

## **«Организация и оказание экстренной психологической помощи детям, пострадавшим в ЧС»**

В современных условиях все большую актуальность приобретают вопросы психологической и психосоциальной работы, с различными категориями людей, находящихся в экстремальной ситуации. Наиболее сложным является процесс психологической помощи детям, так как данная категория населения наиболее уязвима и представляет группу, которая нуждается в оперативной и грамотной психологической помощи.

Дети и подростки - одна из наиболее уязвимых категорий населения, у которых психическая травма, вызванная чрезвычайной ситуацией, может существенно нарушить весь дальнейший ход психического развития и дальнейшей жизни. Напомним, что механизмы психической защиты у детей лабильны, дети при грамотной и своевременной помощи специалиста могут быстрее и легче пережить любое травмирующее событие. Важно научиться грамотно сопровождать процесс реабилитации ребенка.

Выделяют следующие этапы переживания психологической травмы детьми:

1. Шоковый этап.
2. Этап стабилизации.
3. Этап восстановления.
4. Этап личностной и социальной интеграции.

Рассмотрим содержание этих этапов. С точки зрения оказания экстренной психологической помощи наибольший интерес представляют первые два этапа.

### **Шоковый этап.**

Первой реакцией на тяжелую психологическую травму часто становится шоковое состояние, подверженность которому особенно высока у детей. Оно может проявляться в форме патологической заторможенности или, напротив, хаотического патологического возбуждения.

В первом случае ребенок бледен, малоподвижен (вплоть до ступора), его движения замедлены. В его позе отражается общая скованность, напряженность, мимика выражена слабо («маскообразное лицо»). Выражение лица может быть нейтральным, грустным или испуганным. Речь бедная, тихая, в некоторых случаях до еле слышного шепота. Иногда наблюдается элективный или тотальный мутизм. Реакция на все внешние воздействия ослаблена. Ребенок может не отвечать на задаваемые ему вопросы, не обращать внимания на окружающих, пытающихся вступить с ним в контакт.

При патологическом возбуждении наблюдается высокая, но нецеленаправленная двигательная активность. Ребенок может куда-то бежать, метаться по комнате, кричать или громко плакать. Возможны агрессивные действия. При патологическом возбуждении, так же, как и при патологической заторможенности, резко снижена реакция на любые внешние воздействия. Нередко эти состояния у одного и того же ребенка чередуются: заторможенность сменяется возбуждением, затем снова наступает заторможенность и т.д.

Таким образом, общей характеристикой шокового состояния в обеих его формах является отсутствие целенаправленной активности и снижение контакта с окружающим

миром. Для этого этапа типичны также острые вегетативные реакции, грубые нарушения сна, отказ от еды.

### **Этап стабилизации.**

На этом этапе к ребенку возвращается способность к целенаправленной деятельности, хотя ее продуктивность все еще находится на низком уровне. В благоприятном случае (если оказана необходимая психологическая помощь и поддержка), начинается возвращение к нормальному состоянию. В том случае, если своевременная психологическая помощь не была оказана, то этап стабилизации может затянуться, и тогда вероятны болезненные проявления.

Рассмотрим варианты проявления реакций детей разного возраста в период ЧС и варианты помощи взрослого.

**Потеря чувства безопасности (дезориентация, потеря опоры)** – основное состояние, которое испытывает ребенок, переживший чрезвычайную ситуацию. Преобладает ощущение неопределенности, беспомощности.

Часто встречающимися проявлениями последствий ЧС у детей разного возраста является:

- регресс развития;
- психосоматические проявления;
- психологическая травма;
- посттравматический синдром.

Главная задача взрослого при общении с ребенком быть честным, объяснять происходящее доступным и понятным языком, уметь отражать и контейнировать его чувства и эмоции. Важно снять уникальность переживания, ведь в такой ситуации находится большое количество людей и их чувства похожи.

