

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

(НА ОПЫТЕ РАБОТЫ С ЖЕРТВАМИ  
ТЕРРОРИСТИЧЕСКОГО АКТА В БЕСЛАНЕ)

А.Л.ВЕНГЕР, Е.И.МОРОЗОВА, В.А.МОРОЗОВ\*

### От авторов:

*Вероятно, нет необходимости напоминать о том, что в сентябре 2004г. в Беслане произошел беспрецедентный по своей жестокости и бесчеловечности террористический акт. В настоящей статье представлена попытка проанализировать и обобщить наш опыт оказания психологической помощи пострадавшим детям и подросткам. Приводится характеристика их психологического состояния, описываются задачи, организация и основные этапы психокоррекционной работы. Мы не пытаемся представить панораму всей психологической работы, проводившейся разными специалистами в Беслане, а описываем только ту ее часть, в которой непосредственно участвовали сами.*

*На основе опыта оказания психологической помощи жертвам теракта в московском театре «Норд-ост» мы уже высказывали свои соображения о необходимости создания специализированной структуры экстренной помощи детям и подросткам (Морозова, Венгер, 2003). Работая в Беслане, мы еще раз убедились в крайней необходимости такой структуры. Тот факт, что она не создана и по сей день, заставил нас вновь вернуться к этой острой теме.*

---

\* **Венгер Александр Леонидович** – доктор психол. наук, профессор кафедры психологии Международного университета «Дубна»;

**Морозова Елена Ивановна** – кандидат психол. наук, старший преподаватель кафедры детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Российской медицинской академии последипломного образования;

**Морозов Владимир Андреевич** (раздел «Программа социально-психологической реабилитации подростков») – психолог Агентства социально-психологического развития «Путь».

*Мы хотим выразить глубокую признательность тем, кто помогал и продолжает помогать нам в психокоррекционной работе: главврачу ЦРКБ г. Беслана В.П.Каргинову, зам. главврача В.Ч.Баскаеву, психотерапевту И.Э.Марзаеву; главному психиатру Республики Северная Осетия – Алания Т.Н.Рыжовой; директору ОУ «Радуга» Е.П.Цгоевой; психологам Ф.В.Багаевой, Л.М.Каллаговой, М.Т.Кануковой, М.М.Сосрановой, А.В.Бородиной и др.; Институту гармоничного развития и адаптации (г. Москва); благотворительной организации Charities Aid Foundation, российским и зарубежным спонсорам.*

К сожалению, проблема оказания помощи жертвам чрезвычайных ситуаций приобретает в последние годы все большую актуальность. Кроме неизбежных природных катаклизмов (наводнений, землетрясений, ураганов и т.п.), все чаще возникают техногенные катастрофы, вспыхивают региональные конфликты и войны. Дополнительным источником экстремальных ситуаций в России, как и в других странах, становится терроризм. В связи со всем этим большое значение приобретают задачи, связанные с оказанием *психологической и психотерапевтической помощи* пострадавшим и их родственникам. Одна из наиболее уязвимых категорий населения – дети и подростки, у которых психическая травма, вызванная чрезвычайной ситуацией, может существенно нарушить весь последующий ход психического развития. Между тем, как в изучении последствий психотравмы, так и в практической работе по их преодолению, детям и подросткам уделяется значительно меньше внимания, чем взрослым.

### **Состояние пострадавших детей и подростков**

В обзоре У.Юла и Р.М.Уильямса (2001) представлен детальный анализ исследований, тема которых – последствия психотравм, возникающих у детей и подростков в результате катастроф и масштабных несчастных случаев. В качестве наиболее распространенных симптомов они называют:

- нарушения сна;
- нарушения общения со сверстниками и родителями, трудности сепарации (стремление постоянно находиться рядом с родителями, спать вместе с ними и т.п.);
- снижение способности к концентрации, трудности в сосредоточении на школьной работе, временное снижение памяти, утрату имевшихся ранее навыков;
- навязчивые мысли;
- повышенную настороженность и подозрительность;

- утрату жизненных перспектив;
- страхи;
- раздражительность;
- чувство вины;
- депрессию;
- повышение уровня тревожности вплоть до приступов паники.

В наибольшей степени такие выраженные проявления психической травмы наблюдаются в случаях массовых катастроф, *затрагивающих целый город или регион*. В подобных случаях происходит взаимное заражение отрицательными переживаниями, создающее *вторичную травматизацию*.

Оказывая психологическую помощь жертвам террористического акта в Беслане, начиная с 13 сентября 2004г.<sup>1</sup>, мы столкнулись с тем, что практически весь город оказался вовлеченным в травматическую ситуацию (Морозова, Венгер, 2004). В течение длительного периода, вплоть до ноября 2004г., город пребывал в глубоком трауре. Продолжалось опознание погибших. Почти ежедневно проходили чьи-либо похороны (либо тело раньше не было опознано, либо человек только теперь скончался от ран в больнице). В соответствии с местными обычаями, до истечения 40 дней после похорон еженедельно совершались поминки по погибшему. Практически все население города носило траур.

Клановость и тесные связи между соседями, характерные для Северной Осетии, как и вообще для кавказских микрокультур, играли двоякую роль. С одной стороны, они создавали возможность эмоциональной и материальной взаимоподдержки. Так, никто из детей, лишившихся родителей, не был отдан в детдом, все они были взяты на воспитание родственниками. С другой стороны, повышалась степень взаимного заражения отрицательными переживаниями. Элементы общинного образа жизни способствовали широкому распространению вторичной травматизации. В результате острое состояние наблюдалось и у многих людей, непосредственно не пострадавших и не потерявших никого из ближайших родственников.

Среди детей наиболее распространенными были жалобы на *страхи, нарушения сна*, ночные кошмары. Родители описывали такие проявления как *отказ от еды, нарушения поведения*, боязнь оставаться в одиночестве, боязнь громких звуков и т.п. Многие подростки жаловались на пре-

---

<sup>1</sup> Работа проводилась в составе группы психиатров и психологов под общим руководством зам. директора ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, доктора медицинских наук З.И.Кекелидзе.

следующие их картины, воспроизводящие отдельные пережитые эпизоды (*флэшбэк*). Некоторые родители отмечали у своих детей появление повышенной *агрессивности* (в частности, во взаимоотношениях братьев/сестер).

Данные наблюдений и экспресс-диагностики свидетельствовали о резко повышенном уровне *тревоги*, избегании контактов с окружающими, о наличии у многих детей, пострадавших в результате террористического акта, *заторможенности* (вплоть до ступора и тотального мутизма), *депрессивного состояния*, наиболее выраженного в случаях гибели кого-либо из родных и близких. У многих детей отмечалось хаотическое, нецеленаправленное поведение. У значительного числа подростков имелось острое *чувство вины* (за то, что не смог спасти кого-то из близких или друзей, за то, что выжил, а они погибли и т.п.). *Агрессивность* в некоторых случаях была выраженной и явной, а чаще – подавленной и скрытой (особенно у девочек). Подавленная агрессия проявлялась в форме высокой напряженности, *аутоагрессии* (самообвинения, отказ от еды и т.п.).

Наряду с данной симптоматикой, специфичной для последствий психической травмы, наблюдалось *обострение психологических проблем, имевшихся у ребенка и ранее*. Существенно усиливались такие преморбидные особенности детей, как ригидность или, напротив, лабильность, сензитивность, капризность, негативизм и т.п.

В нашем опыте не находит подтверждения впечатление А.Я.Варги и Е.С.Жорняк, позволившее им утверждать, что непосредственные участники трагедии внешне выглядели более благополучными, чем те, кто непосредственно не пострадал от теракта. По их наблюдениям, дети-заложники «...на первый взгляд, не демонстрируют особых симптомов и вообще выглядят радостными и довольными..., весело играют..., очень много смеются...» (2005, с.126). Мы же, напротив, увидели заторможенность, подавленность, депрессивность этих детей (хотя у некоторых из них, действительно, имелась определенная агитация, повышенное возбуждение). Возможно, данное расхождение объясняется тем, что многие из детей-заложников, наблюдавшихся А.Я.Варгой и Е.С.Жорняк, которые приехали нам на смену, к тому времени (начало октября 2004г.) уже прошли месячный курс первичной психологической реабилитации<sup>2</sup>.

