действий в Сирии и Ираке, представляет собой особый вызов в этом аспекте. Если общество воспринимает родителя ребенка как «неблагонадежную личность» (например, экстремист), то для ребенка может быть затруднительно сохранить прочную эмоциональную связь с ним. Более того, у самого ребенка могут возникать негативные эмоции по отношению к умершему, такие как обида или гнев, что может способствовать скорее отрицанию, чем интеграции переживаний утраты.

С другой стороны, существует риск фиксации на утрате и ощущения прерывания собственной жизни, связанной с этим событием.

В любом случае, важно донести до ребенка, что воспоминания не являются оценочными суждениями, а «вписывание» умершего в личную историю не означает забвение или принятие всех его недостатков. Это просто признание факта его существования как значимой личности со всеми его особенностями. Как отмечает Ф.Е. Василюк, «главные акты мистерии горя – не отрыв энергии от утраченного объекта, а создание образа этого объекта для сохранения в памяти. Человеческое горе не деструктивно (забыть, оторваться, отделиться), а конструктивно, оно призвано не разрушать, а собирать, не уничтожать, а творить – творить память».

Осложненное горевание

Рассмотрим признаки осложненного процесса переживания утраты, представленные Д. Ворденом, в контексте детей, подвергшихся воздействию боевых действий в Сирии и Ираке и возвращенных на родину.

1. Интенсивная печаль при рассказе об умершем спустя много времени после утраты (ребенок теряет эмоциональное спокойствие, рассказывая об умершем).
2. Относительно нейтральное событие запускает интенсивную реакцию горевания (обычно признак отложенного горевания).
3. У ребенка появляются физические симптомы, вероятно связанные с годовщиной смерти или иными датами, связанными с умершим.
4. Снижение самооценки и чувство вины.
5. Воспроизведение поведения умершего, возможно, навязчивое.
6. Самодеструктивные импульсы.

7. Неизмеримая печаль, возникающая в определенное время года в одно и то же время – в годовщину смерти или в периоды, связанные со временем, которое обычно горюющий проводил с умершим.

Далее опишем четыре типа осложненного горевания по Д. Вордену.

«Хроническое горевание»: характеризуется длительной скорбью, страданием без изменения состояния. Скорбные чувства адекватны потере по силе и качеству (печаль, отчаяние, тоска и т.д.), но продолжаются длительное время после события без изменения интенсивности. Горюющий чувствует страдание и осознает связь своей боли с потерей.

«Преувеличенное горевание»: проявляется в чрезмерно интенсивных реакциях, иногда достигающих такого уровня выраженности, что может быть поставлен диагноз, фиксирующий наличие психических нарушений, например, депрессии с суицидальными попытками, тревожных расстройств и др. Сам горюющий в этом случае также сознает связь своего тяжелого состояния с утратой.

«Отложенное горевание»: подавленное, отсроченное, задержанное горевание характеризуется тем, что в момент утраты адекватные событию переживания возникают, но с меньшей интенсивностью, чем можно было бы ожидать. Дальнейшее их проживание как будто не происходит, а в будущем, возможно, горюющий станет испытывать интенсивные скорбные чувства в ответ на менее значительные потери.

«Замаскированное горевание»: в этом случае характерно отсутствие переживаний, соответствующих утрате. Горевание проявляется в соматизации или в деструктивном поведении. Возникающие симптомы не связываются в сознании горющего с утратой, в то же время симптомы горющего могут напоминать симптомы умершего (тогда они называются «факсимильные симптомы»): горющий может повторять поведение или обнаруживать телесные болезни умершего.

В контексте детей, вернувшихся из зон боевых действий в Сирии и Ираке, наиболее часто наблюдаемой формой проявления осложненного горя является «маскированное горе». Специалисты, включая психологов, должны учитывать, что деструктивное социальное поведение или психосоматические расстройства у ребенка могут быть следствием осложненного процесса горевания.

