

Министерство образования и науки Республики Казахстан
Национальная академия образования им. Ы.Алтынсарина



**КАЗАХСТАНСКИЙ ОПЫТ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ДЕТЕЙ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ТЕРРОРИСТИЧЕСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ОПЫТ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ.
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ, ПОСТРАДАВШИМИ
ОТ ТЕРРОРИСТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Нур-Султан
2022

Рекомендовано к изданию Ученым советом Национальной академии образования им. И. Алтынсарина протокол №6 от 25 мая 2022 года.

Казахстанский опыт социальной реабилитации детей, пострадавших от террористической деятельности: опыт, проблемы и перспективы. Организация работы с детьми, пострадавшими от террористической деятельности. Методическая рекомендация. Национальная академия образования имени И. Алтынсарина, 2022. – 136 с.

Методическая рекомендация содержит анализ опыта по возвращению детей из зон террористической деятельности и руководство по подготовке специалистов, организации мониторинга и контроля за эффективностью социальной реабилитации детей. Рекомендуется психологам, социальным педагогам и специалистам заинтересованных государственных органов.

© Национальная академия образования
им. Алтынсарина, 2022

Введение

Методический комплекс предназначен для психологов, социальных педагогов, специалистов заинтересованных государственных органов и состоит из двух разделов. Первый раздел знакомит с ролью и опытом Казахстана в возвращении детей из зон террористической активности на основе международных и национальных правовых документов, а второй – с методическим руководством по подготовке специалистов, организации мониторинга и контроля за эффективностью социальной реабилитации детей.

Цель методического комплекса – выявить проблемы и создать руководство по организации социальной реабилитации детей, пострадавших от террористической деятельности, и организации контроля, мониторинга эффективности деятельности по реабилитации.

Задачи:

1. Осуществить оценку ресурсов по организации реабилитационной деятельности в Казахстане.
2. Разработать программу подготовки педагогов-психологов и социальных педагогов к социальной реабилитации детей и методическое сопровождение как для обучения, так и для их практической деятельности.
3. Разработать программу для педагогов по созданию благоприятной среды для обучения детей.
4. Описать процессы разработки документов - личного дела ребенка, индивидуальной карты развития и индивидуального плана социальной реабилитации, разработать образцы документов.
5. Описать процесс формирования педагогами-психологами индикаторов для оценки эффективности социальной реабилитации детей.
6. Разработать комплексную систему оценки деятельности местного исполнительного органа по социальной реабилитации детей с указанием индикаторов ее эффективности на организационном и практическом уровнях, разработать образец комплексной оценки.

Актуальность методического комплекса продиктована тем, что, во-первых, Казахстан имеет международные обязательства по защите прав детей. Это особенно важно в связи с вызовами современной ситуации. В зонах террористической активности еще находятся дети, которые будут возвращены и нуждаться в социальной реабилитации. Во-вторых, анализ отечественного опыта реабилитации таких детей, выявил острый дефицит человеческих и информационных ресурсов. Он указывает на потребности в подготовке профильных специалистов и обеспечении методическим сопровождением, в котором учитывается зарубежный опыт. В-третьих, проблема разработки единого подхода к социальной реабилитации, которая требует: а) унификации документов по мониторингу и контролю за динамикой восстановления и нормализации состояния детей; б) применения психологами и педагогами общих индикаторов для оценки эффективности социальной реабилитации; в) оценки эффективности деятельности местного исполнительного органа в решении задач социальной реабилитации детей по месту их проживания

1. Словарь терминов

Агрессия (лат. *agressio* - нападение) -мотивированное деструктивное поведение, противоречащее нормам сосуществования людей, наносящее вред объектам нападения, приносящее физический, моральный ущерб людям или вызывающее у них психологический дискомфорт.

Агрессивное поведение - это мотивированное деструктивное поведение, противоречащее нормам сосуществования людей, наносящее вред объектам нападения, причиняющее физический, моральный ущерб людям или вызывающее у них психологический дискомфорт.

Аддикция - форма деструктивного поведения, проявляющаяся в стремлении уйти от реальности, в том числе средствами психоактивных веществ (алкоголь, наркотики и т.п.).

Акузофобия - боязнь громких звуков, возникающая из-за психотравмы.

Астенизация - состояние психофизиологического истощения, возникающее в результате длительного стресса, травмирующего переживания.

Виды психологической защиты - понятие глубинной психологии, обозначающее неосознаваемый психический процесс, направленный на минимизацию отрицательных переживаний. Защитные механизмы лежат в основе процессов сопротивления. Термин был впервые введен Зигмундом Фрейдом в 1894 г. в работе «Защитные нейропсихозы» и был использован в ряде его последующих работ для описания борьбы «Я» против болезненных или невыносимых мыслей, чувств и аффектов. Выделяют следующие основные виды психологической защиты: 1. *Вытеснение* - это устранение из сознания неприятных переживаний. Оно проявляется в забывании того, что причиняет психологический дискомфорт; 2. *Проекция* - неосознанное приписывание человеком своих чувств, мыслей, желаний и потребностей к окружающим людям или приписывание своих недостатков к другим людям. Обычно такой человек видит свои недостатки в других людях и высказывает критику в адрес этого человека; 3. *Интроекция*-это склонность человека неразборчиво присваивать (принимать) чужие нормы, установки, правила поведения, мнения и ценности без попытки разобраться в них и критически переосмыслить; 4. *Слияние* - это отсутствие границы между «Я» и «не-Я», есть только общее «Мы», где утрачивается его индивидуальность, неповторимость. Человек полностью отождествляется с другим человеком или группой. В слиянии отсутствует граница между «Я» и «не-Я». Есть только одно тотальное «Мы». Наиболее четко механизм слияния выражен в первый год жизни ребенка. Мать и дитя находятся в слиянии, что способствует выживанию маленького человека, потому что мама очень тонко чувствует потребности своего ребенка и реагирует на них. В данном случае речь идет о здоровом проявлении этого защитного механизма; 5. *Рационализация*-это попытка человека объяснить или оправдать

разумными и приемлемыми способами своего поведения. Целью этого защитного механизма являются сохранение высокого уровня самооценки и убеждение себя в том, что мы не виноваты, что проблема не в нас; 6. *Отрицание* - это способ игнорирования очевидных фактов поведения, защищая свою психику от травм, т.е., полный отказ от неприятной информации; 7. *Регрессия* - это приспособление к травмирующей ситуации за счет неосознанного возвращения к привычным с детства формам поведения: плачу, капризам, эмоциональным просьбам и др. Мы на бессознательном уровне усвоили, что такие формы поведения гарантируют поддержку, безопасность других людей; 8. *Сублимация* - это попытка человека забыть о травмирующей ситуации через переключение на другую деятельность, приемлемую для нас и окружающих: начинаем заниматься творчеством или спортом. Сублимация - это продуктивный защитный механизм, давший миру огромное количество произведений искусства; 9. *Реактивное образование* - это защита сознания человека от запретных импульсов, выражая в поведении и мыслях противоположные побуждения. Этот защитный процесс осуществляется двухступенчато: сначала неприемлемый импульс подавляется, а затем на уровне сознания проявляется совершенно противоположный, при этом достаточно гипертрофированно и негибко.

Вторичная профилактика - это система мер корректирующего воздействия на «группу риска», т.е. лиц, являющихся потенциальными носителями экстремистских идей и поведения, а также населения, проживающего в регионах с угрозой возникновения экстремизма;

Гиперстезия - повышенная или чрезмерная чувствительность к чему-либо.

Джамаат - ([араб.](#) جماعة «общество, коллектив, община») - объединение группы мусульман для совместного изучения ислама, совершения религиозных обрядов, регулярного общения между собой и т.д.

Дети войны – детей-беженцев и детей, эвакуированных из зоны боевых действий, вооруженных конфликтов или террористической активности зарубежные специалисты называют «дети войны», а казахстанские психологи – детьми, вернувшимися с войны.

Депривация - психологическое состояние, возникающее вследствие в длительной невозможности удовлетворить жизненные потребности.

Дерадикализация - процесс или комплекс мероприятий, направленный на преодоление крайней, бескомпромиссной приверженности к каким-либо взглядам, концепциям.

Диссоциативные расстройства - реакция на психотравмирующие события. Проявляются в потере памяти (чаще защитной); нарушении самовосприятия и личностной идентичности; снижении двигательных функций (включая паралич), тремор, нарушение ходьбы или равновесия, онемение участков тела, невнятная речь, снижение зрения или слуха.

Конфликт (лат. conflictus – қақтығыс) - 1. столкновение, борьба между социальными классами или группами (производственный, религиозный конфликт); 2. борьба мнений, идей; 3. в социальном психоанализе - амбивалентность чувств, противоположность мотивов, импульсов.

Конформизм - 1. некритичное следование традициям, общепринятым стереотипам; 2. тип поведения, характеризующийся признанием господствующих в обществе социокультурных ценностей, следованием большинству.

Менталитет (от лат. mens или mentis – ум и лат. alis – другие) - устойчивая совокупность психических, интеллектуальных, эмоциональных и культурных особенностей, присущих той или иной этнической группе, нации, народности. Также этот термин может быть использован для характеристики мировоззрения, образа мысли конкретного человека.

Мотивация (от лат. movere) - побуждение к действию; динамический процесс психофизиологического плана, управляющий поведением человека, определяющий его направленность, организованность, активность и устойчивость; способность человека деятельно удовлетворять свои потребности.

Мутизм - следствие психотравмы, проявляющееся в отсутствии внешней речи при сохранной способности говорить и понимать речь.

Неврозы (психогении) – обратимые, преходящие нервно-психические нарушения, возникающие в результате острых и хронических психологических травм.

Острое стрессовое расстройство - нарушение функционирования психики, возникающее вскоре в ответ на травматическое событие, длящееся менее месяца. При течении более, чем месяц, переходит в посттравматическое стрессовое расстройство.

Первичная профилактика экстремистской деятельности представляет собой систему мер по выявлению, нейтрализации или устранению причин экстремизма и условий, сопутствующих его появлению.

Посттравматическое стрессовое расстройство - тяжелое психическое состояние, возникающее в результате единичного или повторяющихся событий, которые оказывают сверхсильное негативное воздействие на психику личности.

Психотравма - поражающее психику сильное потрясение, возникающее под воздействием глубокого переживания сильного стрессора.

Радикализм (лат. radix-корень)-крайняя, бескомпромиссная приверженность каким-либо взглядам, концепциям. Чаще всего употребляется в отношении идей и действий в социально-политической сфере, особенно направленных на решительное, коренное изменение

существующих общественных институтов, хотя в той же мере возможен и «радикальный консерватизм».

Религиозное сознание – это совокупность образов, представлений, чувств и переживаний, имеющий своим предметом священное, выше и истинное бытие (или же чудесное) и такие, которые направлены на указанных предметов, т.е., ко всем религиозным знаниям и представлениям.

Религиозное чувство - эмоциональное отношение верующих к сакральным существам, связям, к сакрализированным вещам, животным, растениям, персонам, местам, друг к другу и к самим себе, а также к религиозно интерпретируемым отдельным явлениям в природе, обществе и к миру в целом. Не всякие переживания можно считать религиозным чувством, но лишь те, которые спаяны с религиозными представлениями, идеями, повествованиями и в силу этого они приобрели соответствующую направленность, смысл и значение.

Самоидентификация - 1) отождествление индивидом себя с другим человеком или объектом; 2) по З. Фрейду- процесс, посредством которого индивид развивает привязанность, влюбленность в другого человека (отца, духовного наставника, вождя, религиозного деятеля, лидера), восторгаясь его качествами и чертами, которыми он сам хотел бы обладать, в результате чего личность индивида полностью или частично формируется по образу и подобию другого, т.е., индивид идентифицирует себя в другом.

Соматоформные расстройства - группа заболеваний психогенной природы, при которых психические проблемы личности скрываются за соматическими симптомами. Симптомы носят преходящий, функциональный характер, органические изменения отсутствуют.

Социальные лифты. Под этим термином, по П. Сорокину, понимается любой переход из одной социальной позиции в другую. Понятие «Социальный лифт» связано с термином «Социальная мобильность». Впервые понятие «социальная мобильность» ввел П. Сорокин. Под этим термином он понимал любой переход индивида из одной социальной позиции в другую. Существует два типа социальной мобильности - горизонтальная и вертикальная. Горизонтальная мобильность означает переход индивида из одной социальной группы в другую, расположенную на одном и том же уровне. Под вертикальной социальной мобильностью подразумевается продвижение индивида по карьерной лестнице вверх или вниз.

Социальная реабилитация - это совокупность мероприятий, осуществляемых государственными, частными, общественными организациями, направленных на защиту социальных прав граждан. Процесс социальной реабилитации представляет собой процесс взаимодействия личности и общества, который включает в себя, с одной

стороны, способ передачи индивиду социального опыта, способ включения его в систему общественных отношений, с другой стороны, процесс личностных изменений.

Экстремальные состояния - состояния, сопровождаемые сильным эмоциональным напряжением. Возникают под воздействием крайне неблагоприятных для психики факторов, перед которыми личность ощущает полную беспомощность (страх, аффект, острая тревога, ужас и паника).

Эмоция (от лат. *emovere* – возбуждать, волновать) - 1. особый вид психических процессов или состояний человека, которые проявляются в переживании каких-либо значимых ситуаций (радость, страх, удовольствие), явлений и событий в течение жизни. Эмоции проявляются при совершении религиозных ритуалов и отправлений. Эмоции выступают в качестве главных регуляторов психической жизни и возникают в процессе практически любой активности человека. 2. эмоции-конкретное внешнее выражение переживаемых человеком чувств по отношению к чему-либо.

2. Роль и опыт Казахстана в возвращении детей из зон террористической активности

Возвращение детей и женщин из Сирии и Ирака в Казахстан как страну гражданства инициировано сначала первым президентом Н. А. Назарбаевым, а затем – действующим президентом К.-Ж. К.Токаевым, с одной стороны, как выполнение международных обязательств государства, в том числе в рамках Конвенции по правам ребенка. В 2020 году в своем выступлении Специальный докладчик Совета по правам человека по вопросу о поощрении и защите прав человека и основных свобод в условиях борьбы с терроризмом ООН Финнуала Ни Илойн отметила: «казахстанские власти, рассматривая репатриантов как жертв терроризма, нуждающихся в защите, продемонстрировали приверженность международным обязательствам» [1].

С другой стороны, инициатива и гуманитарные операции Казахстана по репатриации своих граждан из зон террористической деятельности являются шагом на пути к установлению мира и глобальной безопасности. В 2017 году Казахстан стал соавтором резолюции 2396 Совета безопасности ООН о возвращении и передислокации иностранных террористов. Проведенные Казахстаном операции «Жусан» и «Русафа» являются примером практической реализации этой резолюции. Следует также иметь в виду, что, согласно Государственной программе по противодействию религиозному экстремизму и терроризму на 2018-2022 годы, реабилитация и реинтеграция возвращенных из Сирии и Ирака граждан наряду с другими задачами стоит в ряду казахстанских приоритетов во внутренней и внешней политике.

В ноябре 2019 года в результате специальной операции «Русафа» из Ирака в Казахстан были эвакуированы 14 казахстанских детей. В результате четырех этапов операции «Жусан» в январе, мае и июне 2019 года из Сирии были репатриированы 595 человек: 33 мужчины, 156 женщин и 406 детей, из которых 31 – сироты. По прибытии в Казахстан 33 мужчины и 12 женщин были привлечены к ответственности в соответствии с законодательством Казахстана.

Казахстан до этого не имел опыта репатриации и социальной реабилитации данной категории граждан. Работа по возвращению казахстанцев велась в нескольких направлениях силами сотрудников разных профильных ведомств. Решение некоторых вопросов, относящихся к компетенциям разных органов, стало возможным благодаря согласованной, совместной работе Совета Безопасности, Комитета национальной безопасности Республики Казахстан и т.д.

Собственно репатриации предшествовала большая подготовительная работа. *Во-первых*, сбор информации о количестве граждан Казахстана, находящихся в лагерях и тюрьмах на территории Сирии и Ирака. *Во-вторых*, работа с родными и близкими лиц, оказавшихся в зоне террористической активности. Решались важные вопросы о принятии и поддержке ими репатриантов после возвращения на Родину. Сложными представились вопросы принятия детей-сирот и детей, родившихся в Сирии, поскольку для процедуры установления родства в отношении этих детей и проведения генетической

экспертизы необходимо участие родственников. Установление родства ребенка с матерью или близкими родственниками, особенно в отношении детей-сирот, проводилось в судебном порядке методом геномной экспертизы. На сегодня по этой экспертизе нет отрицательных результатов.

В-третьих, идентификация граждан Казахстана – мужчин, женщин и детей, включая там родившихся. Это сложная работа. Вследствие недоступности некоторых лагерей в Ираке до сих пор остаются женщины с детьми, вопрос о возвращении которых находится на рассмотрении. Кроме того, есть женщины, которые еще находятся в террористических группах, а также семьи, где не знают жив их ребенок или нет.

В-четвертых, проводились встречи с женщинами в лагерях и тюрьмах Сирии и Ирака, где ставился вопрос о добровольном получении их согласия на возвращение в Казахстан и оформлении расписки о добровольном возвращении. При этом женщин уведомляли о возможной ответственности в рамках казахстанского законодательства, если ими были совершены доказанные противоправные действия в зонах террористической активности.

Сотрудники Министерства иностранных дел Республики Казахстан после возвращения граждан из Сирии провели пресс-конференцию, что позволило журналистам вступить в общение с родными и близкими репатриантов, получить необходимую информацию. По прибытии репатриированные женщины и дети в течение месяца находились в Центре реабилитации и адаптации в г. Актау, который является оздоровительным и рекреационным центром. Разработка сотрудниками Центра методологии социальной реабилитации предусматривала особенности каждой категории репатриантов: дети-сироты, дети из неполных семей, женщины с детьми, женщины, мужчины. Работа проводилась в двух режимах - полный стационар, «детская гостиница» и дневной стационар. В Центре были проведены мероприятия по первичной социальной реабилитации и адаптации женщин и детей через согласованную работу специалистов разных профилей. В целом, в реабилитации принимали участие психологи, религиоведы, теологи, психотерапевты, педагоги, социальные работники и юристы.

Учитывая физическое и психическое состояние репатриантов, в первую очередь осуществлялась медико-психологическая реабилитация: обследование, обеспечение вакцинации и карантина, оперативное лечение и экстренная психологическая помощь. Далее следовала правовая оценка их действий во время нахождения в зона террористической деятельности, оказывалась социальная поддержка. Психолого-педагогическая реабилитация составляла комплекс мероприятий и мер, направленных на адаптацию к условиям мирной жизни, подготовку детей к школьному обучению, социализацию и т.д.

Дальнейшее решение долгосрочных задач социальной реабилитации женщин и детей осуществлялось в региональных центрах по месту жительства, где также велась работа с родственниками о готовности принять их в семью. Возвращение к мирной жизни, социальная адаптация и ресоциализация поставили вопрос о трудоустройстве, samozанятости. Для решения этого вопроса

было организовано обучение доступным специальностям на базе центров реабилитации. Следует отметить, что комплексный подход к социальной реабилитации реализуется также во всех региональных реабилитационных центрах, что было отмечено по опыту собственного наблюдения Натаном Сэйлсом – Послом по особым поручениям по вопросам борьбы против терроризма Госдепартамента США. Говоря о том, что репатриация своих граждан из Сирии – это смелое решение, он имел в виду и отсутствие подобного рода опыта, и то, что идея возвращения лиц, связанных с террористическими группами в страну гражданства разделяется не всеми государствами из-за известных опасений. При личном посещении регионального реабилитационного центра в г. Караганде он обратил внимание на профессиональную и согласованную работу специалистов разных профилей. Этот пример комплексной работы, по его мнению, будет полезен всему миру. По словам Посла по особым поручениям, США не ограничивается только наблюдением за этим процессом, а оказывают всевозможное содействие. «Мы видим, что не только Правительство Казахстана максимально применило все свои ресурсы, но также и частный сектор, и религиозные авторитеты, также медицинские сотрудники и психологические работники, которые помогают тем, кто проходит реабилитацию. Мы видим, что это целостный подход, который может взять за основу весь остальной мир» [2].

В целом, анализ показывает, что опыт Казахстана обозначил четыре основных направления в организации процесса практического решения проблемы репатриации своих граждан.

Первое направление - подготовка к возвращению граждан Казахстана. Оно включает в себя мероприятия по установлению по возможности точного количества репатрируемых граждан; работа с их родственниками, направленная на выяснение возможности принятия и поддержки ими репатриантов; получение их потенциального согласия на геномную экспертизу.

Второе направление - работа с казахстанскими гражданами на территории зоны террористической активности, в том числе лагерях и тюрьмах. Его составляют мероприятия по идентификации граждан Казахстана, в том числе родившихся там детей, а также информационно-разъяснительная работа об условиях добровольного возвращения на Родину.

Третье направление - первичная социальная реабилитация и адаптация в Центре. Это направление включает в себя, главным образом, мероприятия, направленные на обследование, оказание необходимой медицинской и краткосрочной психологической помощи, а также социальную адаптацию к жизни в мирных условиях.

Четвертое направление - продолжение социальной реабилитации и адаптации женщин, детей в региональных центрах по месту проживания. Это направление включает в себя комплекс мероприятий, осуществляемых специалистами разных профилей, в том числе согласно плану индивидуальной социальной реабилитации ребенка, составленного местными исполнительными

органами. Подробнее особенности казахстанского опыта реабилитации будут рассмотрены в другом разделе.

Роль опыта Казахстана по репатриации и реабилитации трудно переоценить. К Казахстану обратились представители других государств для изучения и внедрения опыта. Узбекистан также в 2019 году провел гуманитарные операции «Мехр-1» и «Мехр-2» по возвращению своих граждан из Сирии и Ирака. В результате операций в Узбекистан было возвращено 261 гражданин, среди которых преимущественно женщины и дети. Аналогичная гуманитарная операция была проведена Таджикистаном: из тюрем Ирака было возвращено 84 несовершеннолетних, матери которых отбывают наказание. Казахстан лидирует в Центральной Азии по количеству возвращенных граждан. В настоящее время вопрос о возвращении своих граждан рассматривается Кыргызстаном и Азербайджаном.

Казахстанский опыт привлек внимание правительства и экспертов из европейских стран, для которых проблема репатриации своих граждан еще не решена. Так, в Европарламенте с участием депутатов, экспертов и сотрудников Еврокомиссии прошла презентация операций «Жусан» и «Русафа» по репатриации наших граждан из Сирии, получившая высокую оценку [3].

Интернет-издание «Drapeau rouge» опубликовало статью об операции «Жусан» Республики Казахстан по возвращению женщин и детей из зон террористической активности. В ней, в частности, приводится выступление Специального посланника по всемирной коалиции против ДАИШ Джон Т. Годфри. Он отметил лидерство Казахстана в деле репатриации своих граждан. В статье также приводится одобрение гуманитарных операций «Жусан» и «Русафа» Финнуалой Ни Илойн - Специальным докладчиком ООН по вопросу о борьбе с терроризмом. Отмечено, что опыт Казахстана полезен для других стран [4].

Распад территории «Исламского государства Ирака и Леванта» (ИГИЛ) обратил внимание международного сообщества на членов семей лиц, связанных с террористическими группами. Особенно это относится к детям, которых авторы справочника «Дети, затронутые действиями иностранных боевиков: подход, основанный на обеспечении прав ребенка» называют детьми, «затронутыми действиями иностранных боевиков» или «детьми, связанными с террористическими группами» [5]. Далее они будут обозначаться как «дети». Это внимание поддерживалось, в том числе вопросом о том, какие меры по защите детей должны предпринять государства, чтобы обеспечить выполнение своих обязательств по соблюдению международных стандартов в области прав человека и нормам гуманитарного, беженского права. Стратегии государства должны быть основаны на главных международных принципах, нормах и стандартах, которые будут рассмотрены ниже. В контексте защиты детей, пострадавших от террористической деятельности, акцент поставлен на проблеме репатриации, реабилитации и реинтеграции в страну гражданства.

3. Государственная защита ребенка, пострадавшего от террористической деятельности: международные правовые документы и национальная законодательная база

Процесс разработки и реализации мер государствами в отношении детей основывается на правах человека и требованиях гуманитарного права, соблюдении международно-правовых принципов, в том числе на тех, которые закреплены в резолюциях Совета Безопасности ООН о детях в условиях вооруженных конфликтах, террористической активности.

Согласно п.1 ст. 2 Конвенции о правах ребенка от 1989 года (далее - Конвенция), государства-участники обязаны обеспечивать права, уважать и защищать права всех детей, находящихся в пределах их юрисдикции. Кроме того, государства должны обеспечивать каждому ребенку защиту от насилия, особенно тем, кто находится в уязвимом положении, включая детей в условиях вооруженного конфликта и детей без гражданства. В некоторых ситуациях государства могут иметь обязательства по отношению к детям своих граждан, находящимся за пределами их территорий. Согласно Международному пакту о гражданских и политических правах и замечанию общего порядка № 36 п. 63 Комитета по правам человека, государство-участник должно соблюдать и обеспечивать право на жизнь тем лицам, которые находятся за пределами его территории и чье право на жизнь непосредственно и предсказуемым образом затрагивается деятельностью этого государства. Этот Пакт в п.1 ст. 24 предусматривает право каждого ребенка на меры защиты со стороны его семьи, общества и государства, которые требуются в его положении как малолетнего.

Степень защиты детей в зонах конфликта, в том числе с участием террористических групп, определяется на основании стандарта - Факультативного протокола, где регламентированы права ребенка и процедуры сообщений в связи с торговлей детьми, детской проституции, а также участия детей в вооруженных конфликтах. Указанный Факультативный протокол принят 19 декабря 2011 года Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН. Конвенция обязывает государства-участников защищать права каждого лица в возрасте до 18 лет, которое находится в пределах их юрисдикции. Международное право обязывает принятие подхода, основанного на правах ребенка. С позиции этого подхода, дети являются в первую очередь жертвами, причем на нескольких уровнях. Во-первых, они страдают от экстремальной среды в зоне вооруженных конфликтов, где не имеют никаких прав. Во-вторых, они могут стать жертвами использования со стороны обозначенных террористических групп в качестве смертников и т.п.

Согласно внесенному в 2003 году замечанию общего порядка № 14 Комитета по правам ребенка ООН, будучи зависимыми от других лиц и не имея возможности выразить свое мнение, самостоятельно принимать в отношении себя решения и защищать свои интересы, дети-жертвы имеют право на особую защиту и право на уделение первоочередного внимания наилучшему обеспечению их интересов.

Организация защиты детей государством должна придерживаться четырех принципов Конвенции: обращение с детьми без какой-либо дискриминации, первоочередное внимание наилучшему обеспечению интересов ребенка, признание неотъемлемого права ребенка на жизнь, выживание, здоровое развитие и уважение взглядов ребенка (соответственно статьи 2, 3, 6 и 12 Конвенции). Резолюцией 2396 Совета Безопасности ООН от 2017 года (п.п. 30, 31) подчеркивается важность следовать этим принципам при разработке и осуществлении государственного законодательства, стратегий и программ в отношении пострадавших детей, в том числе для оказания им помощи в реабилитации и реинтеграции.

Право не подвергаться дискриминации означает, что государства не могут применять законы дискриминационным образом, а также зависеть в обращении с ребенком от его гражданства, правового или иного статуса или предполагаемой связи с иностранными гражданами, подозреваемыми в причастности к действиям вооруженных групп на их территории. Важное значение имеет не дискриминация на основании статуса родителей. В соответствии с п. 2, ст. 2 Конвенции ООН от 1989 года, дети не могут подвергаться дискриминации по закону и на практике, даже если их родители или попечители подозреваются в качестве иностранных боевиков или осуждены за это. Комитет по правам человека признал, что задержание несовершеннолетнего ребенка, родитель которого считался представляющим угрозу для безопасности, является произвольным и противоречит Международному пакту о гражданских и политических правах (п.1 ст. 9).

Первоочередное внимание к обеспечению наилучших интересов ребенка предусмотрено Конвенцией (п.1, ст.3) и Комитетом по правам ребенка ООН. Согласно этим документам, наилучшие интересы ребенка нужно оценивать и определять с точки зрения обеспечения его всестороннего развития и свободного осуществления его прав на гражданство, человеческое достоинство, семейную жизнь, свободу от насилия.

Неотъемлемое право ребенка на жизнь, выживание и развитие - ключевой принцип, закрепленный в шестой статье Конвенции ООН. В Факультативном протоколе к Конвенции ООН от 2000 года (ст. 6, 7) подчеркивается, что обеспечение прав ребенка на выживание и развитие имеет особенное значение в ситуациях, когда дети освобождаются из террористических групп за пределами государства своего гражданства. Страна гражданства ребенка и страна его пребывания обязаны обеспечить выход ребенка из группы или оказать ему необходимую надлежащую помощь. Государство не должно произвольно отказывать ребенку в гражданстве или откладывать признание его гражданства. Государство гражданства ребенка обязано не уклоняться от ответственности, а оказывать защиту детей, которые оказались в критическом или уязвимом положении за пределами территории этого государства, особенно в тех случаях, если от решения государства зависит жизнь ребенка. Принятыми документами, например, замечанием общего порядка № 22 от 2017 года Комитета по правам

ребенка, таким государствам рекомендуется репатриировать своих граждан и по возвращении обеспечить им права наравне с другими гражданами.

С обязанностью государства принять ребенка и его ответственностью за репатриацию, реабилитацию и реинтеграцию тесно связано обеспечение гражданства. В документах отмечается, что, влияя на социальную идентичность ребенка, гражданство оказывает влияние и на его дальнейшее развитие. Комитет по правам человека ООН в 2018 году отметил, что репатриация ребенка, оказавшегося в угрожающей жизни ситуации, является необходимой для выполнения обязательства государства в отношении права ребенка на жизнь, которое обеспечивается максимально возможной степенью выживания и развития. Требование об осуществлении государствами всех мер, необходимых для защиты ребенка от любых форм физического или психологического насилия, оскорбления или злоупотребления, отсутствия заботы или небрежного обращения, эксплуатации записано в Конвенции ООН. Ею подчеркиваются обязанности государства-участника по обеспечению ребенку защиты и заботы, необходимых для его благополучия. Эти положения Конвенции ООН от 1989 года (п.2, ст. 3) также могут быть основанием для репатриации, если жизнь ребенка будет надежнее защищена в стране его происхождения и когда установлено, что это отвечает наилучшим интересам ребенка, при условии, что Международный пакт о гражданских и политических правах применим к государствам происхождения.

Согласно Факультативному протоколу (п.3, ст.6) к Конвенции о правах ребенка ООН, государства-участники должны выполнять обязательства по обеспечению права на реабилитацию и реинтеграцию детей, затронутых вооруженными конфликтами, в том числе действиями иностранных боевиков. Они обязаны оказывать помощь детям, находящимся в пределах их юрисдикции, которые были завербованы вооруженными группами, а также оказывать поддержку в восстановлении их физического и психологического состояния с целью обеспечения их права на развитие в обстановке, свободной от насилия. Государства обязаны оказывать поддержку детям, которые находятся в пределах их юрисдикции, если они были завербованы или перемещены через границу. Совет Безопасности ООН в своей резолюции 2396 от 2017 года подтвердил крайнюю важность помощи государствам в деле реинтеграции и реабилитации детей, связанных с иностранными боевиками-террористами, возвращающимися или перемещающимися из зон конфликта. В преамбуле к резолюции подчеркивается, что эти дети могут нуждаться в специальной психосоциальной поддержке (посттравматическая психологическая помощь), процесс оказания которой должен быть организован с соблюдением их прав и уважения человеческого достоинства в соответствии с применяемыми нормами международного права. Специальный представитель Генерального секретаря ООН по вопросу о детях и вооруженных конфликтах призвал государства оказывать всемерное содействие в возвращении всех имеющих их гражданство детей. Своевременная репатриация в страну гражданства играет важную роль в

эффективной реабилитации и реинтеграции детей, оказавшихся в зонах конфликта.

Актуальность оказания государствами поддержки в деле реабилитации и реинтеграции обусловлена также необходимостью обеспечения прав ребенка. Кроме того, реабилитация и реинтеграция способствуют достижению государством долгосрочных целей в сфере его безопасности, так как позволяет предотвратить дальнейшую маргинализацию, которая способна повторно подтолкнуть детей обратно в вооруженные группы, в том числе террористические группы. С этой точки зрения, государство должно создать систему долгосрочной поддержки, которая на регулярной основе включает определенные виды и формы психологической или специализированной медицинской помощи после интеграции в общество. Потребность в такого рода помощи очевидным образом следует из тех условий прежнего проживания ребенка, в которых отсутствовали необходимые базовые услуги. В международных документах обращается внимание государств-участников на возможность стигматизации и дискриминации после возвращения в страну гражданства или переселения в третью страну. Для предотвращения таких явлений государство должно принять соответствующие меры в системе реабилитации, предотвратить ухудшение психосоциального и психологического благополучия ребенка или обострение проблем, с которыми сталкиваются такие дети (возможности получить образование или перерыв в образовании). Реабилитация и реинтеграция должны быть нацелены на оказание помощи детям для того, чтобы они могли пользоваться своими правами, включая право на физическое, социальное, психологическое и умственное развитие без дискриминации и стигматизации.