**Родители** детей-заложников непосредственно после трагедии находились в глубокой депрессии или апатии, причем в подавляющем большинстве случаев это состояние приобрело затяжной характер. Даже *год*

---

<sup>2</sup> Одной из основных задач первого этапа психокоррекции являлось именно восстановление сниженного уровня активности (см. об этом ниже).

спустя после теракта в разговорах между собой и с психологами матери постоянно возвращались к воспоминаниям о трагедии. У многих из них наблюдались внешние проявления *депрессии*: амимичное маскообразное лицо, мало интонированная монотонная речь. Нарушение нормального функционирования родителей существенно препятствовало восстановлению психологического состояния детей. Частым явлением было возникновение *симбиотической связи* между родителями и детьми. Особенно яркое выражение оно получило в семьях, где один из родителей погиб. Родители боялись даже ненадолго отпустить куда-либо детей, и сами дети старались все время находиться около родителей. Круг общения ребенка резко сужался. В результате, существенно искажался нормальный ход его психического развития.

У детей, ставших жертвами террористического акта, резко нарушилось отношение к школе и учебе. Особенно остро эта проблема задела первоклассников, которые пришли на праздник первого учебного дня вместе со своими семьями. В итоге многие из детей потеряли одного или обоих родителей (в Беслане таких семей более 100; 17 детей осталось круглыми сиротами, среди них немало первоклассников), более того – стали свидетелями их гибели. *Первое* столкновение первоклассников со школой оказалось подлинно трагическим. Это окрасило все, что связано со школой и учебой, вызывая у них страх и отторжение. Многие дети отказывались прикасаться к любым предметам, которые были хоть как-то связаны с обучением, – к тетрадям, книгам и т.п., хотя ранее с удовольствием занимались в подготовительных группах.

Более 30 первоклассников в течение всего 2004/2005 учебного года не посещали никаких учебных учреждений. У некоторых имеются пограничные психические расстройства. Многие дети были записаны в ту или иную бесланскую школу, но фактически ее не посещали. Отдельные дети учились на дому, что лишало их общения со сверстниками и возможности нормальной социальной адаптации.

Психическое состояние первоклассников-заложников, не получавших психологической помощи, остается стабильно тяжелым. Эти дети нуждаются в серьезной и длительной реабилитационной помощи. Психическое состояние детей-заложников, с которыми работали психологи в реабилитационном центре при поликлинике<sup>3</sup>, улучшается, но еще далеко от устойчиво стабильного. Уместно заметить, что мировой опыт работы с детьми, пережившими посттравматический стресс, указывает на достаточно длительный период реабилитации (не менее двух-трех лет).

---

<sup>3</sup> Подробное описание работы реабилитационного центра см. ниже.

Приведем некоторые примеры<sup>4</sup>.

У **Давида**, 7 лет, согласно записи в медицинской карте, наблюдались *острая психическая реакция, астено-невротический синдром*. Ребенок был на нескольких занятиях в школе, но в дальнейшем категорически отказался туда ходить. В период посещения школы учиться не мог: озирался на малейшие звуки, вздрагивал, начинал плакать из-за любого пустяка. В итоге от посещения школы отказался. Мама отмечает у ребенка повышенную нервозность, беспокойство, нарушение сна. В ответ на предложение продолжить обучение в школе Давид сказал маме: «Потерпите, я же не могу сразу все забыть...». Запрещал говорить про школу, сам высказывался следующим образом: «Вы на войну меня повели, а не в школу...».

У **Амины**, шести с половиной лет, погибли отец и старший брат. Мать получила тяжелые ранения, долгое время находилась в критическом состоянии, лежала в больнице – сначала в Беслане, потом в Москве. Согласно записи в медицинской карте, у Амины наблюдались *посттравматическое стрессовое расстройство, депрессивное состояние*. Отмечались выраженные страхи, панические реакции, нарушения сна, отказ от еды. Девочка неоднократно посещалась психологами на дому и получала разнообразные виды психологической помощи. Затем она ходила в реабилитационный центр при поликлинике. Весь год Амина упорно отказывалась посещать школу и заниматься дома чем-либо, связанным с учебой. В настоящее время состояние девочки существенно улучшилось, однако по-прежнему имеются нарушения сна. Даже после летнего отдыха на курорте она все же отказалась в сентябре 2005г. ходить в школу, при этом продолжала посещать реабилитационный центр в поликлинике.

В качестве типичного примера неустойчивого психического состояния при положительной общей динамике приведем более подробную характеристику **Дианы**, 7 лет.

В заложниках оказалась вся семья Дианы. Погибла любимая бабушка. Папа выпрыгнул из окна, когда по распоряжению террористов выбрасывал тела расстрелянных мужчин, и какое-то время о нем ничего не было известно. Маму с младшей дочерью (полтора лет) вывели из осажденной школы на второй день, и Диана осталась там одна. В сентябре девочка регулярно приходила вместе с младшей сестренкой в реабилитационный центр при поликлинике. В тот период у Дианы отмечались острая невротическая реакция, нарушение сна и контактности, панический страх при малейшем изменении ситуации, симбиотическая связь с мамой. Так, например, после двух недель посещения Центра, когда девочки попривыкли к психологам и чувствовали себя довольно комфортно, мама с раз-

---

<sup>4</sup> Имена детей изменены.

решения сестренок ненадолго покинула их, чтобы отнести передачу родственнице-заложнице, которая лежала в больнице в том же самом здании. После ухода мамы девочки спокойно играли вдвоем около 5 минут, вдруг Диана схватила сестренку на руки, прижала ее крепко к себе, громко расплакалась и запричитала: «Мамочка, мамочка, где ты?!». Никакие уговоры и объяснения психолога, что мама рядом, вот-вот придет и прочее, не успокаивали ее. Малышка с недоумением смотрела на сестренку, а Диана продолжала еще крепче прижимать ее к себе, еще громче плача и причитая, в глазах у нее появился ужас. Она стала терять контроль над своими эмоциями, у нее началась паническая реакция. Пришлось вывести девочек в коридор и отправиться на поиски мамы, которая, к счастью, уже шла им навстречу. В дальнейшем с мамой договорились, что, даже получив от детей согласие, она пока не будет оставлять их одних. В течение года Диана не посещала школу, ходила с мамой к репетитору и проходила с ним программу первого класса. Со слов мамы, страх школы и невозможность находиться в большом скоплении детей отмечаются у дочери до сих пор, хотя уже к концу апреля 2005г. она стала спокойно оставаться без мамы в привычной для нее обстановке реабилитационного центра, играя с небольшим количеством детей (3-4).

### **Задачи психологической помощи**

Задачи психологической реабилитации детей и подростков, переживших тяжелую психическую травму, принципиально различаются в зависимости от момента ее осуществления – непосредственно после травмы и несколько месяцев спустя. На первом этапе реабилитационная работа в целом может быть охарактеризована как медико-психологическая, на втором – как психолого-педагогическая. Этим определяется и подбор специалистов, осуществляющих такую работу.

**Сразу после психотравмы** основной задачей психологической помощи пострадавшим детям и подросткам является *экспресс-коррекция острой симптоматики*, препятствующей нормальному функционированию ребенка:

- восстановление нормального сна и питания (что создает благоприятные условия для восстановления ЦНС);
- обеспечение нормального уровня общей активности и ее упорядочение;
- преодоление острых фобий, депрессивных состояний, острой тревоги, флэшбэк-эффектов;
- коррекция грубых нарушений общения.

Снятие этих симптомов способствует дальнейшей нормализации психологического состояния, активизирует использование ребенком имею-

щихся у него стратегий преодоления (coping strategies) и защитных механизмов психики. Подобные задачи типичны для краткосрочной психотерапии, которая, в отличие от ее продолжительных форм, направлена не на обеспечение глубоких личностных преобразований, а на «избавление от негативных переживаний, дискомфорта или депрессии» (Гарфилд, 2002, с.24). Согласно имеющимся данным, существенное повышение уровня субъективного благополучия вполне может быть достигнуто уже за один-два психотерапевтических сеанса (Howard et al., 1993). Преодоление или снижение эмоционального дискомфорта представлялось нам важным не только само по себе, но и как профилактическая мера, снижающая риск последующего развития посттравматического стрессового расстройства. Установлено, что при отсутствии специальной профилактической работы это расстройство в ряде случаев проявляется у 70% детей и подростков, переживших тяжелую психотравму (Nader et al., 1990).