Психологическая поддержка при осложненном горе фокусируется на разрешении сепарационных конфликтов, которые препятствуют нормальному протеканию процесса горевания. После этого следует переходить к помощи в выполнении четырех задач, связанных с завершением процесса горевания.

Разрешение сепарационных конфликтов осуществляется через проживание ребенком мыслей и чувств, которые он избегает в отношении умершего. Более детальное описание логики взаимодействия психологического контекста развития ребенка и переживаемого горя может быть представлено посредством модели «приводов из прошлого», предложенной Е.В. Лопухиной.

Горе и «приводы из прошлого»

В процессе переживания утраты у ребенка могут активизироваться неразрешенные психологические проблемы, включая, но не ограничиваясь, травматическими переживаниями. Эти проблемы, в отсутствие адекватной психологической поддержки, могут нарушить естественный ход процесса переживания горя. В лучшем случае это приводит к его замедлению и наличию «недоработок». В худшем - к полной остановке. В результате может возникнуть фиксация на незавершенной стадии переживания утраты.

Елена Владимировна Лопухина предлагает использовать термин «психологические приводы из прошлого» для обозначения ранее сформированных психологических проблем, которые препятствуют естественному течению процесса переживания утраты. Эти приводы могут проявляться в различных формах и на разных стадиях процесса.

На стадии шока (или отрицания по модели Кюблер-Росс) ведущим психологическим приводом является опыт незавершенного травматического переживания. До тех пор, пока не будет полностью пройден цикл переработки предыдущего травматического стресса, ребенок не сможет перейти к следующей стадии переживания утраты.

На стадии протеста (по модели Линдемманна) или гнева (по модели Кюблер-Росс) основным психологическим приводом является наличие запрета на проявление агрессии. Это приводит к тому, что энергия, связанная с гневом, не находит адекватного выхода, что вызывает дополнительное напряжение. В результате естественный процесс переработки утраты может быть полностью заблокирован. Альтернативно, энергия, связанная с гневом, может проявляться в виде внезапных и неконтролируемых аффективных вспышек.

Нормативные каналы выражения гнева (сброса напряжения), характерные для этой стадии переживания горя приведены ниже.

- Агрессия на источник случившегося.
- Агрессия на не помогших помощников.
- Агрессия на себя самого (вина).
- Агрессия на объект потери.
- Агрессия на высшие силы.

Вследствие того, что многие дети, вернувшиеся из зон боевых действий, воспитывались в культурной среде, где агрессия по отношению к взрослым строго табуирована, их способность выражать гнев по отношению к умершему родителю может быть значительно ограничена. С другой стороны, осознание объективной вины погибшего родителя в сложившейся ситуации может способствовать усилению проявления агрессии по отношению к нему.

Кроме того, можно выделить специфические причины, препятствующие эффективному выражению гнева через различные каналы коммуникации.

Агрессивная реакция на источник инцидента может быть подавлена вследствие острого чувства вины, связанного с субъективной оценкой собственной причастности к произошедшему. Этиология данного чувства вины обусловлена комплексом проблем, результатом которых стало снижение самооценки и гипертрофированное восприятие собственной ответственности. Аналогичные механизмы могут лежать в основе подавления чувства гнева по отношению к индивидам, которые не оказали предполагаемой поддержки.

Трудности в выражении агрессии, направленной на самого себя (то есть, чувство вины), могут быть обусловлены активизацией ранее сформированных защитных механизмов, таких как проекция. В результате этого возникающее чувство вины может быть перенесено на другие фигуры из ближайшего или дальнего окружения субъекта.

Невозможность выражения гнева по отношению к объекту утраты часто является следствием противоречивых и не проработанных отношений с ним, таких как конфликты с близким человеком или двойственные чувства по отношению к дому.

Агрессия, направленная на высшие силы, может быть подавлена вследствие раннего запрета на выражение гнева по отношению к родительским фигурам.