Конвенция о правах ребенка ООН от 1989 года (п.1, ст.19) предусматривает обязательства государств-участников по оказанию содействия в реабилитации и социальной реинтеграции детей. Она вменяет в обязанности государств-участников принятие необходимой системы мер для защиты ребенка от всех форм насилия и т.п. Это обязательство должно осуществляться не только на общенациональном уровне, но и на уровне провинций и муниципалитетов. В практическом плане это означает, что государство должно принять меры по защите независимо от того, кем осуществляется забота о ребенке - родителем или законным опекуном.

Согласно статье 39 Конвенции о правах ребенка ООН, государства «принимают все необходимые меры для того, чтобы содействовать физическому и психологическому восстановлению и социальной реинтеграции ребенка, являющегося жертвой: любых видов пренебрежения, эксплуатации или злоупотребления, пыток или любых других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения, наказания или вооруженных конфликтов. Эти же обязательства предусмотрены в резолюции 2427 от 2018 года и резолюции 2225 от 2015 года Совета Безопасности ООН о детях и вооруженных конфликтах. В них подчеркивается главенствующая роль правительств в обеспечении защиты всех детей, пострадавших от вооруженных

конфликтов и оказания им чрезвычайной помощи. При этом государствам рекомендуется в первую очередь рассмотреть возможности и условия долгосрочной и устойчивой реинтеграции и реабилитации таких детей.

В своих резолюциях Совет Безопасности ООН настоятельно призвал к активной поддержке развития и укрепления потенциала национальных учреждений и местных сетей гражданского общества к пропаганде, защите и реабилитации детей, пострадавших от вооруженных конфликтов, в целях обеспечения реализации на устойчивой основе местных инициатив по защите детей. Этот призыв был также обращен ко всем заинтересованным сторонам, в том числе государствам-членам, структурам системы Организации Объединенных Наций и финансовым учреждениям. Еще ранее, в резолюции 2396 от 2017 года, Совет Безопасности ООН указал на недопустимость промедления в оказании необходимой помощи в реинтеграции и реабилитации детей, связанных с иностранными боевиками-террористами, или возвращающимся, или перемещаемым из зон конфликта. Своевременная квалифицированная помощь должна оказываться всевозможными способами, включая обеспечение доступа к медицинской помощи, психосоциальной поддержке и образовательным программам, которые способствуют сохранению жизни, развитию и благополучию детей. В соответствии с Конвенцией о правах ребенка ООН (ст.39), организация мер по восстановлению и интеграции ребенка должна создавать такие условия, которые обеспечивают и поддерживают его здоровье и достоинство.

Государства должны на раннем этапе создать план мероприятий по процессу реинтеграции детей, возвращающихся из зон конфликта, привлекая для этой работы все профильные министерства. Совет Безопасности ООН в резолюции 2396 от 2017 года подчеркнул ведущее значение общегосударственного подхода при оказании своевременной и надлежащей помощи в деле реинтеграции и реабилитации детей, пострадавших от террористической деятельности.

По замечанию общего порядка № 13 от 2011 года (п.39) Комитета по правам ребенка ООН, общегосударственный подход, основанный на обеспечении прав, включает в себя также надлежащие меры защиты, которые требуются по Конвенции и распространяются на подразделения правительства в рамках комплексной, последовательной и скоординированной системы.

Согласно общему порядку № 13 (п.54) Комитета по правам ребенка ООН, эти меры должны четко отражать следующее:

1. кто несет ответственность за ребенка и семью, начиная с сообщения и передачи на рассмотрение по всей цепочке до последующих мер;
2. цели любого образа действий, которые должны быть подробно обсуждены с ребенком и другими соответствующими заинтересованными сторонами;
3. детали, конечные сроки выполнения и предложенную продолжительность любых действий;

4. механизмы и даты для рассмотрения, мониторинга и оценки действий.

При этом должна быть соблюдена надлежащая правовая процедура, основанная на принципе обеспечения наилучших интересов ребенка.

Алгоритм реализации общегосударственного подхода к реабилитации и реинтеграции носит гибкий характер и может изменяться. Например: роль различных элементов междисциплинарного подхода может меняться в процессе реинтеграции в зависимости от потребностей и состояния отдельного ребенка. Причем этот процесс может продлиться до старшего подросткового возраста. Следует обратить внимание на признание Советом Безопасности важной роли организаций гражданского общества в содействии реабилитации и реинтеграции ребенка. В резолюции 2396 от 2017 года (п.32) Совет Безопасности рекомендует в инициативном порядке взаимодействовать с этими организациями в целях разработки стратегий реабилитации и реинтеграции.

Казахстан в 1994 году ратифицировал Конвенцию о правах ребенка, взяв на себя обязательства по выполнению всех требований, связанных с защитой прав ребенка. Приверженность международным стандартам и нормам в области защиты прав детей нашла отражение в принятом в 2002 году Законе Республики Казахстан «О правах ребенка в Республике Казахстан» [6]. В 2016 году указом Президента создан институт Уполномоченного по правам ребенка. В республике до настоящего времени продолжается совершенствование законодательства в области защиты прав детей, в том числе детей с ограниченными возможностями; детей, оставшихся без попечения родителей; детей, находящихся в уязвимом положении и т.д.

Принятый в 2019 году Закон «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам, связанным с деятельностью организаций, осуществляющих функции по защите прав ребенка» определил перечень организаций, занимающихся защитой прав ребенка, унифицировал понятие «трудная жизненная ситуация», ввел новый вид учета несовершеннолетних, находящихся в трудных жизненных ситуациях, медико-социальный учет.

Закон предусматривает нормы функционирования центров поддержки семьи и детей, которые находятся в трудной жизненной ситуации, расширение функций центров адаптации для несовершеннолетних с учетом новых категорий детей и услуг. Закон возлагает на уполномоченный орган в области образования разработку и утверждение стандартов оказания специальных социальных услуг и программ в области защиты прав детей. Согласно Закону, мандатом национального превентивного механизма будут охватываться все организации, которые осуществляют функции по защите прав ребенка. Кроме того, декриминализированы нормы о правонарушениях в связи с ненадлежащим исполнением обязанностей по воспитанию детей, об ответственности за укрытие сотрудниками организаций образования, здравоохранения и соцзащиты от правоохранительных органов информации о противоправных деяниях в

отношении детей и усилено наказание за насильственные преступления в отношении детей.

В 1991 году был принят Закон Республики Казахстан «О противодействии терроризму». Статья 17-1 этого закона создала правовую основу социальной реабилитации детей, пострадавших от террористической деятельности. В соответствии со статьей закона, в отношении этих детей социальная реабилитация гарантируется в порядке и сроки, определяемые уполномоченным органом в области образования и науки. Реабилитация направлена на обеспечение правовыми, образовательными, психологическими, медицинскими, культурными и социально-бытовыми услугами [7].

В соответствии с отмеченной выше статьей 17-1 Приказом министра образования и науки в 2020 году утверждены «Правила и сроки социальной реабилитации ребенка (детей), пострадавших от террористической деятельности» (далее - Правила). В Правилах указываются те случаи, в которых должна осуществляться социальная реабилитация детей, пострадавших от террористической деятельности: возвращение в РК ребенка, один из законных представителей которого является гражданином республики; задержание (арест) одного из законных представителей по подозрению или обвинению в совершении преступлений, связанных с экстремизмом или терроризмом или отбывание наказания за совершение таких преступлений; гибели одного из законных представителей, связанной с подготовкой или осуществлением террористической или экстремистской деятельности [8].

Осуществление социальной реабилитации возлагается на местные исполнительные органами по месту проживания одного из законных представителей ребенка, согласно разрабатываемому ими индивидуальному плану реабилитации. Планом предусматриваются мероприятия по оказанию комплекса различных видов услуг в целях реабилитации в течение одного года.

В 2020 году, согласно Закону «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам защиты материнства и детства», закреплена компетенция уполномоченного органа в области образования и науки по межотраслевой координации субъектов социальной реабилитации детей, пострадавших от террористической деятельности. Законом определен перечень социальных услуг, направленных на социальную реабилитацию детей.

Таким образом, национальная стратегия по защите прав детей постоянно совершенствует законодательную основу защиту детей, пострадавших от террористической деятельности с учетом современных вызовов.

4. Руководство по организации реабилитации для специалистов заинтересованных государственных органов, педагогов-психологов и социальных педагогов

4.1. Оценка ресурсов для организации реабилитационной работы с детьми

4.1.1 Оценка ресурсов: казахстанский опыт и проблемы реабилитации детей, возвращенных из зоны террористической активности

Организация реабилитационной работы с детьми, пострадавшими от террористической деятельности, требует оценки ресурсов. Для эффективной реабилитации в будущем необходимо на основе анализа имеющегося опыта определить проблемы ресурсов и по возможности их устранить.

С этой точки зрения, организация реабилитационной работы с детьми требует, в первую очередь, оценки *человеческих ресурсов*. Под последними понимается совокупность воплощенного в людях человеческого капитала в форме их образования, квалификации, знаний и опыта [9]. Оценить человеческие ресурсы для реабилитации детей, возвращенных из зоны террористической активности (ЗТА), означает проанализировать следующие параметры: образование, квалификацию, знания психологов и социальных педагогов. Они должны отвечать задачам эффективной реабилитации детей, проживших несколько лет в зоне террористической активности. Сначала необходимо рассмотреть те опыт и проблемы, которые возникли у психологов и социальных педагогов в процессе профессиональной деятельности, направленной на реабилитацию детей. Прежде всего речь идет об отечественном опыте реабилитации детей, репатриированных из Сирии и Ирака в ходе операции «Жусан». В контексте оценки ресурсов ниже будет рассмотрен опыт и проблемы этих специалистов из региональных центров «Шанс», которые организованы общественным фондом «Право». Начиная с 2020 года по настоящее время такая работа проводится специалистами Управлений образования по месту проживания детей, вернувшихся из зон террористической активности.

Руководитель фонда «Право» О. Рыль и профессор кафедры религиоведения ЕНУ Ю. Шаповал в осуществленном Казахстане подходе к реабилитации и реинтеграции репатриантов из Сирии и Ирака, выделяют три этапа, образующих единую систему реабилитации [10, 11]. Первый этап заключался в социальной адаптации, которая осуществлялась в течение месяца в реабилитационном лагере «Фламинго» г. Актау сотрудниками силовых структур, государственных учреждений и гражданским сообществом (НПО «Шанс» и фонд «Акниет»). Второй этап «Реабилитация и первичная социализация» реализован уже в региональных центрах сотрудниками социально-психологической и правовой поддержки «Шанс», созданных ОФ «Право». На этом этапе активными субъектами реабилитации выступили психологи и социальные педагоги, которые проводили психологическую диагностику и коррекцию, оказывали помощь, в том числе в подготовке детей к школе. Продолжение работы по социализации и первичной реинтеграции в общество

женщин и детей составляют суть третьего этапа, который длится до настоящего времени.

Первая особенность полученного опыта обусловлена спецификой объекта реабилитации. Впервые в Казахстане в этом качестве выступили женщины и дети, причем находящиеся часто в экстремальных психических состояниях. На специфичность испытываемых женщинами проблем указывают данные психолога - руководителя Центра анализа и развития межконфессионального согласия Павлодарской области Г. Раздыковой. В результате обобщения их запросов в процессе on-line психологического консультирования в рамках организованного ею проекта «ZOOM-Жусан», выделены три самые многочисленные группы вопросов, которые отражают актуальные проблемы. На первом месте среди запросов женщин - детская психология, дефектология, неврология (энурез, задержка в развитии речи, заикание у детей), на втором - семейная психология, а на третьем – вопросы физического здоровья [12]. Таким образом, приоритетной выступает проблема психологической помощи детям и коррекции их состояния.

Психологические проблемы детей ярко проявлялись в специфических поведенческих реакциях в реабилитационном лагере. Они наблюдались уже в самом начале общения с психологами, педагогами: «...с детьми на контакт идти было тяжело. Поначалу у большинства была агрессия: они воспринимали нас в штыки, бывало, обзывали нас «кафирами», могли кинуть в нас камень. Но мы понимали, что это дети, и что они жили в условиях войны и агрессии» [13]. Следует заметить, что детей-беженцев и детей, эвакуированных из зоны боевых действий, вооруженных конфликтов или террористической активности зарубежные специалисты называют «дети войны», а казахстанские психологи – детьми, вернувшимися с войны. Психолого-педагогической работе предшествовала медицинская реабилитация по принципу: сначала – тело, а затем - душа. Ранения, скудное питание, отсутствие полноценного сна привели к истощению и неизбежно повлияли на психику детей. Таким образом, *вторая особенность* заключалась в специфическом соматическом, психологическом и социокультурном статусах несовершеннолетних:

- 1) соматическое состояние (истощенность организма, болезни, ранения);
- 2) разный возраст (от дошкольного до младшего подросткового);
- 3) языковой барьер (некоторые владели только арабским);
- 4) коммуникативный барьер (неприятие светскости, в том числе светских специалистов; отказ от контакта с «кафирами»);
- 5) развитие личности детей в условиях, ограниченных субкультурой семьи, близких родственников, опекунов или джамаата, а также в обстановке частичной социальной депривации, т.е. обедненной и лишенной взаимодействия со светскими людьми и детьми;
- 6) развитие личности в ситуации социо-культурной депривации (отсутствие игрушек, карандашей, книг, телевидения, компьютера и т.п.);
- 7) отлученность от услуг дошкольного и школьного образования, педагогическая запущенность;

- 8) сиротство (некоторые потеряли родителей или мать осталась в Сирии);
9) психологический статус личности, обусловленный длительным проживанием в зоне экстремальных условий (высокая тревожность; «токсический» стресс, посттравматическое стрессовое расстройство вследствие психотравм и т.д.).

Соответственно потребности в психологической, медицинской и социальной помощи определили *третью особенность* реабилитации детей. А именно: комплексный подход, осуществление которого требует включенности и координированной работы специалистов разных профилей. Следует заметить, что системы реабилитации несовершеннолетних – жертв военных конфликтов и террористических актов, как правило, имеют комплексный характер. Об этом свидетельствуют, например, опыт реабилитации, накопленный в Российской Федерации (А. С. Дамадаева, Ж. Ч. Цуциева, Н. М. Захарова, А. В. Милехина и другие), опыт дальнего зарубежья «Save the Children» по созданию среды психосоциальной безопасности детей и опыт долгосрочных проектов Движения Красного Креста и Красного Полумесяца по реабилитации «детей войны».

Четвертая особенность заключается в отсутствии опыта работы у психологов и социальных педагогов с такого рода особенными детьми. Как отмечает руководитель ОФ «Право» О. Рыль, существующий опыт дерадикализации и последующей реабилитации, применяемый на территории Казахстана, рассчитан на взрослых, а детских программ не было.

Пятая особенность заключается в дефиците методических пособий по работе с детьми – жертвами боевых или террористических действий. Эта особенность отражает проблему *информационных ресурсов*. В широком смысле под ними понимают «совокупность данных, организованных для получения достоверной информации в самых разных областях знаний и практической деятельности» [14].

Несмотря на возникшие проблемы, позитивные результаты психолого-педагогической реабилитации достигались благодаря высокой мотивации специалистов, апробации инструментов, в том числе путем «проб и ошибок», что позволило отчасти выработать собственный профессиональный опыт. Из интервью психолога С. Мукановой: «До этого у нас не было опыта работы с такими детьми, поэтому мы не знали, что будет. Мы изучали эту тему, работали с теологами, социальными работниками, медиками, юристами, психологами. Было много специалистов, в том числе из России и Америки. Мы проходили обучение, потому что в Казахстане нет такой узкой специализации - именно по работе с детьми, вернувшимися с войны. Оказалось, таких специалистов не было и в других странах. Когда детей, женщин начали привозить, мы сразу остро почувствовали, что нет специалистов, и тогда мы начали работать узконаправленно. Определенных методик не было ...» [13].

Замечание относительно того, что подобного рода узкопрофильных специалистов и опыта нет и в других странах не является большим преувеличением. Это обусловлено новизной современных вызовов и как следствие – дефицитом практики репатриации несовершеннолетних из зоны террористической активности (ЗТА). Как и опыт психолого-педагогических

аспектов социальной реабилитации «детей войны» она находится в начале своего становления. Например, анализ деятельности психологов Израиля выявил их направленность не столько на реабилитацию, сколько на профилактику травматического стресса у детей в связи с боевыми ударами в зоне палестино-израильского конфликта [15]. Не готовыми к оказанию помощи детям-беженцам из зоны боевых действий Донбасса оказались и психологи, педагоги Украины. Специалисты отмечают, что у них пока не сложился общий взгляд на то, как работать с этими детьми. Есть острый дефицит психологов, готовых работать с травмами войны у детей. Первым шагом в решении проблемы стала разработка программы обучения специалистов курсу «Травма войны», направленной на оказание психологической помощи для волонтеров-психологов [16]. Большое внимание уделяется включению родителей и их роли в преодолении психологических последствий травматизации. Так, проводятся on-line консультирование родителей [17]. Практикуется разработка инструкций родителям о том, как помочь ребенку в условиях вооруженного конфликта. Психологическая помощь оказывается видео-средствами, в которых психолог обучает родителей тому, как помочь ребенку пережить психотравму в целях улучшения его психологического состояния и дальнейшего развития личности [18]. Аналогичная форма помощи в Казахстане реализуется в рамках проекта «ZOOM-Жусан» Г. Раздыковой, причем шире по спектру задач. В настоящее время подготовка соответствующих специалистов-педагогов в Украине основывается на новом для них подходе - педагогике травмы, опираясь на опыт Израиля, Грузии и ФРГ. Она использует преимущественно такие педагогические методики, которые базируются на основе знаний психотерапии и психотравматологии и направлена на обеспечение у детей чувства безопасности и собственной значимости, ценности своей личности [19].

О проблеме человеческих ресурсов в организации социальной реабилитации заявляют авторитетные специалисты международной организации «Save the Children» («Спасите детей»), зарегистрированной в Англии, Уэльсе и Шотландии. Она занимается обеспечением психического здоровья и психосоциальной поддержки, в том числе через психологические исследования и образовательные мероприятия для детей в 10 провинциях Сирии, а также в странах, принимающих беженцев-детей из Сирии - Австралии, Ираке, Иордании и Турции.

Проблемам социальной реабилитации казахстанских детей, возвращенных из ЗТА, сравнительно более близким можно считать опыт Российской Федерации. В частности, опыт реабилитации детей-беженцев, эвакуированных из зоны локальных вооруженных конфликтов и террористических актов (Чечня, Дагестан, Осетия-Алания и территории, подконтрольные ИГИЛ). Известно, что боевики из России вывозили на территорию Ирака и Леванта своих жен с детьми. Важным является то, что воспитание этих детей, как и репатриированных в Казахстан детей протекало согласно установлениям шариата. Некоторые из подростков даже подверглись обработке радикальной идеологией. По возвращении в Россию дети и подростки нуждались и получали

психологическую помощь по ресоциализации и устранению последствий ПТСР. В России реабилитация проводится специалистами по экстремальной психологии и психотерапевтами, а иногда - психиатрами [20]-[25].

Однако, чужой опыт не может быть прямо заимствован полностью и непосредственно перенесен на казахстанскую почву. Причина, главным образом, заключается в тех девяти, выше перечисленных особенностях состояния казахстанских детей, которые являются следствием длительного нахождения в экстремальной ситуации за рубежом и социальной ситуации развития их личности в джамаате.

Между тем, вспомогательную роль в быстрой профессиональной адаптации казахстанских психологов к решению актуальных задач сыграл прежний наличный опыт и экстренное обучение «на ходу» непосредственно в процессе реабилитации. Так, многие из них имели опыт психологического консультирования, в том числе людей с отклоняющимся поведением и осужденных за терроризм и экстремизм, а также опыт психологической коррекции женщин из джамаатов, т.е., в той религиозной общине. Для психологов со стороны ООН в Алматы был организован специальный семинар. В контексте профессиональной адаптации психологов и социальных педагогов выявлена также проблема их «эмоционального выгорания». Возникновение этого синдрома является закономерным для специалистов, помогающих в экстремальных ситуациях. Неслучайно в подготовке специалистов по устранению последствий чрезвычайных и экстремальных ситуаций предусматривается изучение вопросов, связанных с профилактикой эмоционального выгорания. Согласно опыту казахстанских специалистов, многие впервые столкнулись с высоко эмоционально заряженными проблемами репатриантов (горе в связи с потерей детей, фобии, страшные картины описания жизни и т.д.). Эмпатическое общение с ними, стрессовое состояние в связи с необходимостью оказания помощи в условиях дефицита соответствующих методик и цейтнота времени, быстрого переобучения, а также другие факторы требовали высокой мобилизации собственных психологических и психофизиологических ресурсов. Эмоциональное выгорание специалистов в известной мере явилось той ценой, которая была оплачена за успешные результаты деятельности.

В целом, оценка человеческих и информационных ресурсов на основе имеющегося в Казахстане опыта социальной реабилитации детей позволила выявить следующие проблемы.

- 1) В настоящее время для осуществления реабилитации детей, репатрированных из ЗТА, психологи и социальные педагоги, во-первых, имеют соответствующее общее базовое образование. Оно позволяет получить *дополнительное специальное образование* в формате повышения квалификации.

- 2) *Проблема человеческих ресурсов* заключается в противоречии между имеющимися у них уровнем квалификации и тем, который требуется для реабилитации детей, пострадавших от террористической

деятельности и имеющих перечисленные выше особенности. Под квалификацией понимается уровень специальных теоретических знаний и практических умений в области диагностики, оказания помощи. Речь идет о квалификации в сфере социальной реабилитации детей, вернувшихся из зон террористической активности для решения определенного круга задач по восстановлению и нормализации их психических состояний, функций.

3) *Проблема информационных ресурсов* заключается в том, что крайне мало вообще научной литературы, в которой отражаются вопросы экстремальной психологии применительно к жертвам-детям (больше о взрослых). Тем более отсутствует систематизированный методический комплекс, объединяющий теоретические основы реабилитации детей-войны, методы диагностики и технологии оказания помощи детям, пострадавшим от террористической деятельности.

Таким образом, выявленные проблемы отражают:

- дефицит узкопрофильных специалистов или недостаточный в настоящее время уровень требуемых специальных знаний и умений;
- необходимость разработки программ повышения квалификации - подготовки психологов и социальных педагогов к реабилитации несовершеннолетних репатриантов из ЗТА;
- потребность в разработке учебно-методического сопровождения для повышения квалификации и методического сопровождения профессиональной деятельности по социальной реабилитации детей, пострадавших от террористической деятельности.

В связи с этим для решения проблемы человеческих и информационных ресурсов в контексте задач социальной реабилитации детей ниже предлагается:

- 1) программа подготовки специалистов – психологов и социальных педагогов;
- 2) методическое сопровождение их подготовки, которое также может использоваться в качестве методического руководства психологами и социальными педагогами, осуществляющими реабилитацию детей, пострадавших от террористической деятельности.

4.1.2 Подготовка специалистов по социальной реабилитации: программа подготовки педагогов-психологов и социальных педагогов

Программа

повышения квалификации по курсу «Психолого-педагогическая реабилитация детей, вернувшихся из зон террористической активности»

Цель – формирование системного представления о психолого-педагогических аспектах социальной реабилитации детей, переживших экстремальные, чрезвычайные и кризисные ситуации в условиях террористической деятельности.

Задачи первого модуля программы заключаются в формировании системы знаний о сущности и признаках экстремальной, кризисной, чрезвычайной ситуаций; феноменологии переживаний детьми этих ситуаций и их психологических последствиях; особенностях, признаках и динамики экстремальных состояний у детей вследствие психотравматизации; гендерной, возрастной и личностной предрасположенности к экстремальным состояниям и эмоциональным расстройствам.

Задачи второго модуля программы заключаются в предложениях по применению диагностических методов, методик и техник для решения долгосрочных задач социальной реабилитации детей, пострадавших от террористической деятельности.

Задачи третьего модуля программы заключаются в рекомендациях по технологиям, методам и видам оказания психологической помощи детям, пережившим психотравму. Образец программы представлен в Приложении А.

Модуль 1. Теоретико-методологические основы социальной реабилитации детей, вернувшихся из ЗТА

Тема 1. Экстремальная психология. Понятие экстремальной ситуации

План:

1. Общая характеристика экстремальной психологии как науки и практики.
2. Признаки экстремальной, чрезвычайной и кризисной ситуации.
3. Экстремальная ситуация: объективные и субъективные факторы восприятия ситуации как экстремальной.
4. Психологические последствия воздействия экстремальной ситуации на человека.

Современное состояние психологической науки таково, что на сегодня отсутствует конкретная единая ее отрасль, предметом которой является человек в экстремальной ситуации. С этой точки зрения можно согласиться с Е.В.Павловой в том, что для изучения этого вопроса приходится привлекать знания из смежных областей. А именно, «психологию катастроф» (П. И. Сидоров, И. Г. Мосягин, С. В. Маруняк), «кризисную психологию» (Л. А. Пергаменщик, И. Г. Малкина-Пых, Е. Ф. Василюк и др.), «психологию экстремальных состояний» (В. И. Лебедев, М. М. Решетников, Г. С. Човдыров, Ю. А. Александровский, С. Б. Малых, Ю. С. Шойгу и др.), «психологию травматического стресса» (Е. О. Лазебная, А. Л. Пушкарев, Н. В. Тарабрина,

О. Е. Хухлаев и др.) [26]. Даже в подходе к таким ключевым понятиям, как «экстремальная ситуация», «экстремальное состояние», «экстремальные условия деятельности» отсутствует единство мнений. Так, В.И. Лебедев считает экстремальную психологию отдельной «отраслью психологической науки, изучающую общие психологические закономерности жизни и деятельности человека в измененных (непривычных) условиях существования» [27]. По мнению К. В. Сельченка, психология экстремальных ситуаций является одним из направлений прикладной психологии, которая исследует проблемы оценки, прогноза и оптимизации психических состояний и поведения человека в экстремальных условиях [28]. П. И. Сидоров, И. Г. Мосягин и С. В. Марунык тоже считают ее отраслью прикладной психологии. Однако, по их мнению, она отражает такую систему научных знаний и сферу их практического приложения, которая нацелена на исследование особенностей проявления психики и сохранения психического здоровья человека, переживающего экстремальную ситуацию [29].

В специализированной литературе в одном ряду зачастую упоминаются *три различных типа ситуаций: чрезвычайная, экстремальная и кризисная.*

Чрезвычайная ситуация, в соответствии с законодательством Республики Казахстан – это обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, пожара, вредного воздействия опасных производственных факторов, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, вред здоровью людей, или окружающей среде, значительные материальные потери, нарушение условий жизнедеятельности людей [30]. Чрезвычайная ситуация по факту носит объективный характер.

К группе экстремальных, т.е. предельных или критических ту или иную ситуацию относят с точки зрения минимального или максимального значения некоторого критерия. Описание механизма переживания экстремальных условий А. Г. Маклаковым дает представление о том, почему это предельные ситуации. На экстремальном уровне жизнедеятельности включается регуляция со стороны гормональной системы. Испытываемый дискомфорт и сильное напряжение перерастает в перенапряжение. Мобилизация ресурсов до определенного значения может способствовать эффективному решению задачи в условиях реальной угрозы жизни. Но перейдя порог, некоторое критическое значение из-за длительной и интенсивной физической или психической нагрузки у человека происходит нервно-психическое истощение [31].

Очень важным является то, что восприятие ситуации как экстремальной зависит от психологических качеств и того, в какой степени самим человеком она воспринимается как угрожающая жизни и здоровью, нарушая его чувство безопасности. Например, из перечня, приведенного Е. В. Павловой, применительно к субъективному восприятию ситуации как экстремальной в зоне военных действий, имеет значение наличие у человека опыта переживания подобных ситуаций. На неспособность совладать с ситуацией влияет:

субъективная неготовность (человек воспринимает ситуацию как в принципе невозможную) и незнание алгоритма действий в такой ситуации [26].

Применительно к условиям жизни в зоне военных действий из перечисленных А. Г. Маклаковым 17 признаков имеют значение следующие, позволяющие воспринимать их как экстремальные:

- различные эмоциональные воздействия, связанные с высокой ответственностью, опасностью, цейтнотом времени и т.д.;
- ситуации, сопровождающиеся опасностью массового поражения, чувством незащищенности, наличием непосредственной угрозы для жизни;
- чрезмерные нагрузки на психические и психомоторные процессы;
- голод и жажда;
- накопление психического напряжения и тревожность;
- переживание за близких, их утрата.

Под кризисной ситуацией Ю. С. Шойгу понимает такие ситуации, которые требуют от человека значительного изменения представлений о мире и о себе за короткий промежуток времени. Это обусловлено тем, что всякий кризис (экономический, психологический и т.д.) – это прежде всего нарушение состояния равновесия системы, резкий перелом в чем-нибудь, переходное состояние, которые вызывают острое затруднение в чем-либо, чтобы такой переход осуществить.

Типы ситуаций взаимосвязаны. Например: экстремальная или чрезвычайная ситуация становится в то же самое время для человека кризисной. Это происходит тогда, когда исключается возможность сохранения привычного образа жизни, ценностей и способа мировосприятия. Следует отметить условный характер разделения в научной литературе и психологической практике чрезвычайных и экстремальных ситуаций, с одной стороны, и экстремальных и кризисных – с другой. Специфика жизни в зоне военных, террористических действий такова, что ее условия создают условия для возникновения всех трех типов ситуаций и нередко – одновременно.

По Е. В. Павловой, психологические последствия воздействия этих ситуаций в условиях войны следующие:

1. субъективное деление жизни на «до» и «после» экстремальной ситуации;
2. дезорганизация личности субъектов экстремальной ситуации;
3. изменение образа мира и системы ценностей человека;
4. реакции дезадаптации, развитие фобий, страха за жизнь близких;
5. тревожные и агрессивные реакции;
6. устойчивое чувство безысходности [26].

Чрезвычайные происшествия природного происхождения чаще переживаются легче, чем антропогенные. Например: по-разному переживается пожар из-за засухи и пожар вследствие взрыва бомбы, потому что первое неотвратимо, а второе – результат жестокости, которой могло не быть.

Тема 2. Экстремальные ситуации, связанные с военными действиями и их психологические последствия

План:

1. Классификация экстремальных ситуаций.
2. Экстремальные ситуации, связанные с военными действиями.
3. Психологические последствия экстремальных ситуаций в зоне боевых действий.

Экстремальные ситуации, отмечает Е. В. Павлова, разделяются на *«экстремальные ситуации военного времени»* и *«экстремальные ситуации мирного времени»* [26]. Первые всегда носят антропогенный характер и поэтому глубоко переживаются жертвами из числа мирного населения, оказавшихся в зоне боевых действий. Они несут непосредственную угрозу жизни и здоровью, базовой потребности человека в безопасности и пробуждают инстинкт самосохранения. Их экстремальность также обусловлена внезапностью, запредельно высокой интенсивностью переживаемых эмоций страха, доходящего до ужаса, и массовым характером насилия, который вызывает аффект и панику, а также агрессию и ненависть. В то время как экстремальные ситуации мирного времени реже несут угрозу жизни, а чаще - личностной целостности, самоуважению. Такими являются, например, работа в экстремальных погодных и климатических условиях (стужа, жара, под водой, в небе и т.п.), условиях цейтнота времени (подготовка к экзамену, сдача отчета и т.п.), условиях высокой ответственности (публичная защита, выступление).

Чрезвычайные ситуации мирного времени чаще вызываются природными и техническими факторами. В военное время чрезвычайные ситуации сопровождают экстремальные ситуации и связаны с антропогенным фактором. Например: сильный пожар и обрушение крыши дома из-за взрыва авиабомбы. Верное замечание сделано академиком Ю. А. Александровским: «Война с точки зрения экстремальных условий, вызывающих возникновение психогений, объединяет по существу психотравмирующие факторы, присущие почти всем стихийным бедствиям и катастрофам. В войне с применением обычного оружия это разрушение зданий и пожары в результате действий артиллерии и авиации, катастрофические наводнения в связи с повреждением гидротехнических сооружений, заражение обширных территорий радиоактивными и ядовитыми химическими веществами при разрушении атомных электростанций и химических заводов» [32].

Кризисные ситуации мирного времени, связанные со здоровьем, переживаются, например, во время болезни или операции, когда человек находится в переходном состоянии между жизнью и смертью. Примером психологического кризиса мирного времени служат кризисы личностного развития. Так, кризис подросткового возраста отражает переходное состояние между детством и взрослостью. Кризисные ситуации военного времени, например у эвакуированных из Сирии казахстанцев состояли в переходе от жизни в мирных условиях к жизни в условиях войны.

Что касается *экстремальных ситуаций, связанных с военными действиями*, то их жертвами являются не только военнослужащие, но и мирное население. К основным экстремальным ситуациям, согласно А. Г. Маклакову, относят: 1) участие в бою; 2) беженство; 3) плен; 4) нахождение в очаге военных действий; 5) проживание на территории, где идет война; 6) нахождение в блокаде; 7) проживание на территории, опустошенной войной [31]. Четыре последних имеют непосредственное отношение к семьям, эвакуированным из Сирии. Общим для всех ситуаций является их рукотворность (социогенный характер), большая длительность (военные действия в Сирии развернуты с марта 2011 года), низкая прогнозируемость развития событий. Все ситуации порождают обесценивание жизни взрослых и детей, искажение норм и ценностей. Для понимания психологических последствий экстремальных ситуаций военного времени, переживаемых детьми, необходимо знать вообще психологию военных действий и их последствий для человека.