Одним из актуальных мифов является то, что ребенок не понимает, что такое смерть, ему совсем не нужно и не важно об этом знать. Самое опасное в этом случае, если у ребенка мало информации о том, что происходит или информация подается родителями на слишком взрослом уровне, общими или сложными, непонятными словами, то ребенок будет самостоятельно достраивать картину до фантастической, нереальной, сказочной. В дальнейшем эти фантазии будут накладывать отпечаток на жизнь ребенка и могут привести к серьезным посттравматическим расстройствам.

## **Работа с детьми разного возраста пострадавшими в ЧС:**

### **1. Дети от рождения до трех лет**

Работа по снятию негативных состояний детей идет через родителей. Родителям необходимо знать и понимать психологические особенности поведения ребенка этого возраста.

*Возможные проявления психотравмы:*

- нарушение сна;
- плач;
- агрессия;

- проблемы с ЖКТ;
- отказ от пищи или чрезмерное ее употребление;
- психосоматические проявления и т.д.

*Рекомендации по оказанию помощи:*

- уделять ребенку больше внимания;
- чаще брать на руки (увеличить тактильный контакт), общаться тихо, спокойно;
- объяснять свои действия понятным и доступным ребенку языком;
- сохранять привычный для ребенка распорядок дня, традиции;
- переводить негативные эмоциональные проявления в физическую активность (играть в активные игры вдвоем или с другими детьми, петь, танцевать);
- взрослому следить и вовремя отреагировать свои чувства и эмоции, состояния;

## **2. Дети дошкольного возраста (3-7 лет)**

Реакции реагирования похожи на реакции детей младшего возраста, но больше преобладает пассивных реакций.

*Возможные проявления психотравмы:*

- психосоматика;
- регресс развития;
- заикание, полное молчание;
- энурез;
- проблемы с ЖКТ;
- проблемы со сном;
- замкнутость, плаксивость, тревожность;
- стремление постоянно находиться рядом с родителями, спать вместе с ними;
- тики, логоневрозы;
- отказ от совместных действий с другими;
- страх темноты, одиночества.

*Рекомендации по оказанию помощи:*

- ролевые игры с куклами, машинками и т.д.;
- арт-терапия, песочная терапия;
- работа с родителями с целью отреагирования их чувств и эмоций;
- совместная бытовая деятельность;
- тактильный контакт и т.д.

Родителям дошкольников важно объяснить, что происходит с ребенком «здесь и сейчас», особенности его реакций и поведения. Не нужно бояться темных цветов в рисунках, пугающих фантазий, игр, персонажей, таким образом ребенок выплескивает свои эмоции. Важно чтобы ребенок не копил негатив, а экологично для себя и других избавлялся от него.

### **3. Младший школьный возраст (7-11 лет)**

*Возможные проявления психотравмы:*

- снижение способности к концентрации внимания, временное снижение памяти, школьная дезадаптация, утрата навыков, которые имелись ранее;
- отстраненное поведение;
- отказ от соблюдения норм и правил семьи и общества;
- агрессия;
- суицидальные мысли;
- психосоматика;
- повышение уровня тревожности, вплоть до приступов паники, навязчивые мысли;
- повышенная настороженность и подозрительность, раздражительность;
- страхи;

*Рекомендации по оказанию помощи:*

- информировать ребенка о происходящем доступным для него языке, быть с ним честным, уважать его чувства и эмоции;
- отражать чувства, эмоции ребенка;
- работа в мини-группах, обмен опытом (ты не один!);
- арт-терапия, песочная терапия;
- рефлексия;
- привлекать к помощи с младшими или в быту;
- соблюдать привычный ребенку режим дня, традиции.