Если у ребенка существовали неразрешенные проблемы, связанные с выраженной тревогой, которая могла быть подавлена ранее, то ведущим эмоциональным состоянием на стадии гнева будет тревога и страх. В данном случае фиксация на данной стадии может быть обусловлена концентрацией на тревоге, что приводит к затруднению сброса напряжения через агрессию.

На стадии дезорганизации и страдания, согласно теории Линдемманна, или депрессии, согласно теории Кюблер-Росс, основные препятствия для естественного переживания горя связаны с травматическим опытом, пережитым в первый год жизни. Этот опыт в психоаналитическом подходе рассматривается как «ранняя травма», связанная с отношениями с материнской фигурой. Основной характеристикой таких травм является отвержение.

На стадии исцеления или принятия, а также отделения, основной проблемой является идеализация, которая выражается в замещении архетипическим образом объекта утраты. Например, в случае утраты, об ушедшем могут рассказывать не как о живом человеке со своими слабостями, а как о божестве, не похожем на других людей. Это происходит, когда стадия шока не была завершена и задача принятия факта случившегося не была решена. В этом контексте существует потенциальный риск радикализации, который может проявляться в идеализации погибшего родителя, являющегося участником экстремистской группы, вследствие осложненного горя, зафиксированного на стадии отрицания произошедшего (стадия шока).

Горе и культура

Культурные особенности оказывают значительное влияние на процесс переживания утраты. Культура, включая национальные, этнические и религиозные аспекты, формирует специфические модели горевания. Данный фактор необходимо учитывать в профессиональной деятельности.

Поскольку ни одна культура не представляет собой строго регламентированную систему, а каждый индивид и его семья являются носителями множества культурных контекстов, невозможно заранее предсказать конкретные особенности переживания утраты, обусловленные культурными факторами.

В этой связи психологу может быть полезен чек-лист, разработанный Т. Уолтером и адаптированный автором.

1. Какие существуют обязательства по поводу того, как:
 - заботиться о мертвых?
 - справляться с горем?
2. Что делать с усопшими:
 - «отпустить» их?
 - продолжать поддерживать с ними духовную связь?
 - превратить их в «предков» и культивировать поклонение им?
3. Что нужно делать с эмоциями, связанными с усопшим:
 - выражать их?
 - сдерживать их?
4. Как религия или другая система убеждений:
 - нормализует или патологизирует потерю?
 - определяет, как вспоминать об умершем и осуществлять траурные действия?
 - поддерживает скорбящих?

Перед началом работы с процессом переживания утраты у ребенка, возвращенного из зон боевых действий на территории Сирии и Ирака, необходимо тщательно изучить культурные особенности данного процесса, принятые в приемной семье. Далее следует провести детальный анализ влияния культурных характеристик самого ребенка на этот процесс.

2. Психодиагностический инструментарий и подходы к диагностике комплексной психологической травмы и переживания горя (потери) в детском возрасте

Общие рекомендации по проведению диагностики

Психологическая диагностика комплексной посттравматической стрессовой реакции (КПТСР) и переживания утраты (потери) осуществляется квалифицированным педагогом-психологом с целью выявления текущего состояния ребенка и установления продуктивного контакта. Для проведения диагностики КПТСР используется специально разработанный комплекс методик, адаптированных для детей соответствующего возраста.

Выбор диагностических инструментов осуществляется с учетом возрастных особенностей ребенка. В случае недостаточного владения русским языком или когнитивных ограничений, допускается применение методик, предназначенных для более младших возрастных групп. При этом недопустимо упрощение формулировок или изменение формата проведения диагностики, что может привести к искажению результатов.

В исключительных случаях целесообразно привлечение переводчика (профессионального специалиста или волонтера), не являющегося членом семьи ребенка. Переводчик должен быть предварительно проинструктирован о правилах поведения при проведении диагностических мероприятий.

Диагностические процедуры включают использование психодиагностических инструментов, применимых как для работы с детьми, так и со взрослыми, включая педагогов и опекунов. Диагностические мероприятия с ребенком проводятся в индивидуальном порядке и могут быть ограничены одной или несколькими встречами, в зависимости от необходимости.