Впервые исследования по этой проблеме начались после первой мировой войны, в русле которых возникли понятия «психотравма», «военный невроз», «боевой стресс», «посттравматический невроз», а ныне - ПТСР и т.д.

Э. Крепелин, исследуя травматический невроз, установил, что вследствие тяжелых психических травм у военнослужащих могут оставаться и усиливаться расстройства. Позднее Майерс на примере французских военнослужащих в период с 1914 по 1919 годы выявил различия между неврологическим расстройством контузии от разрыва снаряда и снарядным шоком. Первую он отнес к неврологическому состоянию, вызванному физической травмой, а второй – к психическому состоянию, обусловленному сильным стрессом.

В это же время, замечают Е. В. Павлова, А. Г. Маклаков и другие, психиатрами был сделан ценный вывод о том, что даже те солдаты, которые не получили увечий, ранений все равно проявляли одинаковые симптомы определенного расстройства. Оно проявлялось в угнетенном психическом состоянии, слабости, нервном истощении, нарушении сна и аппетита, немотивированных вспышках агрессии. Причиной расстройства служила психическая травма, полученная в ходе боевых действий. Во время второй мировой войны возникали эти же расстройства, которые разными учеными назывались «военная усталость», «боевое истощение», «военный невроз», «посттравматический невроз» [26, 31]. Этот факт уже в то время указал на то, что этим расстройствам подвержено мирное население, находящееся в зоне военных действий. Именно эти исследования послужили основой теории посттравматического расстройства (ПТСР). Интерес и масштабные исследования влияния военных психотравм на психику возобновились за рубежом в связи с войной во Вьетнаме, локальными вооруженными конфликтами в Боснии и Герцеговине, Сирии, Ираке и т.д. В современной России – в связи с локальными конфликтами и террористическими актами в Осетии, на Северном Кавказе.

П. И. Сидоров обращает внимание на то, что перечисленные выше симптомы *боевого стресса* могут с разной силой и полнотой проявляться в

зависимости от обязанностей военнослужащих и характера травмирующего переживания. Однако всегда он проявляется в наличии непереносимой тревоги вследствие страха, который возникает уже только из-за пребывания в зоне боевых действий, несущей высокую вероятность разрыва снаряда, гибели или ранения, в том числе мирного населения. Картину психологических последствий дополняют гнев и тревога у солдат, участвовавших в захоронении погибших. По П. И. Сидорову, общая картина боевого стресса состоит из повышенной раздражительности, нарушения сна и повторяющихся кошмарных снов, иногда – психосоматических заболеваний [29]. У мирного населения, пребывающего в зоне военных действий, также проявляются с разной степенью выраженности признаки боевого стресса из-за психической травмы.

Боевая психическая травма представляет собой психогенное нарушение. Суть его развития заключается в перераспределении всех ресурсов человеческого организма, которое сопровождается напряжением адаптационных механизмов и выраженными психофизиологическими изменениями чрезмерной интенсивности и продолжительности. Все это ведет к вторичному повреждению и расстройствам психической деятельности.

Следует иметь в виду два признака проявления боевой психической травмы. Во-первых, это *новые поведенческие навыки и стереотипы*. Следствием продолжительного нахождения в экстремальных условиях является развитие специфической устойчивости организма к воздействию стрессоров и закрепление тех новых навыков поведения, которые имеют биологическое значение для сохранения жизни. Одними из них выступают агрессивные и асоциальные формы поведения. Следует заметить, что новые поведенческие навыки и стереотипы выявлены и у детей, эвакуированных из Сирии, но проявляются они, кроме агрессии, еще и в другой форме - регрессии, которая будет рассмотрена ниже.

Во-вторых, *«бегство от реальности»*. Оно проявляется как невротические соматоформные (психосоматические заболевания) и диссоциативные расстройства (нарушения памяти, личностной идентичности и т.д.), аддиктивное (зависимое) и суицидальное поведение. Соматоформные и диссоциативные расстройства наблюдаются и у эвакуированных из Сирии детей, а риск развития аддиктивного и суицидального поведения – у сирийских детей, перемещенных в другие страны. П. И. Сидоров приводит ряд наиболее частых симптомов расстройств у военнослужащих – участников войны в Чечне: раздражительность, вспыльчивость, агрессивность и эмоциональная лабильность. У некоторых развивались аддикции - вторичные симптомы невротических и аффективных расстройств (алкоголизм и наркомания) [29].

Е. В. Павлова, Ю. А. Александровский, А. Г. Маклаков и другие отмечают, что для мирного населения нахождение в очаге военных действий оказывает то же психотравмирующее влияние и несет те же психологические последствия, что и для военнослужащих. В отличие от них, мирное население испытывают сильное чувство беспомощности. Основным фактором экстремальной ситуации в зоне боевых действий для мирного населения

считают невозможность удовлетворить базовые потребности в безопасности, сохранении жизни своей и детей.

Тема 3. Психологические состояния детей, вернувшихся из зон террористической активности как следствие экстремальных и чрезвычайных ситуаций

План:

1. Проявления признаков «боевого стресса» у несовершеннолетних, вернувшихся из зоны военных действий.
2. Патологические проявления боевой психической травмы у эвакуированных детей.
3. Факторы, потенцирующие психологическую травматизацию у «детей войны», переживающих экстремальные и чрезвычайные ситуации.
4. Практические рекомендации психологам и социальным педагогам.

Для психологической диагностики и последующей помощи в рамках психолого-педагогической реабилитации необходимо понимать то, в каком типе ситуации находились и находятся в настоящее время репатриированные из ЗТА несовершеннолетние и их матери. По отношению к этой категории правомерно будет говорить о всех трех типах ситуаций - чрезвычайной, экстремальной и кризисной. До возвращения в Казахстан они находились, *во-первых*, в условиях чрезвычайной ситуации катастроф антропогенного происхождения, связанных с боевыми действиями. Она характеризовалась внезапным воздействием на психику мирного населения картин разрушения зданий от взрывов, последующих пожаров и т.п.

Вместе с тем они жили, *во-вторых*, в экстремальной ситуации, поскольку в самих условиях их повседневной жизни реально существовала угроза смертью или быть покалеченным, раненным. Дети и матери, в буквальном смысле слова, «смерти смотрели в лицо» (обстрелы, расстрелы, бомбежки, авиаудары, угроза расправой, смертельные ранения, гибель родных и т.д.). Согласно обоим ранее рассмотренным подходам, данная ситуация соответствует признакам экстремальной. А именно, потому что, по А. Г. Маклакову, жизнь в этих условиях создает ежедневно постоянный физический, физиологический и психологический дискомфорт, который ведет к высокому уровню нервно-психического напряжения, а далее – перенапряжению и нервно-психическому истощению [31].

Несовершеннолетних, эвакуированных из ЗТА, зарубежные специалисты часто называют «*дети войны*» или «дети-солдаты». Первое определение корректнее, так как подчеркивает то, что они являются жертвами, а не воюющей стороной. Казахстанские специалисты говорят о них, как о «детях, вернувшихся с войны». Ниже будет использоваться компактное определение «*дети войны*». Сами по себе все ситуации, связанные с военными действиями, являются экстремальными. Напомним, по Ю. А. Александровскому, все психические изменения, вызываемые военными действиями, являются следствием психотравматизации теми факторами, которые свойственны стихийным

бедствиям и катастрофам [32]. И хотя мирное население не сражается непосредственно в бою, оно находится на территории, в очаге, а иногда и в эпицентре военных действий, экстремальных ситуаций. Причем нередко длительных, исход и развитие которых для мирного населения не поддаются прогнозу, создавая угнетающую психику неопределенность. Наблюдения Ю.А. Александровского о том, что происходит обесценивание жизни человека, искажение социальных и личностных ценностей, норм подтверждаются эвакуированными в Казахстан женщинами: «Не жалели ни взрослых, ни детей».

Как отмечалось выше, даже у взрослых солдат, которые не имели увечий и серьезных ранений, но находившихся длительное время в зоне боевых действий, наблюдалась одинаковая симптоматика. Ее составляли: угнетенное психическое состояние, слабость, истощение, нарушение сна, аппетита, вспышки немотивированной агрессии. Эта симптоматика возникла в ответ на психотравму и определялась одними исследователями как «военная усталость», другими - «боевое истощение», а третьими – «боевой стресс». Несмотря на индивидуальные различия в степени выраженности симптомов, общим было чувство острой, не покидающей никогда тревоги. Весь этот симптомокомплекс или отдельные его составляющие с разной степенью выраженности свойственны и эвакуированным из ЗТА женщинам, детям.

Кроме того, у мирного населения, в том числе у детей наблюдаются так называемые патологические проявления боевой психической травмы. К ним относятся:

- новые поведенческие навыки, стереотипы;
- нарастание частоты враждебных и агрессивных форм поведения;
- невротические соматоформные расстройства;
- невротические диссоциативные расстройства;
- аддиктивное и суицидальное поведение.

В качестве примеров психологических последствий боевой психической травмы приведем наблюдения казахстанских психологов за поведением несовершеннолетних, эвакуированных из ЗТА, а также результаты зарубежных психологических исследований детей, перемещенных из Сирии в другие страны. Эти исследования проведены сотрудниками международной организации «Спасите детей» под руководством Грега Рэмми, результаты которого отражены в докладе «Невидимые раны» («Invisible wounds») [33].

Во-первых, катастрофические и экстремальные ситуации делают для детей и взрослых приоритетной потребность в безопасности и побуждают к выработке новых навыков поведения, стереотипов. Это связано с их огромным биологическим значением для сохранения своей жизни. Так, они научились спать под кроватью (реакция на ночные бомбовые удары), мгновенно прятаться под кровать в ответ на внезапный громкий звук, принимая его за выстрел или взрыв, спать днем и т.д. Например, не имевших опыта работы с «детьми войны» казахстанских психологов поразила реакция детей, эвакуированных из ЗТА, на пролетающий над Актау самолет. По словам С.Мукановой, «...когда пролетал самолет, дети прятались под стол, под кровать, в угол. Причем делали это так

быстро, за какие-то секунды. Оказывается, у них это уже автоматически происходит. Был и такой случай, когда утром при обходе мы не обнаружили на кроватях двух женщин. Начали искать и увидели, что они спят под кроватями. Так делали женщины, прожившие в местах боевых действий около шести-семи лет» [13]. Такие же стереотипные навыки демонстрировали вьетнамские дети даже после окончания войны. Например, видя самолет в небе, они в мирное время бежали за ним. Из военного опыта они знали, что нужно бежать вслед за бомбящим самолетом, а не от него, хотя именно так и хочется поступить. Это снижает вероятность попасть под разрыв бомбы и быть раненным или убитым.

Постоянный страх и нервное поведение у детей подчеркнули 89% родителей сирийских детей. Они научились спать не ночью, а днем, чтобы суметь отреагировать. Например: «Мой сын в страхе просыпается посреди ночи. Просыпается с криком. Вот так это все влияет на детей. Ему снятся кошмары, он просыпается в слезах, иногда выбегает на улицу. Ему снятся кошмары из-за войны, из-за бомбардировок. Из-за страха. Он почти не может ночью уснуть, спит только днем. На его глазах зарезали ребенка. И у него начались кошмары, что зарежут его. Когда на глазах у ребенка человека обезглавливают, разве он может потом не бояться?» (Фирас, отец Саида) [33].

Во-вторых, нарастает частота враждебных, агрессивных реакций или депрессии. По данным исследования организации «Спасите детей», 80% сирийских родителей отметили растущую агрессивность, пугливость и депрессию у детей и подростков. Из материалов фокус-группового исследования, проведенного сотрудниками этой организации (ответы на вопросы о том, что вызывает страхи, грусть и счастье):

- «Я всегда злюсь, я зол все время», – Абуд, 12–14 лет, Идлиб.

- «Я боюсь идти в школу, потому что прилетит самолет и будет бомбить», – Рихаб, 8–11 лет, Алеппо.

- «Мне грустно, когда праздник, а моих родителей нет, я их уже потеряла, и я одна, потому что кругом все умирают», – Зейна, 15–17 лет, Алеппо.

- «Я зол, потому что мой друг-сосед в больнице, он подорвался на mine», – Халед, 12–14 лет, Идлиб.

- «Я чувствую себя в депрессии и так, словно я в другом мире. А потом я просыпаюсь и понимаю, что я все еще здесь. И я не могу пошевелиться», – Мохаммед, 15–17 лет, Восточная Гута.

49% родителей сказали, что дети постоянно испытывают чувство горя или грусти; 78% – испытывают это не постоянно, но часто [33].

Повышенная агрессивность, если нет возможности ее выхода социально приемлемым способом, переходит в *аутоагрессию*. Из наблюдений казахстанского психолога С.Мукановой за эвакуированными из Сирии: «Маленькие дети могли съесть землю, чем-нибудь острым себя уколоть или порезать, могли ударить себя по лицу или удариться головой об стену - так они самовыражались, если не могли что-то объяснить, или показывали, что им что-то не нравится...В самых первых рисунках они тянулись к черному,

коричневому, красному цветам. Дети шести-семи лет рисовали танки, пистолеты, бомбардировки ... останки человека: части рук, ног» [13].

В-третьих, невротические соматоформные расстройства, которые проявляются как психосоматические заболевания. В этом случае жалуются на дискомфорт в теле или болезненные ощущения в отдельном органе, как правило – органе, который относится к сердечно-сосудистой и дыхательной системе или желудочно-кишечному тракту. Из материалов фокус-группового исследования, проведенного сотрудниками организации «Спасите детей» (ответы сирийских на вопросы о том, что они часто ощущают физически, когда злятся или испытывают радость):

- «Моего отца арестовали пять лет назад. Когда я вспоминаю его, у меня болит сердце. У меня такое чувство, что мир сжимается», – Ахмед, 15–17 лет, Восточная Гута.

- «У меня болит сердце, потому что оно слишком часто колотится из-за того, что я боюсь», – Нур, 5–7 лет, Алеппо.

- «Когда я один и задумываюсь, у меня начинает болеть живот. Это происходит тогда, когда я реально представляю себе, в какой ситуации нахожусь, и когда думаю об этом», – Тарек, 15–17 лет, Восточная Гута.

- «У меня болит в груди, и я не могу дышать, я сижу один, потому что не хочу кричать на других и боюсь кого-то ударить», – Саиф 15–17 лет, Алеппо [33, 34].

В-четвертых, диссоциативные расстройства, как и соматоформные, являются реакцией на психотравматизацию. Они могут проявляться в частичной или полной потере памяти, нарушении самовосприятия или искаженного восприятия людей, снижении двигательных функций конечностей, онемении отдельных участков тела, нарушении ходьбы, потере равновесия, нарушении речи, снижении зрительного или слухового восприятия. Так, например, 48% опрошенных взрослых в Сирии говорили, что видели детей, которые потеряли способность говорить или приобрели дефект речи с начала войны [33]. На нарушения в речевом развитии детей жалуются репатриированные из Сирии казахстанские женщины.

В-пятых, аддиктивное или суицидальное поведение. Руководитель организации «Спасите детей» Грег Рэмм в интервью сказал о том, что побудило к психологическому обследованию сирийских детей. По его словам: «мы видели одну за другой истории о том, как дети не могут справиться со стрессом. Дети хотят быть детьми, но у них не зарастают эти психологические раны. И они не могут ходить в школу, они прибегают к наркотикам, они не могут спать, они становятся агрессивными по отношению к своим близким, к братьям и сестрам ... эта война уничтожает их жизнь» [34]. Среди опрошенных сирийских подростков 51% признались, что прибегают к наркотикам, чтобы справиться со стрессом. Применительно к детям, эвакуированным в Казахстан из ЗТА риск аддикций имеет низкую вероятность, по крайней мере, в ближайшее время. Это дети, которые воспитываются и социализируются в джамаате, субкультура

которого, основанная на установлениях и нормах шариата, исключает употребление психоактивных веществ и суицид.

«Дети много говорят о смерти, они хотят знать о смерти все. Около полугода назад 12-летний ребенок покончил с собой. У нас раньше ничего подобного не случалось, даже со старшим поколением. Его отец погиб от мины. Ребенку пытались объяснить, что отец погиб как мученик и отправился в рай. И ребенок подумал, что если он умрет, то увидит отца», – Шариф, психолог, южная Сирия [33].

Безусловно, на степень переживания и субъективное восприятие жизненной ситуации как экстремальной оказывает влияние ряд факторов. Анализ их наличия у детей и матерей свидетельствуют не в пользу полного благополучного прогноза. Так, в период пребывания в ЗТА у них отсутствовали: опыт переживания подобных ситуаций и соответственно – образцы, модели совладающего, копинг-поведения, а также субъективная готовность к ситуации проживания в ЗТА, из-за чего она воспринималась как невозможная для нормальной жизнедеятельности. Не было и знания об алгоритме действий при столкновении с чрезвычайными факторами, несущими огромную эмоциональную нагрузку. Кроме того, степень травматического переживания увеличивалась из-за возрастных особенностей детей (личностная незрелость, ограниченный жизненный опыт, хрупкость психики) и фемининное восприятие, эмоциональность матерей.

Все эти внутренние личностные факторы жертв террористической активности лишь усиливают восприятие экстремального характера жизненной ситуации. Особенно важным является то, что у детей и подростков уровень психотравматизации факторами экстремальных и катастрофических ситуаций опосредуется такими внутренними условиями, как их личностные особенности (акцентуации характера, тип высшей нервной деятельности) и внешними факторами – качествами личности, состоянием и поведением матери.

Наконец, нужно иметь в виду, что эти же факторы чрезвычайных и экстремальных ситуаций оказывали воздействие и на психику матерей. Соответственно эти же последствия свойственны и некоторым из них. Это означает, что для успешной реабилитации помощь должна оказываться параллельно, одновременно и детям, и их матерям. В противном случае у детей может происходить вторичная психотравматизация. Например, на вопрос о том, как относились женщины к своим детям первое время после эвакуации в Казахстан, психолог поделилась следующим наблюдением. «У кого-то была агрессия, кто-то лупил детей, не стесняясь нас. Настолько пошатнулась их нервная система, сказались условия, в которых они жили» [13]. Этот пример свидетельствует о неосознаваемой «канализации» нервно-психической напряженности матери на наиболее слабый объект – собственного ребенка в форме раздражительности и агрессии.

Практические рекомендации психологам и социальным педагогам

На соответствующих этапах психолого-педагогической реабилитации следует брать во внимание и учитывать следующее.

1. Факт депривации у матерей и детей фундаментальной человеческой потребности – потребности в чувстве безопасности. По А. Маслоу, успешность удовлетворения высших потребностей человека в уважении, признании и самоактуализации зависит от того, в какой степени удовлетворены низшие физиологические потребности и потребность в безопасности. Так, на вопрос о том, что бы вы хотели достать из сумки и хотели бы в нее спрятать навсегда, дети в фокус-групповом исследовании часто отвечали следующим образом. Они хотели бы достать из сумки: безопасность, мир, школы, учебники, погибших родных, друзей, которые стали беженцами, прошлое, дом, и только редкие из них – игрушечные машинки и куклы, футбольные мячи и мобильные телефоны. Одни хотят отомстить и хотели бы вынуть из сумки оружие, другие хотели бы вынуть молитвы. Но они намного более едины в том, что хотели бы спрятать в сумку: самолеты, бомбы, снаряды, орудия, вертолеты и «все то, что вызывает страдания и грусть» [34].

2. Реабилитационная среда должна быть устроена таким образом, чтобы создавать ощущение мирной обстановки, нормальной жизни, в которой нет угрозы безопасности. Например: уже на первых этапах реабилитации организовать их жизнь «по образу и подобию» обычной мирной жизни сверстников, пока она не станет привычной: завтрак, занятия в школе, совместное выполнение домашних заданий с мамой, игры со сверстниками, прогулки и т.д. Даже постоянно сопровождающий музыкальный фон с релаксирующей и приятной мелодией сыграет свою роль. «Дети-войны» имеют обостренную слуховую чувствительность. Один из новых поведенческих навыков состоит в том, чтобы прислушиваться к звукам: слишком тихо (это затишье перед обстрелом?), громкий звук или хлопок (не начало ли обстрела или это взрыв?)

3. Высокая вероятность наличия у несовершеннолетних и их матерей известных психологических последствий, которые потенциально или уже явным образом несет в себе любая жертва катастрофической, экстремальной ситуаций. Используя включенное наблюдение, ответы матерей и диагностический инструментарий, нужно определить «группу риска». Речь идет, прежде всего, о риске развития отложенного посттравматического стрессового расстройства.

4. Для выявления «группы риска» с целью оказания дальнейшей помощи или профилактики развития отложенного ПТСР необходимо:

- диагностировать средствами стандартизованных методик или опроса матерей те личностные особенности у детей, которые предрасполагают к обостренному восприятию ситуации как катастрофической или экстремальной – акцентуации характера, темперамент, тревожность.
- выявить полноту и уровень выраженности признаков «боевого стресса» у детей в процессе наблюдения и беседы с матерью (угнетенное психическое состояние, слабость, истощение, нарушение сна, аппетита, вспышки немотивированной агрессии). Они свидетельствуют о стрессовом расстройстве.

- выявить полноту и уровень выраженности у детей признаков патологических проявлений боевой психической травмы. К ним относятся: нарастание враждебных, агрессивных и асоциальных форм поведения (проективные тесты); невротические соматоформные расстройства (беседа с медицинскими работниками и матерью); диссоциативные расстройства (беседа с врачами и матерью).

Тема 4. Возвращение в мирную жизнь как кризисная ситуация. Среда психосоциальной безопасности детей: казахстанский подход

План:

1. Факторы психотравматизации детей в условиях кризисной ситуации.
2. Проблемы адаптации и реинтеграции «детей войны» на начальном этапе реабилитации.
3. Социокультурные причины проблем адаптации детей.
4. Практические рекомендации психологам и социальным педагогам.

Как отмечалось выше, с точки зрения диагностики и психологической помощи в рамках психолого-педагогической реабилитации необходимо понимание того, в каком типе ситуации находились и находятся несовершеннолетние и их матери. Выше рассмотрены психические состояния детей как результат воздействия психотравмирующих факторов в чрезвычайных и экстремальных ситуациях, возникающих в зоне боевых действий. Между тем специфика войны заключается в том, что она состоит из трех типов ситуаций, поэтому необходимо учитывать те психические состояния, которые возникают и в условиях кризисной ситуации.

Возвращение в Казахстан и необходимость продолжать жизнь в новых условиях является для детей кризисной ситуацией по целому ряду объективных причин. Возвращение из зоны террористической активности и реинтеграция в казахстанское общество означает для детей (и их матерей, в том числе) необходимость перехода:

- от жизни в условиях военного времени к мирной жизни;
- от жизни в государстве, проповедующим псевдоисламскую радикальную идеологию к жизни в светском государстве, в котором запрещена идеология религиозно-политического радикального ислама;
- от жизни в мусульманской умме, джамаате к жизни в полиэтническом светском обществе;
- от жизни, обедненной или лишенной полностью игровой среды, гаджетов, информационно-коммуникативных технологий к современной казахстанской среде развития детей;
- от общения, ограниченного сверстниками из джамаата к широкому общению со сверстниками, личность которых сформировалась в условиях светского воспитания и социализации;
- от жизни в обществе с разрушенной инфраструктурой образования к школьной жизни (или детскому саду) и т.д.

Кризисный характер перехода детей от жизни в одних условиях к жизни в противоположных условиях обусловлен тем, что он требует от них

значительных внутренних изменений в представлениях как о себе, так и об обществе, причем за относительно короткий период времени. Огромная роль в этом принадлежит психологам и социальным педагогам, осуществляющим в системе реабилитации мероприятия по их коррекции, социализации и реинтеграции в современное казахстанское общество.

Среди проблем, с которыми казахстанские психологи и социальные педагоги столкнулись в работе с эвакуированными из ЗТА детьми, в данном контексте имеют значение следующие:

1. сохранение навыков поведения и стереотипов, выработанных в условиях проживания в ЗТА;
2. социально-психологический барьер, отказ от общения со светскими специалистами («кафирами»);
3. несформированность этнической идентичности;
4. недостаточный уровень знаний о Казахстане, казахской культуре;
5. низкая сформированность представлений об игровой среде;
6. отсутствие или низкая сформированность представлений о гаджетах, информационно-коммуникативных технологиях;
7. дефицитность навыков, необходимых для обучения в школе, педагогическая запущенность.

Что касается навыков поведения, несвойственных обычным детям, и стереотипов, выработанных в условиях проживания в ЗТА, то они будут сохраняться до тех пор, пока у них не сформируется окончательно чувство безопасности нового места проживания. Следовательно, пройдут сами собой, если организуемая среда реабилитации обеспечит чувство безопасности. Ниже рассмотрим проблему создания психосоциальной безопасности детей. Следует помнить, что так называемые новые необычные навыки и стереотипы поведения у детей сформировались ранее как адаптация к условиям военной жизни. Эта реакция была необходимой для биологического выживания и связана с базовой потребностью в самосохранении.

Неприятие светских специалистов, отказ от общения с ними является следствием субкультуры, воспитания и социализации детей в джамаате. Для глубокого понимания проблемы следует знать, что психотехнологии, используемые идеологами религиозно-политической доктрины псевдоислама направлены на радикализацию сознания потенциальных адептов. Один из важных результатов обработки сознания состоит в разделении мира на «своих-чужих», «муслимов-кафиров (неверных)». Эту линию радикализации, используя различные психотехники, проводят идеологи-вербовщики в сознании вербуемых. Линия разделения начинается от семьи и заканчивается на государстве. Так, одна из психотехник идеологов радикального псевдоислама заключается в постепенном «вырывании корней». Например: если твои родители не читают намаз, не держат пост, то они - кафиры, потому что не придерживаются столпов ислама. Как истинный правоверный, ты не можешь с ними есть за одним столом, слушать их советы и т.д. Таким образом в сознании прокладывается линия разлома, разделения и постепенно происходит отделение

от родителей-кафиров, семьи. Если люди пьют кумыс и слушают или играют на домбре и т.п., то это кафиры. Они употребляют дурманящие напитки и веселят шайтана. Так происходит отделение от этнической культуры, традиций. Если государство инициирует и живет не по божественным законам шариата, а по «придуманному» законам, то оно и вся система управления - кафирские. Так прокладывается линия радикализации в сознании, разделяющая на «своих-чужих» и личность окончательно «вырывают» из государства. С этого момента вербуемая личность не связана ни с семьей, ни с народом, ни с государством. Он – только мусульманин. Это глобалист, готовый сражаться за свободу братьев-мусульман в любой точке планеты, в том числе и в Сирии.

Именно по этой причине у детей, эвакуированных из ЗТА, во-первых, не сформирована вполне национальная идентичность. Как и окружающие взрослые, дети признают преимущественно религиозную идентичность («я не казах, а мусульманин»). Главное – не гражданская принадлежность государству, народу, а – принадлежность вероисповеданию. Во-вторых, они не обладают знаниями о Казахстане, казахской культуре в той мере, в какой осведомлены об этом их сверстники из Казахстана. Эта ценность отсутствует или мало выражена в иерархии ценностей членов джамаата. Приоритетными являются ценности ислама. По казахстанскому опыту репатриации, все дети относились к казахскому этносу и один мальчик – к чеченскому.

Мусульманам (мужчинам и женщинам) предписываются определенные правила поведения, образ жизни и соответствующая одежда (хиджаб и т.д.). Все, кто этого не придерживаются – кафиры, т.е. в глазах ребенка они «чужие». В радикализованном сознании «свое» и «чужое» ярко эмоционально окрашено как хорошее и плохое, верное и неверное, по отношению к которому необходимо отторжение, отгораживание. За неприятием репатриированными детьми светских специалистов вряд ли стоят идеологическая или мировоззренческая причины, поскольку в раннем возрасте их сознание менее подвержено индоктринации.

Правомернее понимать причину коммуникативного барьера и избегания «кафиров» в механизмах социализации – процессе стихийного усвоения правил, норм и ценностей. Институтами социализации в данном случае выступает семья и джамаат, с присущей им субкультурой, содержание которой находится под влиянием псевдоисламской доктрины. С точки зрения рассматриваемой проблемы коммуникативного барьера, прежде всего следует иметь в виду, что ведущими в детском возрасте механизмами социализации являются идентификация, подражание и внушение [35].

Идентификация - это отождествление детей с родителями и членами джамаата, благодаря которому происходит усвоение различных норм, отношений и форм поведения, демонстрируемых окружением. Осознанное или бессознательное подражание образцам поведения значимых людей в семье или джамаате происходит по механизму подражания, или имитации. Внушение как некритическое восприятие детьми информации любого рода от авторитетных лиц служит механизмом воспроизведения детьми их мыслей, чувств и

психических состояний. Таким образом, в самом общем виде дети отказываются идти на контакт с «кафирами» не из идеологических побуждений, а потому что так поступают их родители и члены джамаата, поведение которых они имитируют, отождествляясь с ними.

Кроме того, представление у детей о том, что все светские люди - это кафиры легко складывается в силу ограниченности ментальных способностей. В детском возрасте особенности социального интеллекта таковы, что внутренний мир другого человека остается непостижимым [36]. Ребенок не способен понять еще эмоции, умонастроения, вероубеждения другого человека. Он делает умозаключения на основании лишь внешних проявлений (дала конфету, значит это хорошая тетя). Точно так же вывод о том, что этот человек «свой»-«чужой», «опасный»-«безопасный» основывается на сравнении внешних признаков (одежда, прическа и т.д.). Следовательно, любая женщина без хиджаба, с маникюром или в джинсах – как минимум не своя, чужая, не мусульманка, а значит, она – кафир. А с кафирами нельзя вступать в контакт, тем более – общаться.

Как отмечалось выше, с точки зрения эффективности оказываемой детям психологической помощи и всей реабилитации в целом, необходимо учитывать психическое состояние матерей. Если пренебречь их состоянием, которые обусловлены воздействием факторов чрезвычайных и экстремальных ситуаций и иметь в виду только кризисную ситуацию переселения, то следует обратить внимание на следующее. В отличие от детей они испытывают тревогу, а иногда – безысходность и страх перед неопределенностью. В силу симбиотической связи с матерью детям передается их состояние, они «заражаются» им. К этому нужно прибавить тот естественный страх, который у репатриированных детей вызывает все новое, отсутствовавшее ранее в их сирийском опыте, и побуждает внутренне «сжиматься», закрываться (защитная реакция).

Между тем правовое сопровождение реабилитации помогает преодолеть женщинам кризисную ситуацию перехода от жизни в условиях войны к мирной жизни и, как следствие, снижает уровень депрессии и тревоги, связанных с социальной адаптацией к новым условиям. И главное, мероприятия в рамках правовой помощи, оказываемые юристами, социальными работниками и другими специалистами, позволяют обеспечить детям доступ к услугам образования, здравоохранения, получению пособий, т.е. повысить уровень и качество их жизни. Последнее, безусловно, влияет на психическое состояние матери и ребенка, способствует социализации и реинтеграции в казахстанское общество. По этой причине для реабилитации детей имеет большое значение казахстанский опыт правового сопровождения реабилитации по восстановлению свидетельств о рождении детей (в том числе, родившихся в Сирии), свидетельств о браке с мужчинами, которые погибли; расторжению брака; геномной экспертизы, подтверждающей материнство и т.д.

Практические рекомендации психологам и социальным и педагогам

1. В процессе организации мероприятий на первом этапе реабилитации нужно учитывать все перечисленные выше факторы, которые отражают суть

переживаемого детьми перехода от жизни в условиях войны к мирной жизни и вызывают негативные психические состояния. Эти факторы часто являются источником вторичной психотравматизации личности ребенка.

2. В целях профилактики повторной психотравматизации личности и оказания помощи в преодолении кризисной ситуации, связанной с возвращением из ЗТА, не следует фиксировать внимание детей на их неадекватном поведении и не критиковать за приобретенные в ЗТА те навыки, которые сформировались вследствие адаптации к военной жизни в целях выживания и самосохранения. Иметь в виду, что они носят бессознательный и преходящий характер. Время, в течение которого эти навыки и стереотипы пройдут, зависит от того, в какой степени удастся создать такую среду реабилитации, которую дети будут воспринимать как безопасную, не имеющую угроз.

3. Для установления контакта с ребенком и устранения коммуникативного барьера опираться в первую очередь на содействие матери. Это самый короткий и эффективный путь по ряду причин. В частности, потому что разделение в детском сознании «мусульманин-кафир» выступает результатом воспитания и социализации не только в джамаате, но и в семье. Ребенок в своем поведении, отождествляясь с матерью в силу симбиотической связи, бессознательно копирует ее отношение и поведение, в том числе и со светскими людьми, специалистами.

4. Для социализации и успешной реинтеграции необходимо формировать чувство принадлежности своей стране. С этой точки зрения, целесообразны с учетом возраста мероприятия, которые информируют о Казахстане, казахской культуре в той мере, в какой осведомлены об этом их сверстники из Казахстана. Кроме ценности вероисповедания в сознании детей должна формироваться ценность своего отечества, народа. Особенное внимание следует уделить Казахстану как полиэтническому и поликультурному государству, а также вопросам этнической и религиозной толерантности.