Основной задачей работы с *отсроченными последствиями психотравмы* становится *восстановление нормального социального и внутрисемейного функционирования* детей. Важно обеспечить регулярное посещение школы (детского сада). Требуется специальная работа по преодолению нарушений общения с родителями и сиблингами (братьями/сестрами), возникших вследствие психотравмы. Для восстановления нормального состояния и функционирования детей необходима специальная работа с ближайшим окружением ребенка – в первую очередь, с родителями и педагогами.

### **Организация коррекционной работы**

Психокоррекционная работа с пострадавшими была начата нами на добровольных началах через десять дней после освобождения заложников. В предшествующий период психологическая помощь пострадавшим оказывалась сотрудниками лаборатории детского и подросткового возраста ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского под руководством доктора психологических наук Е.Г.Дозорцевой. Как уже отмечалось, в период нашей работы ситуация в городе определялась массовым горем, всеобщим трауром, непрекращающимися похоронами, еженедельными поминальными обрядами. В противовес этому, организуя психологическую реабилитацию детей, мы задались целью создать игровую комнату, которая стала бы островком *нормальной детской жизни* и помогала преодолеть погруженность детей и родителей в тягостные воспоминания, захваченность трагическими переживаниями.

Работа проводилась на базе поликлиники при Центральной клинической больнице г. Беслана. В первые же дни работы по нашей инициати-



ве был организован Центр психологической реабилитации детей и подростков. Для этой цели администрация больницы предоставила зал лечебной физкультуры и небольшую дополнительную комнату (ординаторскую кардиохирургов). Оснащая Центр, мы старались создать отдельные зоны, каждая из которых была бы снабжена оборудованием и материалами, необходимыми для определенного вида деятельности:

- зона *сюжетно-ролевой игры* («кукольный домик» с куклами, игрушечной мебелью и посудой; «гараж» с разнообразными машинами и техникой; наборы «парикмахерская», «магазин», «больница»; мягкие игрушки);
- зона *конструктивной деятельности* (наборы самоделок, строительного материала и «конструкторов» разного типа);
- зона *спортивных занятий* (тренажеры; шведская стенка; матрасы, использовавшиеся в качестве матов; сухой бассейн; мячи, хула-хупы; пружинный матрас, использовавшийся как батут);
- зона *отреагирования агрессии* (боксерская груша и перчатки; надувные мечи, молотки и дубины);
- зона *художественной деятельности* (краски, кисти, вода, карандаши, пастель, пластилин, белая и цветная бумага);
- зона *игр с водой* (таз с водой, плавающие игрушки, черпаки);
- зона *релаксации* (искусственный аквариум; музыкальный центр; матрасы, коврики, подушки; мелкие «магические» аксессуары – слоники, колокольчики, «уловители снов» и т.п.).

Пространство было организовано таким образом, чтобы наполняющие его предметы сами побуждали детей к соответствующей активности. Игрушки и материалы были не спрятаны в шкафах, а развешаны на стенах, разложены на полу, как бы оставленные посередине уже начатой деятельности.

Время пребывания каждого ребенка в Центре составляло около двух часов в день. Некоторые родители по рекомендации психолога, а также по настоянию самих детей приводили их в Центр практически на весь день, а иногда два раза в день. Одни дети посещали Центр ежедневно, другие – всего один или два раза в неделю. За день через Центр проходили от 20 до 40 детей. Одновременно в нем обычно находилось 8-20 детей разного возраста (начиная с раннего детского и кончая подростковым). В течение сентября Центр работал ежедневно с 9:00 утра до 20:00 вечера. После этого наступало время *выездов на дом* к детям, находившимся в особо тяжелом психологическом состоянии (согласно информации, полученной от участковых врачей, а также по запросам, поступившим по телефонной «горячей линии»).

Организовав Центр, мы получили возможность охватить коррекционной работой большое количество детей и подростков при существенном недостатке персонала. Центр позволял также осуществлять эффективный мониторинг состояния детей и родителей, отслеживая его динамику как в течение дня, так и ото дня ко дню.

Глубина расстройств у многих детей была такова, что чисто психологических средств оказывалось недостаточно. Поэтому было важно, что наша работа проводилась в поликлинике, *в тесном контакте с детскими психиатрами*. При необходимости мы приглашали их в игровую комнату, чтобы они могли понаблюдать за детьми, оценить тяжесть расстройств и в случае надобности предложить родителям лечение. В некоторых случаях мы предварительно обсуждали состояние ребенка с врачами и затем приводили семью на прием. Это обеспечивало возможность гибкого сочетания психокоррекционных и медикаментозных воздействий.

В работе нам помогали *местные психологи-волонтеры*, однако в первоначальный период их помощь была нерегулярной и мало эффективной. Они нуждались в постоянной поддержке и рекомендациях, боялись работать самостоятельно и не имели достаточной для этого квалификации. В основном, работать нам приходилось вдвоем, причем параллельно с психокоррекционной работой проводились обучающие семинары для ассистировавших нам местных психологов. Это позволило им после нашего отъезда из Беслана в октябре 2004г. продолжить работу в Центре самостоятельно (под нашей супервизией). В дальнейшем для них было организовано несколько дополнительных краткосрочных курсов повышения квалификации. В настоящее время четыре местных психолога, работающих в Центре, взяты в штат поликлиники. Супервизия их деятельности осуществляется как дистантно (по телефону раз в неделю), так и непосредственно – в периоды наших командировок в Беслан (в среднем один раз в полтора месяца)<sup>5</sup>.

На последующих этапах работы был реализован ряд специализированных проектов, направленных на восстановление социального, школьного и внутрисемейного функционирования детей разного возраста. Каждый из этих проектов был ориентирован на решение проблемы, специфичной для той или иной категории пострадавших.

Значительную часть детей, проходивших реабилитацию в Центре при поликлинике, составляли первоклассники, не готовые к посещению массовой школы. Для них в апреле 2005г. по нашей инициативе была создана игровая комната в школе – детском саду «Радуга» (руководитель програм-

---

<sup>5</sup> В настоящее время проект поддержан британской благотворительной организацией Charities Aid Foundation (грант BL003).

мы – доктор психологических наук Г.А.Цукерман). В игровой комнате работают психологи и социальный педагог. «Радуга» призвана способствовать школьной и социальной адаптации первоклассников – жертв террористического акта.

Спустя полгода после трагедии под руководством А.А.Тагиева и В.А.Морозова началась программа социально-психологической реабилитации подростков «Новое Завтра». В феврале-марте 2005г. одновременно по всем средним учебным заведениям Беслана прошел ее первый этап, организованный в форме группового тренинга в реабилитационно-диагностическом санатории «Тамиск». Цель тренинга – преодоление нарушений в общении (в первую очередь, между подростками-заложниками и не-заложниками), на восстановление жизненных перспектив и социальной активности.

В июле 2005г. под руководством Е.И.Морозовой и Е.Г.Дозорцевой была осуществлена выездная программа семейной реабилитации жертв теракта «Каникулы для детей Беслана»<sup>6</sup>. Задачи программы заключались в улучшении эмоционального состояния и самоощущения участников, преодолении дисфункциональных взаимоотношений детей и взрослых, восстановлении внутрисемейных отношений.

### **Формы работы**

Наш опыт показал, что при коррекции психической травмы, в отличие от других видов терапевтической работы с ребенком, диагностику не требуется выделять в самостоятельный этап. Это объясняется особой яркостью и самоочевидностью симптоматики, на которую нацелена терапия, а также необходимостью экстренной помощи. Оценка состояния ребенка осуществлялась на основе наблюдений, беседы, жалоб родителей, анализа реакций на психокоррекционные воздействия и т.п. Только в отдельных случаях нами использовались специальные диагностические приемы (в частности, ребенку могли быть предложены некоторые рисуночные пробы).