При выборе педагогов для проведения диагностики учитывается частота их взаимодействия с ребенком. В начальной школе это, как правило, классный руководитель (основной педагог), в средней и старшей школе – классный руководитель, а также учителя математики, русского языка и литературы.

Организация диагностической встречи с ребенком требует соблюдения ряда методических рекомендаций.

Установление контакта с ребенком является критически важным этапом, обеспечивающим эффективность диагностики. Данный процесс включает две основные цели: повышение мотивации ребенка к участию в обследовании и снижение уровня тревожности. Установление контакта предполагает первоначальное знакомство психолога с ребенком и проведение предварительной беседы.

Рекомендуется, чтобы педагог-психолог установил предварительный контакт с ребенком до проведения диагностики. При первичном знакомстве с ребенком и его семьей целесообразно получить следующую информацию:

1. Правильное произношение имени ребенка и имен его опекунов.
2. Владение языками и уровень языковой компетенции ребенка.
3. Место рождения ребенка и возраст, в котором он переехал в текущий регион проживания.

Проведение диагностического обследования требует обеспечения ряда условий, направленных на обеспечение точности и объективности результатов. К таким условиям относится подготовка необходимого диагностического материала и оборудования, а также минимизация внешних факторов, способных повлиять на результаты диагностики.

Планирование диагностической встречи должно учитывать временной ресурс как психолога, так и ребенка, обеспечивая достаточную продолжительность для проведения процедуры. Важным аспектом является обеспечение конфиденциальности общения, что предполагает изоляцию помещения, где проводится диагностика. Для этого рекомендуется разместить на двери соответствующую табличку, например, «В помещении проводится консультация, просим не беспокоить».

Ребенок должен быть проинформирован о предстоящей диагностической встрече заблаговременно. В случае, если информация передается через родителя или педагога, необходимо согласовать содержание сообщения. При приглашении ребенка на диагностику психологом важно учитывать психологический аспект сохранения его личного пространства и избегать публичных приглашений, особенно в присутствии одноклассников.

В начале диагностической встречи психолог должен в доступной форме представить следующую информацию:

* Цели проведения обследования, избегая упоминаний о статусе «возвращенного ребенка», чтобы не формировать стереотипы. Следует подчеркнуть, что индивидуальные консультации с психологом являются стандартной практикой для многих учащихся. В случае, если ребенок

поступил в учебное заведение недавно, можно объяснить необходимость диагностики тем, что все новые ученики проходят аналогичную процедуру.

- * Возможное использование результатов диагностики, включая информирование о том, будут ли данные переданы опекунам или педагогам.

- * Подросткам следует сообщить о возможности ознакомления с результатами диагностики, уточнив, будет ли это сделано сразу или по прошествии определенного времени.

В процессе диагностики рекомендуется вести протокол, в который должны быть включены следующие данные:

- * Дата и время проведения обследования.

- * Фамилия, имя и возраст испытуемого.

- * Наблюдения психолога, включая описание поведения ребенка, его реакции на успехи и неудачи и другие значимые аспекты.

- * Суждения ребенка, имеющие значение для диагностики.

Точность диагностики в значительной степени зависит от корректного предъявления инструкции к используемым методикам. Важно строго соблюдать условия проведения диагностических процедур, так как любая небрежность может существенно снизить точность измерений.

При проведении диагностики детей младшего школьного возраста особое внимание следует уделить подчеркиванию не учебного характера процедуры и созданию ситуации успеха для ребенка.

В работе с подростками важным аспектом является мотивация к участию в диагностических процессах. Недостаточная мотивация может привести к искажению результатов диагностики.

По завершении процедуры диагностики рекомендуется обратиться к подростку с вопросом: «Какие аспекты полученной информации я могу представить вашим близким или преподавателю?» В случае, если подросток выражает категорическое нежелание раскрывать определенные данные, психолог вправе предоставить взрослым общую информацию и аналитические выводы, избегая пересказа конкретных формулировок.