5. Имея в виду приоритетность в сознании детей религиозной идентичности, значительное место в мероприятиях следует отвести формированию этнической идентичности. В обычных условиях развития личности она начинается в 6-7 лет и заканчивается в 10-11 лет осознанием самобытности истории и культуры своего народа. Этничность обуславливают владение языком и признание его родным, усвоение культуры своего народа, знание его традиций и образа жизни

6. В организуемых мероприятиях кроме живого контакта и слова, активно применять игрушки, гаджеты и все те современные информационно-коммуникативные технологии, которые известны и используются казахстанскими детьми. По возможности знакомить с ними детей и создать условия для их освоения. Целесообразно включать участие матерей, которые проводят досуг с детьми.

7. В целях эффективности психологической помощи и реабилитации детей в целом, учитывать психическое состояние матерей, которые так же переживают кризисную ситуацию. С этой точки зрения необходимо

параллельное осуществление психологической помощи детям и их матерям, а также изучение и внедрение казахстанского опыта социально-правовой помощи.

В целом, все мероприятия, в том числе по преодолению детьми кризисной ситуации, проводимые отечественными специалистами разных профилей на начальных этапах реабилитации, направлены на то, что за рубежом называется созданием среды психосоциальной безопасности. Ее сущность будет рассмотрена ниже.

Тема 5. Создание среды психосоциальной безопасности как основа долгосрочной реабилитации «детей войны»: зарубежный опыт

План:

1. Сущность и аспекты психосоциальной безопасности детей – жертв военных действий.
2. Сравнительный анализ казахстанского и зарубежного подходов к созданию среды психосоциальной безопасности.
3. Направления реализации политики создания среды психосоциальной безопасности детей. «Пирамида вмешательств».

Опыт зарубежных специалистов международной организации «Спасите детей» по реабилитации сирийских детей-беженцев привел их к заключению о том, что для успешной реабилитации «детей войны», в первую очередь необходимо обеспечивать физическую, материальную, правовую и психосоциальную безопасность. Учет всех этих аспектов, по их мнению, является условием успешного решения долгосрочных задач реабилитации, учитывающих интересы детей.

И хотя все четыре аспекта имеют большое значение для выживания и развития ребенка, акцент ставится на психосоциальном аспекте безопасности. Он подчеркивает взаимосвязь между психологическими и социальными процессами, которые постоянно взаимодействуют и влияют друг на друга. Их опыт, полученный на основе результатов исследований и практической работы по созданию среды психосоциальной безопасности, представляет практическую ценность для всех акторов, осуществляющих реабилитацию «детей войны».

Для казахстанских специалистов практическое значение обусловлено, *во-первых*, тем, что опыт реабилитации этих детей является новым и вызывает вопросы, затруднения. А между тем, и зарубежные, и казахстанские специалисты занимаются реабилитацией «детей войны», причем именно из Сирии. С той лишь разницей, что для зарубежных специалистов это сирийские дети – не соотечественники, а так называемые «перемещенные лица» из Сирии в Ливан, Иорданию, Австралию, Турцию и другие страны, где с ними работают специалисты. Для казахстанских специалистов это репатрианты, поскольку они вернулись в страну гражданства, которые по разным причинам оказались в сирийской зоне военных действий.

Во-вторых, зарубежными специалистами наряду с другими проблемами изучен вопрос о том, как влияет на психосоциальную безопасность детей перемещение в другую страну. Для реабилитации и реинтеграции детей в казахстанское общество отечественных специалистов тоже интересует то: а)

какие психологические проблемы возникают у репатриированных детей вследствие переезда в родную страну? б) как создать для них среду, которая удовлетворяет их базовую потребность в безопасности?

Специалисты организации «Спасите детей» Л. Кивель и Х. Марк выявили те психологические и социальные факторы, которые влияют на чувство безопасности у сирийских детей-беженцев, перемещенных в другие страны. Эти факторы положены в основу зарубежной *политики обеспечения психосоциальной безопасности «детям войны»* [37].

Потребность в безопасности – это та фундаментальная и первая потребность, которая должна быть удовлетворена в первую очередь. Это означает, уже в самом начале нужно вернуть детям ощущение безопасности и нормальности новой жизни после Сирии. Кроме того, согласно выводам зарубежных специалистов, именно создание среды психосоциальной безопасности оказывает влияние на долгосрочные результаты реабилитации. По словам сирийской девочки-подростка Сары: «Мне так нравится приходить в пространство, благоприятное для детей. Это заставляет меня чувствовать себя менее испуганной и одинокой... Это заставляет меня чувствовать, что у меня есть будущее и у меня есть друзья» [38]

По опыту зарубежных специалистов, средой, поддерживающей психосоциальную безопасность, является такая, в которой ребенок, перемещенный из войны в другую, мирную страну:

- чувствует, что его идентичность и система убеждений ценятся;
- чувствует поддержку со стороны окружающих и связь со своей семьей, друзьями и сообществом;
- может получить доступ к удобному для его возраста пространству для общения, игр и обучения;
- является социально включенным и свободным от дискриминации;
- наделен правом вносить вклад в принятие решений по вопросам, которые касаются его будущего;
- имеет доступ к значимым возможностям и с надеждой смотрит в будущее;
- при необходимости может получить доступ к специализированным службам поддержки психического здоровья [38].

Для оценки казахстанского опыта по созданию среды психосоциальной безопасности целесообразно провести сравнительный анализ. Он направлен на выявление сходства и различия между сирийскими детьми-беженцами, «перемещенными» в другие страны и казахстанскими детьми, возвращенными из Сирии по тем шести факторам, которые определяют направления в создании среды психосоциальной безопасности. Результаты сравнительного анализа представлены в таблице ниже.

Таблица 1 - Факторы, влияющие на обеспечение среды психосоциальной безопасности детей

Сирийские дети-беженцы, «перемещенные» в другие страны	Дети казахстанских граждан, эвакуированные из Сирии
1. Отсутствие возможностей	

Не могут вполне удовлетворить потребность в услугах здравоохранения, образования и хороших жилищных условиях, а также юридической помощи. Не могут получать качественную пищу для достижения или поддержания нормального роста и развития. Вынужденная работа и хроническое недоедание причиняют вред физическому и умственному развитию.	На момент прибытия на родину отмечаются те же следствия экономических условий и отсутствия доступа к образованию и здравоохранению: истощенность; авитаминоз, приведший к проблемам с зубами, пищеварением и т.п.; педагогическая запущенность.
<i>2. Воздействие травмирующих событий</i>	
Бомбардировки и обстрелы - главная причина сохраняющегося стресса, две трети детей потеряли близкого человека, их дом был взорван или обстрелян, или получили ранения в результате конфликта.	На момент прибытия та же главная причина сохраняющегося стресса и страхов.
<i>3. Горе и утрата</i>	
Смерть любимого человека, разлука с друзьями и семьей. Переживания усиливается из-за наложения других факторов стресса.	Смерть одного из родителей; разлука с оставшейся в Сирии матерью. То же усиливающее переживания влияние стресса.
<i>4. Уменьшение поддержки со стороны сообщества и сверстников</i>	
- Большинство детей растут в плохо оборудованных общинах, отсутствие инфраструктуры для здорового роста и развития. - Потеря образования имеет явные последствия для обучения ребенка и когнитивное развитие, а также их социальное развитие и способность взаимодействовать с другими. - Часто не могут общаться с другими людьми, ограничивая поддержку и свои социальные сети.	На момент прибытия в Казахстан в реабилитационный лагерь: - проживание в хорошо оборудованных помещениях, инфраструктура которых учитывает возрастные особенности и потребности; - Проблемы со здоровьем и психическим состоянием, социальным развитием; барьеры в коммуникациях со светскими специалистами, ограничивающие поддержку; педагогическая запущенность.
<i>5. Дискриминация, стигматизация</i>	
Дискриминация - повседневная реальность для многих детей-беженцев. По их сообщениям, она пронизывает все сферы жизни, мешая им чувствовать себя в безопасности за пределами своего дома. Вынуждены справляться со своим статусом меньшинства.	Профилактика дискриминации и стигматизации, риска «отчуждения» и связанной с этим враждебности. Неразглашение в школе того, что ученик – эвакуированный из ЗТА. Статус «оказавшихся в трудной жизненной ситуации» введен лишь в целях обеспечения на правовой основе доступа ко всем услугам наравне со всеми гражданами РК.
<i>6. Развитие идентичности</i>	
Дискриминация как этнического меньшинства мешает понять, кто он такой. Подростки испытывают со стороны общества негативное отношение, что может привести к «интернализованному угнетению», а также к	Низкая сформированность этнической идентичности, приоритетность в сознании религиозной идентичности как следствие воспитания и социализации в условиях субкультуры семьи и джамаата.

неспособности конкретно понять, кто же они и кому они больше всего принадлежат – сирийцам или меньшинству? Установлено, что дискриминация перемещенных меньшинств с Ближнего Востока связана с усилением симптомов депрессии, поведенческих проблем и рискованным поведением (включая курение сигарет или насилие), а также снижением самооценки.	Возникновение проблем восприятия светского государства и его граждан, а также дальнейшей реинтеграции в него.
--	--

Сравнительный анализ указывает на сходство к подходу казахстанских и зарубежных специалистов к реабилитации детей. *Во-первых*, это его комплексный характер, обусловленный общими проблемами, выявленными у «детей войны» (состояние физического и психического здоровья, отсутствие доступа к образованию и т.д.). Решение этих проблем требует совместных усилий различных специалистов – врачей, психологов, педагогов, юристов и т.д. *Во-вторых*, общность состояний, вызванных психотравмами, переживанием утраты, сокращением поддержки общества и сверстников.

Различие относится лишь к содержанию двух факторов - «Дискриминация, стигматизация» и «Развитие идентичности». Оно обусловлено тем, что дети-беженцы перемещаются в совершенно чужую страну, население которого составляют представители другого этноса. С этой точки зрения, условия для эвакуированных из Сирии детей казахстанских граждан более благоприятны: возвращение на родину, к своему народу. Однако это дети, которые воспитывались и социализировались в условиях иной субкультуры, чем обычные дети и поэтому несколько отличаются от своих сверстников.

Зарубежные специалисты приводят следующие обобщенные по своему характеру восемь направлений, работа по которым составляет суть политики создания и поддержания среды психосоциальной безопасности для детей, перемещенных из Сирии в другие страны.

1) Удовлетворение потребностей в физической, материальной и правовой безопасности.

Подразумевает то, что удовлетворение потребностей, связанных с любовью, самоуважением или самореализацией, тесно взаимодействует с физической, материальной и правовой безопасностью. Учитывая незащищенность и бедность, в которых живет подавляющее большинство сирийских детей, ежедневно возникают серьезные угрозы для их способности удовлетворять свои основные потребности, связанные с доступом к здравоохранению, образованию, получению стабильного финансового дохода. К этому следует добавить проблемы отсутствия личных документов и свободы от угроз насилия и преступности.

2) Поддержка позитивного развития идентичности в меняющихся контекстах.

Предполагает понимание того, как формируется личность ребенка и как на этот процесс влияют потенциальные конфликты с окружающим сообществом. Учет этого фактора имеет решающее значение для обеспечения

мер поддержки по развитию позитивной социальной и личностной идентичности.

3) Укрепление семейных связей и поддержка.

В разных этнических культурах усиление семейных связей имеет большое значение для чувства психосоциальной безопасности ребенка. Это особенно важно, потому что на миграционный опыт детей и их попытки интегрироваться в новые условия влияет способность к адаптации их собственных родителей. Очевидно, что поддержка детей также означает поддержку эмоционально позитивного, заботливого воспитания и способности родителей к оказанию самопомощи.

4) Обеспечение участия и права голоса подростков.

Подразумевает право детей и подростков выражать свои взгляды и быть услышанным. Это распространяется на принятие решений, касающихся их будущего, в том числе в отношении долгосрочных решений. Доступ к информации по вопросам, имеющим отношение к самим детям (в зависимости от их возраста, пола и других особенностей) может помочь им справиться с некоторыми стрессорами, связанными с неопределенностью и значительными будущими изменениями. Например, такими, как возвращение в Сирию или поселение в новом месте.

5) Обеспечение доступа к безопасным пространствам.

Дети должны иметь доступ к пространствам, которые позволяют безопасно взаимодействовать, играть и учиться. Безопасные и инклюзивные школы являются главным примером такого пространства и ключевым фактором обеспечения психосоциальной безопасности. Безопасные, доступные, учитывающие возраст и пол пространства предоставляют возможность подросткам собираться, общаться и обмениваться информацией.

6) Борьба с дискриминацией и укрепление социального сотрудничества, ориентированного на детей.

Создание психосоциальной безопасной среды означает создание среды, борющейся со стигматизацией и рисками дискриминации, с которыми часто сталкиваются перемещенные в другие страны сирийские дети. Все меры реагирования на дискриминацию должны служить поддержке общин в целом и воздерживаться от подчеркивания или усиления предполагаемых различий между различными общинами и отдельными детьми.

7) Шаги в направлении миростроительства и восстановления чувства справедливости.

Уровень психосоциальной безопасности, который воспринимают дети, также неразрывно связан с причинами, по которым они были вынуждены бежать из своей страны. В первую очередь они включают насилие, конфликты и несправедливость. Без разработки путей к примирению и устойчивому миру цель достижения психосоциальной безопасности останется недостижимой.

8) Обеспечение доступа к специализированной медицинской помощи.

Некоторым детям может потребоваться дополнительная поддержка в области психического здоровья. Она может быть оказана персоналом, который должен быть специально обучен [37].

Реализация политики психосоциальной безопасности за рубежом предполагает так называемую «*пирамиду вмешательств*» - систему уровней поддержки для предоставления высококачественных услуг. Ее *первый уровень* представляют базовые услуги. К ним относится все, что абсолютно необходимо для выживания людей безопасным и социально приемлемым способом, включая жилье, питание, гигиену и другие основные услуги. *Второй уровень* состоит из поддержки общества и семьи, включая традиционную поддержку и систему социальной защиты, к которой нуждающиеся могут получить доступ. Этот уровень может включать и создание благоприятных условий для детей и семей, например: места, благоприятные для детей, молодежных центров или в школах. *Третий уровень* включает в себя целенаправленную, неспециализированную эмоциональную поддержку. К ней, как правило, относят: медицинское обслуживание врачами первичной медицинской помощи, немедицинское или неклиническое базовое консультирование и поддержка со стороны обученных работников по поддержке на уровне общины. *Четвертый уровень* представляет собой специализированные услуги, предоставляемые специалистами в области психического здоровья, такими как: психиатры, психиатрические медсестры или клинические психологи.

Важно отметить, что все уровни пирамиды вмешательств являются существенными, важными и связаны друг с другом. Все нуждаются в поддержке со стороны первого уровня - базовой поддержки. Однако некоторые дети и взрослые также получают дополнительную поддержку от трех верхних уровней. По оценкам зарубежных специалистов, 24 миллиона из 142 миллионов детей, живущих в зонах конфликтов высокой интенсивности, нуждаются во вмешательствах на втором уровне пирамиды, но это не отменяет полного масштаба и диапазона потребностей в поддержке детей на всех уровнях [38].

Тема 6. Экстремальные состояния личности

План:

1. Сущность и признаки экстремального состояния.
2. Первичные экстремальные состояния – страх, аффект и паника. Тревога и тревожность.
3. Динамика развития экстремальных состояний.

Согласно первому подходу, к экстремальным, чрезмерно выраженным относят все состояния, возникающие в экстремальной ситуации. Согласно второму подходу, авторы придерживаются установленного перечня эмоционально-негативных состояний К. Изарда: страх, аффект, фрустрация и эмоциональный стресс [39].

Страх, стресс и психическую травму С. Л. Соловьева относит к экстремальным состояниям физиологического и психофизиологического уровня [40]. По определению Е. В. Павловой, экстремальное состояние - это состояние, психофизиологические параметры которого выходят за рамки повседневного

функционирования [26]. Согласно мнению П. И. Сидорова, П. И. Мосягина, С. В. Маруняка и других, у всех экстремальных психических состояний есть обязательный признак – напряжение. В экстремальных условиях возникают три эмоциональных состояния:

- *возбуждение* как процесс нервной системы в ответ на различные психогенные воздействия;
- *напряжение* как эмоционально окрашенное усилие волевой регуляции;
- *напряженность* как вызванное негативными и чрезмерными факторами временное снижение работоспособности, устойчивости психических процессов.

На эмоциональную напряженность указывают: мышечная скованность; высокая частота сердечных сокращений; обильный пот; вазомоторные реакции на лице и изменения диаметра зрачка; позывы к мочеиспусканию; усиление работы кишечника; снижение умственной работоспособности (внимания, памяти) и психомоторики [29]. Среди первичных экстремальных состояний выделяют страх, аффект и панику.

Страх признается безусловно негативным состоянием, возникающим в ответ на реальную или воображаемую опасность, которая воспринимается, в первую очередь, как угроза личной безопасности. Переживание страха, считает П. И. Сидоров, еще больше его усиливает и доводит до ужаса. Таким образом, ужас рассматривается в качестве максимальной степени переживания страха.

Вместе с тем, несмотря на негативную модальность, страх выполняет, во-первых, функцию мобилизации когнитивных и поведенческих реакций. Во-вторых, адаптивную функцию, побуждая к поиску способов защиты от угрозы безопасности. Близкими к пониманию этой двойственной природы страха оказались С. Кьеркегор и Н. Балл, увидев в нем взаимодействие мотива к бегству от угрозы и мотива к приближению для удовлетворения интереса к новому.

Страхи классифицируют по разным основаниям. Так, А. Кемпински предлагает разделить вызывающие страх ситуации на следующие группы: связанные с непосредственной угрозой жизни, с социальной угрозой, с невозможностью осуществления собственного выбора активности и с нарушением существующей структуры взаимодействия с окружающим миром [41]. Используя его классификацию П. И. Сидоров осуществил дальнейшее обобщение видов страха: биологический, социальный, моральный и дезинтеграционный. Первый вид характеризуется тем, что угроза может исходить извне или изнутри организма. Например: страхи, связанные с нарушением метаболического обмена организма со средой, острой кислородной недостаточностью, жаждой и т.п. Второй вид обусловлен социальной природой человека (страх одиночества или изоляции). Третий вид связан с ожиданиями со стороны общества по поводу нарушения правил, этических норм и ценностей. Дезинтеграционный страх отражает чувство неуверенности и беззащитности в связи с невозможностью контролировать ситуацию.

По Е. В. Павловой, индикаторами страха служат: мгновенное прекращение или постепенное угасание совершаемых действий, оцепенение, настороженность, реакция избегания или отстранения от раздражителя, серьезное или испуганное

выражение лица и т.п. Длительные переживания страха вызывает серьезные изменения в организме: сердцебиение, учащенный пульс, приступы тахикардии. Часто возникает чувство сдавления в грудной клетке, удушье, боли в животе, кишечные спазмы, метеоризм, диспепсические расстройства, мышечные подергивания, дрожание и т.д. Кроме того, страх снижает способности к критическому восприятию и мышлению [26].

Доказано, что со страхом связано другое экстремальное состояние - *тревога* как ожидание неопределенной угрозы. В психологии различают тревожность как личностное свойство и тревогу как состояние личности.

Тревога как состояние развивается по следующим стадиям.

1) Ощущение внутренней напряженности, которое еще не имеет выраженного оттенка угрозы, а служит сигналом ее приближения, создавая тягостный душевный дискомфорт.

2) Реакции повышенной чувствительности, когда на фоне нарастающей тревоги ранее нейтральные стимулы приобретают негативную окраску и повышается раздражительность.

3) Собственно тревога. Ощущение неопределенной угрозы, но невозможно предсказать время ее возникновения, определить ее характер.

4) Страх-тревога. Создается представление о том, что тревогу можно устранить определенными действиями.

5) Ощущение неотвратимости катастрофы, нарастание интенсивности тревожных расстройств.

6) Тревожно-боязливое возбуждение, когда психическая дезорганизация достигает максимума и деятельность становится невозможной [42].

Все исследователи определяют *аффект* как бурное и кратковременное эмоциональное переживание. Он способен нарушать течение психических процессов и их регуляцию со стороны сознания, проявляясь в бурных эмоциях. Аффект сопровождается резкими движениями, изменениями в функциях внутренних органов и утратой волевого контроля. Возникая внезапно в виде вспышки, он может, указывает Е. В. Павлова, проявляться в виде *ажитации* или *ступора*. В первом случае наблюдается беспорядочная двигательная активность, встревоженность, суетливость. Несмотря на возбуждение, возникает замедленность мышления, нарушение восприятия времени и окружающей реальности, неспособность принять решение. Во втором случае наблюдается напряженная скованность позы, движений и речи, оцепенение, но интеллектуальная деятельность сохраняется. Также следует иметь в виду *две особенности аффекта*. Во-первых, отрицательный аффект может фиксироваться в памяти в виде аффективных комплексов, которые в будущем способны «оживляться» под влиянием других раздражителей, ассоциативно связанных с той обстановкой, которая вызвала аффект. Во-вторых, при повторении сильных отрицательных аффектов, вызванных теми же или похожими причинами, может происходить накопление аффекта [26].

Паника, по мнению С. Л. Соловьевой, отражает переживание гипертрофированного страха, создавая неуправляемое и нерегулируемое поведение людей. Это, в том числе поведение толпы [40]. Паника легко возникает в толпе, нарастая в процессе взаимного заражения эмоциями. В массовой панике легко утрачивается самоконтроль и критичность мышления, повышается внушаемость. В состоянии *легкой паники* еще сохраняется воля, самообладание и критичность, внешне выражается в озабоченности и напряжении мышц. В состоянии *средней паники* наблюдается значительное снижение критичности, осознанности действий, увеличение страха и легкая внушаемость. *Полная паника* проявляется в отсутствии контроля над поведением, отключении сознания и иррациональности действий.

М. М. Решетников, Ю. А. Баранов, А. П. Мухин, С. В. Чермянин выделяют следующие стадии развития, свойственные всем экстремальным состояниям: а) острый эмоциональный шок; б) психофизиологическая мобилизация; в) стадия разрешения; г) стадия восстановления [43].

Тема 7. Экстремальные состояния у детей: тревога и страхи «детей войны».

План:

1. Виды страхов и тревожности в детском возрасте.
2. Нормативный и патологический страхи у детей: признаки и отличия.
3. Причины детских страхов и личностная предрасположенность.
4. Ночные страхи у детей: кошмарные сны.
5. Практические рекомендации психологам и социальным педагогам.

А. И. Захаров, А. Кемпински, Ч. Спилбергер, Ю. В. Щербатых и другие исследователи экстремальных состояний считают страх защитной реакцией на действие угрожающего стимула (реального или воображаемого), основанной на инстинкте самосохранения [44]–[47]. Возникновение страха в детском возрасте зависит от умственного развития, влияния родителей (внушение страхов), психотравматизации (испуг, боль, конфликты и т. д.).

Все эти авторы отмечают тесную *связь понятий «страх» и «тревога»*, которых объединяет чувство беспокойства и отсутствие ощущения безопасности, а их высшим совместным проявлением выступает *ужас*. По замечанию А. И. Захарова, страх является эмоционально заостренным, аффективным отражением в сознании конкретной угрозы для жизни и благополучия, в то время как тревога – это эмоционально заостренное ощущение предстоящей угрозы. Иногда страх может выступать способом выхода чрезмерной тревоги или способом выражения тревоги в конкретно определенном страхе [44]. Таковым является *иррациональный страх* у детей. Заслуживает внимания тот случай, когда предчувствия не адекватны уровню угрозы и обретают затяжной характер или ребенок начинает бояться самого факта возникновения страха. Например: боится заснуть, потому что может присниться страшный сон [48]

По И. И. Хапренкову, высокая тревожность у детей проявляется в ожидании негативного исхода разных событий, повторяющихся тревожных мыслях и

действиях, боязни совершить ошибку, низкой самооценке и неуверенности в себе [49]. В случае крайней тревожности помощь может оказать, например, только когнитивно-поведенческая терапия от квалифицированного специалиста.

Следует различать *ситуативную тревожность* от *личностной тревоги*. Первая отражает временное состояние, а вторая – личностное качество детей, проявляющееся в склонности к частым и чрезмерным переживаниям особенно в ситуации неопределенности [49]. То же относится и к страху у детей. *Ситуативный страх* возникает в ответ на чрезвычайное и внезапное воздействие или психическое заражение паникой. Отсюда закономерны частота и интенсивность ситуативных страхов и связанной с ней тревожности у детей, эвакуированных из ЗТА. К формированию же *личностно обусловленного страха* (боязливости) предрасполагают такие особенности ребенка, как мнительность, эмоциональная негибкость, слабый тип нервной системы. По мнению А. И. Захарова, реальный и острый страхи предопределены ситуацией, а хронический и воображаемый – особенностями личности ребенка [44].

И хотя страх – это всегда интенсивная эмоция, различают такие его виды у детей, как *нормативный и патологический* [50]-[52]. Возникновение нормативных страхов обусловлено возрастными психическими изменениями. Проявление страха уже в младенчестве связано со способностью узнавать знакомое лицо и испытывать боязнь при виде незнакомого. Позднее, как реакция на отсутствие матери, возможно появление «*сепарационного*» страха.

Этот вид страха проявляется и у детей, эвакуированных из ЗТА. Если он обнаруживается у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста, то это свидетельствует о психотравматизации, следствием которой является *регрессия* – бессознательное возвращение к более ранним формам поведения в поисках гарантии защиты и безопасности. Этой категории детей нередко свойственны также возникающие в дошкольном возрасте *иррациональные страхи*. Как и сепарационный, они отражают высокий уровень тревоги, которая требует выхода. Например, без всяких причин боится темный угол, потому что там может быть что-то угрожающее.

С накоплением объема зрительной памяти, познания свойств предметов и развития образного мышления возникают *конкретные страхи* – страх человека в белом халате, конкретных предметов и т.п. С развитием символической функции мышления появляются *символические страхи*. Например: классическая боязнь темноты, которая символизирует одиночество и опасность. В старшем дошкольном и младшем подростковом возрасте часто возникает нормальный и преходящий с возрастом страх своей и чужой смерти.

Нормативные страхи в отличие от патологического «приурочены» к возрасту и носят преходящий характер. Признаками патологического страха, по А. И. Захарову, являются «крайние, драматические формы выражения (ужас, эмоциональный шок, потрясение) или затяжное, навязчивое, труднообратимое течение, произвольность» [44]. Последнее подчеркивает сниженный контроль со стороны сознания и негативное влияние на формирование характера, адаптацию в межличностных отношениях.

Кроме сепарационного и иррационального страхов у детей, ставших жертвами вооруженных конфликтов и терроризма, часто проявляются, как и у детей мирного времени, *внушенные страхи*. Война принуждает человека жить в чрезвычайных и экстремальных ситуациях, изобилующих внезапным воздействием стрессоров. С этой точки зрения, только одна паника матери и окружающих, возникающая при звуках бомбежки и обстрелах служит средой эмоционального заражения детей страхами. Панику вызывает страх и ужас вследствие переживания беспомощности перед опасностью [53]. Сотрудники Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца в рамках проектов по созданию условий для нормального развития детей приводят интервью психолога Ахильговой, работающей с детьми-беженцами из Северного Кавказа. По ее наблюдению, дети войны продолжают испытывать страхи, панику, ужас и входят в оцепенение (ступор). Они «бывают агрессивны, не разговаривают и ссорятся из-за игрушек, их мучают ночные кошмары, а некоторые застывают от страха, когда слышат звук вертолетного винта или летящего самолета» [54]. Их охватывают «внезапные приступы паники или острого беспокойства...они видели смерть родственника, взрыв бомбы или мины, были ранены или видели, как их близкого родственника, нередко старшего брата, уволокли вооруженные мужчины» [там же].

То же подчеркивают и специалисты международного фонда «Спасите детей» в отношении беженцев-детей из Сирии. Безусловно, самый большой источник страха, выявленный в их исследовании, связан с бомбежками, обстрелами и подавляющим чувством небезопасности. Почти все детские фокус-группы и 84% взрослых назвали это главной причиной острого травматического расстройства у детей. Только одни звуки кружащих над головой самолетов, даже без бомбежек, крики или вопли уже достаточны, чтобы вызвать у детей крайний уровень страха. Это проявлялось и во время обсуждений в фокус-группах, когда звук пролетающих над головой самолетов заставил детей слишком испугаться. Два занятия для детей 12-14 лет пришлось отложить и перенести. Во время одной фокус-группы для 5-7-летних детей на севере Сирии порыв ветра захлопнул дверь, и дети закричали от страха, думая, что только что взорвалась бомба [33]. А. И. Захаров, как и другие ученые, объясняет это условно-рефлекторной природой страха. Ребенок пугается или вздрагивает при неожиданном стуке или шуме, потому что «последний когда-то сопровождался крайне неприятным переживанием. Подобное сочетание запечатлелось в памяти в виде определенного эмоционального следа и теперь непроизвольно ассоциируется с любым внезапным звуковым воздействием» [44]. Из интервью Ахмеда – координатора в Идлибе, Сирия: «Дети всегда испытывают стресс. Постоянное беспокойство. Мы замечаем, что сирийские дети не похожи на других детей. Они всегда в стрессе. Любой незнакомый шум (если стул двигается или дверь захлопывается) вызывает у них реакцию. Это результат их страха звуков войны» [33].

Дети в возрасте до 12 лет, которые большую часть своей жизни провели на войне, были особенно осведомлены о том, что авиаудары и бомбардировки - это

неминуемая опасность, в которой они находятся. В фокус-группах они часто упоминали, что постоянно боятся быть убитыми бомбами. Многие страдают от частых ночных кошмаров и испытывают трудности со сном из-за страха не проснуться. Зарубежные специалисты считают, что продолжающееся длительное недосыпание крайне опасно для физического и психического здоровья детей [33]. Из интервью с Мунифом - психосоциальным работником с юга Сирии: «Дети испытывают трудности с засыпанием, у них много кошмаров. Этого не было до войны» [там же].

Паника окружающих и особенно матери на фоне полной беспомощности – это среда формирования внушенных страхов у детей. К этому воздействию присоединяются постоянно испытываемые матерью нервно-психические перегрузки, страхи и тревожность, в том числе за жизнь ребенка. Кроме того, дефицит движений и игровой активности, потеря навыков коллективной игры в условиях войны также способствует развитию у детей беспокойства и страхов.

Наконец, большую роль в формировании внушенных страхов играет личностная предрасположенность матери к страхам (личностные предикторы). К ним относятся такие качества личности, как: повышенная впечатлительность, которая выражается в эмоциональной ранимости и уязвимости, высокая тревожность, связанная с повышенной ответственностью за ребенка. Как пишет А. И. Захаров, если иметь в виду «тревожность матерей, беззащитность детей и неуверенность в себе, количество экстремальных и чрезвычайных ситуаций, в том числе панику, то появление страхов не будет казаться чем-то необычным» [44]. По существующей закономерности, от матерей детям «передается» беспокойство, тревожность и страхи, а от отцов - сомнения в выборе способа действий. В целом, считает он, это общее бессознательное влияние родителей и создает основу развития страхов, опасений, предчувствий и сомнений. Условиями заражения ребенка страхами и тревогой от родителей являются их авторитет и тесная эмоциональная связь, поэтому чаще страхи внушаются матерями. Следовательно, имеющиеся у матери проблемы с нервно-психическим состоянием будут служить главным препятствием на пути избавления ребенка от страхов.

Выше неоднократно упоминались страхи, связанные с кошмарными снами, которые А. И. Захаров относит к ночным страхам у детей. Различие между страшными и кошмарными снами состоит в том, что в последних в большей мере выражено эмоционально-шоковое состояние ужаса. По мнению А. И. Захарова и С. Готтлиба, такие сны чаще снятся детям с теми или иными эмоциональными нарушениями [44, 55].

По отношению к «детям войны» вернее говорить о кошмарных снах как о закономерном, условно нормальном явлении, поскольку они жили в условиях, далеких от обычных. С этой точки зрения, это нормальная реакция детей на ненормальные воздействия, обусловленная психологическим складом их личности и личности матерей. Кошмарные сны – это форма проявления тех эмоциональных следов, которые остались в памяти. Однако кроме негибкой психики нужно учитывать наличие других предрасполагающих качеств

личности. Например: при наличии мнительности опасность преувеличивается, ожидается там, где ее не может быть. Если она сочетается с подвижным воображением и тревожностью, то вероятность кошмарных снов возрастает.

Вместе с тем, обращает внимание А. И. Захаров, и без этих следов кошмарные сны видят впечатлительные дети, растущие в травмирующих, мирных условиях. По его данным, у каждого третьего ребенка независимо от пола в возрасте от 1 года до 15 лет и у недоношенных детей есть проблемы с засыпанием. Они имеют поверхностный сон с кошмарами. В частности, 39 % мальчиков и 43 % девочек среди опрошенных им детей до 6 лет подтвердили страх кошмарных снов. У страдающих неврозами детей, наиболее часто в возрасте от 6 до 10 лет есть страх таких снов, который постепенно исчезает, а у детей без неврозов он проходит с момента обучения в школе, т.е. раньше [44].

С этой точки зрения, ожидаемо то, что кошмарные сны видят «дети войны», будучи уже в подростковом возрасте, поскольку они находятся в невротическом состоянии тревоги, страхов, ужаса и т.д. Нужно учитывать также, что к кошмарным сновидениям предрасположены дети, родившиеся в зоне боевых действий, террористической активности. Так, А. И. Захаровым установлены статистические связи между кошмарными сновидениями детей и протеканием беременности у их матерей. Например: девочки статистически достоверно чаще будут видеть и бояться кошмарных снов, если у матери был токсикоз первой половины беременности в виде сильной рвоты и токсикоз второй половины беременности в виде нарушения работы почек. Проблемы и самочувствие матери в период беременности являются эмоционально травмирующей ситуацией только для девочек. Это связывают с тем, что у девочек инстинкт самосохранения сильнее, чем у мальчиков. Между тем, в исследованиях зарубежных ученых очень часто приводятся проблемы кошмарных снов у мальчиков. По-видимому, имеет значение то, что исследования А. И. Захарова проводилось на выборке детей мирного времени.