С младшими детьми психокоррекционная работа проводилась, преимущественно, с использованием методов *игровой терапии*, со старшими – *арттерапии*. Психокоррекционные воздействия ненавязчиво включались в свободную игру и свободную художественную деятельность. Они проводились как в индивидуальной форме, так и с небольшими, как правило, разновозрастными группами детей. В рамках одного и того же занятия разным детям предлагались разные роли, что позволяло обеспе-

<sup>6</sup> Программа осуществлялась при поддержке E.ON Energie и E.ON Ruhrgas (Германия).

чить высокую степень индивидуализации психокоррекционной работы. Старшим детям (подросткам) нередко предлагалась роль «помощника руководителя».

Каждое занятие строилось по принципу «волны»: сначала происходило постепенное включение детей в деятельность, ее интенсивность повышалась, доходила до некоторого максимума, определявшегося психологическим состоянием детей, а затем снижалась. Занятие заканчивалось спокойной деятельностью (например, рисованием) или сеансом релаксации.

Перед уходом домой каждый ребенок получал в подарок игрушку, которая служила напоминанием о деятельности в Центре и тем самым способствовала закреплению результатов психокоррекции. Дети получали также материалы для художественной деятельности; им давались «домашние задания» (на выполнении которых мы, однако, отнюдь не настаивали): нарисовать и принести рисунок, сделать и принести какую-нибудь поделку. Многие из них, действительно, охотно приносили свои рисунки и поделки, которые вывешивались на стенах Центра и в коридоре поликлиники, так же как и рисунки, выполненные в процессе психокоррекционных занятий. Эта импровизированная выставка способствовала улучшению эмоционального состояния детей, родителей, других пациентов поликлиники и работающего там медперсонала.

В работе с детьми нами практически не использовались вербальные методы. В работе с подростками они использовались, но в малой степени. Мы постоянно демонстрировали готовность выслушать рассказ ребенка (подростка) о его пребывании в качестве заложника, но никогда не стимулировали актуализацию травмирующих переживаний, если сам ребенок не хотел о них рассказывать. Это было вызвано опасением нарушить работу защитных механизмов психики и тем самым усилить патогенное воздействие психотравмы (Венгер, Морозова, 2003). Как справедливо отмечают Дж.Кори и др., «...нападать на защитные системы без понимания их важности для поддержания баланса – значит подвергать клиентов риску психологического ущерба» (Кори, Колланэн, Рассел, 2001, с.17).

Важная составляющая нашей работы – *вовлечение в терапию родителей*, восстановление их нормального общения с ребенком. С ними проводилась также индивидуальная психотерапия, обеспечивалось их общение друг с другом, взаимоподдержка. Большой психотерапевтический эффект имело и наблюдение родителями за улучшением состояния их детей. Однако приходилось считать с тем, что детский смех, веселье могли быть восприняты взрослыми как нарушение традиции горевания, своего рода «пир во время чумы». Чтобы избежать этого, мы подчеркивали *медицинский* характер нашей работы. Это сочувственно принималось

родителями, поскольку они достаточно хорошо понимали, что состояние детей далеко выходит за рамки нормальной реакции горя и требует психологической коррекции.

### **Ознакомление ребенка с новой обстановкой**

Ребенка, впервые пришедшего в Центр, сначала *знакомили с помещением*. Ласково обняв за плечи, психолог подводил его к искусственному аквариуму (зона релаксации) и показывал, как плывут рыбки: «Видишь, красивые рыбки плывут все вместе, в одну сторону...» Постояв у аквариума, психолог подводил ребенка к следующей зоне: «Тут у нас гараж. Здесь много разных машин... А тут – куклы и все, что нужно, чтобы с ними играть: посуда, мебель. Еще можно играть в парикмахерскую, или в магазин, или в больницу».

Подведя ребенка к спортивной зоне, психолог объяснял: «Тут ребята прыгают с лесенки в бассейн. Это очень весело. А вот тренажер. Те, кто на нем занимаются, становятся самыми сильными и смелыми. Они потом никого и ничего не боятся и даже могут прыгнуть в бассейн с самой верхней ступеньки».

Если ребенок опасался отойти от мамы, то мы просили ее (или другого родственника, приведшего ребенка в Центр) сопровождать нас. С особыми замкнутыми и заторможенными маленькими детьми психолог общался при посредстве куклы бибабо. Надев ее на руку, он от ее имени обращался к ребенку, что облегчало вхождение в контакт. Познакомив ребенка с помещением, психолог предлагал ему выбрать какое-нибудь занятие и на некоторое время оставлял его, предоставляя ему возможность освоиться в новой обстановке.

Некоторые наиболее апатичные дети отказывались осматривать Центр. Такой ребенок мог сесть на ковер у входа в «игровую» и долго сидеть, ничем не занимаясь. В этих случаях психолог подсаживался к нему, предлагая различные занятия: приносил бумагу и краски, подавал воздушный шарик и т.п. Все это делалось очень неторопливо и ненавязчиво.

Уже этот предварительный этап имел существенное психокоррекционное значение. Сама *адаптация в новом помещении*, заполненном детьми и взрослыми, способствовала преодолению проблем общения, фобий, возникших в результате психотравмы. В частности, для десенсибилизации оказалось полезным наличие в Центре шведской стенки, напоминавшей детям о спортивном зале, где их держали в качестве заложников. Чтобы это напоминание не было слишком пугающим, мы украшали шведскую стенку воздушными шарами и игрушками, что подчеркивало ее безопасность и привлекательность.

## Восстановление физиологических функций и активности

*На первом этапе работы* особое внимание уделялось преодолению нарушений сна, что позволяло обеспечить благоприятные условия для восстановления нервной системы. Восстановлению сна способствовали различные формы релаксации и контроля за ритмом дыхания. Одним из вариантов такого контроля является задание на подстройку дыхания к ритму, непосредственно задаваемому психологом (психолог неторопливо считает, а ребенок делает вдох на каждый счет). Можно задавать ритм, взяв ручки ребенка в свои и медленно, равномерно поднимая (вдох) и опуская их (выдох), подобно тому, как это делается при искусственном дыхании, но не так резко. Еще один вариант контроля – сосредоточение внимания ребенка на дыхании («Прислушайся к тому, как ты дышишь, но не старайся ничего делать со своим дыханием, не старайся управлять им»). Благодаря этому дыхание становится ровнее и глубже.

Мы проводили подобные занятия с детьми сами, а также обучали этим простым техникам родителей. Они способствовали не только восстановлению нормального сна, но и снижению общей напряженности, помогли преодолеть состояние острой тревоги, типичное для человека, пережившего тяжелую психотравму.

Еще одна важнейшая задача первого этапа работы – восстановление общего уровня активности. Формы, в которых оно проводилось, зависели от степени исходной заторможенности ребенка. Так, при особо выраженной пассивности психолог предлагал различные простые задания на выбор: рисование, собирание паззлов или простейшей модели из конструктора, игру в куклы и т.п. Он сам активно участвовал в деятельности, поощряя малейшие проявления детской инициативы. В случае отказа ребенка от всех этих видов деятельности психолог начинал сам играть или рисовать на глазах у ребенка, периодически побуждая его принять в этом участие. Приведем пример подобной работы с Ингой, 8 лет.

**Инга** была в числе заложников в бесланской школе. У нее на глазах погибли старшие брат и сестра. На момент обращения (спустя 12 дней после освобождения) наблюдались ярко выраженные признаки депрессивного состояния: глубокая общая заторможенность, маскообразное лицо, тотальный мутизм (полный отказ от использования речи). В ответ на все предложения психолога Инга только отрицательно качала головой. Психолог на некоторое время оставила ее в одиночестве, чтобы девочка привыкла к обстановке. Затем ей снова были предложены бумага и различные материалы для рисования. На этот раз она молча согласилась рисовать и исчеркала весь лист красным и оранжевым фломастерами. После этого психолог дала ей воздушный шарик и предложила нарисовать что-

нибудь на нем. Инга нарисовала на шарике лицо, затем по собственной инициативе взяла еще несколько шариков и на них тоже нарисовала устращающие лица. Психолог предложила ей сделать с шариками, что она захочет. Инга взяла один из шариков с нарисованным лицом и проткнула его острым концом карандаша. Затем она так же проткнула все остальные шарики, кроме последнего. Последний она вместе с карандашом передала психологу, жестом попросив ее проткнуть и этот шарик. Когда психолог выполнила ее молчаливую просьбу, Инга сказала: «Хорошо, что ты его убила». После этого она начала периодически использовать в общении отдельные слова. Далее она приняла активное участие в уборке и украшении игровой комнаты, помогла развесить на стенах рисунки и воздушные шарики, разложить на ковре и на подоконниках игрушки и т.п. Для украшения комнаты она согласилась нарисовать еще один рисунок. В отличие от первого, он оказался сюжетным: Инга нарисовала красками на большом листе бумаги дерево, траву и солнце.