Подробную информацию о применяемых методиках и ключах к их интерпретации можно найти в Приложении к данному разделу.

Для проведения диагностики опекунов (при необходимости) с целью определения уровня травматизации, связанной с утратой родителей у возвращенных детей, рекомендуется использовать следующую методику:

Падун М.А., Быховец Ю.В., Казымова Н.Н., Ченцова-Даттон Ю.Е. Русскоязычная версия «Международного опросника травмы»: адаптация и валидизация на неклинической выборке // Консультативная психология и психотерапия

1. Психодиагностический инструментарий и подходы к психологической диагностике комплексной психологической травмы и переживания горя (потери) в дошкольном и младшем школьном возрасте

Название методики	Что измеряет?
Детский апперцептивный тест САТ-Н (3–10 лет)	• выявляет реальное состояние ребенка (эмоциональное, аффективное, мотивационное) через его ответы • раскрытие отношений между ребенком и окружающими его людьми (родителями) в наиболее важных или травматичных для ребенка жизненных ситуациях
Шкала позитивного и негативного аффекта для детей PANAS-C (6–18 лет)	• Выраженность позитивного и негативного аффектов и как следствие, предположение о вероятности тревожного и/или депрессивного расстройства
Детский тест психологической устойчивости (5–9 лет)	• Способность ребенка к эффективному социальному взаимодействию с целью получения значимых для него ресурсов и поддержки в стрессовых ситуациях.

Детский апперцептивный тест САТ-Н (3–10 лет)

Детский апперцептивный тест (Children's Apperception Test – CAT) разработан Леопольдом и Соней Беллак и относится к классу интерпретативных методик, где проецируется значимое содержание потребностей, конфликтов, установок личности. С помощью данной методики можно выявить:

- ведущие потребности и мотивы;
- особенности восприятия и отношения ребенка к родителям (в том числе – к родителям как к супружеской паре);
- особенности взаимоотношений ребенка с сиблингами;
- содержание внутриличностных конфликтов как следствия фрустрации ведущих потребностей ребенка;
- особенности защитных механизмов как способов разрешения внутренних конфликтов;
- агрессивные фантазии, страхи, фобии, тревоги, связанные с ситуациями фрустрации
- динамические и структурные особенности поведения ребенка среди сверстников. Тест выявляет реальное состояние ребенка (эмоциональное, аффективное, мотивационное) через его ответы и раскрывает отношения между ребенком и окружающими его людьми (родителями) в наиболее важных или травматичных для ребенка

жизненных ситуациях.

Тест проводится в течение 30–40 минут и представляет собой 10 сюжетных картинок из жизни животных. Ребенку предлагается посмотреть на картинку и рассказать, что животные делают сейчас. Тест отлично подходит для установления контакта с ребенком; исследование проводится индивидуально, позиционируя не как тест, а как игру.

Интерпретация результатов происходит по 10 переменным:

1. Главная тема;
2. Главный герой;
3. Главные потребности и мотивы героя;
4. Понятие среды;
5. Персонажи, которые воспринимаются как...
6. Значимые конфликты;
7. Природа страхов;
8. Главные защитные механизмы;
9. Адекватность суперэго, проявляющаяся в «наказании» за «преступление»;
10. Интеграция эго.

Шкала позитивного и негативного аффекта для детей PANAS-C (6–18 лет)

Данная методика измеряет выраженность позитивного и негативного аффектов и, как следствие, предположение о вероятности тревожного и/или депрессивного расстройства. Представляет собой 10 слов, отражающих психологическое состояние: радостный, несчастный, тревожный и др. Ребенку предлагается прочесть каждое слово и отметить рядом с ним – в какой мере он чувствовал себя так в течение прошедших нескольких недель. Степень выраженности состояния оценивается по шкале от 1 до 5 – от «почти» или «совсем нет» до «очень сильно». Тест позволяет оценить выраженность позитивного и негативного аффекта и сравнить данные с теми, которые были получены разработчиками методики.