По его мнению, кошмарные сны у детей выполняют ряд функций. В частности, они: позволяют проявлять социально неприемлемые формы поведения для самозащиты; показывают готовность к противостоянию страхам; отражают имеющийся психический дискомфорт, эмоциональный стресс или заболевание, возникшее из-за тревоги и страхов, депрессии, переживания беззащитности; служат способом освобождения от критического или заблокированного психического напряжения. Кроме психотерапевтического значения кошмарные сны, по А. И. Захарову, имеют негативную сторону. Они «заостряют общую чувствительность к страхам, вызывая чувство растерянности и неуверенности в себе, своей способности противостоять опасности» [44].

Практические рекомендации психологам и социальным педагогам

1. В целях решения долгосрочных задач реабилитации детей для создания среды психосоциальной безопасности необходимо выявление и оказание помощи детям, испытывающим высокую тревожность и страхи.

2. При этом следует исключить нормативные возрастные страхи, которые носят преходящий характер. Для определения детей, нуждающихся в помощи,

учитывать взаимосвязь страхов и тревожности. А именно то, что страхи, особенно иррациональные и сепарационный, сами по себе указывают на высокий уровень тревожности.

3. Для оказания психологической помощи и коррекции следует выявить детей, испытывающих патологический страх по указанным признакам.

4. Для успешной помощи и коррекции необходимо изучить то, являются ли испытываемые детьми страхи внушенными. С этой целью нужно иметь, во-первых, данные диагностического исследования личности матери. А именно: имеются ли в структуре ее характера в выраженной форме впечатлительность, мнительность, тревожность и ответственность. Определить их помогут тест Шмишека (акцентуации характера) или личностные тесты MMPI, 16 PF Кеттела. Кроме того, необходимо включенное наблюдение за общением матери с ребенком, в какой степени практикуемый стиль провоцирует у него «заражение» страхами.

5. Для устранения внушенных страхов следует, во-первых, вести параллельно работу со страхами и тревожностью у матери. Во-вторых, проводить консультации по общению с ребенком и созданию такого эмоционального фона, который препятствует распространению (индукции) тревожности и страхов матери на психическое состояние ребенка (рекомендации в модуле 2).

6. Обратить особенное внимание на ночные страхи (кошмарные сны), если они сняты детям старше 6 лет. При этом иметь в виду и их психотерапевтическую, позитивную функцию. Не следует акцентировать на таких снах внимание ребенка и возвращать к ним, если это: а) единичные случаи; б) ребенку во сне удалось спастись, справиться (готовность к противостоянию страхам); в) они не влияют на его состояние днем и не вызывают постоянного страха заснуть (способ освобождения от заблокированного нервно-психического напряжения). По ситуации можно ограничиться включением в группу коррекции детей со страхами (арттерапия, игры). В противном случае необходима помощь квалифицированного психотерапевта.

7. Включать боязливых и испытывающих страхи детей как можно чаще в подвижные, активные игры, в том числе спортивные. Использовать для этого большие пространства.

Тема 8. Острое стрессовое расстройство как реакция на экстремальные и чрезвычайные факторы

План:

1. Понятие об ОСР. Признаки и формы ОСР.
2. Динамика развития ОСР.
3. Особенности проявления ОСР у пострадавших от террористических действий.

И. Г. Малкина-Пых определяет *острое стрессовое расстройство* (ОСР) как непатологическое состояние умственной и физической дезорганизации, которое возникает в ответ на психотравмирующий фактор высокой интенсивности [56]. В ряду таких факторов многие авторы, например Г.В. Старшенбаум, указывает боевые действия [57]. ОСР или острая шоковая

реакция, или реакция на экстремальные ситуации были выявлены во время первой мировой и описаны К. Клейстом как «психозы ужаса».

Несмотря на значительную тяжесть, ОСР, как и аффект, проходит относительно быстро. Его симптомы могут проявляться от двух дней и до четырех недель, а, по Г. В. Старшенбауму – до двух месяцев. Сохранность симптомов в течение более длительного времени приводит к развитию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

ОСР, согласно А. Б. Смулевичу и В. Г. Ротштейну, протекает в *гиперкинетической и гипокинетической* формах. Они сравнивают первую форму с «двигательной бурей» по Э. Кречмеру. Быстро возрастающая тревога и страх вызывает психомоторное возбуждение, которое прекращается через 15 – 25 минут. Оно проявляется в хаотичных действиях, метаниях без цели, снижении ориентировки. Гипокинетическая форма аналогична реакции «мнимой смерти», по Э. Кречмеру, и длится от нескольких часов до 2 – 3 дней. Она проявляется в состоянии двигательной заторможенности или полной обездвиженности, «окаменелости» с устремленным в пространство взглядом, нежелании разговаривать и безучастности к происходящему вокруг. В течение 2 – 3 недель у вышедшего из ОСР человека наблюдается повышенная утомляемость после обычной нагрузки (астения) [58].

Развитие ОСР носит *стадиальный характер*. Например, Г. В. Старшенбаум различает следующие стадии.

1) Сразу после стрессогенного воздействия возникает переживание ужаса и отчаяния, ведущие к аффективному сужению сознания, затруднению социальных контактов, психомоторной заторможенности или бесцельным метаниям. Наблюдаются вегетативные реакции – побледнение или покраснение кожи, потливость, сердцебиение, непроизвольное выделение мочи или кала.

2) В течение первого часа после стрессогенного воздействия развивается состояние, которое снижает способность к взаимодействию, концентрации и переключению внимания. Наблюдается явная дезориентировка, гнев или вербальная агрессия, чувство безысходности, высокая активность без цели, чрезмерная грусть.

3) После оказания помощи симптомы ОСР ослабевают через 8 – 10 часов, а при сохранении стресса – не ранее, чем через двое суток. Благодаря защитному забыванию (амнезии), воспоминания о травме утрачиваются.

ОСР возникает у мирного населения, оказавшегося в очаге террористических действий. Например, у *пострадавших от теракта* в Беслане. О. Б. Ковалевская отметила, что у взрослых и детей проявлялись:

1. выраженные тревожные реакции, нарушения сна и аппетита, затруднения концентрации и переключения внимания, настороженность, неусидчивость, страх и усиление тревоги у детей даже при весьма кратковременной разлуке с матерью;

2. депрессивная аутизации, т.е. болезненное отгораживание от мира, сильное нарушение контактности (находится как бы в защитной скорлупе), за равнодушием и отстраненностью прячется страх людей и неизвестности;

фиксация на воспоминаниях, сужение общего поля восприятия, механическое осуществление всех повседневных дел. У матерей - невозможность полноценно заниматься детьми. У детей - «неживые» глаза, игры только с военным сюжетом [59].

Данные исследования Д. Ю. Вельтищева, Г. С. Банникова и А. Ю. Цветкова ОСР у бесланских жертв терракта согласуются с приведенными выше. Они отмечают, что неотягощенные ОСР с симптоматикой тревоги и страха наблюдались в 40%, причем чаще у детей. ОСР развивались через сутки после терракта и «характеризовались интенсивной тревогой с элементами идеомоторного возбуждения, навязчивыми представлениями и воспоминаниями, связанными с содержанием перенесенной ситуации, избеганием разлуки с матерью и темноты, повышенной реакцией испуга при громких звуках, нарушениями сна с затруднением засыпания и кошмарными сновидениями» [60]. По данным Д. Ю. Вельтищева и его коллег, часто наблюдается состояние настороженности в ожидании повторного терракта. Любые громкие звуки, напоминающие выстрелы, вызывали испуг. Выявлялся страх темноты и одиночества, засыпали только в постели родителей. По ночам дети кричали и просыпались в слезах, во сне отмечались вздрагивания. Родители замечали у детей реакции, свойственные более ранним периодам развития, что проявлялось в движениях, речи и поведении. Наблюдалось значительное усиление зависимости от родителей с реакциями тревоги при разлуке. Появились игры, отражающие ситуацию терракта. Даже полуторогодовалая девочка движениями и звуками регулярно имитировала стрельбу [60].

Согласно данным, например W. P. Fremont, дальнейшее течение ОСР повышает риск развития психосоматических расстройств, хронического ПТСР и затяжных депрессий [61]. Следует согласиться с Д. Ю. Вельтищевым в том, что устранение ОСР требует долгосрочной комплексной психиатрической и психологической помощи.

Тема 9. Посттравматическое стрессовое расстройство личности

План:

1. Психологический и клинический подход к пониманию ПТСР.
2. История изучения ПТСР. Формы ПТСР.
3. Симптомы и диагностические критерии ПТСР.
4. Причины и факторы риска развития ПТСР.
5. Гендерные и личностные аспекты уязвимости к ПТСР.

Понятием *посттравматического стрессового расстройства* или *посттравматического синдрома* (ПТСР) обозначают целостную совокупность симптомов нарушения психической деятельности. Они возникают вследствие единичного или повторяющегося психотравмирующего воздействия, имеющего высокую интенсивность, на психику человека. Например: насилие, длительное нервно-психическое напряжение, ОСР и т.д. Важно то, что реакция на психотравму может развиваться как ОСР и благополучно завершиться после полного отреагирования негативных переживаний. Фиксация (застывание) на какой-либо стадии развития ОСР может запустить начало развития ПТСР.

В условиях экстремальных и чрезвычайных ситуаций ПТСР возникает в ответ на психотравму, связанную с гибелью, ранениями или угрозой гибелью. Развитие ПТСР может происходить как у жертв, так и у свидетелей страданий других людей. ПТСР характеризуется состоянием повышенной тревожности, на фоне которого периодически происходит «оживление» аффективных следов памяти, ведущее к приступам ярких, навязчивых воспоминаний о событиях.

С точки зрения медицины, ПТСР является *специфической клинической формой нарушения процесса посттравматической стрессовой адаптации*. Критерии, по которым диагностируется ПТСР, прописаны в Международном классификаторе болезней (МКБ-10), где оно определяется как расстройство, связанное с нарушением адаптации и реакцией на сильный стрессор. ПТСР отнесено к группе расстройств - затяжных состояний у военнослужащих и ветеранов войны, пострадавших от экстремальных воздействий.

В рамках *психологического подхода* ПТСР, по Т. С. Тарабриной, это отсроченная или отложенная реакция на стресс, связанная с угрозой жизни или здоровью, которая способна вызвать психические нарушения у любого человека [62]. При этом на общие закономерности возникновения и развития ПТСР не влияет то, какие именно психотравматизирующие события выступили причиной. Для возникновения ПТСР ключевую роль играет их экстремальный, чрезвычайный характер, восприятие и переживание которых выходит за пределы человеческих возможностей и вызывает страх до ужаса, чувство собственной беспомощности. В. Г. Ромек и В. А. Конторович В. А. выделяют подвиды ПТСР, указывающие на особенности его проявления и течения: *острое*, развивающееся в сроки до трех месяцев (его не следует смешивать с ОСР, которое развивается в течение одного месяца после критического инцидента); *хроническое*, длящееся более трех месяцев; *отсроченное*, когда расстройство возникло спустя шесть и более месяцев после травматизации.

Первые научные публикации о ПТСР появились во второй половине 19 века. Так, психические расстройства у жертв аварии на железной дороге в 1867 году описал Дж. Эрихсен в работе «Железнодорожная и другие травмы нервной системы». Многие симптомы ПТСР в том виде, как оно понимается сегодня, описал в 1888 г. Н. Оппенгейм, который ввел в научный аппарат понятие «травматический невроз». Дальнейшие исследования прошлого века связаны с исследованиями последствий психотравм, полученных во время первой и второй мировой войны.

Современные представления о ПТСР сложились окончательно к 1980 году, когда М. Горовиц выделил его как самостоятельный синдром, развивающийся у военнослужащих и ветеранов войны, назвав «посттравматическим стрессовым расстройством» (posttraumatic stress disorder, PTSD), и разработал для МКБ -10 диагностические критерии. Однако дальнейший ход истории и исследования показали, что ПТСР переживается и мирным населением, проживающим в зоне локальных войн. В частности, Е. В. Павловой приводятся исследования ПТСР у беженцев из Нагорного Карабаха в Армении (2002), проведенные А. К. Даниэлян, Н. Д. Затикян, в Азербайджане – Н. В. Исмаиловым (2001), в Грузии

– М. А. Джишкарини, В. Г. Кенчадзе, З. В. Берия (1997) и М. А. Джишкарини (2000). А также исследование психических расстройств у беженцев из Чечни, проведенные Б. Д. Цыганковым, А. И. Былим (1998); В. П. Кохановым, В. Н. Красновым, И. В. Щербининым (2001); Г. У. Солдатовой, Л. А. Шайгеровой (2002) и другими [26].

На подверженность ПТСР влияет множество факторов. По мнению В. Г. Ромек, В. А. Конторовича, Е. И. Круковича, психотравмирующим стресс становится в том случае, если произошедшее событие осознается самим человеком и поэтому влияет на его психическое состояние или пережитое событие разрушает привычный образ жизни, или вызывает ужас и чувство бессилия перед необходимостью что-то сделать, изменить.

С точки зрения И. Г. Малкиной-Пых, к развитию ПТСР приводят два типа ситуаций. К первому типу относятся ситуации однократного травмирующего воздействия. Это воздействие, которое несет угрозу и превосходит возможности человека справиться с ней или неожиданное и внезапное, или оно оставляет неизгладимый травмирующий след в психике, вызывающий повторное переживание стресса. Ко второму типу относятся ситуации постоянного (пролонгированного) и повторяющегося (серийного) травмирующего воздействия. Это следующие особенности воздействия: повторяющиеся травмы вызывают страх повторного травмирующего воздействия (страх перед страхом); оно вызывает чувство беспомощности в предотвращении; вызывает снижение самоуважения, стыд и вину; вызывает вероятность появления личностных проблем; включает бессознательных механизмов самозащиты (амнезия, отрицание, эмоциональная изоляция, отстраненность); вызывает бегство от реальности и иллюзорное решение проблемы (злоупотребление психоактивными веществами). Этот тип ситуаций, считает И. Г. Малкина-Пых, приводит к комплексному ПТСР [56].

Следует иметь в виду и *гендерные различия в предрасположенности к ПТСР*. По данным Э. Фoa и Т. М. Кина, воздействию травмирующих событий мужчины подвергаются чаще, чем женщины. Однако после воздействия психотравмирующих факторов ПТСР развивалось в два раза чаще у женщин, чем у мужчин, т.е. они более уязвимы к развитию ПТСР, чем мужчины, а сами симптомы ПТСР у женщин сохраняются значительно дольше [63].

Вместе с тем, кроме интенсивности стрессора и гендерных различий в степени уязвимости большую роль играют *особенности субъективного восприятия ситуации, события*. Восприятие любого фактора как стрессогенного опосредуется *личностными качествами*. Более того, сама психотравматизация стрессором изменяет личность. Зарубежные специалисты предлагают поэтому дополнить диагностику постстрессовых нарушений *посттравматическими личностными расстройствами*.

В исследовании Х.Б.Ахмедовой, посвященном изучению ПТСР у взрослых, пострадавших от террористических актов в Чечне и Ингушетии, было установлено несколько важных фактов. *Во-первых*, наиболее подверженными ПТСР являются лица с такими акцентуациями характера, как эмотивный,

дистимный, возбудимый и застревающий [64]. Ею выявлено, что ПТСР, *во-вторых*, в свою очередь, оказывает влияние на дальнейшее развитие личности. А именно, происходит усугубление выраженных особенностей характера. Это относится к лицам с дистимным, возбудимым и застревающим типом акцентуаций характера и лицам с тревожной акцентуацией. У лиц с эмотивной акцентуацией характера, переживающих ПТСР, усугубления не происходит. *В-третьих*, хроническая форма ПТСР развивается чаще у лиц возбудимого и застревающего типов вследствие свойственных им проблем адаптации и отчужденностью, замкнутостью, подозрительностью, жесткостью, прямолинейностью и авторитарностью.

Наименее изученной областью на сегодня являются посттравматические факторы, которые оказывают *влияние на развитие и течение ПТСР*. В некоторых случаях, по мнению Е. В. Павловой, то, что происходит с человеком после травмы, воздействует на него даже сильнее, чем сама травма. По данным И. Г. Малкиной-Пых, профилактике ПСТР и смягчению его проявлению способствуют следующие условия: своевременная психотерапевтическое вмешательство; ранняя и долгосрочная социальная поддержка; чувство безопасности и принадлежности к социуму, группе, если оно было утрачено; участие в терапевтической работе с подобными жертвами травмы; устранение факторов вторичной психотравматизации.

Тема 10. «Токсический» стресс и посттравматическое стрессовое расстройство у «детей войны»

План:

1. «Токсический» стресс у детей.
2. Психологические и социальные факторы развития ПТСР у детей.
3. Признаки ПТСР у детей, находящихся в зоне военных действий.
4. Особенности течения ПТСР у детей, находящихся в ЗТА.
5. Симптомы ПТСР у детей разного возраста.
6. Практические рекомендации психологам и социальным педагогам.

Дети и подростки более чувствительны к психическим травмам, чем взрослые, поэтому риск развития ПТСР у них значительно выше. Это касается абсолютно всех экстремальных и чрезвычайных ситуаций, которые возникают в условиях нахождения в зоне военных действий.

Исследования под руководством L.Terr доказали, что воздействие различных видов стресса может привести к тяжелым и истощающим ПТСР не только у взрослых, но у детей и подростков. Тревожные расстройства, включая ПТСР, являются наиболее распространенной проблемой в области психического здоровья детей и подростков. Показатели современной распространенности тревожных расстройств в детских популяциях у разных исследователей колеблются от 2,5% до 30% [65].

В контексте развития ПТСР у детей, эвакуированных из ЗТА, особое внимание следует уделить специфическому острому стрессовому расстройству, которое зарубежные специалисты называют *«токсический стресс»* [33].

Они подчеркивают, что длительное воздействие войны, стресса и неопределенности с неизбежностью приводит к тому, что многие дети находятся в состоянии «токсического стресса». Оно оказывает немедленное и чрезвычайно пагубное воздействие на детей, включая увеличение числа случаев ночного недержания мочи, самоповреждений, попыток самоубийства и агрессивного или замкнутого поведения. Если не лечить, долгосрочные последствия, вероятно, будут еще более серьезными, что повлияет на психическое и физическое здоровье детей на всю оставшуюся жизнь.

А. Чен, специалист по защите детей и психическому здоровью из Гарвардского университета, отметила особенности психического состояния сирийских детей. По ее данным, ежедневное пребывание в зоне боевых действий и переживание травмирующих событий будет и дальше приводить к росту психических нарушений у детей. Речь идет о росте в долгосрочной перспективе таких расстройств, как: большое депрессивное расстройство, беспокойство, тревога, панические атаки и ПТСР [33]. Однако, по мере продолжения вооруженного конфликта совокупный опыт экстремальных травматических событий даже с более тонкими формами угрозы и лишений (нищета, голод и хроническое пренебрежение базовыми потребностями ребенка), с которыми многие сирийские дети сталкиваются ежедневно, подвергает их высокому риску жизни в состоянии токсического стресса. Токсический стресс определяется как наиболее опасная форма реакции на стрессор, возникающий тогда, когда дети переживают сильные, частые или продолжительные невзгоды и лишения без адекватной поддержки взрослого. По словам А. Чен, «токсический стресс» - это ответ длиною в жизнь, потому что он влияет на психическое и физическое здоровье ребенка, в том числе на дальнейшее когнитивное, социально-эмоциональное и физическое развитие.

«Токсический стресс» увеличивает вероятность того, что дети будут испытывать задержки в развитии или проблемы со здоровьем в более позднем возрасте. Он может нарушить развитие мозга и других органов, а также увеличить риск заболеваний, связанных со стрессом - болезней сердца, диабет, проблемы с иммунной системой, злоупотребление психоактивными веществами, депрессии и других расстройств психического здоровья во взрослом возрасте. Учитывая, что переживания ребенка в первые годы жизни оказывают длительное влияние на архитектуру развивающегося мозга, непрерывное состояние «токсического стресса» имеет негативные и долгосрочные последствия для интеллектуального развития и эмоциональной регуляции. В частности, подчеркивают зарубежные специалисты, длительная активация гормонов стресса в раннем детстве может привести к сокращению нейронных связей в тех зонах мозга, которые отвечают за обучение и мышление. Все это может повлиять на способности детей к обучению и академическую успеваемость в дальнейшем [33].

На сегодня, по справедливому замечанию О. Б. Есиной, механизмы развития и динамика течения ПТСР в детском возрасте изучены крайне мало [66]. Можно выделить три особенности, обуславливающие специфику

возникновения и течения ПТСР у детей. Во-первых, по данным А. В. Андрющенко, В. А. Ташлыкова, К. Fletcher и других, эта специфика объективно обусловлена недостаточной сформированностью механизмов психологической самозащиты в детском возрасте и соответственно – отсутствием стратегий совладающего поведения [67]. А между тем, обладание навыками копинг-поведения способно снизить стрессогенное воздействие травматических событий. У детей наблюдается высокий риск и уязвимость к развитию ПТСР по сравнению со взрослыми, которые пережили аналогичные психотравмирующие события из-за дефицита механизмов копинга [68, 69].

Во-вторых, по данным Л. И. Вассермана, Ю. В. Попова, А. В. Бруга, Э. Г. Эйдемиллера, В. Юстицкиса и других, фактором влияния выступает семья, поведение и личностные качества родителей, в том числе их способности совладания со стрессом [70]-[72]. На то значение, которое семья имеет для риска развития ПТСР, указывают эмпирические результаты исследований А.А. Портновой, А. Sturms, N.De Vries, R. Meiser-Stedman, D. Daviss и других [73]-[78]. В частности, указывается на подверженность развитию ПТСР тех детей, родители которых не обучают их адаптации к воздействию стрессоров, пренебрегают потребностью детей в безопасности, не обеспечивают своевременной помощью специалистов.

В-третьих, по данным К. Beesdo-Baum, D. Scholten, S. Suliman, D. Mkabale, К. Fincham и других, влияние также оказывают личностные особенности и половая принадлежность ребенка [79]- [81]. Так, предрасполагающими факторами является ранний возраст начала стрессовых расстройств. К. Beesdo-Baum, S. Knappe, S. Seedat, D. Stein и P. Carey установили, что ПТСР имеет меньшую распространенность в дошкольном возрасте и более высокую - в младшем школьном и подростковом возрасте. Причем девочки более подвержены развитию ПТСР [82, 83].

Е. Z. Kilic, С. Kilic, S. Yilmaz выявили, что повышенная чувствительность к тревоге, тормозимый тип темперамента с повышенной реакцией на новизну и чувствительностью к изменениям стимулов также служат условиями риска развития ПТСР у детей [84]. J. Clauss, A. Degnan, A. Almas, N. Fox пришли к выводу о том, что особую роль играет сочетание особенностей темперамента с тревожностью [85-87].

Многие авторы отмечают *проблему постановки детям диагноза «посттравматическое стрессовое расстройство»*. А между тем эффективность реабилитации детей и подростков зависит от своевременного вмешательства и оказания им помощи. В обычной практике этот диагноз ставится в том случае, если длительность протекания симптомов расстройства составляет более одного месяца. А. Л. Венгер и Е. И. Морозова на основе изучения личности жертв теракта в Беслане и наблюдений в процессе оказания им психологической помощи выявили следующий *симптомокомплекс ПТСР*, проявляющихся и у взрослых, и детей:

- *Повторное переживание травматического события* в навязчивых мыслях, воспоминаниях, сновидениях (часто носящих характер кошмара).

Боязнь засыпать (из-за ожидания кошмаров). Ощущение иллюзорного повторения события, непроизвольные яркие визуализации пережитого («флешбэк»).

- Потребность в тишине, сверхчувствительность к звукам (*гиперакузия*), боязнь громких звуков (*акузофобия*).

- *Тревожность*. Постоянное ощущение угрозы, опасение физического или психического нападения на пострадавшего и членов семьи.

- *Симптомы возрастающего возбуждения*, проявляющиеся в нарушениях сна, раздражительности, трудностях концентрации внимания.

- *Чувство вины* перед погибшими (у подростков). Оно сопровождается депрессией, самоуничижением, сомнениями в своей способности любить, верить, наслаждаться жизнью.

- *Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой* и блокировка эмоциональных реакций, оцепенение [22].

В процессе оказания психологической помощи распространенными жалобами со стороны детей были: страхи, нарушения сна и ночные кошмары. Родители приводили такие наблюдаемые у них изменения, как: отказ от еды, нарушения в поведении, высокая боязливость (одиночество, громкие звуки и т.п.), агрессивность по отношению к братьям или сестрам.

В жалобах подростков часто приводились преследующие картины пережитых событий (флешбэк). Данные наблюдений и экспресс-диагностики А. Л. Венгер и Е. И. Морозова указывают на крайне повышенный уровень тревоги, тенденцию к избеганию общения, появление у некоторых детей и подростков возбуждения, хаотического поведения или наоборот - заторможенности и даже ступора, а также невозможности говорить (мутизм), депрессию в случае утраты родных. Агрессивность иногда проявлялась явным образом, а чаще - в скрытой форме в виде высокой напряженности и аутоагрессии. Как и у взрослых, у детей проявлялось обострение психологических проблем, имевшихся ранее. Наблюдалось усиление бывших до переживания теракта особенностей [22].

Группой психологов, занимавшихся реабилитацией детей из зон боевых действий на Кавказе, под руководством А. С. Дамадаевой установлен следующий *перечень признаков проявления ПТСР у детей*:

- ночные кошмары, недержание мочи (энурез);
- нарушение сна и аппетита;
- однообразные игры или рисунки со странным повторяющимся сюжетом;
- неадекватная поведенческая реакция на определенные раздражители (испуг, плач, агрессивные действия);
- потеря некоторых навыков самообслуживания, появление лепетной речи или других черт поведения, характерных для детей младшего возраста;
- неожиданно возникший или возобновившийся страх расставания с мамой;
- отказ от посещения детского сада (школы);
- снижение успеваемости у детей школьного возраста;
- постоянные жалобы учителей (воспитателей) на приступы агрессии у ребенка;

- повышенная тревожность, вздрагивание при воздействии сильных раздражителей (громкий звук, свет и т.п.), пугливость;
- потеря интереса к занятиям, которые раньше приносили удовольствие;
- жалобы на боли в сердце или желудке, неожиданные приступы мигрени;
- вялость, слабость, сонливость, избегание общения со сверстниками и малознакомыми людьми;
- снижение способности к концентрации внимания [20].

А. С. Дамадаева отмечает, что дети становятся замкнутыми, капризными, раздражительными, у них часто наблюдаются ночные кошмары и сонливость днем, а подростки нередко боятся уснуть и по этой причине не высыпаются. У детей дошкольного возраста часто наблюдается регрессия, они демонстрируют поведение, свойственное более раннему возрасту. Например: утрачивают навыки самообслуживания, упрощают речь, боятся остаться без матери и т.п.

Следует иметь в виду, что на проявление и степень выраженности тех или иных признаков влияет возраст. *Возрастные различия в проявлении признаков ПТСР* представлены в таблице ниже.

Таблица 2 – Симптомы ПТСР у детей разного возраста

Изменения	Дошкольный и младший школьный возраст (от 4 до 7 лет)	Младший школьный и ранний подростковый возраст (8—11 лет)	Подростковый и ранний юношеский возраст (12—17 лет)
Физиологические	Нарушения сна: частые просыпания, кошмары и т. п. Энурез, энкопрез. Боли в животе	Нарушения сна. Головные боли. Боли в животе. Тошнота. Рвота. Расстройства стула. Частое мочеиспускание	Нарушение сна. Головные боли. Тремор. Тики
Эмоциональные	Генерализованный страх. Недостаточность речевых выражений беспокойства-отказ от речи, «немые» вопросы. Тревоги, связанные с непониманием смерти, фантазии о «лечении от смерти»; ожидания, что умершие могут вернуться, напасть. Агрессивность.	Поглощенность собственными действиями во время событий: озабоченность своей ответственностью и (или) виной. Специфические страхи, запускаемые воспоминаниями или пребыванием в одиночестве. Страх быть подавленным собственными переживаниями. Пристальное внимание к состоянию родителей, страх расстроить их своими тревогами. Страх и чувство измененности, вызванное собственными реакциями горя, страх призраков, привидений и др.	Стыд и чувство вины. Страх казаться ненормальным. Жажда мстить и построение планов мести. Острое чувство одиночества

Когнитивные	Познавательные трудности, проявляющиеся в непонимании. Приписывание воспоминаниям о травме мистических свойств. Трудности при распознавании тревоги	Нарушение концентрации внимания. Нарушения памяти. Трудности в обучении	Нарушение концентрации внимания, рассеянность. Нарушения памяти. Осмысление своих страхов, чувства уязвимости и других эмоциональных реакций
-------------	---	---	--

Примечание – Источник: Психологическая травма. <http://kpfu.ru/docs/F518059860/021.ppt>

Следует отметить, что признаки проявления ПТСР одинаковые у детей-беженцев из Сирии в разных странах, а также у детей, репатриированных из Сирии и детей-жертв террористических актов в Российской Федерации. Это свидетельствует об *общем симптомокомплексе ПТСР у «детей войны», который включает в себя некоторые признаки «боевого стресса» и ОСР.*

Так, согласно результатам исследования международного фонда «Спасите детей», 80% опрошенных родителей сказали, что дети и подростки стали более агрессивными и 71% заявили, что дети все чаще страдают от частого ночного недержания мочи и непроизвольного мочеиспускания днем. В их отчете отмечается; «Мы видим много детей, страдающих от непроизвольного мочеиспускания и беспокойства после шока, особенно от звуков взрывов и бомб. Многие дети испытывают трудности с речью и заикаются, а некоторые из них страдают частичной амнезией. Мы видим детей от шести до пятнадцати лет, которые не способны запоминать. Психология детей изменилась – теперь ребенок всегда ожидает нападения. Дети потеряли свое детство [33]. «Иногда, когда ребенок испытывает сильный стресс, он теряет способность говорить. Они не могут выразить себя, единственный способ общения - это кричать. Иногда это просто непрерывный крик», - сообщает Амира, психосоциальный консультант на юге Сирии [там же]. У 45% сирийских детей-беженцев есть симптомы ПТСР. Эта распространенность в десять раз выше, чем у детей во всем мире, а у 44% наблюдаются симптомы депрессии [там же].

Практические рекомендации психологам и социальным педагогам

1. Учитывать, что успешность оказываемой в рамках реабилитации психолого-педагогической помощи зависит от своевременного вмешательства. Между тем вмешательство возможно только после диагноза ПТСР, который выявить у детей труднее, чем у взрослых.

2. Для выявления группы риска детей с ПТСР в явной или отсроченной (отложенной) форме кроме данных тестирования и наблюдения активно привлекать данные наблюдения матерей за изменениями в психических состояниях и поведении детей.

3. Проводить консультативную работу с матерями. Объяснить последствия ПТСР на развитие ребенка и роли позитивного общения с ним в эффективном лечении ПТСР. В целях профилактики вторичной психотравматизации, усугубляющей симптомы ПТСР, дать рекомендации по стилю общения и взаимодействию с ребенком, защищающим его личность от разрушительных последствий психотравмы. особое внимание обратить на матерей с эмотивной, дистимной, возбудимой и застревающей акцентуацией характера.

4. Для выявления группы риска детей с ПТСР, используя стандартизованные методики, необходимо провести исследования их личностных особенностей. А именно, во-первых, установить тип высшей нервной деятельности, темперамент. Обратить внимание на наличие тормозимого типа темперамента с повышенной реакцией на новизну и чувствительность к изменениям стимулов, т.е. флегматический и меланхолический типы темперамента. Во-вторых, на наличие сочетания этих типов темперамента с высокой тревожностью.

5. Для выявления группы риска детей с ПТСР, используя стандартизованные методики, необходимо провести исследования психических состояний. В коррекционных целях обратить внимание на наличие патологического уровня страхов, сепарационный страх, повышенный уровень тревожности, депрессии и агрессии.

Модуль 2. Рекомендации по диагностике детей для решения задач реабилитации

Тема 1. Диагностика свойств нервной системы, типа темперамента.

План:

1. Концептуальные основы тест Айзенка. Анкеты для родителей.

2. Самостоятельная практическая работа слушателей по диагностике типа темперамента.

3. Отчеты слушателей по результатам диагностики испытуемого, обсуждение результатов и проблем.

Тест ЕРІ Айзенка

Информирование о концептуальной основе теста. Конкретизация психологического содержания главных концептов: экстраверсия – интроверсия, нейротизм (эмоциональная стабильность - эмоциональная нестабильность).

Слушателям рекомендуется в подборе инструментария, учитывающего возраст, для детей подросткового возраста использовать тест Айзенка. Исключить групповое тестирование. Возможно наряду с тестом на бумажном носителе использовать on-line версию, размещенную в интернете. Во всех случаях после объяснения инструкции присутствовать во время тестирования лично. Убедиться, что вопросы понимаются правильно. Иметь в виду, что высокий уровень по шкале лжи часто является следствием невнимательного чтения или непонимания вопросов, входящих в эту шкалу. Тест Айзенка ЕРІ имеет широкое распространение в целях диагностики темперамента, ключ и интерпретация результатов размещены во многих практикумах и в интернете.