При менее выраженной заторможенности ребенка мы стимулировали его двигательную активность, побуждая его упражняться на тренажере, лазить по шведской стенке, прыгать с нее в сухой бассейн, заполненный мягкими игрушками. Детям, у которых исходный уровень активности был глубоко снижен, но в ходе коррекционной работы уже начал восстанавливаться, предлагались те же занятия.

Количество правил и ограничений на этом этапе было минимальным: запрещалось драться, обижать других детей, бросать игрушками и другими вещами друг в друга и в окно. Какие-либо специфические психотерапевтические или психокоррекционные техники использовались мало. В основном организовывались свободная игра, двигательная и художественная активность.

Мы старались организовать какую-либо *совместную деятельность* детей, хотя бы на уровне так называемой «игры рядом». Хотя в норме такое общение типично для раннего (приблизительно двухлетнего) возраста, при выраженной психотравме оно нередко является единственной доступной формой коммуникации и для значительно более взрослых детей, вплоть до подросткового возраста.

Большую роль в восстановлении общей активности играла *арт-терапия*. Дети рисовали гуашью на листе обоев, расстеленном на полу. Иногда на начальном этапе ребенок охотнее соглашался рисовать губкой, смоченной в краске (прием «примакивания»). Использовались также краски для рисования руками. Поначалу рисование, как и другие виды деятельности, организовывалось по принципу «игры рядом»: каждый из детей рисовал что-то свое на своем участке обоев. Увидев, что у детей появи-

лась готовность к более содержательному общению, психолог начинал задавать какой-либо общий сюжет, и дети распределяли между собой работу по его воплощению. В дальнейшем придумывание сюжетов тоже начинало осуществляться коллективно самими детьми.

### **Упорядочение активности и отреагирование агрессии**

Восстановление активности служило эффективным средством преодоления детской депрессии. Вместе с тем, оно нередко сопровождалось актуализацией симптоматики, которую ранее не удавалось выявить именно вследствие общей заторможенности ребенка. Наблюдались *хаотические, мало целенаправленные действия, деструктивные и агрессивные проявления*. У большинства детей, уровень активности которых на момент обращения не был снижен, подобное поведение отмечалось сразу.

В связи с этим, *на втором этапе работы* центральное место занимало *структурирование и упорядочивание активности ребенка*. Этой цели служило постепенное увеличение количества правил и ограничений (например: «поиграл – убери за собой игрушки; только после этого можно переходить к другому занятию»). С одними детьми переход к этому этапу совершался уже к середине первого сеанса, с другими – на втором, третьем или четвертом сеансе. Детям, состояние которых исходно характеризовалось высокой активностью, правила и ограничения задавались уже с самого начала психокоррекционной работы.

Значительное место уделялось *отреагированию агрессии*. Детям предлагались такие занятия как:

- фехтование надувными мечами и дубинками;
- удары по боксерской груше или по картонной коробке;
- прокалывание воздушных шариков;
- игры со «страшилками» и с игрушками, изображающими агрессивных персонажей (волк, крокодил, баба-яга);
- марширование, топанье ногами;
- создание рисунков с агрессивным содержанием;
- разрывание бумаги или картона и т.п.

Эта работа проводилась, по возможности, в отдельном помещении. Мы тщательно следили за тем, чтобы *агрессия не направлялась непосредственно на другого человека*. Так, даже при фехтовании разрешалось ударять мечом только по другому мечу, но не по человеку. Обычно отреагирование агрессии сопровождалось громкими звуками, что было полезно также для преодоления *акузофобии* (боязни громких звуков), имевшейся у большинства детей. Каждое занятие по отреагированию агрессии за-



вершалось *сеансом релаксации* (уставшие «походники» или «солдаты» ложились на отдых).

Проиллюстрируем прохождение разных этапов психокоррекции на примере работы с Дамиром, 7 лет.

Параллельно с занятиями в Центре **Дамир** проходил в поликлинике амбулаторное лечение по поводу осколочного ранения в живот. Наряду со стрессом, испытанным во время пребывания в качестве заложника, ранение было одной из причин его подавленного настроения и глубокой пассивности. Во время первого визита Дамир отказывался от общения с другими детьми и с психологом. Наиболее характерными особенностями его действий были стереотипия и стремление к упорядочению пространства. Когда он находился в игровой, туда принесли коробки с разноцветными плюшевыми зайцами, присланными бесланским детям в рамках гуманитарной помощи. Зайцы разных цветов лежали вперемежку. Дамир, по собственной инициативе, стал их разбирать. Он доставал из коробки очередного зайца и неторопливо относил его в противоположный конец игровой. Через полчаса все зайцы оказались сгруппированы по цвету: ряд зеленых зайцев, ряд фиолетовых, ряд голубых... Психолог использовал это для налаживания первых, пока еще поверхностных контактов Дамира с детьми. Когда группа других детей разыгрывала импровизированный кукольный спектакль, зайцы изображали зрителей. Дамир, по предложению психолога, усадил их так, чтобы им было удобнее «смотреть спектакль».

На следующем занятии Дамир был уже более активен. Он вместе с другими детьми украшал «игровую», несколько раз ненадолго присоединялся к коллективным играм. Однако в целом его деятельность стала хаотичной и мало упорядоченной, что разительно отличалось от его поведения во время первого визита. Новый уровень активности был достигнут на третьем занятии, когда психолог организовал «шумовой оркестр»: трое детей, включая Дамира, стучали полыми пластмассовыми булавками по пустым коробкам, производя невероятный шум. В связи с ярко проявившимися агрессивными импульсами мальчику были предложены также другие виды занятий по отреагированию агрессии. Несколько раз он сам просил отвести его в предназначенную для этого комнату. В этот период у Дамира очень интересно проявлялся внутренний конфликт между его эстетическими чувствами и невротической агрессией. Агрессивные импульсы побуждали его прокалывать воздушные шары, эстетические чувства – использовать их для украшения помещения. В итоге он, взяв в руки очередной шарик, лишь после долгих колебаний решался сделать с ним что-либо (иногда – проколоть, иногда – повесить на стену).

На последующих занятиях активность Дамира приобрела вполне упорядоченный характер. Ему по-прежнему была свойственна некоторая ригидность, но исчезла та ярко выраженная стереотипность, которая проявилась на первом занятии. Дамир стал содержательно общаться с другими детьми. Он по собственной инициативе стал привлекать к совместной деятельности детей, впервые приходящих в Центр, объяснял им правила поведения в игровой (запрет на драки и на выбрасывание игрушек из окна). Дамир готовил каждому уходящему домой ребенку наборы подарков (игрушки, альбомы, краски).

На этом этапе работы, как и на предыдущем, широко применялись различные формы *арт-терапии*. Предпочтение отдавалось заданиям, требующим выполнения определенных правил. Например, практиковалось групповое рисование с передачей кисточки по кругу: каждый участник группы набирал краску, рисовал до тех пор, пока краска на кисточке не кончится, затем мыл кисточку и передавал ее следующему участнику<sup>7</sup>.

### **Программа социально-психологической реабилитации подростков**

Как уже отмечалось, в результате теракта в Беслане психологическую травму получили не только заложники. Травмированным оказался практически весь город. Как одно из последствий этого, у бесланских подростков резко нарушился процесс становления личности, оказались утеряны жизненные перспективы и планы. Типичной для старшеклассников Беслана стала пассивная жизненная позиция, широко распространились рентные установки. Бесланское общество оказалось разделено на заложников и «не пострадавших». Между этими группами населения существует серьезная напряженность. На преодоление этих проблем направлена программа работы с подростками «Новое Завтра». Ее цели:

- возвращение бесланским подросткам ощущения мирной жизни;
- преодоление пассивности и рентной установки;
- пробуждение у подростков социальной активности, направленной на благоустройство жизни в городе;
- преодоление разобщенности подростков.