### **4. Подростковый возраст**

*Возможные проявления психотравмы:*

- Апатия;
- психосоматика (головные боли, проблемы с ЖКТ и т.д.);
- деструктивное и агрессивное поведение;
- суицидальные мысли и поступки;
- протесты;
- самоповреждения;
- страхи, ночные кошмары, нарушение сна;
- снижение успеваемости;
- нарушение общения со сверстниками и родителями, трудности сепарации;
- повышение уровня тревожности, вплоть до приступов паники;
- повышенная настороженность и подозрительность;
- навязчивые мысли;
- раздражительность;
- утрата жизненных перспектив;
- чувство вины;
- депрессия.

*Рекомендации по оказанию помощи:*

- построение партнерских отношений с подростком;
- честное и открытое обсуждать происходящее, как это влияет на людей, на семью, на самого ребёнка;
- групповая терапия, логотерапия, арт-терапия;
- привлечение к бытовым делам.

## 5. Юношеский возраст

*Возможные проявления психотравмы:*

- в редких случаях регресс;
- манипуляции, получение вторичной выгоды;
- социальная дезадаптация;
- страхи, вспышки гнева, агрессии, плача;
- деструктивное, экстремальное поведение;
- переоценка своих жизненных планов и целей.

Родителя нужно понимать, что все агрессивные проявления в поведении ребенка направлены не на родителя, это реакция на ситуацию. Главная задача родителя – быть рядом, подставить плечо в любой момент.

*Если ребенок, переживший ЧС приехал в летний лагерь, взрослому необходимо:*

- проводить индивидуальные занятия с применением арт-терапии, песочной терапии; наблюдать за поведением ребёнка;
- не выделять ребенка среди других, относиться к нему как ко всем другим детям;
- помнить о периоде адаптации, у этого ребенка она может пройти чуть дольше;
- привлекать ребенка к совместной деятельности с другими;
- стимулировать ребенка к общению с детьми и взрослыми;
- при обнаружении нарушений обратиться к специалисту.

В более тяжелых случаях этап стабилизации характеризуется появлением симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

ПТСР возникает как отсроченная, отставленная или затяжная реакция на действие длительного и особо тяжелого стресса. ПТСР может развиваться и в том случае, если непосредственно после психотравмы не наблюдалось острого стрессового состояния. Его первые проявления могут быть отставлены на несколько месяцев до полугода, а в отдельных случаях и более. Вероятность возникновения ПТСР существенно понижается, если сразу после психотравмы ребенку была оказана квалифицированная психологическая помощь. ПТСР диагностируется в том случае, если длительность протекания расстройства составляет более 1 месяца.

### **Этап восстановления.**

На этом этапе острая симптоматика постепенно исчезает (хотя возможны ее периодические рецидивы). При этом по-прежнему сохраняются вызванные стрессом личностные нарушения, которые проявляются в повышенной тревожности, ощущении опасности окружающего мира, эмоциональной неустойчивости. Результатом этого является сниженная социальная активность (по сравнению с уровнем, имевшимся до пережитого стресса), нарушения внутрисемейных отношений. У детей часто остается сниженной учебная мотивация и школьная успеваемость. На этом этапе по-прежнему повышена ранимость и чувствительность к новым стрессогенным ситуациям. У некоторых детей возрастает риск развития виктимности – поведения, приводящего к тому, что ребенок

становится жертвой преступлений. При наличии своевременной психологической помощи риск возникновения такого поведения резко снижается.

### **Этап личностной и социальной интеграции.**

Завершение этого этапа свидетельствует о полном преодолении нарушений, вызванных психологической травмой. Психотравмирующее событие оказывается интегрировано в жизненный опыт ребенка. При воспоминании о нем возникает не тягостное переживание, а лишь некоторая печаль. У детей не наблюдается каких-либо расстройств на поведенческом, соматическом и эмоциональном уровнях психического развития.

При отсутствии квалифицированной психологической помощи возможно длительное «застывание» на одном из ранних этапов без движения к последующим. Нередко наблюдается также возврат к одному из уже пройденных этапов. Обычно это случается под влиянием новых стрессов либо событий, напоминающих об исходной психотравме. В частности, таким напоминанием часто становится годовщина психотравмирующего события.