Анкеты-опросники

Рекомендуется их применение для диагностики типа темперамента у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Они заполняются матерями по опыту наблюдения за своим ребенком. Для исключения их ответов в сторону социальной желательности (диссимуляции) необходимо информировать о цели исследования. Объяснить значение темперамента для индивидуализации процессов воспитания и обучения в целях достижения наилучших результатов. Для повышения надежности полученных результатов опроса предлагается применение двух анкет. Каждая из них содержит разные вопросы, но обе направлены на изучение типа темперамента ребенка. Если мать отсутствует, то возможно заполнение лицом, замещающим ее или тем, кто проводит много времени с ребенком, наблюдает его поведенческие реакции в различных ситуациях. В качестве таких опросников, заполняемых матерью, во-первых, предлагаются: *Тест «Какой темперамент у вашего ребенка»* или *методика «Наблюдение за ребенком»* (Б.С. Волков, Н.В. Волкова). Вопросы обоих тестов выявляют темперамент по одним и тем же признакам: обычные реакции ребенка на замечания родителей (воспитателей, учителей); поведение в ситуациях, требующих быстрых и решительных действий; поведение в споре со сверстниками и в незнакомой обстановке, на новом месте. Во-вторых, *Анкета «Оценка типа темперамента»* (Г.П. Лаврентьева, Т.М. Титаренко, в модификации С.В. Зверевой, состоящая из 20 вопросов. Все тесты с ключом и интерпретацией результатов есть в открытом доступе, размещены в интернете.

Для выполнения *самостоятельной работы по диагностике* типа темперамента предложить слушателям выбрать одного несовершеннолетнего, который будет выступать в качестве постоянного испытуемого. Он должен быть мало знаком слушателю, но быть доступным для тестирования по всем методикам. Задачами самостоятельной работы являются: тестирование испытуемого, обработка полученных результатов по ключу, интерпретация данных и подготовка письменного текста заключения.

На аудиторном занятии выборочно несколько слушателей знакомят со своими письменными заключениями и отвечают на возникающие вопросы других слушателей. Вопросы для обсуждения всеми слушателями:

1. Какие проблемы возникали во время тестирования несовершеннолетнего испытуемого или его матери? Как они решались?
2. Какие трудности возникали в процессе обработки, интерпретации и описания темперамента испытуемого по данным тестирования или опроса его матери?
3. Для решения каких задач, на ваш взгляд, необходима информация о свойствах нервной системы, типе темперамента ребенка?

Тема 2. Диагностика страхов у детей

План:

1. Отражение бессознательного в продукции проективных методов исследования.
2. Тест «Страхи в домиках» (А. И. Захаров и М. Панфилова).

3. Проективный тест «Сказка» Л. Дюсс.
4. Самостоятельная практическая работа слушателей по тестам.
5. Отчет и обсуждение результатов диагностики испытуемого по тесту «Страхи в домиках».

6. Отчет и обсуждение результатов диагностики по тесту «Сказка».

Предлагается рассмотреть методики изучения страхов у детей до подросткового возраста. Это связано с тем, что подростки не испытывают затруднений с вербализацией страхов. Для углубленного понимания слушателями информативной ценности проективных тестов следует рассмотреть с позиций психоанализа понятия: «защитные механизмы», «бессознательное», «проекция», «идентификация» и «катарсис».

«Страхи в домиках» (А. И. Захаров и М. Панфилова)

В целях выявления и уточнения преобладающих видов страхов слушателям рекомендуется использовать тест в игровой форме «Страхи в домиках». Он имеет особенное значение в том случае, если ребенок плохо рисует или не любит рисовать. Согласно инструкции, ребенок расселяет перечисляемые психологом или социальным педагогом страхи в нарисованные на листе красный и черный домики. Подчеркивается, что фиксируются только те страхи, которые ребенок поселил в черный домик и их подсчет ведется в соответствии с тем возрастными нормами, которые разработаны А. И. Захаровым. В процессе тестирования рекомендуется: не торопить ребенка; избегать непроизвольного внушения частым повторением вопроса о боязни страхов; при стереотипном отрицании ребенком всех страхов попросить давать развернутые ответы («не боюсь темноты», вместо «нет» или «да»); сидеть с ребенком, а не напротив; подбадривать и хвалить за искренность; во избежание актуализации пережитых страхов не забыть «закрыть на замок» страхи в черном домике.

Слушателям рекомендуется в процессе интерпретации и подготовки выводов для корректного заключения о психическом состоянии ребенка обязательно обращаться к знаниям, о нормативных страхах; признаках патологического страха, отличающих его от нормативного.

Применительно к задачам реабилитации детей и подростков большое значение имеет выявление вида страхов, в частности, для профилактики развития отложенного ПТСР и вторичной психотравматизации. У «детей войны» дневные и ночные страхи являются признаками эмоциональных расстройств, возникших в результате переживания экстремальных и чрезвычайных ситуаций в зоне военных действий.

В приведенном к тесту перечне 29 страхов отражены различные их виды. Предлагается, если испытуемый ребенок ослаблен и быстро утомляется, то сократить перечень. При этом следует оставить те из них, которые выявляют:

- *страхи смерти*, причины которых связаны с характером опасений, напоминающих о ней и обострением инстинкта самосохранения;
- *страхи животных и сказочных персонажей*, указывающие на отчуждения от близкого человека или пренебрежение с его стороны потребности ребенка в ласке и любви;

- *страхи кошмарных снов*, связанные с пережитым чувства страха и ужаса, ОСР и ПТСР.

Рекомендуется к этим страхам для «фоновому шуму» оставить в предъявляемом перечне страхи, относящиеся к другому виду, например: страхи, связанные с пространством.

Для самостоятельной работы с испытуемым и подготовки письменного заключения предлагается ознакомление со стимульным материалом и возрастными нормами на электронных ресурсах или в книге А. И. Захарова «Дневные и ночные страхи у детей» [44].

Тест «Сказка» Л. Дюсс

Преимущества теста состоят в том, что он может использоваться для диагностики детей дошкольного возраста. Кроме того, позволяет наблюдать естественные их реакции, так как в этом возрасте любят слушать сказки и фантазировать. Согласно инструкции, ребенку рассказывают сказки с картинками, текст которых составлен Л. Дюсс. Идентификация с главным персонажем сказки позволяет ребенку продолжить начатый текст ответом на обращенный к нему вопрос.

Рекомендуется обращать внимание на эмоциональный тон голоса ребенка; скорость, с которой он реагирует (наличие поспешных ответов); невербальное поведение (движения, мимика, жесты) и то, насколько оно отличается от обычного. Особенно информативными признаками служат, по Л. Дюсс, такие нетипичные реакции ребенка, как: просьба прервать рассказ; стремление перебить рассказчика; необычные или неожиданные окончания историй; поспешные ответы; изменение тона голоса; признаки волнения на лице (изменение цвета кожи и т.п.); отказ ответить на вопрос; настойчивое желание опередить рассказчика или начать сказку сначала, а также отказ от истории, вызывающей тревогу и беспокойство. По мнению Л. Дюсс, избегание таких историй указывает на тревожность и страхи. Кроме того, следует обратить внимание слушателей на психотерапевтический эффект теста. Он достигается уже в процессе проецирования на персонажей собственных страхов и беспокойства, свободного рассказа о них, в результате которого происходит катарсис.

Слушателям предлагается использовать находящиеся в свободном доступе на электронных ресурсах тест «Сказка» со стимульным материалом и интерпретацией, а из историй - «Страх», «Новость» и «Дурной сон». Например: Сказка-тест «Страх» <https://www.psychologos.ru › view › skazka-test-strah.>, а также материалы по данному тесту в сборнике коррекционных методов [88].

Можно использовать вместо картинок, предложенных Л. Дюсс, любые другие, если они соответствуют сюжету сказки и возрасту изображенного на них ребенка.

Сказка-тест «Страх»

Рекомендуется для выявления наличия страхов у ребенка.

«Один мальчик сказал себе тихо-тихо: «Как страшно!» Чего он боится?»

Ответы, на которые следует обратить внимание содержат: страх смерти своей или близких, одиночества, страшных персонажей; боязнь быть похищенным и съеденным. Для получения более полной информации допускается задавать вопросы.

Сказка-тест «Новость»

Рекомендуется для диагностики связанной со страхами тревожности, невысказанного беспокойства и чувства страха.

«Один мальчик/девочка вернулся домой с прогулки (выбрать наиболее близкий вариант), и мама ему говорит: «Хорошо, что ты пришел. Мне надо сказать тебе кое-что». Что именно хочет сообщить ему мама?»

Предлагается обратить внимание на ответы, указывающие на страх или тревогу, связанные с чьей-то смертью; угрозой наказания; возможную ситуацию одиночества (отъезд родителей); запрет на что-либо и т.д.

Сказка-тест «Дурной сон»

Рекомендуется для получения более полной картины детских проблем и переживаний, так как предоставляет свободу самовыражения.

«Однажды одна девочка внезапно проснулась и сказала: «Мне приснился очень плохой сон». Что увидела во сне девочка?».

Следует обращать внимание на ответы, отражающие тревогу и страхи, связанные со смертью собственной или родителей, быть украденным кем-либо или оставленным родителями и т.д. В процессе анализа и умозаключения необходимо использовать информацию о ночных страхах, кошмарных снах детей. Иметь в виду, что они выполняют, в том числе и психотерапевтическую функцию. С этой точки зрения, необходимо во всех ответах детей выявить и обратить внимание только на повторяющиеся мотивы.

Здесь и далее в других темах этого модуля задачами самостоятельной работы являются: тестирование испытуемого, обработка полученных результатов, интерпретация и подготовка письменного текста заключения. На аудиторном занятии выборочно несколько слушателей знакомят со своими письменными заключениями и отвечают на возникающие вопросы других слушателей. Вопросы для обсуждения всеми слушателями:

- Какие проблемы возникали во время тестирования несовершеннолетнего испытуемого? Как они решались?

- Какие информативные признаки в поведении и реакциях испытуемого проявились в процессе тестирования и учитывались Вами?

- Какие психотерапевтические эффекты катарсиса наблюдались Вами во время выполнения ребенком теста «Сказка»?

- Для решения каких задач, на ваш взгляд, необходима информация о страхах ребенка?

Тема 3. Диагностика тревожности у детей: тесты-опросники

План:

1. Достоинства и ограничения опросников - Детская шкала проявлений тревожности (СМАС), Шкала личностной тревожности (А. М. Прихожан) и «Состояния и свойства тревожности» (Ч. Спилбергер, Ю.Ханин).

2. Самостоятельная работа слушателей по диагностике тревожности как состояния и свойства личности.
3. Обсуждение отчетов по результатам диагностики тревожности как состояния и личностного свойства средствами Шкалы проявлений тревожности (CMAS) и Шкалы личностной тревожности «Состояния и свойства тревожности».

Для диагностики тревожности у несовершеннолетних применяются тесты-опросники и проективные методики. Первые основаны на способности к сознательному самоотчету, а вторые – на бессознательной проекции тревоги.

Детская шкала проявлений тревожности (The Children's Form of Manifest Anxiety Scale - CMAS)

Тест разработан А. Castaneda, В. R. McCandless, D. S. Palermo, поздняя адаптация осуществлена А. М. Прихожан. Рекомендуются для диагностики детей в возрасте от 7 до 12 лет. Следует обратить внимание на то, что тест позволяет выявить наличие тревожности и степень ее выраженности, но не конкретизируют причин возникновения. Для этого при необходимости следует использовать другие тесты. Желательна индивидуальная форма тестирования. Согласно инструкции, испытуемый оценивает события, случаи и переживания с точки зрения того, насколько они могут быть отнесены к нему.

Шкала тревожности состоит из 53 вопросов. Из них 42 вопроса выявляют различные ее показатели. Другие 11 вопросов показывают то, насколько ответы ребенка искажены стремлением отвечать в сторону социальной желательности (ошибки диссимуляции), высокий уровень которой позволяет не принимать результаты как достоверные. Во многом это обусловлено тем, что тест определяет явную тревожность, т.е. осознаваемую самим испытуемым. С этой точки зрения, рекомендуется после окончания тестирования задать вопросы о том, какие проявления тревожности наиболее часто он наблюдает у себя и какие из них доставляют ему больше всего огорчений, расстраивают.

Тест позволяет установить пять уровней тревожности. Из них рекомендуется обратить внимание на три. А именно, на отсутствие тревожности (исключить защитную реакцию в ответ на чрезмерную тревогу); явно повышенную тревожность и очень высокую тревожность, по которой испытуемого можно отнести к группе риска.

Текст методики, инструкция, обработка и интерпретация этого и следующего теста доступны на электронных ресурсах, а также содержатся в монографии А. М. Прихожана [89].

Шкала личностной тревожности (А. М. Прихожан)

Рекомендуется для диагностики несовершеннолетних от 10 до 16 лет. Концептуально тревожность определяется по тому, в какой степени личность сама оценивает определенные жизненные ситуации как вызывающие беспокойство, тревогу. Преимущества теста состоят в том, что в отличие от предыдущего он позволяет конкретизировать объект тревоги, т.е. выявить те специфические области, которые ее вызывают. Однако он не выявляет действительные, более конкретные причины ее возникновения. Второе

достоинство теста состоит в том, что он не требует отсутствующих в этом возрасте навыков рефлексии над своими переживаниями.

Тест состоит из четырех субшкал. Они позволяют выявить тревожность, связанную со школьными ситуациями, с ситуациями межличностного общения и отношения к себе. Последняя, шкала магических страхов, позволяет отделить общую тревогу от вариантов частной тревоги. Форма «А» теста рекомендуется для испытуемых 10-12 лет, а форма «Б» - для испытуемых 13-16 лет.

Опросник «Состояния и свойства тревожности» (Ч. Спилбергер, Ю.Ханин)

Тест разработан Ч. Спилбергером и адаптирован Ю. Л. Ханиным. Адаптации подвергся только вариант для взрослых, он же был предложен для изучения тревожности у подростков. По данным исследований Л. Ф. Бурлачука и С. М. Морозова, он обладает достаточной валидностью (пригодностью) в использовании не только для взрослых, но и для старших подростков. Достоинство теста состоит в изучении выраженности ситуативной, реактивной тревоги и тревожности как свойства личности [90].

Ситуативная тревожность отражает состояние подростка, переживаемое на данный момент, обусловленное напряжением, беспокойством, озабоченностью и нервозностью. Личностная тревожность - это устойчивое качество подростка, проявляющееся в предрасположенности к тревоге в силу склонности к субъективному восприятию многих ситуаций как угрожающих или имеющих неблагоприятный исход.

Рекомендуется обратить внимание на высокий уровень тревожности, который может указывать на наличие невротического конфликта, который сопровождается эмоциональными срывами и психосоматическими заболеваниями. Применительно к задачам диагностики для реабилитации детей и подростков выявление высокого уровня тревожности имеет важное значение. Тревожность может указывать на наличие скрытых страхов. Кроме того, тревожность, как и страхи, кошмарные сны входит в симптомокомплекс эмоциональных расстройств, связанных с боевым стрессом, ОСР и ПТСР.

Стимульный материал опросников, ключи для обработки доступны на электронных ресурсах и опубликованы во многих практикумах для психологов.

Вопросы для обсуждения выборочных письменных отчетов:

- Какие основные результаты получены по изучаемому опроснику?
- Какие проблемы возникали в процессе тестирования и каким образом они были решены?
- Наблюдается ли связь между установленными проявлениями, уровнем личностной тревожности и теми особенностями высшей нервной деятельности, темперамента, которые были выявлены у Вашего испытуемого ранее?
- Наблюдается ли связь между актуальными проявлениями, уровнем тревожности и данными по диагностике страхов и полученными ранее?

Тема 4. Диагностика тревожности у детей: проективные методы

План:

1. Преимущества и ограничения проективных методов диагностики.

2. Проективные методы диагностики тревожности у детей.
3. Графические характеристики методики «Кактус»: признаки тревожности.
4. Самостоятельная работа по диагностики тревожности у детей средствами методики «Кактус».

5. Письменный отчет и обсуждение результатов диагностики.

Для диагностики тревожности, как и других психических состояний, наряду с опросниками рекомендуется использовать проективные методики. В их основе лежит бессознательный механизм идентификации и проекции. Среди проективных методик следует выделить те, в которых информативную ценность представляет вербальная продукция в форме рассказа испытуемого в ответ на стимульный материал – серию сюжетных картинок. Вторую группу представляют проективные экспрессивные и графические методы – игра, рисунки самих испытуемых на заданную тему.

Для корректного и научно обоснованного выбора диагностического инструментария нужно знать достоинства и ограничения проективных методов. Следует подчеркнуть, что результаты интерпретации рисуночных не могут быть ни в коем случае основанием для научно обоснованного вывода. Обязательно должны учитываться данные тестирования по стандартизованным методикам, мнение детских психотерапевтов, а в некоторых случаях - детских психиатров.

Преимущества проективных методик состоят, *во-первых*, в том, что они позволяют преодолеть возрастные ограничения, связанные с отсутствием у детей опыта рефлексии над своими переживаниями и способности к самоотчету в речевой форме. *Во-вторых*, процесс рисования, игры, свободного рассказа снимает контроль со стороны сознания и способствует эмоциональной вовлеченности в диагностическую процедуру. Кроме того уже в процессе проективного тестирования происходит психотерапия. *В-третьих*, тесты-опросники нередко позволяют выявить общий уровень выраженности того или иного психического состояния, но не дают информацию о конкретной вызывающей их причине. В то время как проективная продукция, отражая неосознаваемые переживания, может решить эту задачу. С этой точки зрения, рекомендуется сочетать тесты-опросники с проективными методиками.

Ограничения проективных тестов состоят в том, что, *во-первых*, это сложная технология оценки получаемой проективной продукции. *Во-вторых*, надежность и достоверность получаемой с их помощью информации зависит от квалификации и индивидуального опыта исследователя. Применение проективного метода требует опыта работы с конкретными проективными технологиями. *В-третьих*, недостаточная стандартизованность процедуры проведения и оценки результатов исследования, отсутствие для многих проективных методик статистических нормативных данных, а также высокий субъективизм в интерпретации результатов исследования.

В целях диагностики тревожности у детей используются такие проективные методики, как: *детский апперцептивный тест САТ*, *методика «Тест руки»* и *методика «Кактус»*. Из них в двух первых методиках получение

информации о тревожности носит вероятностный характер, т.е. тревожность может проявиться в проективной продукции, а может и не проявиться. Примером может служить *Методика «Тест руки» (автор Вагнер)*. Хотя основная цель методики заключается в выявлении агрессии, в проективной продукции испытуемого могут быть ответы, которые относятся к категории «тревожность». Согласно инструкции, ребенок рассматривает карточки с нарисованной в различных положениях и отвечает на вопрос о том, что делает эта рука? Тревожность обнаруживается в ответах, отражающих неуверенность ребенка, ожидание им возможной агрессии со стороны внешнего мира. Также она включает ответы ограждающего, ритуального характера. Ответы по этой категории передают ощущение напряжения, чувство дискомфорта. К данной категории также относятся ответы ребенка, касающиеся изменений позы руки в качестве реакции на внешнюю ситуацию. Тест со стимульным материалом и ключом включен во многие пособия для психологов и размещен на электронных ресурсах.

Методика «Кактус» (М. Памфилова)

Эта графическая методика в последнее время получила широкое распространение в целях диагностики эмоциональной сферы, включая тревожность, однако четкие указания на возраст испытуемых отсутствуют.

В ее основе лежит графическое изображение ребенком кактуса с использованием восьми цветов. Согласно инструкции, ребенок рисует кактус таким, каким он его себе представляет. Возможны два варианта выполнения рисунка: только простым карандашом или с использованием набора из восьми цветов, соответствующих набору теста Люшера (красного, желтого, синего, зеленого, коричневого, фиолетового, серого и черного).

Информативными признаками, указывающими на тревожность, согласно предлагаемой интерпретации, выступают преобладание внутренней штриховки, наличие прерывистых линий, предпочтительное использование темных цветов в варианте использования цветных карандашей. Подробная схема интерпретация представлена М.Памфиловой [91].

Рекомендуется обратить внимание на научную обоснованность выделяемых автором методики М. Памфиловой признаков отражения тревожности и иметь их в виду в процессе интерпретации других проективных методов диагностики детей.

По данным специалистов в области графических методов диагностики, в качестве формально-графических характеристик изображений, отражающих наличие тревожности у детей, чаще всего используются особенности цветовой экспрессии, а также особенности использования штриховки. К. Махвер – автор теста «Нарисуй человека» – считает, что любой тип штриховки является выражением тревоги. Р. Бернс указывает на то, что чрезмерная штриховка часто связана с ажитированной депрессией [92]. Наличие штриховки в рисунке отражает специфические особенности контроля ребенка над собственными эмоциями, которые связаны с наличием внутреннего психического напряжения и тревожности. М. Бетенски, Е. С. Романова и Г. М. Ферс Г.М. подчеркивают

связь наличия штриховки в рисунке с состоянием внутреннего напряжения испытуемого, а также связь штриховки, распространяющейся более чем наполовину рисунка с выраженной тревогой [93]-[95].

Цвет, по М. Бетенски, является экспрессивной характеристикой символического выражения человеческих переживаний. Так, согласно данным О. А. Ореховой, дети, использующие только один цвет, обнаруживают боязнь проявлять внешне свою эмоциональность. Авторитетные психологи в области цветового восприятия Ч. А. Измайлов,

А. М. Эткинд и другие солидарны в том, что цвет служит способом выражения определенных чувств, настроения и передачи эмоциональной окраски отношений [96, 97].

Вопросы для обсуждения:

- Какие проблемы в процедуре применения и интерпретации проективной продукции были выявлены? Каким образом решались?

- В какой степени согласуются или уточняют друг друга данные, полученные по тестам-опросникам и проективной методике?

Для углубленного изучения проективной технологии рекомендуются

монографии Е. С. Романовой, Г. М. Ферс и А. Л. Венгер. Задачи для самостоятельной работы те же.

Тема 5. Диагностика агрессивности у детей: тесты-опросники

План:

1. Концепция агрессивности и враждебности (А. Басс, А. Дарки).
2. Самостоятельная работа: диагностика по тесту А. Басса и А. Дарки.
3. Письменный отчет и обсуждение данных диагностики агрессивности.

Опросник диагностики агрессивности (А. Басс, А. Дарки)

Опросник рекомендуется для диагностики агрессивных и враждебных реакций у подростков. Согласно концепции авторов теста, агрессивность – это деструктивные тенденции, проявляющиеся в межличностных отношениях. Под враждебностью понимается реакция личности, развивающая негативные чувства и негативные оценки людей и событий. В соответствии с концептуальной основой, тест А. Басса и А. Дарки направлен на выявление следующих видов реакций.

1. Физическая агрессия – использование физической силы против другого.

2. Косвенная – агрессия, опосредованным образом направленная на другое лицо или ни на кого не направленная.

3. Раздражение – готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (вспыльчивость, грубость).

4. Негативизм – оппозиционная манера в поведении от пассивного сопротивления до борьбы против установившихся обычаев и законов.

5. Обида – зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные действия.

6. Подозрительность – в диапазоне от недоверия и осторожности по отношению к людям до убеждения в том, что другие люди планируют и приносят вред.

7. Вербальная агрессия – выражение негативных чувств как через форму (крик, визг), так и через содержание словесных ответов (угрозы).

8. Чувство вины – выражает возможное убеждение субъекта в том, что он является плохим человеком, что поступает зло, а также ощущаемые им угрызения совести.

Применительно к задачам диагностики для реабилитации детей и подростков наибольшее внимание следует уделить шкалам: *физическая агрессия, раздражение, негативизм и вербальная агрессия*. В комплексе психологических изменений, обусловленных стрессом, ОСР и ПТСР, часто имеет место агрессия. По наблюдениям матерей, изменение в поведении подростков проявляется в физической и вербальной агрессии по отношению к братьям, сестрам и сверстникам, негативизме и раздражении по отношению к взрослым. Реже наблюдается чувство вины.

Оценка уровня агрессивности и враждебности производится относительно индекса нормы агрессивности. Рекомендуется индивидуальная форма тестирования в сочетании с интервью матери подростка, главными вопросами которого должны быть следующие:

- Какие изменения в поведении ребенка произошли после возвращения из ЗТА/зоны военных действий?
- Появилась ли агрессия в отношениях со сверстниками и членами семьи?
- Появилось ли упрямство, негативизм, грубость в отношениях со взрослыми?

Тема 6. Диагностика агрессивности у детей: проективные методы

План:

1. Агрессивность как свойство личности, состояние и реакция.
2. Причины развития и признаки проявления невротической и защитной агрессии. Отличие явной агрессивности от невротической и защитной.
3. Самостоятельная работа: диагностика по методике «Тест руки».
4. Самостоятельная работа по диагностике средствами методики «Несуществующее животное».
5. Письменный отчет и обсуждение результатов диагностики по обоим методикам.

Проективная методика «Тест руки» - Hand test (Э. Вагнер)

Рекомендуется для диагностики агрессивности у детей и подростков. Методика направлена на изучение открытого агрессивного поведения и его мотивов, а также агрессивных тенденций и тенденций, сдерживающих агрессивное поведение.

Стимульный материал к тесту состоит из последовательно предъявляемых карточек с изображением кисти руки. Согласно инструкции, испытуемый дает, по меньшей мере, четыре варианта ответов на вопрос о том, что делает рука.

Интерпретация и выводы основаны на количественной оценке соотношения установленных в ответах категорий.

1. Агрессия (Аг). Рука представляется как нападающая, приносящая ущерб, агрессивно доминирующая или активно хватающая другое лицо или предмет.

2. Директивность (Дир). Рука представляется как ведущая, разрушающая или иным образом оказывающая влияние на другое лицо.

3. Страх (С). Рука представляется пытающаяся отворотить физическое насилие, направленное на владельца руки или наносящая ущерб самому испытуемому,

4. Аффектация (Аф). Рука представляется делающей эмоциональный жест или аффективно благожелательный жест.

5. Коммуникация (Ком). Рука общается или делает попытку общаться с лицом, которое представляется равным или превосходящим коммуникатора.

6. Зависимость (Зв). Рука активно или пассивно ищет поддержки или помощи.

7. Эксгибиционизм (Екс). Рука демонстрирует себя тем или иным способом.

8. Калечность (Кл). Эта категория включает руки, которые представляются как деформированные, поврежденные, ущербные и т. д.

10. Пассивный безличный (П-б). Рука не изменяет физическое положение или пассивно подчиняется силе тяжести.

11. Описание (О). Включает ответы, являющиеся физическим описанием руки.

Стимульный материал, обработка и интерпретация теста доступны практикумах, пособиях для психологов и на электронных ресурсах.

Проективная методика «Несуществующее животное» (М. З. Дукаревич), «Несуществующее злое животное» (А. Л. Венгер)

Оригинальная версия теста М. З. Дукаревич предназначена для выявления у детей и взрослых качеств личности, неосознаваемых личностных конфликтов, установок, влечений и потребностей. Применительно к задачам реабилитации детей следует обратить внимание и знать диагностические возможности методики, относящиеся к агрессии. С этой точки зрения, практический интерес представляет опыт модификации и интерпретации детского рисунка, предложенные А. Л. Венгер. Тем более, что эта методика активна применялась им в целях диагностики и психокоррекции детей, пострадавших от террористического акта в Беслане и накоплен большой опыт в выявлении агрессии по формально-графическим и содержательным признакам. Они будут представлены ниже. Подробный анализ – в монографиях А. Л. Венгера [21, 98]. Рекомендуются обратить особенное внимание на раздел в монографии, посвященный признакам психологической травмы в рисунке детей.

Согласно инструкции, ребенок должен нарисовать несуществующее животное. Обязателен рассказ о нарисованном животном: какое оно (доброе, злое и как его зовут), чем он питается, с кем живет, какое у него жилище, есть ли у него друзья и враги, какие три желания есть у животного и т.д.

Предлагается в целях получения наиболее полной информации об уровне агрессивности и сознательно скрываемых агрессивных тенденций практиковать два варианта - методику «Несуществующее животное» и методику «Злое несуществующее животное» по той же инструкции с дальнейшим сравнительным анализом данных по обоим вариантам.

Следует иметь в виду, что показателем *отсутствия агрессивности или низкого уровня* служит, во-первых, отсутствие агрессивной символики (орудий нападения) в основном рисунке и незначительное повышение агрессивных аксессуаров при переходе к «Злому животному». Во-вторых, они должны отсутствовать и в рассказе испытуемого – описании первого и второго животного (образе жизни, питания и т.д.). На низкий уровень агрессивности указывает, по опыту А. Л. Венгера, очень умеренная символика вербальной агрессии - зубастый рот. Он согласен с другими авторами в том, что подчеркивание зубов отражает склонность к вербальной агрессии, как и в рисунке «Нарисуй человека». Вербальная, как и общая агрессивность, часто может скрываться при изображении вообще несуществующего животного, но проявиться в рисунке злого и страшного животного [98].

Один из наиболее распространенных признаков *повышенной агрессивности* в рисунке несуществующего животного - это наличие острых выступов и выростов, острых углов независимо от того, какие части животного они изображают. Кроме того, такими признаками являются орудия нападения, а в рассказе испытуемого персонаж совершает явные агрессивные действия.

Учитывать, что рисунок несуществующего животного также может отражать отношение к возможной агрессии со стороны окружения. Боязнь внешней агрессии проявляется в *защитной агрессии*. В рисунке – в стремлении защитить животное, например: панцирем, чешуей, броней, очень толстой кожей, которая может не быть на рисунке, но ее описывают в рассказе. Очень широко, по наблюдению А.Л. Венгера, распространено изображение игл, как у дикобраза, или колючек. В приводимом им примере животное под названием дракон имеет две руки, шесть ног, на теле - колючки, чтобы его никто не кусал и многочисленные укусы, изображенные в виде кругов с точкой в центре. Или: трехрогое чудовище, густо покрытое колючками. У него на спине имеется пять больших острых шипов, которые могли бы использоваться не только для защиты, но и для нападения. Сами шипы тоже защищены колючками. По рассказу автора рисунка: «Оно очень злое и съедает всех. Оно очень большое, приблизительно со слона. Его защищают колючки от того, чтобы никто на него не нападал. У него есть еще один рот с зубами на теле». Оно живет в лесу. Ни друзей, ни врагов у него нет. На вопрос о том, от кого оно защищается колючками, если у него нет врагов, отвечает: «Например, от тигра». У него есть глаз сзади, чтобы видеть добычу и врагов. По мнению А. Л. Венгера, все проблемы испытуемого в общении – следствие высокой тревожности и страха агрессии, на основе которой развилась защитная агрессия, выявленная в рисунках. Вместе с тем защитная агрессия может проявляться не только в

пассивной форме избегания. Она может проявляться в активной форме, оставаясь по своей сущности защитной (лучшая защита - нападение).

Невротическая агрессия, как и защитная, является реакцией на неблагоприятную ситуацию. Однако, указывает А. Л. Венгер, это значительно более обобщенная реакция, чем защитная агрессия: она направлена не на конкретный источник угрозы, а на все окружение («обижен на весь мир»). В рассказе отражаются обобщенные тревожные опасения («спасаясь от опасности...») [21]. На невротическую агрессию в несуществующем животном указывает сочетание невротических и агрессивных проявлений. При этом очень распространен случай, когда в исходном варианте теста (просто несуществующее животное) присутствует только невротическая симптоматика, а агрессия проявляется в рисунке злого и страшного животного. Все особенности обоих рисунков свидетельствуют о склонности не к реальной агрессии, а к ее демонстрации, чтобы только отпугнуть [21, 98].

Вопросы для обсуждения:

- Какие проблемы в проективной технологии были обнаружены и каким образом они решались?

- Какие информативные признаки стали самыми сложными с точки зрения интерпретации и выводов?

- Обнаружились ли связи между выявленными ранее у испытуемого страхами, тревожностью и агрессией?

- Если да, то с какими видами агрессии они связаны?

- Какие признаки в рисунках детей указывают на психотравму?

Тема 7. Диагностика посттравматического стрессового расстройства у детей

План:

1. Критерии А, В, С, D и F для клинической диагностики ПТСР.

2. Сравнительный анализ содержания клинических и психологических критериев ПТСР.

3. Самостоятельная работа по диагностике ПТСР.

4. Письменный отчет и обсуждение результатов диагностики.

Родительская анкета для оценки травматических переживаний детей (Н.В.Тарабрина)

Для диагностики ПТСР используется полуструктурированное интервью, предназначенное для подростков. Однако, оно состоит из открытых, прямых вопросов. По этой причине во избежание вторичной психотравматизации рекомендуется применять анкету для родителей, составленную на основе анкеты для изучения стрессовых реакций у детей (Child Stress Reaction Checklist - National Center for PTSD, Boston VAMC; Boston University School of Medicine (Shriners Burn Institute) Harvard Medical School; National Center for PTSD).

Предлагается в скрининговой части опросника оставить только ситуацию военных действий с подробным описанием материального фактора психотравмы. Вопросы из первой таблицы опросника направлены на изучение эмоциональных и поведенческих реакций ребенка, наблюдавшихся сразу после

психотравмы. Вопросы из второй таблицы опросника направлены на изучение симптомов ПТСР, наблюдаемых в течение последнего месяца.