Детский тест психологической устойчивости (5–9 лет)

Детский тест психологической устойчивости направлен на измерение «социально- экологической устойчивости». Методика позволяет измерить способность ребенка к эффективному социальному взаимодействию с целью получения значимых для него ресурсов и поддержки в стрессовых ситуациях. Ребенок, обладающий высокими показателями устойчивости, способен к успешному поиску психологических ресурсов и управлению ценными для него ресурсами, полученными от социального окружения.

Данная методика рекомендуется к использованию для оценки эффективности психологического сопровождения в области психологического благополучия. Дело в том, что текущая диагностика удовлетворенности жизнью сильно зависит от характеристики ситуации. Более того, ощущение неудовлетворенности определенными аспектами жизни является вполне нормативным. Для обеспечения психического здоровья ребенка важнее наличие у него способностей совладать с ситуациями, которые могут оказывать неблагоприятное воздействие на психологическое благополучие. Основным фактором, определяющим успешность процесса, является психологическая устойчивость индивида. В связи с этим, ключевым направлением деятельности в области психологического сопровождения детей является развитие их психологической устойчивости. Основная цель функционирования психологической службы в данном контексте заключается в обеспечении достижения каждым ребенком, возвращенным в социальные условия, высокого уровня психологической устойчивости.

2. Психодиагностический инструментарий и подходы к психологической диагностике комплексной психологической травмы и переживания горя (потери) в среднем школьном возрасте

Название методики	Что измеряет?
Шкала позитивного и негативного аффекта для детей PANAS-C (6–18 лет)	Выраженность позитивного и негативного аффектов и как следствие, предположение о вероятности тревожного и/или депрессивного расстройства
Шкала психологического благополучия Уорик–Эдинбург (от 11 лет)	Психологическое благополучие
Детский тест психологической устойчивости (10–23 года)	Способность ребенка к эффективному социальному взаимодействию с целью получения значимых для него ресурсов и поддержки в стрессовых ситуациях
Краткая шкала социокультурной дезадаптации (от 11 лет)	Сложности в адаптации к новой культуре

Шкала психологического благополучия Уорик–Эдинбург (от 11 лет)

Шкала психологического благополучия Уорик–Эдинбург используется для диагностики детей, владеющих русским языком. При этом уровень языковых способностей может быть не очень высоким, так как формулировки опросника достаточно просты и понятны. Методика диагностирует психологическое благополучие в широком смысле слова, включающее

переживание удовольствия и счастья, оптимизм, удовлетворенность отношениями с людьми и позитивное функционирование.

Шкала включает 14 пунктов, описывающих индивидуальное состояние психологического благополучия (мысли и чувства) на протяжении последних двух недель. Методика заполняется ребенком самостоятельно. По результатам делается оценка, находится ли уровень психологического благополучия выше или ниже среднего уровня. Результаты ниже среднего говорят о наличии риска в данной области.

Краткая шкала социокультурной дезадаптации (от 11 лет)

По результатам методики «Краткая шкала социокультурной дезадаптации» можно сделать вывод об уровне социальной дезадаптации у ребенка. Каждое из 11 утверждений опросника описывает какой-то один аспект сложностей, с которыми сталкивается возвращенный ребенок в повседневной жизни на новом месте.

Методика проста, при ее проведении не должно возникать трудностей, связанных с пониманием, за исключением фразы «Добиваться понимания от других людей». Ее можно дополнительно расшифровать: «Насколько тебе трудно делать так, чтобы другие люди в России (одноклассники, учителя, продавцы в магазине) тебя понимали».

Если, прочитав утверждение «Соблюдать свою религию», ребенок говорит, что он не религиозен, ответ на этот вопрос обозначается как «очень легко».