Целевой группой программы являются не только прямые жертвы теракта, а *все старшеклассники города*.

На *предварительном этапе* работы была подготовлена команда тренеров – ведущих программы. Она состояла из шести московских и четырех бесланских специалистов (в том числе – сотрудников Центра психо-

---

<sup>7</sup> Задание разработано Ю.А.Полуяновым.

логической реабилитации детей и подростков). Подготовка проходила в форме тренингов и обсуждений на базе бесланского Центра и московского Института гармоничного развития и адаптации.

В феврале-марте 2005г. был реализован *первый этап* программы: в горах, в 40 км от Беслана, проводилась *серия тренинговых марафонов*. Они были направлены на создание пространства, способствующего социальной самореализации подростков и молодежи. Всего за время первого этапа прошло четыре трехдневных потока, в каждом из которых участвовало по 60-70 человек. В общей сложности в тренингах приняли участие более 260 учащихся старших классов из всех средних учебных заведений Беслана (семь школ и профессиональное училище № 8).

В процессе работы поток распределялся на четыре подгруппы так, чтобы в каждой из них были представлены учащиеся из разных учебных заведений. Благодаря этому в ходе тренинга устанавливались взаимоотношения в межшкольных группах. Занятия проводились двойками тренеров из Москвы и Северной Осетии, под руководством ведущего тренера А.Тагиева.

Ключевым словом первого дня программы было «*взаимодействие*»: ребята постигали умение работать вместе. *Результат* группового взаимодействия был следующей ступенью занятий: подростки готовили «новости Беслана из 2015 года», строили планы собственной жизни, картины будущего своего города. В итоге старшеклассники-участники программы предложили ряд социальных проектов, направленных на разрешение проблем, беспокоящих молодежь города. Например, были выдвинуты проекты проведения марафона здоровья, озеленения своими силами городского парка и т.п. Для каждого проекта был разработан конкретный план действий по его воплощению.

С наиболее активными участниками был проведен специальный дополнительный семинар-тренинг, направленный на подготовку их к работе с дошкольниками и младшими школьниками в качестве волонтеров.

Для оценки результатов тренингов использовались: включенное наблюдение; письменные отзывы участников программы; беседы с родителями, педагогами и школьными психологами. Кроме того, показательна была степень вовлеченности участников (на фоне остальных учащихся) в последующие проекты программы, а также в другие социально-психологические проекты, проводившиеся в Беслане.

В письменных отзывах участники должны были описать свои ощущения и состояние до тренинга, в ходе тренинга и после него. Большинство участников, вспоминая свое состояние «до», отмечали скуку, эмоциональную пустоту, сложности в общении. Ощущения во время марафона

характеризовались как «увлекательно», «весело», «содержательно», «полезно», «дружелюбно»; во многих отзывах отмечалось появление новых возможностей общения, умения справляться со своими эмоциональными состояниями и трудностями, повышение уверенности в себе.

После проведения первого этапа программы был отобран один из социальных проектов, разработанных школьниками во время тренинга. Он предусматривал проведение в центральном городском парке массового праздника, посвященного Дню защиты детей. Реализация этого проекта стала *вторым этапом* программы. Праздник прошел в городском Детском парке Беслана. За время праздника в парке побывало около 1000 взрослых и детей, которых принимали волонтеры-участники программы «Новое Завтра». Авторство, разработка, планирование и подготовка (дизайн, расклейка афиш, приглашение людей на участие) проводились самими подростками. Они также вели праздник: игры, конкурсы, занятия с детьми. В подготовке этого мероприятия приняло активное участие 50 выпускников первого этапа программы, в его проведении – более 100.

Таким образом, социальная инициатива и активность подростков, пробужденная проведенным тренингом, нашла свою практическую реализацию. В настоящее время участники программы «Новое Завтра» активно и успешно работают в качестве волонтеров с дошкольниками и младшими школьниками в Центре психологической реабилитации детей и подростков, участвуют в других проектах.

### **Работа с семьей**

Для восстановления нормального психологического состояния ребенка после пережитой психотравмы большое значение имеет психокоррекционная работа с семьей в целом (Юл, Уильямс, 2001; Allen, Bloom, 1994). В результате травмы *нарушаются нормальные детско-родительские связи*, возникают симбиотические либо вынужденно дистанцированные отношения между ребенком и родителями. Эти два вида нарушений внутрисемейного общения нередко сочетаются друг с другом: в бытовом отношении наблюдается симбиотическая связь, в то время как эмоциональные контакты существенно ослаблены. При появлении дисфункциональных форм детского поведения родители ощущают свою некомпетентность и беспомощность и невольно способствуют закреплению у ребенка негативных поведенческих стереотипов.

Если психическую травму пережили и родители, и ребенок (что типично для массовых катастроф), то *темпы восстановления их психологического состояния существенно различаются*. Обычно дети быстрее возвращаются к нормальному эмоциональному уровню благодаря большей

психической гибкости и адаптивным возможностям. Состояние родителей изменяется медленнее и препятствует нормализации психического развития детей. Несмотря на то, что родители озабочены оказанием помощи своим детям, недостаточная критичность к собственному психологическому состоянию нередко заставляет их самих избегать психологической помощи. В связи с этим специальное внимание обращалось на то, чтобы привлечь родителей к работе над собственными психологическими проблемами и трудностями.

Особенно важна работа с семьями в тех случаях, когда *структура семьи нарушается вследствие гибели отца или матери*. При этом резко нарушаются внутрисемейные связи, функции умершего родителя не переходят к оставшемуся в живых. Наиболее тяжелой категорией являются мужчины-вдовцы, воспитывающие маленьких детей. Проявление каждодневной заботы о ребенке – непривычная для них функция. Их эмоциональное состояние может надолго оставаться очень тяжелым. Это усугубляется широко распространенным представлением о том, что обращение за психологической помощью унижительно для мужчины и свидетельствует о непростительной слабости. Часто большую нагрузку берут на себя прародители, которые, однако, не всегда физически способны к выполнению этой роли и также испытывают психическую травму.

Кратко опишем наш опыт организации *двухнедельной выездной программы семейной реабилитации «Каникулы для детей Беслана»*. Реабилитационная работа проводилась в Германии через 9 месяцев после теракта, *в период летних школьных каникул*. В программу были включены дети, посещавшие Центр при поликлинике, со своими семьями. В реализации программы участвовали:

- московские психологи, работавшие в Беслане с сентября 2004г.;
- бесланские психологи – сотрудники Центра психологической реабилитации;
- десять старшеклассников-волонтеров, учащихся бесланских школ, прошедших предварительную подготовку в рамках описанной выше программы «Новое Завтра» (некоторые из этих подростков сами были заложниками).

Бесланские специалисты и старшеклассники не только участвовали в психологической реабилитации семей заложников, но в процессе этого и сами проходили необходимую им психологическую реабилитацию. Она включала элементы групповых тренингов, игровые методики, групповые и индивидуальные консультации. В качестве основы тренингов использовалась адаптированная под задачи работы программа «Дискавери» (ав-

тор Джин Беруби). Главный акцент в этой программе делается на раскрытии потенциала личности. Оно достигается посредством преодоления ряда препятствий, физических и психологических трудностей, благодаря помощи и поддержке других (ведущего и группы в целом).

**Старшеклассники** работали с детьми, опекали их, способствовали созданию чувства защищенности, поддержки, эмоционального тепла. Они вовлекали их в спортивную, игровую, творческую деятельность. В ходе программы подростки многое увидели, получили массу положительных и ярких впечатлений, общались с новыми людьми, попробовали себя в новой деятельности и новом качестве. У них появилось несколько иное восприятие мира и детей-заложников, с которыми велась работа. Некоторые отмечали новое ощущение своих возможностей и самих себя: «Мне было важно, что я не растерялась и защитила Ирришку в трудной ситуации, при сложном спуске с горы на санях». Один из подростков признался, что в Беслане он боялся подходить к детям-заложникам и общаться с ними, так как ему казалось, что «душа у детей умерла в школе». После успешной работы он понял, что «они такие же дети и, оказывается, умеют смеяться и радоваться...».