Вопросы сформулированы в соответствии с содержанием критериев, используемых для клинической диагностики ПТСР. Первый блок вопросов отражает содержание критерия А - поведения ребенка непосредственно после травмы. Второй блок вопросов отражает содержание критериев В, С, D и F, отражающих такие проявления ПТСР, как: навязчивое воспроизведение, избегание действий, мыслей, мест и людей, напоминающих о травматическом событии, возросшая возбудимость и нарушения функционирования.

Опросник позволит психологу ответить на вопросы о том, наблюдается ли развитие ПТСР в настоящее время по сравнению с прежним состоянием. Стимульный материал, обработка данных доступны на электронных ресурсах и подробно изложены в сборнике Н. В. Тарабриной [62].

Вопросы для обсуждения:

- Чем различаются клинические и психологические критерии ПТСР?
- Какие вопросы из опросника вызывают наибольшее затруднение у матерей?
- Наблюдается ли связь между выводами о динамике ПТСР у ребенка с уже полученными результатами тестирования его эмоциональных состояний?

Тема 8. Опыт системного описания личности для решения задач реабилитации

План

1. Психография как системное описание личности.
2. Анализ результатов комплексного исследования и подготовка психографии испытуемого.
3. Защита психографии.

Подготовка и защита психографии испытуемого рекомендуется как работа по формированию навыка системного описания личности и форма контроля за уровнем знаний, умений и навыков слушателей. Рекомендуется объяснение принципов системного описания личности, в котором отражается взаимосвязь, устанавливаются причинно-следственные связи между типологическими свойствами нервной системы (темперамента) и эмоциональными состояниями и т.д. Следует отметить, что психография как описание личности на основе результатов комплексного исследования средствами различных методик нацелена на объяснение имеющихся особенностей, свойственных данному испытуемому (того ребенка, который был постоянным испытуемым) и разработку рекомендаций психологам, социальным педагогам, родителям, направленных на организацию мер, комплекса мероприятий по реабилитации ребенка. Рекомендуется рассматривать психографию в качестве квалификационной работы слушателя, которая проходит процедуру защиты по окончании курса повышения квалификации.

Модуль 3. Рекомендации по оказанию психолого-педагогической помощи в рамках реабилитации детей

Тема 1. Психолого-педагогическая реабилитация как вид социально-реабилитационной деятельности

Известно, что психолого-педагогическая реабилитация выступает видом социально-реабилитационной деятельности. В опыте общей системы социальной реабилитации детей, эвакуированных из ЗТА в Казахстан, она составляла ее психологические и педагогические аспекты наряду с медицинскими, юридическими и другими. Следует различать и понимать соотношение ключевых понятий: «психологическая, педагогическая реабилитация», «психологическая, педагогическая помощь», а также технологии (или методы) оказания помощи в целях реабилитации.

Психологическая реабилитация в широком смысле является комплексом мероприятий, направленных на восстановление психофизиологического и психологического здоровья, а в узком – на нормализацию или восстановление психических состояний, функций и психологических ресурсов в целом [99].

Педагогическая реабилитация – это меры воспитательного характера, которые направлены на коррекцию поведения, интеллектуальной и эмоциональной сферы, получение образования, ликвидацию педагогической запущенности, выработку психологической уверенности в собственной полноценности, формирование мотивации к обучению, коррекцию взаимоотношений в семье, детском коллективе, с учителями/взрослыми, социально-бытовых и других навыков. Важно иметь в виду тесную связь педагогической реабилитации с понятиями «ресоциализация», «адаптация» и «интеграция». Ресоциализация – это процесс усвоения новых ценностей, установок вместо прежних, что сближает это понятие с перевоспитанием [100].

Реабилитация призвана решать задачи психологической и педагогической помощи и с этой точки зрения, ее иногда относят к видам помощи.

Психологическая помощь – это нацеленная на решение различных психологических проблем непосредственная работа с людьми, осуществляемая в различных видах. А именно, как:

- психодиагностика – выявление проблем, уровней психологических показателей и т.п.;
- психокоррекция – восстановление до нормы; работа, направленная на исправление особенностей психологического развития или развитие нужных психологических качеств;
- психологическое консультирование – разъяснение причины проблемы или необходимости определенных действий и т.д.;
- психологическое сопровождение – специфическое взаимодействие, позволяющее и способствующее принятию человеком решений, в том числе относительно его психологических проблем;
- психотерапия, которую часто не разграничивают с психокоррекцией, хотя ее должен осуществлять только квалифицированный психотерапевт, но психологу, часто работающему в тандеме с ним, необходимо быть осведомленным в ее методах и назначении тех или иных видов психотерапии.

Следует обратить внимание на неслучайный характер общности целей у психолого-педагогической помощи и реабилитации детей - восстановление и нормализация психологического здоровья, психических состояний и функций. Психолого-педагогическая реабилитация достигается через различные виды психологической и педагогической помощи средствами их технологий/методов. Далее в этом модуле будут рассмотрены этапы реабилитации, основные виды помощи, в рамках которых решаются актуальные психологические и педагогические проблемы и технологии решения. Поскольку в данном пособии сделан акцент на психологическом и педагогическом аспектах, то, несмотря на обобщенное название «социальная реабилитация», именно они имеются в виду.

Для решения задач реабилитации необходимо знать то, какой вид психологической помощи является адекватным и приемлемым и то, какую форму оказания помощи нужно осуществить.

Следует иметь в виду, что *экстренную помощь* в зависимости от тяжести психотравмы необходимо оказывать сразу после ее воздействия, т.е. в первые несколько дней или недель. Кроме того, она показана для случаев, когда происходит оживление острой симптоматики вследствие влияния дополнительных стрессов. *Краткосрочную помощь* оказывают в течение первых месяцев после психотравмы. Ее можно оказать отсроченно, если не было возможности сделать это своевременно, но тогда она занимает больше времени, а эффективность снижается. Оказание *продолжительной помощи* занимает от двух и более лет после психотравмы. Деление условное, так как формы помощи могут по времени осуществляться параллельно.

Для углубленного изучения и обсуждения на семинарском занятии рекомендуются: Г. С. Абрамова. Практическая психология. - М : Академический Проект, 2001; А. Лидерс. Практическая психология. - <http://window.edu.ru/resource/812/13812>

Тема 2. Психокоррекция в связи с регрессией: восстановление действий и навыков, утраченных после психотравмы

Одним из распространенных психологических нарушений вследствие ОСР и ПТСР ученые называют регрессию. *Регрессия* как бессознательный механизм самозащиты проявляется в возврате личности к более ранним, примитивным образцам поведения. Включение этого механизма отражает потребность в защите и безопасности, которую могут обеспечить окружающие. У детей она проявляется в утрате ранее сформированных различных умений и навыков, как если бы в своем развитии они вернулись назад. Например: не могут самостоятельно одеться, заснуть, засыпают только с родителями и т.д.

Для восстановления любых действий и навыков рекомендуется *психокоррекция с позиций культурального подхода*, разработанная А. Л. Венгером и Е. И. Морозовой в опыте оказания психологической помощи пострадавшим от террористических действий на Кавказе [22]. Следует иметь в виду, что освоение методики и ее принципов требует знания историко-культурной концепции развития высших психических функций, а также концепции развития и обучения Л. С. Выготского.

В качестве примера может выступать опыт коррекционной работы психологов под руководством А. Л. Венгера по оказанию психологической помощи Амине Э., которая после тяжелой психотравмы потеряла возможность самостоятельно засыпать. Отец и брат погибли, мать с тяжелыми ранениями несколько месяцев лежала в больнице, сначала в Беслане, затем – в Москве. Сама Амина получила ожоги и несколько легких осколочных ранений. у нее наблюдались ПТСР, депрессивное состояние, выраженные страхи и панические реакции. По словам бабушки, она отказывается есть, спать, подолгу громко кричит, особенно когда наступает вечер и приходит пора ложиться спать. Когда ее удастся уложить в кровать, она боится закрыть глаза, кричит и плачет. Девочка спит не более 3-4 часов в сутки.

Психокоррекция строится так же, как и обычное обучение, т.е. с учетом зоны актуального и зоны ближайшего развития ребенка. Границей между зоной актуального развития (зоной, доступной для самостоятельного выполнения ребенка) и зоной ближайшего развития является та задача, с которой ребенок не способен справиться самостоятельно и нуждается в помощи взрослого. Такой задачей является самостоятельное засыпание. Зона ближайшего развития – это те действия, которые ребенок способен понять, но не всегда способен сам выполнить, а только с помощью руководства и содействия взрослого.

С этой точки зрения, развитие понимается как процесс перехода от совместного выполнения трудных, но доступных ребенку заданий, к самостоятельному выполнению заданий без помощи взрослого. Если ребенок становится способным самостоятельно делать то, что «вчера» делал только в сотрудничестве со взрослым, то помощь оценивается как эффективная.

Как и любое обучение, психокоррекция основана на использовании *психологических средств* (знаков), которые взрослый включает в качестве «регуляторов» действий ребенка. Таким средством регуляции действий является слово, с помощью которого сначала взрослый управляет поведением ребенка (например, спрашивает: «Где лампа?» – и ребенок показывает на лампу). Затем сам ребенок начинает использовать слово для управления поведением взрослого (например, просит: «Дай!», – и взрослый дает ему желаемый предмет). И, наконец, ребенок научается с помощью слова сам управлять собственным поведением (дает себе самоприказы). Кроме слова поведение регулируется и организуется другими психологическими средствами (или знаками, по Выготскому), выработанными в культуре. Например, указательный жест («иди туда»), крестик на ладони (напоминание о том, что нужно сделать) и т.п. Ребенок овладевает ими в процессе общения и совместной деятельности с взрослыми.

Во время визита психологов Амина пригласила их к столу. Затем согласилась «покормить» игрушечную собачку, которую подарили психологи, и понемногу сама начала есть «за нее». После ужина она прослушала сказку вместе с собачкой и согласилась уложить ее спать. С девочкой был проведен *сеанс релаксации*. Собачка осталась на подушке рядом с ней, чтобы охранять и оберегать от страшных снов. Амине было сообщено, что собачка чужая и ее обязательно надо вернуть в Москву. В дальнейшем девочка стала ходить днем в

игровую зону при поликлинике. По вечерам она еще два раза сама звонила и просила: «Пришлите, пожалуйста, психолога уложить меня спать».

В дальнейшем стала засыпать сама, без психолога, но с собачкой. Каждый день, приходя в игровую, Амина сообщала психологам, что «собачка не нагостилась у нее и просится еще побыть в гостях». Перед отъездом психологов она сама вернула полюбившуюся собачку, а взамен получила другую «защитницу» – большую плюшевую собаку.

Анализ механизма и принципов психокоррекции. На первом этапе коррекции действие возвращается в зону ближайшего развития: девочка, ранее совсем не способная укладываться спать, смогла совершать это действие, но совместно с взрослым (психологом). Взрослый обеспечивал релаксацию, укладывание в постель и т.п. На втором этапе действие стало самостоятельным. Она начала укладываться сама с помощью психологического средства – игрушечной собачки. Психологическая функция собаки в человеческой культуре – это охрана и защита. Кроме того, мягкая игрушка давно используется как средство, успокаивающее ребенка и охраняющее его сон. Девочка очень привязалась к игрушке и не расставалась с ней, хотя понимала, что это необходимо. Затем она сумела это сделать, когда научилась засыпать самостоятельно.

Для изучения полного опыта и примеров восстановления утраченных навыков и действий, а также обсуждения на семинарских занятиях рекомендуются источники: Л. С. Выготский «Орудие и знак в развитии ребенка» (в соавторстве с А. Р. Лурией), «История развития высших психических функций»; А. Л. Венгер, Е. И. Морозова. Психологическая помощь детям и подросткам (После бесланской трагедии); А. Л. Венгер. Психологическая помощь детям и подросткам в чрезвычайных ситуациях (на опыте работы с жертвами террористического акта в Беслане) // Консультативная психология и психотерапия. 2006. № 1.

Тема 3. Коррекция острой тревоги

Культуральный подход также рекомендуется для коррекции острой тревоги, сопровождающей ОСР, ПТСР и другие экстремальные эмоциональные состояния. Предлагается опыт психологической коррекции «Работа с талисманом», осуществляемой психологами под руководством А. Л. Венгера, для детей дошкольного, младшего и старшего школьного возраста. В качестве примера полезен опыт работы с подростком, в которой психотехническим средством служит талисман. Выработанная в культуре психологическая функция талисмана состоит в снижении состояния тревоги через создание чувства защищенности и уверенности в благополучном исходе чего-то опасного. Эта функция используется и в психотерапии тревожных людей.

Согласно принципам культурального подхода, *первый этап* работы начинается с обсуждения психологической функции талисмана, в результате которой подросток приходит к выводу о том, что талисман помогает человеку справляться с волнением, беспокойством. Далее следует выяснение того, какие предметы традиционно использовались в качестве талисманов. Важно подвести

подростка к пониманию того, что это могут быть любые предметы. Главное состоит в том, что талисман напоминает о чем-то очень значимом и дорогом. Подлинную психологическую силу талисман набирает по мере того как раз за разом благополучно разрешаются опасные ситуации, и тогда он напоминает именно об этом. Обсуждение с подростком всех этих тем, по А. Л. Венгеру, является организацией его *ориентировки в способах использования талисмана*.

На *втором этапе* обсуждаются возможные осложнения. Тревожные люди, как правило, их рассматривают в первую очередь. Рекомендуется знать все возможные контраргументы, чтобы уметь убеждать детей и подростков. В случае пассивности психолог сам их называет. Если талисман потерян, то это не означает, что теперь грозит какая-то неприятность. Психолог должен очень энергично и решительно с этим не согласиться. Это может означать, что талисман больше не нужен, и он сам может справиться без него. Если дискомфорт не проходит, то потерянный, украденный или сломанный талисман можно заменить на другой. Более серьезный аргумент подростка может быть в том, что талисман «не срабатывает» и неприятности происходят. На такой случай применяются выработанные в культуре ритуальные действия по обновлению талисмана, то есть оживление связанных с ним позитивных ассоциаций и устранение негативных. Например: булавку, камни можно промыть проточной или соленой водой и т.п.

Психолог, считает А. Л. Венгер, должен при необходимости объяснить подростку, что предлагаемая техника основана на своеобразных «играх с собой», но это не умаляет ее серьезности и того, что она работает. Желая снизить страх и тревогу раньше мореходы и рыбаки помещали на нос большой лодки вырезанные деревянные фигуры и морды животных, а во время гребли веслами хором пели. Хотя это тоже «игра с собой», но им становилось менее страшно, они благополучно переносили любой шторм. Следует понимать, что используемый психологический механизм управления собой (своей тревогой) с помощью внешнего средства (талисмана) составляет важный шаг на пути к формированию внутренней, психической регуляции своего состояния [22].

Авторы методики не считают, что забытый дома талисман может влиять на результаты коррекции. Более того, периодическое забывание составляет шаг к развитию внутренней регуляции («он не со мной, но он будет работать; «все равно ничего плохого не случится»»), снижающей зависимость от внешних психосредств. «Важно научиться вспоминать о нем, не имея его при себе: тогда автоматически всплывут в памяти (возможно, не вполне осознанно) и все те успокаивающие ассоциации, которые с ним связаны» [22].

Дарителем талисмана должен быть не психолог, а кто-либо из близких ребенка, за исключением тех случаев, когда психолог успел стать для ребенка авторитетной личностью. Психологи при отъезде из Беслана оставили многим детям в качестве талисманов мелкие игрушки, пуговицы и т.п. Детям было объяснено, что эти предметы будут напоминать им о том, «как мы с тобой играли, занимались, учились справляться со своими страхами». Позднее выяснилось, что дети отнеслись к своим талисманам очень серьезно, хранили их,

часто носили с собой. Опыт показал эффективность коррекции острой тревоги и страхов методики работы с талисманом [22].

Для изучения полного опыта коррекции острой тревоги с позиций культурального подхода, а также обсуждения на семинарских занятиях рекомендуются источники: Л. С. Выготский «Орудие и знак в развитии ребенка» (в соавторстве с А. Р. Лурией), «История развития высших психических функций»; А. Л. Венгер. Психологическая помощь детям и подросткам в чрезвычайных ситуациях (на опыте работы с жертвами террористического акта в Беслане) // Консультативная психология и психотерапия. 2006. № 1.; А. Л. Венгер, Е. И. Морозова. Психологическая помощь детям и подросткам (После бесланской трагедии).

Тема 4. Коррекция страхов: интегральный подход

Рекомендуется *интегральная методика*, разработанная А. И. Захаровым [44]. В отличие от других методов она использует корригирующий и психотерапевтический потенциал рисования и игры (предметно-ролевой и игры-драматизации) в единой стратегии, предусматривающей рисование страхов с рассказом по рисунку и проигрывание сюжета рассказа. Необходимо знать и понимать психологические механизмы достижения корригирующих и терапевтических результатов средствами рисования и игры. Методику предлагается реализовывать в три этапа.

Первая встреча начинается с установления контакта. Предложить поиграть самостоятельно, наблюдая при этом, какие персонажи игнорируются или отвергаются ребенком. Диагностическая беседа, которая начинается во время игры. Психолог задает вопрос: «Скажи, ты боишься или не боишься...» (по перечню страхов). Создание радостной эмоциональной атмосферы в противовес отрицательному воздействию страхов: проведение подвижных игр (бросание мяча, кегли и т.п.). В конце игры обязательно отметить успехи детей.

Домашнее задание на две недели с инструкцией: «Нарисуй то, что ты боишься, каждый страх на отдельном листе». Нередко ребенок долго не решается приступить к заданию, преодолевая психологический барьер «страх страха». Решиться рисовать, по А. И. Захарову, означает соприкоснуться со страхом, встретиться с ним лицом к лицу и волевым усилием удерживать его в памяти до тех пор, пока он не будет изображен на рисунке. Осознание условности изображения страха на рисунке уже само по себе способствует уменьшению его травмирующего звучания. В процессе рисования объект страха сознательно подвергается манипуляции и творчески преобразуется в художественный образ. Проявляющийся при рисовании интерес постепенно гасит эмоцию страха, заменяя ее волевым сосредоточением и удовлетворением от выполненного задания [44].

Следует знать, что рисование – это одновременно процесс психотерапии и коррекции. Детский рисунок, в отличие от взрослого, это всегда рассказ. В нем, как и в игре ребенок не просто воспроизводит окружающий мир, но и выражает свое отношение, дает выход своим переживаниям и чувствам. Рисунок поэтому служит средством и диагностики, и терапии. Повторное переживание страха в

процессе его изображения не оживляет его, а ослабляет. В рисунке ребенок сильный, способен противостоять тому, что вызывает страх (борется с ним, отрубает голову и т.п.), на смену страху идет удовольствие и радость. Рисование дает терапевтический эффект, по А. В. Захарову, в первую очередь в отношении страхов, порожденных воображением, а во вторую - основанных на реальных травмирующих событиях, но произошедших *достаточно давно* и оставивших не очень выраженный к настоящему времени эмоциональный след в памяти ребенка. Эффективность снижается, если событие произошло недавно. Необходимо знать, что нельзя просить ребенка отобразить в рисунке страх смерти родителей. В отношении рисования страха своей смерти результаты достаточно хорошие, но можно и не делать этого, так как он закодирован в других страхах и нейтрализуется по мере их преодоления. Тогда и страх смерти родителей постепенно утрачивает болезненную остроту.

Вторую встречу следует начать с подвижных, эмоционально насыщенных игр. Переход к обсуждению в кругу каждого рисунка. Его показывают всем присутствующим и сопровождают рассказом ребенка. Далее психолог спрашивает ребенка: «Боишься или перестал?». Психолог оставляет у себя рисунки со страхами, которых ребенок перестал бояться, «освобождая» его от изображенных на них страхах. После обсуждения предлагаются игры, требующие выдержки и содержащие риск (сражение на деревянных шпагах. «пятнашки» и игры с мячом и т.п.). В качестве домашнего задания следует отдать оставшиеся рисунки со словами: «А теперь нарисуй так, чтобы было видно, что ты не боишься». Это потребует изображение не только предмета страха, но и себя, но уже не боящегося.

На *третьей встрече* проводится игра-разминка с принесенными поделками, затем проводится обсуждение с похвалой, игра. Следует обратить особенное внимание на выбор игр, каждая из которых выполняет свою коррекционную, терапевтическую и обучающую функции. А. И. Захаровым, с этой точки зрения, выделены три комплекса подвижных и *предметно-ролевых игр*. Например: первый комплекс составляют игры, снимающие торможение, скованность и страх, возникающие при внезапном воздействии, второй комплекс – игры, разряжающие страх нападения, требующие самообладания, а третий комплекс – игры, снимающие торможение при необходимости быстро реагировать, преодолеть страх нападения и замкнутого пространства [44].

Следует учитывать, что *игры-драматизации* психологически более сложные. Их сюжетом служит рассказ ребенка к рисунку своих страхов. *Психологический механизм устранения страха* заключается в том, что сначала ребенок избегает брать роли объектов, которые вызывают страх, затем берет на себя роли агрессора и лишь постепенно начинает играть себя не боящимся. Дальнейшим развитием этой игры является задание придумать или вспомнить историю, в которой нашли бы отражение оставшиеся у ребенка страхи.

По данным А. И. Захарова, эффект устранения страхов средствами интегральной методики выражен, устойчив и составляет 50 % при изображении страхов по типу «боюсь» и 80-85 % от оставшихся страхов - при изображении

себя в активной, противостоящей страху позиции. Если ребенок и первый раз рисует себя, а не только источник страха, то эффект сразу выше. Если же автор не включает себя и на втором рисунке, где он «обязан» быть по инструкции, то это указывает или на исключительную интенсивность страха, или на фобии, требующие вмешательства детского психотерапевта.

Для углубленного изучения опыта применения интегральной методики, а также обсуждения на семинарских занятиях рекомендуются источники: А. И. Захаров. Дневные и ночные страхи у детей. – М.: Речь, 2007; А. И. Захаров. Как предупредить отклонения в поведении ребенка. – М.: Просвещение, 1987.

Тема 5. Коррекция эмоциональных расстройств: арт-терапия на основе символической переработки переживаний

Для коррекции страхов у детей, начиная с 5-летнего возраста, и связанных с ними нарушений эмоционального состояния (повышенный уровень тревожности, эмоциональная напряженность и депрессивные тенденции) рекомендуется методика «Уничтожение страха». Реализуется в три этапа.

Первый этап - объективация переживания в форме рисунка, коллажа или скульптурного изображения. Дошкольникам предлагается объяснить, что свой страх нужно нарисовать, а детям старше сказать: «Если хочешь прогнать страх, то нужно сделать, чтобы он был не в тебе, а снаружи-вот на этом листе. Для этого его надо нарисовать». Этот этап помогает осознать и отреагировать эмоции. Если во время рисования актуализируется остро выраженный страх, то рекомендуется на несколько минут прервать работу и провести короткий *сеанс релаксации*. Не слишком сильно выраженная эмоциональная напряженность допустима и желательна.

Второй этап - преобразование изображения. Следует убедиться, что на рисунке действительно изображен его страх (или страх персонажа), а значит он не внутри, а снаружи, на листе и теперь его легко уничтожить. Для этого ребенку предлагают его разорвать. Психологу следует сделать очень эмоциональное косвенное внушение: «Вот так, рви на мелкие кусочки – чтобы ничего не осталось! Чтобы страх совсем ушел и никогда больше не возвращался. Рви еще мельче – чтобы все страхи сами тебя испугались и убежали. Да, вот так! Чтобы не осталось совсем никакого страха!» и т. п. Затем обрывки выбрасываются. Психологу следует помочь и разорвать самому, если ребенок эмоционально скован. В процессе такого преобразования происходит перестройка переживания, отраженного в данном изображении.

Третий этап - обсуждение освоенных психологических средств. Следует ребенку объяснить, что теперь он знает, как прогонять страх. Для этого даже не обязательно рисовать и рвать, а достаточно только представить себе, как ты это делаешь. Далее необходима релаксация с внушением о том, что страх преодолен и больше не вернется и он знает, что делать, если вдруг снова станет страшно. По мнению авторов методики, исчезновение страха поддерживается удовольствием, испытанным во время релаксации и особенно по контрасту с эмоциональной напряженностью во время рисования.

Рекомендуется также осуществлять эту методику другими видами арттерапии. Например, *глинотерапией или лепкой из пластилина*. В отличие от изотерапии объект страха не уничтожается, как рисунок, а сминается и из него предлагается вылепить что-нибудь приятное (цветок, сердце и т.п.).

Уникальность методики состоит в доказанной эффективности даже после однократного коррекционного сеанса, что приближает ее к краткосрочной психотерапии. Возможность повышения уровня эмоционального комфорта за один-два сеанса психотерапии отмечают многие зарубежные авторы, например Дж. Нардонэ [101]. Высокую устойчивость результатов А. Л. Венгер, А. С. Гребенюкова и другие объясняют тем, что методика вооружает ребенка простым психологическим средством регуляции своих эмоциональных состояний и возможностью в дальнейшем применять его самостоятельно.

Для углубленного изучения методики и опыта применения, а также обсуждения на семинарских занятиях рекомендуются источники: А.Л. Венгер, А.С. Гребенюкова. Коррекция неблагоприятных эмоциональных состояний у младших школьников; А. Л. Венгер, Е. И. Морозова. Психологическая помощь детям и подросткам после Бесланской трагедии. – Владимир : Транзит-ИКС, 2009; С. А. Соловьев. Арт-терапия в системе комплексной психологической реабилитации семьи, пострадавшей в локальном военном конфликте <https://research-journal.org/psychology/art-terapiya-v-sisteme-kompleksnoj-psi/>; М. Х. Изотова М.Х. Применение арт-терапии в реабилитации детей, пострадавших в теракте. // Дети Беслана: диагностика и реабилитация жертв террористического акта. Под ред. Л.М. Шипицыной, СПб.. 2006.

Тема 6. Эмоциональное отреагирование как техника работы с последствиями ОСР и ПТСР

Следует помнить, что реакция на психологическую травму может развиваться как ОСР или завершиться благоприятным исходом. Для последнего необходимо своевременное отреагирование негативных переживаний. Среди негативных переживаний и эмоциональных состояний у детей, пострадавших от терактов и боевых действий, часто наблюдаются высокая эмоциональная напряженность и связанная с ней агрессивность. В некоторых случаях вследствие психотравмы она может быть явной, выраженной, но чаще – скрытой или проявляться как аутоагрессия (самообвинения, отказ от еды и т.п.).

На основании отмеченного выше, предлагается организация условий для эмоционального отреагирования средствами различных техник и упражнений. *Во-первых*, эффективность показала организация российскими психологами *зоны отреагирования* в центре реабилитации для детей – жертв терактов. В ней находятся подручные средства – груша для бокса, палки, воздушные шары, камни и т.п. Рекомендуются занятия в игровой форме, которые предусматривают топание ногами, прокалывание воздушных шариков, марширование, разрывание бумаги или картона, фехтование надувными мечами, «сражение» с боксерской грушей, игра в шумовом оркестре. Например, в импровизированном оркестре барабаны заменяются картонными коробками, а барабанные палочки – полыми пластмассовыми булавами или бутылками. Следует вводить строгое правило: не

направлять агрессию на другого человека. Так, при фехтовании разрешается ударять мечом только по другому мечу, но не по человеку. В играх для снятия эмоционального напряжения рекомендуется не только управлять внешними громкими звуками, но и издавать самими детьми. Например: изображая дровосеков, рубящих дрова с использованием мягких батаков в качестве «топоров», дети сопровождают движения громкими звуками «топоров» и криков «дровосеков» («ух! ах!»). Такие активные занятия следует завершать релаксацией. Например: уставшие дровосеки ложатся отдохнуть. Можно завершать рисованием или релаксацией (лежать под спокойную музыку в сухом бассейне с мягкими игрушками).

Предлагаемая техника эмоционального отреагированная реализует стратегию установления новых, позитивных ассоциативных связей, замещающих прежние, негативные. По наблюдению А. Л. Венгера, включенное в сюжет игры или упражнения отреагирование агрессии служит не просто выходом для эмоций, а осмысленным действием. Кроме разрядки эмоций это дает ребенку чувство своей силы, помогает преодолеть боязнь громких звуков (акузофобию). Так, преодоление акузофобии через прокалывание воздушных шариков достигается двумя условиями: 1) ребенок уже заранее готов к тому, что сейчас, когда шарик лопнет, раздастся «взрыв»; 2) он сам контролирует ситуацию, намеренно вызывая «взрыв». Рекомендуется для закрепления результатов обсудить с ребенком, почему раньше он боялся громких звуков, а теперь не будет бояться (теперь они будут напоминать ему об игре с шарами или веселом шумовом оркестре) [21].

Из методов арттерапии кроме техник игровой терапии, *во-вторых*, рекомендуется *изотерапия* (рисование). Описанная выше техника уничтожения рисунка страха так же выполняет функцию эмоционального отреагирования, как и ее осуществление в глинотерапии или *лепке из пластилина*. Дети нуждаются в отреагировании переживаний и негативных эмоций, вызванных страхом и агрессией, которые связаны со смертью близких, ранениями. Например: девочка говорит, что боится солдат. Вылепив по предложению психолога фигуру солдата, в ответ на вопрос о том, что бы она хотела с ним сделать, она оторвала ему голову и конечности. На предложение психолога сделать теперь что-нибудь приятное из этого же куска пластилина, она его смяла и сделала цветок.

Рекомендуются источники, в которых содержатся комплексы игр и упражнений для отреагирования: Игры для отреагирования агрессии, снятия напряжения - <https://doshkolnuk.com/igry-dlya>, Игры для снятия эмоционального напряжения у детей - <https://kdc22.ru> > *psihomocionalnoe-napryagenie* и другие.

Тема 7. Психокоррекция родительско-детских отношений

Следует иметь в виду, что для психопрофилактики развития отложенного ПТСР и успешной реабилитации психологического состояния ребенка после пережитой психотравмы большое значение имеет психокоррекция родительско-детских отношений. Опыт показывает, что в результате травмы нарушаются нормальные детско-родительские связи. Они становятся симбиотическими (чрезмерно взаимозависимыми) или слишком дистанцированными, или

агрессивными. Первый вид связей является следствием высокой тревоги и страхов матерей, второй – боязни «заразить» ребенка своими негативными переживаниями, а третий – бессознательного переноса собственного нервно-психического напряжения на ребенка в виде раздражительности и т.д.

Рекомендуется психокоррекция родительско-детских отношений для решения задач реабилитации в форме психологического консультирования матери. Особенное внимание обратить на матерей, в поведении которых проявляются признаки застревающей, тревожной и возбудимой акцентуации характера. Следует объяснить, что реакция ребенка на психотравму зависит не только от своевременной психологической помощи, но и от поддержки с ее стороны. Более того, большинство детей нормально развиваются без помощи психолога, благодаря поддержке близких. Поддержка и помощь матери состоит, главным образом, в *создании среды психологической безопасности*. Главная задача матери, как и других специалистов, вернуть ребенку детство, нормальную жизнь. Достигается это выполнением следующих обязательных правил в общении с ребенком.

1) Что бы ни происходило с вами, старайтесь поддерживать тот распорядок жизни, которого обычно придерживаетесь. Несмотря на настроение или состояние, жизнь должна идти так, как всегда и в любой семье (завтрак, совместное выполнение домашних заданий, прогулка и т.д.). Сохранение обычного образа жизни убедительно действует на ребенка и является для него четким, не требующим слов, доказательством собственной безопасности и стабильности.

2) Больше занимайтесь совместной деятельностью, прогулками, разнообразными, эмоционально насыщенными играми, где много веселья и музыки, посещениями парков и аттракционов, чтением сказок (но не перед сном), рисованием и спортивными мероприятиями. Любой телесный контакт с родителями и сверстниками («обнимашки»), подвижные игры, смех, шутки, как и чтение, разыгрывание сказок и несложных, придуманных детьми историй, способны создать эмоционально лучшие условия для детства, не омраченное страхами.

3) Уделяйте ребенку побольше внимания и будьте чуткими. Это позволит ему выразить свои мысли и почувствовать собственную защищенность. Проявите понимание того, о чем он вам говорит или рассказывает.

4) Не бойтесь своей некомпетентности и беспомощности в случае появления поведенческих реакций у ребенка, которых прежде не было. Это может способствовать непреднамеренному закреплению негативных поведенческих стереотипам. Имеется в виду потакание детским капризам, чрезмерно острой реакции на ипохондрические жалобы (на здоровье и самочувствие), оберегание от столкновений с малейшими жизненными трудностями. Матерям детей с признаками регрессии поведения следует объяснить ее причину и объяснить ее роль в коррекции регрессии, осуществляемой психологом.

5) Следите за собственной реакцией на происходящее вокруг. Дети учатся совладанию со сложными или стрессовыми ситуациями у родителей, копируя их. Старайтесь сохранять спокойствие и внушать его ребенку, насколько это возможно. Не проявляйте при ребенке реакции страха, тревоги и главное – беспомощности, паники. Следует объяснить матери, что аффективные следы памяти, связанные с психотравмой долго сохраняются в сознании ребенка. Чтобы их не «оживлять» и не вызывать навязчивые травматические воспоминания не нужно приносить в жизнь то, что вызывает тревогу. Следует обратить внимание на работу над собственными психологическими проблемами и трудностями, если в этом ощущается необходимость. Объяснить, что у детей последствия психотравмы проходят быстрее, чем у взрослых из-за гибкости психики.