Кроме общей оценки дезадаптации для психолога имеет значение качественный анализ. По каждому из пунктов, где ребенок отметил «очень трудно» или «трудно», необходимо попросить: «Приведи примеры того, когда тебе было трудно в последнее время» (называется конкретная трудность из опросника, например, делать покупки или общаться с одноклассниками). Это позволит получить информацию о контексте, в котором проявляются трудности в адаптации, и выстроить работу, направленную на решение конкретных проблем конкретного ребенка.

Также важно, чтобы ребенок ответил, насколько его волнует каждая из этих трудностей (где он отметил «очень трудно» или «трудно») и почему. В первую очередь помощь ребенку должна идти в тех направлениях дезадаптации, которые больше беспокоят его самого.

Если позволяет владение языком, можно попросить ответить на вопрос, из-за чего, по мнению ребенка, эти трудности возникают. Это позволит определить локус контроля: насколько ребенок считает эти трудности зависящими от него.

3. Психодиагностический инструментарий и подходы к психологической диагностике комплексной психологической травмы и переживания горя (потери) в старшем школьном возрасте

Название методики	Что измеряет?
Шкала позитивного и негативного аффекта для детей PANAS-C (6–18 лет)	Выраженность позитивного и негативного аффектов и как следствие, предположение о вероятности тревожного и/или депрессивного расстройства
Шкала психологического благополучия Уорик–Эдинбург (от 11 лет)	Психологическое благополучие
Опросник психологического здоровья мигрантов (с 14 лет)	Вероятность наличия эмоциональных или психических расстройств
Опросник депрессивности CES-D (от 10–11 лет)	Скрининг депрессивного расстройства
Детский тест психологической устойчивости (10–23 года)	Способность ребенка к эффективному социальному взаимодействию с целью получения значимых для него ресурсов и поддержки в стрессовых ситуациях
Краткая шкала социокультурной дезадаптации (от 11 лет)	Сложности в адаптации к новой культуре

Опросник психологического здоровья мигрантов (с 14 лет)

Опросник психологического здоровья мигрантов предназначен для скрининга психического и психологического состояния мигрантов: соматических и психологических проявлений тревожности и депрессии, связанных с возможными травматическими событиями, пережитыми во время войны, в результате религиозных/политических преследований или в процессе переселения из одной страны в другую.

По сумме ответов на вопросы можно сделать вывод о вероятности наличия эмоциональных или психических расстройств и оценить степень необходимости соответствующей помощи. Методика достаточно проста для понимания даже теми, кто плохо владеет русским языком. Психолог может объяснить подростку содержание вопросов. В этом случае методика заполняется в процессе индивидуальной беседы, при необходимости с использованием Google-переводчика в смартфоне.

Опросник депрессивности CES-D (от 10–11 лет)

Опросник депрессивности предназначен для скринингового выявления депрессивного расстройства и состоит из 20 утверждений, касающихся эмоционального состояния, уровня активности и самочувствия опрашиваемых.

В популяционных исследованиях методика используется в целях скрининга среди людей из группы риска. Возвращенные дети, без сомнения, находятся в группе риска по возникновению депрессивных расстройств. По данным многочисленных исследований, частота выявления таких расстройств среди детей, поменявших привычную среду проживания, существенно выше, чем у местного населения. Одна из значимых причин – общая неудовлетворенность ситуацией миграции. Несмотря на то, что депрессивные расстройства встречаются у 5–10 % детей-мигрантов, их своевременное обнаружение является важной задачей. При результате диагностики, превышающем норму, ребенок должен быть немедленно направлен на углубленную диагностику клиническим психологом и психиатром для последующей постановки диагноза и оценки необходимости лечения.

4. Психодиагностический инструментарий и подходы к психологической диагностике комплексной психологической травмы и переживания горя (потери), который используется в работе со взрослыми

Название методики	Что измеряет?
Сильные стороны и трудности	• Общий балл психологических трудностей. • Эмоциональные проблемы. • Проблемы с поведением.
Опросник Ахенбаха для учителей	• Общая выраженность поведенческих и эмоциональных проблем.