**Семьи заложников** в течение нескольких месяцев проходили предварительную подготовку с использованием методов индивидуальной и групповой психотерапии. Необходимость такой подготовки определялась высоким уровнем психической травматизации семей. К сожалению, несмотря на длительную подготовку, к участию в программе не удалось привлечь ни одной семьи, в которой погиб кто-либо из родителей. Психологическое состояние овдовевших родителей было настолько тяжелым, что они не смогли выехать на реабилитацию за пределы Беслана. Некоторые из них, уже дав согласие на участие в программе, все же не смогли преодолеть свои страхи и тревоги и в последний момент отказались от поездки.

Первоначально (сразу после теракта) коррекционная работа проводилась с детьми в присутствии родителей. Уже на этом этапе можно было отметить некоторую положительную динамику в настроении родителей, рост мотивации к получению психологической помощи. Наблюдая за своими детьми и видя, как улучшается их психическое состояние, родители настраивались на продолжение занятий. Постепенно все у большего их числа формировался внутренний запрос на дальнейшее консультирование по поводу детских проблем. Это способствовало изменениям и собственному внутреннему состоянию родителей. Они начинали позволять себе первые положительные эмоции при виде играющих и радующихся детей, что позитивно влияло на них самих и активизировало их в воспитательном и социальном плане.

Перед началом реабилитационной программы с родителями были проведены встречи, во время которых им разъяснялись *цели* этой программы. Был заключен *контракт*, определявший необходимость и правила их *участия в групповой работе*. Значимость ее объяснялась, прежде всего, интересами детей, но также и важностью этой работы для самих родителей. И все же были нередки случаи, когда родители плакали при упоминании о пережитых событиях, отказывались от активного участия в терапевтическом процессе, объясняя свой отказ болезненностью возвращения к воспоминаниям или отсутствием надобности в подобной работе. Заключение контракта с родителями служило важным условием, которое задавало извне необходимость их участия в психотерапевтической группе.

Хотя симптомы психологического неблагополучия у родителей к моменту начала выездной программы несколько сгладились, их состояние все еще было весьма неустойчивым. У многих присутствовали признаки депрессии. Почти все по-прежнему испытывали трудности в общении с собственными детьми. Многие считали, что могут «заразить» детей своими негативными переживаниями, и боялись контактов с ними. У ряда родителей наблюдалось ярко выраженное *чувство вины* (особенно у матерей, которые потеряли других детей). Поведение и состояние родителей продолжало определяться нормативными *ожиданиями окружающих*, традициями траура. Вместе с тем, сами родители, тем не менее, не всегда могли критично оценить степень выраженности своих психологических проблем. И хотя ко времени начала выездной программы дети находились в значительно лучшей эмоциональной форме, чем родители, состояние последних тормозило активность и дальнейшее восстановление детей. Повышенная тревожность и опасения родителей распространялись и на ребенка, что препятствовало его освобождению от собственных страхов.

Учитывая все это, в начале выездной программы мы довольствовались тем, что родители просто пассивно наблюдали за тем, как с детьми занимались психологи и подростки-волонтеры. Сами родители при этом слабо общались со своими детьми, уделяли им мало внимания и, похоже, были даже рады, что заботу о них взяли на себя другие. В групповой работе они поначалу также были пассивны, а в ряде случаев даже оказывали сопротивление ведущим. Но мы были рады и тому, что они не отказывались от участия в мероприятиях и прогулках.

По мере улучшения состояния родителей и некоторого роста их активности у них возникали запросы на удовлетворение индивидуальных потребностей, не связанных непосредственно с реабилитационной программой. Так, в середине цикла серьезную организационную проблему стало

представлять желание родителей совершать покупки в магазинах или получать незапланированные медицинские услуги. Удовлетворить и насытить все новые возникающие запросы оказалось невозможно. Оценивая ретроспективно опыт программы, можно рекомендовать предусмотреть вопросы такого рода при составлении контрактов с участниками и придерживаться четкого выполнения установленных правил в дальнейшем.

В ходе программы произошло структурирование группы. Один родитель почти не участвовал в групповой работе, что иногда представляло серьезную проблему. Наиболее активные члены группы стали деятельно помогать ведущим в организационном плане и выступать в качестве носителей оценок («совесть группы»). Некоторые родители постоянно и с большим желанием помогали в организации деятельности детей, готовили с ними праздники и встречи.

Постепенно родители все заметнее возвращались к жизни, становясь более активными, эмоциональными, оживленными и с большей охотой участвуя в общих мероприятиях. Групповые занятия обычно завершались тем, что каждая группа представляла остальным свои впечатления и переживания за день. Именно эти моменты обеспечили пробуждение творческой активности родителей. Вначале они выполняли задания только ради детей, но впоследствии сами стали радоваться этой деятельности, получать от нее удовольствие. Когда взрослые показывали детям сценки, пантомимы, зарисовки, они оживлялись, радовались и вместе с детьми заново проживали события дня.

Во второй половине программы родители смогли более активно включиться в совместную творческую деятельность с детьми («послание детям», построение общего «семейного дома»). Общение с детьми, их поддержка, совместное переживание новых впечатлений и событий программы меняло самовосприятие родителей, они проживали родительские роли в позитивном ключе, отношения с детьми становились более теплыми и близкими. Совместная творческая деятельность, опыт общения с природой, восприятия иной культуры, других людей, – все это способствовало тому, что у родителей появлялась новая жизненная перспектива. Они начали чаще обращаться за советом к психологам, охотнее брали на себя родительскую роль, высказывали просьбы организовать семинар, посвященный тому, как воспитывать детей, переживших трагические события.

\* \* \*

За время работы Центра при поликлинике г. Беслана первичную психологическую реабилитацию в нем прошли несколько сотен детей и подростков. Более 300 из них регулярно посещали Центр в течение нескольких месяцев, многие продолжают посещать его до сих пор.



Периодическое наблюдение за детьми, результаты их деятельности (в частности, рисунки) и отзывы родителей свидетельствуют о том, что состояние подавляющего большинства детей, с которыми проводилась психокоррекция, существенно улучшилось. У ребят восстановились сон и аппетит. Повысилась и стала более упорядоченной активность, снизились проявления агрессии. Дети стали более открытыми, раскрепощенными, активными, творческими. Они, наконец, могли относительно спокойно обсуждать воспоминания, связанные с терактом, и приходиться к конструктивным выводам и обобщениям. В основном, были устранены детские рентные установки, условная желательность болезненных симптомов, закреплявшая дисфункциональные поведенческие формы. Общение с родителями приобрело новые краски. Дети стали более устремлены в будущее, некоторые из них захотели иметь новых братьев и сестер.

Во многом улучшилось психологическое состояние и родителей. Они усвоили новые модели конструктивного общения с детьми, повысили свою родительскую компетентность, начали с большим желанием и активностью выступать в своей родительской роли. В то же время многие взрослые пока не готовы решать свои индивидуальные проблемы с помощью психолога, хотя и нуждаются в этом. У родителей появилась мотивация для продолжения работы. Они осознали собственные возможности и творческий потенциал своих детей, в том числе их способность к преодолению негативных переживаний и возникающих трудностей. Родители попробовали себя в роли помогающих и ощутили способность помочь своему ребенку. К некоторым из них вернулось чувство перспективы и будущего. Семьи, участвовавшие в программе «Каникулы для детей Беслана», продолжают встречаться друг с другом и поддерживать друг друга.

Наконец, существенно изменилось психологическое состояние старшеклассников, участвовавших в программе «Новое Завтра». Повысилась их социальная активность, значительно уменьшилась разобщенность между разными группами подростков.

Вместе с тем, многие проблемы еще остались в силе. Отдельные дети, несмотря на проводившуюся с ними психокоррекционную работу, по-прежнему характеризуются возбудимостью, эмоциональной неустойчивостью, истощаемостью (хотя эти проявления несколько уменьшились). Некоторые дети и подростки вовсе не получали психологической помощи или получили ее в недостаточном для них объеме. Общая атмосфера в городе все еще далека от нормальной. Поэтому мы считаем, что в Беслане необходимо как продолжение проектов, описанных выше, так и организация новых программ, направленных на преодоление *отсроченных последствий психической травмы*, пережитой населением города.

## **Рекомендации по организации помощи пострадавшим детям и подросткам**

Психологическая реабилитация детей и подростков, перенесших тяжелую психотравму, требует длительного времени, измеряемого годами, а не неделями или месяцами. Поэтому важнейшим условием успешности этой работы является стабильная деятельность местных структур, обеспечивающих психологическую поддержку населения. *Создание и профессиональное обеспечение деятельности таких помогающих структур – необходимая составляющая работы профессионалов из других регионов с более развитой системой психологической помощи.*

Опыт работы с детьми и подростками, пострадавшими в результате террористических актов в Беслане и ранее – в московском театре «Норд-ост» (октябрь 2002г.), показал, что имеющиеся психологические службы и государственные структуры недостаточно успешно справляются с этой деятельностью. В результате нами были разработаны рекомендации по созданию и совершенствованию службы экстренной психологической помощи детям и подросткам (Морозова, Венгер, 2003):

1. Необходимо создание единого **психолого-психотерапевтического штаба**. Вероятно, штаб должен быть создан при МЧС. Состав штаба должен быть постоянным, назначенным специальным распоряжением. Психолого-психотерапевтический штаб должен работать в теснейшем и постоянном контакте с медицинским штабом (возможно, включаться в него как составная часть). Для оптимизации работы должны быть предусмотрены следующие позиции:

- *Руководитель* штаба – высококвалифицированный специалист (психолог или психотерапевт), занимающий одну из ведущих должностей и имеющий личные контакты с руководителями разного уровня и разных ведомств.

- *Заместитель-координатор*, который должен осуществлять сбор информации, координировать деятельность специалистов, снабжать их необходимыми номерами телефонов и т.п.

Штаб быстрого реагирования должен находиться в «свернутом» виде, а в случае необходимости моментально «развернуться» в полноценную рабочую структуру. В период чрезвычайной ситуации должна быть развернута подструктура центрального штаба по работе с детьми и подростками, а также их семьями.

2. Необходимо иметь **банк данных** об организациях, психологах, психотерапевтах, социальных работниках, волонтерах-неспециалистах, способных и готовых оказывать помощь в экстремальных ситуациях.

Помимо добровольных предложений своих услуг необходима какая-либо система экспертной оценки квалификации специалиста с указанием конкретной специализации (вид возможной помощи, взрослые/дети, имеющийся опыт и т.п.). Для оказания психологической и психотерапевтической помощи следует привлекать только профессионалов, имеющих опыт клинической работы.

3. В случаях, *когда работа должна проводиться в больнице*, первоначальную связь с заведующим отделением или дежурными врачами должен осуществлять *начальник штаба* или его помощник (действуя от его имени), но не секретарь и не сами специалисты. *Успешная первоначальная договоренность с врачами* служит одним из важнейших условий своевременного начала оказания психологической помощи. После того как установлена первоначальная связь с медицинским учреждением, специалисты, направленные в это учреждение, должны постоянно *согласовывать свои действия с заведующим отделением* или непосредственно с лечащим врачом. Должны согласовываться:

- время посещения;
- форма одежды (халат, сменная обувь и т.п.);
- длительность работы с каждым из больных (в зависимости от его соматического состояния);
- задачи и формы работы;
- желательность или нежелательность передачи информации о судьбе родных и близких, учитывая остроту состояния самого пациента.

В процессе работы важно после каждого посещения пациентов *обсуждать с врачом динамику их соматического и психологического состояния*, согласовывать совместную стратегию и уточнять дальнейшие задачи работы.

4. В дополнение к работе психологов необходима помощь ***социальных работников и социальных служб*** семьям пострадавших. В функцию социального работника должно входить поддержание связи с родственниками пострадавших, передача им сведений о состоянии и потребностях больных, информирование самих пострадавших о ситуации у них дома. Желательно снабжение специалистов мобильными телефонами, особенно на первом этапе, когда большинство пострадавших остро интересуется судьбой своих родных и близких.

5. Необходимо создать федеральный *Центр по подготовке и переподготовке специалистов* по работе с детьми и подростками, пострадавшими в чрезвычайных ситуациях. Для этого нужно провести предварительный отбор специалистов, желающих и способных работать с детьми

и подростками в экстремальных ситуациях. Такой центр должен также оказывать консультативную помощь специалистам, работающим с детьми и подростками в экстремальной ситуации в условиях лечебного учреждения.

6. Желательно создать постоянно действующий *Консультативный центр по оказанию психологической и психотерапевтической помощи семьям*, нуждающимся в поддержке во время чрезвычайной ситуации и после нее.

Принципы построения системы экстренной психологической помощи детям и подросткам широко обсуждались на Международном форуме «Дети в чрезвычайных ситуациях» (Москва, октябрь 2003г.) и были одобрены многими специалистами и представителями заинтересованных ведомств. Вместе с тем, они так и не были претворены в жизнь. В результате, когда в Беслане возникла необходимость в экстренной психологической помощи детям, ни местные, ни федеральные организации не смогли обеспечить ее оказание в требуемом объеме. Этот недостаток был отчасти восполнен активной помощью зарубежных благотворительных организаций, однако и их усилия оказались явно не соответствующими масштабу психотравмы.

Следует отметить, что международная помощь жертвам теракта в Беслане имела свои не только положительные, но и отрицательные стороны. У многих пострадавших сформировалась рентная установка, иждивенческая позиция. Ее следствием стали пассивность и фиксация патологических симптомов по механизму их «условной выгоды». Кроме того, в период 2004/2005 учебного года многие организации вывозили школьников в различные российские санатории и за рубеж, надолго отрывая их от учебы. Эти выезды часто были недостаточно хорошо подготовлены: отсутствовало сопровождение детей родителями и психологами, заранее не разрабатывались специальные реабилитационные программы. Многие выезды были несвоевременными: слишком ранними и не приуроченными к школьным каникулам. Это препятствовало восстановлению нормального распорядка жизни школьников. В результате всех этих обстоятельств у многих пострадавших детей и подростков дополнительно усиливалась дезадаптация, вызванная психической травмой.

\* \* \*

Подводя итог пройденным этапам работы по психологической реабилитации детей и подростков, пострадавших в результате теракта в Беслане, приходится констатировать, что наше общество в настоящее время совершенно не готово к решению подобных задач. Помощь пострадав-

шим детям оказывается бессистемно. Участвующие в этой работе профессионалы разобщены, не имеют единой концепции и стратегии. Государственные структуры не способны гибко реагировать на быстро изменяющуюся ситуацию и приспособливаться к нуждам пострадавшего детского населения. *Создание стабильно действующей службы экстренной психологической помощи детям и подросткам остается важнейшей задачей, требующей безотлагательного решения.*

## **ЛИТЕРАТУРА**

- Варга А.Я., Жорняк Е.С.* Время после трагедии. // Московский психотерапевтический журнал, 2005, 1, 124-139.
- Венгер А.Л., Морозова Е.И.* Опыт оказания экстренной психологической помощи бывшим заложникам. // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2003, 1 (3), 42-48.
- Гарфилд С.* Практика краткосрочной психотерапии. – СПб.: «Питер», 2002.
- Кори Дж., Кори М., Колланэн П., Рассел Дж. М.* Техники групповой психотерапии. – СПб.: «Питер», 2001.
- Морозова Е.И., Венгер А.Л.* Организация психологической помощи в чрезвычайных ситуациях. // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2003, 2 (3), 60-62.
- Морозова Е.И., Венгер А.Л.* Психокоррекция стрессовых состояний у детей и подростков, пострадавших в результате террористического акта в Беслане. / Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2004, 2 (4), 10-12.
- Юл У., Уильямс Р.М.* Стратегия вмешательства при психических травмах, возникших вследствие масштабных катастроф. // Детская и подростковая психотерапия. / Под ред. Д.А.Лейна, Э.Миллера. – СПб.: «Питер», 2001, 275-308.
- Allen A., Bloom S.L.* Group and family treatment of post-traumatic stress disorder. // The Psychiatric Clinics of North America. / Ed. D.A. Tomb, 1994, 8, 425-438.
- Howard K.I., Lueger R.J., Maling M.S., Martinovich R.* A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. // Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1993, 61, 678-685.
- Nader K., Pynoos R.S., Fairbanks L., Frederick C.* Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. // American Journal of Psychiatry, 1990, 147, 1526-1530.