Сильные стороны и трудности (для детей от 2-х лет)

Методика предназначена для оценки или самооценки психологических трудностей и сильных сторон личности. Методика представляет собой 25 утверждений, которые распределяются по 5 шкалам соответственно. Четыре шкалы измеряют трудности:

шкала эмоциональных проблем, шкала проблемы с поведением, шкала гиперактивности, шкала проблемы со сверстниками. И пятая шкала измеряет сильные стороны: просоциальная шкала. Существуют методики для трех возрастных групп: 2–4 года, 4–17 лет и старше 18 лет. Кроме того, предусмотрена возможность заполнения методики разными группами людей: учителями, родителями и самими учениками самостоятельно. Для детей

дошкольного и младшего школьного возраста методика заполняется взрослым (опекуном или учителем), а с детьми подросткового возраста эффективнее использовать ее заполнение самим ребенком.

Опросник Ахенбаха для учителей (для детей 6–18 лет)

Опросник Ахенбаха – это форма отчета-наблюдения за ребенком. Он предлагается для заполнения классному руководителю, его вопросы нацелены на оценку повторяющихся поведенческих проявлений. Классному руководителю следует заполнять опросник не ранее чем через 1 месяц после зачисления ребенка в класс. Как и при работе с Картой, опросник Ахенбаха рекомендуется заранее показать классному руководителю, сориентировав его на внимательное наблюдение за ребенком. Опросник включен в расширенный набор, он используется после завершения базовой диагностики при необходимости углубленного анализа. Таким образом, классный руководитель получает для заполнения опросник Ахенбаха, уже имея опыт работы с аналогичной методикой – картой наблюдения «Психологические трудности». Так как опросник Ахенбаха содержит большое количество вопросов, с педагогом необходимо провести мотивационную беседу о важности углубленной диагностики именно с этим ребенком и значимости наблюдений педагога.

Опросник нацелен на измерение общей выраженности поведенческих и эмоциональных проблем и позволяет их оценить с высокой степенью точности. Дополнительно он позволяет измерить следующие параметры: замкнутость, наличие соматических проблем, тревожность–депрессивность, социальные трудности, трудности мышления, трудности внимания, делинквентность и агрессивность. Это необходимо для построения дальнейшей коррекционной работы и уточнения направления психологической помощи ребенку-мигранту. При этом важно соотносить данные результаты с показателями диагностики культурной адаптации. Например, замкнутость может быть связана с сепарацией в новой культурной среде и трудностями контакта с русскоязычными одноклассниками, а соматические проблемы – являться следствием стресса аккультурации. В то же время данные трудности могут носить и универсальный характер: их причинами у ребенка-мигранта могут стать и нарушения развития, и текущая семейная ситуация, и многое другое.

Показатели «Выраженность внутренних проблем» и «Выраженность внешних проблем» являются дополнительными. Они предназначены для определения области, в которой сосредоточено наибольшее количество сложностей ребенка: в сфере внутренних переживаний или во взаимодействии с окружающей средой.

Использованная литература

1. Баканова А.А. Психотерапия горя: история становления и текущая практика в зарубежных исследованиях Консультативная психология и психотерапия 2017. Т. 25. № 4. С. 23–41.
2. Василюк Ф.Е. Пережить горе. <https://www.psychology.ru/library/00062.shtml>
3. Ворден Д. Понимание процесса горевания // Журнал практической психологии и психоанализа 2015, № 4 <https://psyjournal.ru/articles/ponimanie-processa-gorevaniya>.
4. Герман Дж. Травма и исцеление. М., 2022.
5. Екимова В.И., Лучникова Е.П. Комплексная психологическая травма как последствие экстремального стресса Современная зарубежная психология 2020. Том 9. № 1. С. 50–61.
6. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. М.: София, 2001.
7. Методические рекомендации для программ обучения специалистов по психолого-педагогическому сопровождению и социальной адаптации детей, возвращенных из зон боевых действий / Под ред. О.Е. Хухлаева, О.С. Павловой, Н.В. Тарулиной. – М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2022. – 532 с.