6) Избегайте при ребенке выражать сомнения, тревогу по поводу своего здоровья. Исключите разговоры на страшные темы и горестные новости, который случайно может услышать ребенок. Психологу следует объяснить матери, что такое внушенные страхи и обратить внимание на матерей с застревающей и тревожной акцентуацией характера.

7) Объяснив роль матери в психологическом благополучии ребенка, рекомендуйте ей не забывать заботиться о собственном душевном состоянии. Общайтесь с семьей и друзьями, делитесь своими переживаниями, чувствами с другими взрослыми и особенно с теми, кто испытал подобное. Старайтесь придерживаться сбалансированного режима питания. Высыпайтесь, занимайтесь спортом, осваивайте профессию и не забывайте о развлечениях.

Для углубленного изучения рекомендуются источники: В. Б. Шапарь. Психодиагностика отношений между родителями и детьми; Практические рекомендации для родителей. Как помочь ребенку после травматического события. - <http://www.traumaweb.org/content.asp?PageId=115&lang=Ru>, а также источники по диагностике родительно-детских отношений, программе коррекции на сайте https://vk.com/topic-175743298_41384156.

4.1.3 Программа по созданию в рамках учебного процесса благоприятной среды для детей, пострадавших от террористической деятельности. Рекомендации для педагогов

Понятие создаваемой в процессе обучения благоприятной среды тождественно или близко по содержанию таким принятым в педагогической и психологической науках понятиям, как: благоприятная образовательная среда, эмоционально благоприятная среда обучения, комфортная образовательная среда и психологически безопасная среда.

Образовательная среда, согласно И. А. Баевой, это психолого-педагогическая реальность, сочетание уже сложившихся исторических влияний и намеренно созданных педагогических условий и обстоятельств, направленных на формирование и развитие личности ученика [102]. Применительно к рассматриваемой программе речь идет о специально создаваемых педагогом условий, которые, *во-первых*, оказывают благоприятное влияние на развитие и обучение ученика. Благоприятствование, по мнению О. А. Алешиной, И. С. Лопатинской, И. С. Муртазиной, А. Я. Проскуряковой и других, заключается в обеспечении возможностей развития, самореализации и укреплении физического, психического здоровья школьников [103-106]. *Во-вторых*, организация условий предусматривает учет особенностей ученика как жертвы, находившейся в ЗТА, а сейчас - находящейся в трудной жизненной ситуации. В этой связи актуализируется проблема *здоровьесберегающего обучения*, создания комфортной образовательной среды.

Таким образом, *цель программы* по созданию благоприятной среды для обучения детей, пострадавших от террористической деятельности, состоит в создании щадящей среды, где учитываются все особенности и трудности ученика в процессе обучения и осуществляется квалифицированная педагогическая поддержка. Среда обучения, чтобы стать благоприятной, должна учитывать следующие особенности детей.

- Педагогическая запущенность. Пробелы в знаниях.
- Ослабленное здоровье вследствие скудного, авитаминизированного питания, недостаточного восстановления сил (поверхностный сон, страхи), а иногда – перенесенных ранений.
- Астенизация – повышенная утомляемость при выполнении обычных физических и умственных нагрузок.
- Психологические последствия пережитой психотравмы – сниженный уровень внимания, тревожность, неуверенность в себе.

Кроме того, создание благоприятной среды, помимо перечисленных выше особенностей, должно обязательно предусматривать *дифференцированный подход к обучению*, учитывающий индивидуальные различия учащихся, среди которых наибольшее влияние на обучение оказывают типологические различия в высшей нервной деятельности детей (тип темперамента).

Непосредственными участниками программы являются педагоги, главным образом учителя-репетиторы, на которых в процессе реабилитации ложится основная тяжесть по устранению пробелов в знаниях, связанных с

педагогической запущенностью, и подготавливающих к дальнейшему обучению в общеобразовательной школе. Участниками могут стать и учителя в общеобразовательной школе, если в процессе обучения в ней у детей возникают серьезные проблемы. Косвенные участники программы - врачи, психологи и социальные педагоги. Результаты их диагностики и наблюдения учитываются педагогом для создания условий благоприятной среды.

Первый этап создания благоприятной среды состоит в изучении состояния физического здоровья и психического состояния ученика. С этой целью изучаются предоставленные результаты медицинского обследования и психологической диагностики учащегося, делаются выводы по основным направлениям в организации благоприятствующей среды для этого ученика.

Второй этап заключается в педагогической диагностике знаний, умений и навыков ученика. На основании ее результатов педагог выявляет наличный уровень знаний, имеющиеся пробелы, на устранение которых будет направлена его деятельность. Неудовлетворительное качество этой деятельности ведет, с одной стороны, к накоплению у ученика пробелов в знаниях до той степени, когда их устранение становится для него почти невозможным, и он переходит в разряд неуспевающих. С другой стороны, ученик не может освоить новый материал, если у него нет знаний и умений по уже пройденным темам. Кроме собственной диагностики педагог может использовать заключение психолого-медико-педагогической комиссии об уровне знаний, умений и навыков ребенка.

По отношению к детям, вернувшимся из ЗТА, некорректно определение педагогической запущенности как устойчивого отклонения в сознании и поведении детей. В данном случае запущенность – это неподготовленность к школьному обучению в классе, соответствующему возрасту, из-за отставания вследствие недоступности обучения в военных условиях.

Третий этап состоит в организации квалифицированной педагогической поддержки и реализации методов обучения, учитывающих индивидуальные различия и особенности детей – жертв террористической активности.

Рекомендации по реализации этапов создания благоприятной среды

1. Для диагностики наличного уровня знаний, умений и навыков ученика педагоги могут использовать тестирование, беседу, выполнение заданий. Выявление и устранение пробелов достигается последовательно через выявление ошибок и их фиксирование, анализ допущенных ошибок, планирование работы по устранению пробелов и их устранение. В выборе методов следует ориентироваться на предмет, возраст ученика: устный опрос, самостоятельные и контрольные работы, интерактивные тесты, работа с карточками по определенным темам, составление карты индивидуального контроля (в ней отмечены только самостоятельно выполненные задания). Рекомендуется вести учет достижений ученика.

2. При изучении состояния физического здоровья ученика, во-первых, следует обратить внимание на то, имеются ли у него признаки выражено ослабленного здоровья и истощенности. В случае подтверждения в целях здоровьесберегающего обучения необходимо «дозировать» учебную нагрузку,

начиная от минимальной до первых признаков развития усталости. Затем постепенно наращивать нагрузку до обычной. Это станет возможным по мере восстановления сил у ученика (лечение, витамины, хорошее питание). Предлагается делать перерывы, применяя игровые «минутки отдыха».

3. В заключениях психологов по результатам диагностики, необходимо обратить внимание на следующее: страдает ли высокой тревожностью; снижена ли умственная работоспособность; имеются ли признаки стрессового расстройства? В случае их подтверждения это указывает на то, что на результаты обучения могут влиять следующие факторы:

- быстрое утомление при выполнении обычных для этого возраста умственных нагрузок;
- сниженная способность к длительному успешному выполнению задания, без ошибок (умственная работоспособность);
- сниженная активность вследствие поверхностного сна, страшных снов;
- сниженная способность к концентрации внимания, сосредоточению, низкая самооценка, «мотивация избегания неудачи» чаще преобладает над «мотивацией достижения успеха», неуверенность в своих возможностях, тревожность, иногда – повышенная боязливость.

Рекомендуется, во-первых, как и выше, постепенное наращивание объема нагрузки и перерывы. Во-вторых, развивать устойчивость внимания, стимулировать установку быть внимательным. Например: предлагать самому найти ошибку, предложить матери во время досуга чаще играть в занимательные игры на развитие внимания, хотя с устранением эмоциональных расстройств в процессе реабилитации, внимание будет восстанавливаться само собой. В-третьих, активно применять методы позитивной поддержки и организацию занятий, которая способствует снижению тревожности, повышению уверенности в своих возможностях. В частности, постепенно повышать трудность заданий, начиная с тех, которые ученик заведомо выполнить отлично и отметить его успехи. Давать возможность ему самому оценить свой успех, сравнивая прежние результаты с новыми (насколько продвинулся, справился?). Дети с заниженной самооценкой с недоверием относятся к похвале, поэтому нужно еще использовать «похвалу за спиной». Например: мать передает ученику, что педагог отметил его успех.

4. Необходимо взять во внимание то, какой тип темперамента у ученика по психодиагностическим данным. Различия в типах темперамента обуславливают различия в темпах усвоения и переработки информации. Обучение без учета свойств темперамента способствует развитию стресса или усугублению стрессового расстройства, если оно уже есть. Учет типа темперамента позволяет создать наиболее благоприятные условия для обучения и мотивировать к достижению успеха.

Особенности познавательной деятельности и мотивирования холериков. Быстро усваивают, но также быстро и забывает. С увлечением и подъемом, берутся за задание, но нервная энергия может быстро истощиться, особенно если работа однообразная. Для них необходима четкая организация занятия,

планирование индивидуальных дополнительных заданий. Нужно постоянно загружать работой, чередовать виды деятельности. Четко обозначать срок выполнения задания и дисциплинарные требования. Работу стимулирует указание на ошибки. Нужно чаще спрашивать. Устный опрос возможен на любом этапе занятия. Необходима четко регламентированная система поощрений и наказаний, желательно отрицательные оценки давать без присутствия других, так как болезненно реагируют. Держать в поле зрения в течение всей работы. Помощь в последовательной организации деятельности и проверке результата. Учить их проговаривать сначала вслух, потом про себя этапы работы и следовать своему плану. Поощрять проявления не хватающих им старательности и терпения.

Особенности познавательной деятельности и мотивирования сангвиников. Часто берутся сразу за многое. Могут быстро охладеть к начатому делу. Легко и быстро усваивают новое, как правило, имеют хорошую долговременную и кратковременную память. Быстро схватывают новое, многим интересуются, имеют большой кругозор и много увлечений. Быстрый темп работы, высокая активность и эмоциональность в процессе работы и представлении результата. Легко справляются с одновременным выполнением нескольких заданий. Быстро включаются в работу в любой части занятия. Возможны устный и письменный опросы на любом этапе занятия. Для выполнения задания следует четко обозначать срок выполнения и дисциплинарные требования. Необходимо менять виды деятельности (ставить новые интересные задачи, которые требуют внимания и напряжения), включать в активную деятельность. Стимулирование результата за счет оценки. Можно публично отмечать недостатки, делать замечания. Поощрять то, чего им не хватает: настойчивость, старательность, целеустремленность, аккуратность. Постепенно повышать планку требований, добиваясь результативности.

Особенности познавательной деятельности и мотивирования флегматиков. Психические процессы протекают замедленно. Медлительность может мешать в учебной деятельности, но зато запоминают они обычно на долго. Способны длительное время заниматься каким-либо делом и доводить его до конца. Увлечения глубокие. Если их что-то интересует, то в этой теме будут разбираться детально. Склонны к порядку, не любят перемен в чем бы то ни было. Охотно выполняют порученные задания. Хорошо развита долговременная память. Спокойно относятся к критике и всегда имеют свое мнение. Спокойный, размеренный темп работы. Невыраженная активность и эмоциональность. Могут долго работать над конкретным заданием. Задавать вопрос прямо, «в лоб» во время опроса нельзя. Им требуется время на подготовку к ответу и на настрой к работе. Испытывают трудности, когда нужно быстро переключиться с одного вида работы на другой. Не следует торопить и ограничивать во времени. Для них это, как и быстрое переключение с одного вида работы на другой, является стрессовой ситуацией. От этого они начинают действовать еще медленнее или быстрее, но с ошибками. Исключить одновременное выполнение нескольких заданий. Допустимо снижение объема задания. Работоспособность высокая в

середине и конце занятия (медленно «врабатываются»). Обучение самостоятельной оценке своей работы по заданным критериям и рациональному использованию времени при выполнении задания. Стимулировать включение в работу. Поощрять повышение темпа деятельности. комфортно заниматься тем видом деятельности, который требует основательного подхода и сосредоточенности.

Особенности познавательной деятельности и мотивирования меланхоликов. Не сразу берутся за работу, но если возьмутся за какое-либо дело, то проявляют постоянство и устойчивость. В работе медленный темп, слабая активность, сверхчувствительность к воздействиям окружающей среды. Возможна монотонная работа по шаблону, алгоритму в течение небольшого промежутка времени. Трудно переключаются на новые виды деятельности. Необходимо оказание помощи при снижении интереса к деятельности. Письменный опрос предпочтителен. При устных ответах необходимо подбадривание, создание ситуации успеха. Не следует сразу спрашивать новый материал. К концу занятия работоспособность снижается (истощается сила нервной системы из-за напряжения). Нуждается в щадящем режиме, доброжелательном отдыхе. Успех в работе с меланхоликами предполагает и опору на их ценные качества – чувствительность к эмоциональным воздействиям, способность к сопереживаниям и т.д. Нужен подбадривающий контроль, в первую очередь оценивать успехи. Воздействовать нужно мягкостью, тактичностью, чуткостью. Чрезмерная строгость и резкое повышение требований к этим ученикам еще больше их затормаживает, снижает работоспособность. Отличаются внушаемостью, поэтому нельзя подчеркивать их недостатки. Это лишь закрепит их неуверенность в своих силах. Поощрять старательность, неудачи следует отмечать деликатно. Не применять жестких мер, резких оценок. Переключать внимание на результат деятельности, а не на оценку. Демонстрировать достижения. Подчеркивать, что вы уверены в его силах и знаете, что он сможет справиться с задачей. Напоминать о прошлых успехах.

Организация благоприятствующих условий должна быть ориентирована, в первую очередь на детей с флегматическим и меланхолическим типом темперамента.. Образец программы представлен в приложении Б.

4.2 Формирование практических инструментов по организации работы с детьми

Процесс разработки личного дела ребенка на сегодня является и актуальным, и проблематичным. *Личное дело* состоит из перечня подлинных документов или их копий. Именно их предоставление и составляет главную проблему пострадавших от террористической деятельности. Некоторые документы были утеряны репатриантами или вовсе не оформлялись в условиях проживания вне Казахстана и по законам шариата (заключение брака, рождение ребенка и т.п.). Между тем эти документы являются правовым условием для доступа к социальным пособиям, услугам, помощи и т.д.

Кроме того, при формировании перечня документов специалист сталкивается с вопросами о том, сколько и какие документы должны быть включены, поскольку по возможности необходимо предусмотреть все случаи, когда те или иные документы могут служить защите прав и интересов ребенка. Значимость этого вопроса состоит, например, в том, что для оказания определенного вида услуг по социальной реабилитации пострадавшим от террористической деятельности детям могут понадобиться самые разные документы из личного дела. Разработка личного дела ребенка поэтому ориентирована на актуальные аспекты, решение которых способствует защите интересов и прав ребенка, получению услуг наравне с другими казахстанскими детьми (услуги дополнительного образования, оформление в детский дом семейного типа и т.д.).

Разработка личного дела ребенка начинается с оформления титульного листа с фотографией, названием учреждения, регистрационным номером, датой открытия и данными о ребенке (ФИО, год рождения). Далее следует опись документов и материалов, в которой указаны их наименования и количество страниц. Опись заверяется подписью сотрудника, ответственного за ведение личных дел. Все копии документов заверяются печатью и подписью с пометкой «Копия верна».

В личное дело вкладываются копии свидетельства о рождении ребенка и документов, удостоверяющих личность и полномочия законных представителей ребенка. Обязательными документами также являются все информационные письма и запросы с ответами, отражающие переписку с компетентными органами по вопросам защиты прав и законных интересов ребенка, восстановления его социального статуса.

Подавляющую часть документов составляют сведения о ребенке. Это разного рода документы, которые отражают актуальную информацию о ребенке с точки зрения пяти аспектов: социальная ситуация развития ребенка, состояние здоровья, состояние обученности и проблем в обучении, эмоционально-психическое состояние и состояние, подтверждающее его потребность в социальной реабилитации. Во избежание дублирования информации все необходимые документы по перечисленным аспектам подробно представлены в образце личного дела ребенка (приложение В). Содержание личного дела ребенка является конфиденциальной информацией.

Карта индивидуального развития ребенка – документ, включающий в себя основные показатели развития ребенка, проходящего реабилитацию. Цель использования карты – выявление и обобщение в одном компактном документе индивидуальных особенностей ребенка, состояния его физического и психического здоровья. Карта индивидуального развития (далее - карта) позволяет анализировать динамику показателей развития ребенка и выявлять проблемы, требующие оказания помощи и вмешательства специалистов. Примером может служить карта индивидуального развития, составленная А.Ю. Кругликовой и Ю.В. Крымовой [107, 108].

Для реабилитации детей, пострадавших в ЗТА, рекомендуется карта, состоящая из четырех разделов. Образец карты представлен в приложении Г.

Карта рассчитана на три года, заполняется по результатам первичного и последующих обследований, которые проводятся психологами и социальными педагогами. Кроме того, в процесс разработки карты включаются данные обследования врачей, логопеда, а также педагогической диагностики с оценкой уровня педагогической запущенности. Карта отражает особенности и оценку эмоциональной, интеллектуальной и коммуникативной сферы развития ребенка, которые составляют общую картину психического развития. Каждая сфера развития личности ребенка фиксируется отметкой в соответствующей графе, ячейке или строке. Фиксируемые данные являются итоговыми результатами протоколов индивидуального обследования, а сами протоколы, проективная продукция прилагаются к карте в отдельной папке.

Карта заполняется дважды (в начале и конце года) в течение трех лет регулярно по данным проведенной диагностики и коррекции. Диагностические данные служат основой для направлений коррекции. В целях диагностики можно использовать другие методики и тесты соответственно возрасту и уровню умственного, речевого развития. Раздел III. «Данные психолого-педагогического обследования» заполняется каждый год (в образце приведен один год). При заполнении таблиц «Оценка эмоционального развития» и «Оценка уровня коммуникативного развития» достаточна градация оценок «удовлетворительно-неудовлетворительно», что подразумевает соответствие возрастной норме. Выводы о развитии ребенка служат основой рекомендаций для родителей и педагогов. Например: рекомендации по учету определенных особенностей ребенка в целях создания благоприятной среды здоровьесберегающего обучения и профилактики развития ПТСР.

Содержание карты является конфиденциальной информацией, с которой могут быть ознакомлены только родители и члены психолого-педагогического консилиума для принятия решений (с разрешения).

В соответствии с Приказом министра образования и науки РК от 04.09. 2020 года «О правилах и сроках социальной реабилитации детей, пострадавших от террористической деятельности», реабилитация осуществляется местными исполнительными органами с момента прибытия детей к месту последнего проживания одного из законных представителей ребенка. Местные исполнительные органы в течение двадцати рабочих дней после получения

заклучения психолого-медико-педагогической комиссии разрабатывают *индивидуальный план социальной реабилитации* ребенка по согласованию с органом в области защиты прав детей [109].

В процессе разработки плана социальной реабилитации рекомендуется учитывать информацию из Карты индивидуального развития ребенка. А именно, заключения и рекомендации психологов, педагогов, логопедов, психолого-медико-педагогической комиссии. Индивидуальный план, согласно Приказу, предусматривает оказание в течение года следующих услуг: правовых, образовательных, психологических, медицинских, культурных, социально-бытовых. Перечень услуг, охватывающий разные сферы, отражает комплексный подход к социальной реабилитации ребенка, который, в свою очередь, обусловлен особенностями «объекта» реабилитации и отнесением его к категории оказавшихся в трудной жизненной ситуации. А именно: состоянием физического и психического здоровья ребенка, необходимостью правового обеспечения доступности к получению услуг, необходимостью реинтеграции в казахстанское общество. В этом состоит актуальность комплексного характера реабилитации детей, пострадавших от террористической деятельности.

Образец плана представлен в приложении Д. Образец носит обобщенный характер, поскольку он оотражает план реабилитации обобщенной группы «детей, пострадавших от террористической деятельности». План индивидуальной реабилитации конкретного ребенка соответственно будет уточняться (конкретретизироваться), будучи ориентирован именно на его проблемы и включать в себя именно те мероприятия, которые способствуют решению выявленных у него проблем. Отсюда логически следует, что ивидуальные планы реабилитации детей будут отличаться между собой по приоритетности проблем, которые решаются в процессе реабилитации, виду услуг и объему оказываемых услуг. Например, для одного ребенка по показаниям его физического и психического состояния приоритетными будут образовательные услуги, а для другого – медицинские услуги. Соответственно конкретные индивидуальные планы реабилитации будут различаться также по содержанию (мероприятиям) и объему оказываемой помощи.

5. Актуальность контроля и мониторинга социальной реабилитации детей: процесс его организации и реализации

5.1. Формирование индикаторов по оценке эффективности социальной реабилитации детей со стороны педагогов-психологов

Актуальность контроля и мониторинга социальной реабилитации детей, пострадавших от террористической деятельности, обусловлена *во-первых*, необходимостью защиты их прав и интересов как полноправных граждан Казахстана. *Во-вторых*, тем, что социальная реабилитация служит одним из условий ресоциализации и реинтеграции этих детей в казахстанское общество. *В-третьих*, контроль и мониторинг способствуют становлению и повышению эффективности новой для Казахстана системы социальной реабилитации детей – жертв террористической активности, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. *В-четвертых*, содействуют своевременному выявлению проблем и последующей коррекции в планировании и ресурсах.

Контроль и мониторинг психолого-педагогических аспектов социальной реабилитации ребенка подразумевает отслеживание динамики и результатов мероприятий: 1) по нормализации или восстановлению его психический состояний, функций и поведения; 2) по формированию у ребенка готовности к обучению в общеобразовательной школе, адаптации к процессу обучения. Проблема *оценки эффективности* социальной работы, в том числе социальной реабилитации – одна из сложных, до сих пор вызывающая дискуссии в научном сообществе. Как отмечают Н. М. Платонова, Л. В. Топчий и другие, применительно к конкретному виду социальной деятельности понятие эффективности многомерное, включающее различные блоки. В настоящем контексте из существующих блоков актуальна «эффективность с точки зрения изменения ситуации клиента и его удовлетворенности» [110]. С ними солидарны зарубежные ученые, полагающие, что современное понимание эффективности социальной деятельности основано на учете ее последствий с точки зрения изменения жизненной ситуации клиента.

Метод мониторинга в целях оценки эффективности социальной реабилитации является распространенным. Он предполагает отслеживание изменений, произошедших у ребенка в течение некоторого периода времени оказания психологической и педагогической помощи. Социальная реабилитация детей, пострадавших от террористической деятельности, рассчитана на три года. Соответственно в течение этого времени осуществляется и мониторинг ее эффективности. Задача облегчается тем, что собственно мониторинг и контроль эффективности реабилитации отражается в Карте индивидуального развития ребенка (Приложение Г). В ней отмечается динамика изменений, происходящих у ребенка в результате реализации комплекса мероприятий, составляющих психологическую и педагогическую помощь. Согласно алгоритму, дважды в год (в начале и конце) в течение трех лет в Карту вносятся оценки изменений на основе результатов диагностического обследования, ретестирования, включенного наблюдения. Таким образом, для мониторинга эффективности реабилитации следует опираться также на Карту, в которой отражается динамика

изменений у ребенка в течение года, по трем годам и общая динамика индивидуального развития.

Индикаторы как показатели происходящих изменений формируются на основе шкал тестов, применяемых в диагностике ребенка. Согласно правилам психометрики, в стандартизованном тесте шкалы - это критерии, а составляющие их вопросы – это индикаторы [111]. Например: результаты диагностики по тесту А. Басса и А. Дарки дают уровневые показатели критериев агрессии (физической, вербальной и негативизма), а составляющие эти шкалы ключевые вопросы являются индикаторами.

В качестве источников информации для оценки эффективности реабилитации по индикаторам кроме данных тестирования существенное значение имеют результаты включенного наблюдения матери, психолога и педагога. Например: источниками для оценки уровня нормализации страхов по индикаторам служат результаты теста «Страхи в домиках», которые выявляют страхи одиночества, темноты, страшных снов и акузофобии. Однако для реабилитации детей с эмоциональными нарушениями кроме перечисленных имеют значение наличие и динамика у ребенка ночных страхов (кошмарных и страшных снов), иррациональных страхов, глубины сна, приобретенных в ЗТА новых навыков и стереотипов поведения. В этом случае источником дополнительной информации выступает интервью с матерью, в том числе результаты по ее раннему интервью, которые отражены в Карте индивидуального развития ребенка (Раздел 1. Первичная информация). Ниже будут рассмотрены индикаторы основных эмоциональных состояний, функций и особенностей поведений, входящих в симптомокомплексы ОСР, ПТСР и других расстройств, которые возникают вследствие психотравматизации - переживания экстремальных и чрезвычайных ситуаций в ЗТА.

Страхи

Индикаторами эффективности реабилитации, направленной на нормализацию нарушенного эмоционального состояния ребенка в связи с дневными и ночными страхами являются следующие.

1) Отсутствие ночных страхов (кошмарных и страшных снов), указывающее на уничтожение в памяти ребенка эмоциональных следов аффекта, обусловленных сильным испугом.

2) Полноценный крепкий сон без вздрагивания, указывающий на снижение или отсутствие связанной со страхами тревогой.

3) Отсутствие или уменьшение количества иррациональных страхов у ребенка старше 6 лет, проявляющих тревожность и эмоциональное напряжение.

4) Отсутствие акузофобии, указывающее на разрушение в сознании ребенка рефлекторной связи между громким звуком и экстремальным состоянием сильного испуга, страха.

5) Разрушение навыков и стереотипов поведения, сформированных в ЗТА (не прячется под кровать при звуках пролетающего самолета или вертолета, спит ночью, а не днем и т.п.), указывающее на обретение чувства безопасности, отсутствие страхов.

Тревожность

Тревожность сама по себе является индикатором скрытых страхов. Индикаторами эффективности реабилитации, направленной на восстановление нормального уровня тревожности, не нарушающего психического развития и жизнедеятельность ребенка, являются следующие.

- 1) Снижение неуверенности в себе.
- 2) Самооценка приобретает устойчивый характер, «не прыгает» и не зависит непосредственно от неудачи или успеха.
- 3) Снижение высокой чувствительности к своим неудачам, острой реакции на них. Ребенок реже отказывается от стремления избежать неудачи и ту деятельность, в которой испытывает затруднения.
- 4) Снижается боязнь перед новым опытом, неизвестным. Появляются попытки проявить инициативу.
- 5) Не проявляет беспричинного беспокойства в тех ситуациях, в которых ему ничего не грозит.
- 6) Реже проявляется обидчивость, близость «к слезам» и эмоциональная подавленность.
- 7) Не испытывает беспокойства и страх, когда остается без матери (сепарационный страх), не волнуется и не боится за нее.

Агрессивность

Индикаторами эффективной реабилитации является отсутствие или снижение следующих проявлений.

- 1) Агрессия в форме физических действий - поднимает руку (замахивается, бьет), дерется, кусает и т.д.
- 2) Вербальная агрессия - дразнит, оскорбляет, обзывает других, грубит.
- 3) Негативизм – совершает действия и поступки, намеренно противоположные ожиданиям и требованиям окружающих; отказывается выполнять требования.
- 4) Упрямство как легкая форма негативизма, демонстративная истерика (напоказ).
- 5) Аутоагрессия как скрытая форма агрессии – ударяет себя по лицу или головой об стену (если его не понимают или демонстрируя, что ему что-то не нравится, свое несогласие).

Другие нарушения в психическом развитии как следствие психотравмы, полученной в зоне террористической деятельности

К ним относятся три нарушения, эффективность процесса нормализации и восстановления которых проявляется в снижении или отсутствии по следующим индикаторам.

- 1) флешбэк - повторное переживание травматического события в навязчивых мыслях, непроизвольных яркие визуализациях (возникающие непроизвольно картинки), повторяющиеся сюжеты в играх и рисунках на тему травматизации.

2) регрессия - проявление в речи, эмоциях и поведении особенностей, свойственных более раннему возрасту, разрушение некоторых навыков самообслуживания.

3) нарушение внимания - рассеянность, проблемы сосредоточения и удержания внимания.

Контроль и мониторинг социальной реабилитации ребенка подразумевает также отслеживание динамики и результатов мероприятий по формированию у ребенка *готовности к обучению в общеобразовательной школе, адаптации к процессу обучения.*

Комплекс ключевых мероприятий состоит, главным образом, в создании благоприятной среды для обучения детей, пострадавших от террористической деятельности. Такая среда подразумевает личностно-ориентированный подход, позитивную педагогическую поддержку и здоровьесберегающее обучение на основе учета индивидуальных особенностей физического и психического состояния, а также трудностей в процессе обучения.

Для формирования индикаторов и оценки эффективности реабилитации рекомендуется информация об этапах, задачах и мерах, мероприятиях по созданию среды (приложение Б), а также информация из включенного наблюдения педагога, психолога и матери. Эффективность реабилитации в целом проявляется в *успеваемости, активности и эмоциональном комфорте.* Индикаторами эффективности являются следующие.

1) Ликвидация педагогической запущенности, отсутствие пробелов – на усвоение ребенком нового материала не влияет негативно ранее усвоенный материал (нет пробелов), нет ошибок в самостоятельных работах и других формах контроля по ранее усвоенному материалу, уровень школьных знаний, учебных умений и навыков соответствует возрасту ребенка.

2) Успеваемость - отсутствие неудовлетворительных оценок, степень успешности усвоения учебных предметов не позволяет отнести ребенка к неуспевающим.

3) Школьная тревожность – выраженные проявления волнения и беспокойства в учебных ситуациях; ожидание отрицательной оценки со стороны педагогов; неуверенность в правильности своих решений; ухудшение физического здоровья с момента начала обучения; нежелание ходить в школу; проявление показного, защитного равнодушия к учебе и особенно к оценкам.

4) Мотивация достижения успеха чаще преобладает над мотивацией избегания неудачи; если не удастся сразу справиться с заданием, то не отказывается от дальнейших попыток добиться результата.

5) Познавательная активность - интерес к новому, любознательность, стремление к успеху и овладению знаниями и умениями за оптимальное время; стремление к мобилизации волевых усилий для достижения цели.

5.2. Разработка комплексной системы оценки деятельности местного исполнительного органа в рамках социальной реабилитации детей

Оценка эффективности деятельности государственных, местных исполнительных органов выступает основным инструментом измерения успешной реализации государственной политики. Она позволяет определить степень достижения целей, качество предоставляемых населению государственных услуг и эффективность использования бюджетных средств.

Согласно П. В. Романову, Е. Р. Ярской-Смирновой и другим, эффективность может пониматься и оцениваться в нескольких смыслах. Во-первых, эффективность как продуктивность, производительность, экономичность (*efficiency*), часто выражаемая в виде процента от идеальной продуктивности. Чем меньше ресурсов затрачено на достижение запланированных результатов, тем выше продуктивность. В контексте оптимизации системы социальной поддержки населения, например, подразумевается более эффективное управление ресурсами, которое бы позволило повысить работоспособность системы при уменьшении затрат. Во-вторых, эффективность как действенность (*effectiveness*) или способность производить эффект (результат) неких действий, которая не всегда может быть измерена при помощи количественных показателей. В-третьих, эффективность в смысле результативности (*efficacy*) отражает способность производить намеченный результат в желаемом объеме и может выражаться мерой. Под мерой понимается процентное соотношение фактически произведенного результата к запланированному. В этом смысле, например, понимается эффективность вакцинации. Эта мера фокусируется на достижении как таковом, а не на ресурсах, затраченных на достижение желаемого эффекта. В-четвертых, эффективность услуги – степень успешности деятельности по достижению цели с наибольшей экономией ресурсов, т.е. до какой степени услуга способствовала своевременному и объективному решению стоящих перед клиентами проблем при меньших затратах разного рода [112].

Между тем вопрос об эффективности деятельности центральных государственных и местных исполнительных органов в практике государственного управления Казахстана является сложным и наименее разработанным, определенным. Причина заключается в том, что в отличие от частного сектора, оценка эффективности государственных органов путем соизмерения прибыли и затрат на управление как соотношение достигнутых результатов и затраченных на это ресурсов, не всегда является верной. Как подчеркивает профессор Академии Государственного управления при Президенте Республики Казахстан Г. Джунусбекова, результат управления:

- не всегда выражается прибылью;
- приводит к непосредственному и опосредованному результатам, непосредственный результат скрывает роль управления в его достижении, прибыль часто выступает как опосредованный результат;
- может быть не только экономическим, но и социальным, социально-экономическим, политическим, социально-психологическим и т.п. [113]

Согласно анализу Г. Джунусбековой, специфика деятельности государственных органов состоит в том, что ее эффективность определяется не только величиной экономического эффекта, но и прежде всего социально-политическими результатами. Слабой стороной оценки эффективности деятельности государственных органов наряду с другими факторами является недостаточная ориентация на результаты, поэтому целесообразно оценивать не процессы, а собственно конечный результат деятельности при реализации и достижении целей и задач.

Таким образом, для оценки эффективности деятельности местных исполнительных органов по социальной реабилитации детей, пострадавших от террористической деятельности, имеют значение конечные социальные результаты этой деятельности и их качественные аспекты. В этой связи возникает необходимость в методах индикаторной оценки эффективности этой деятельности.

Как отмечалось выше, рассматриваемая система оценки эффективности является одной из самых сложных. В Казахстане она прошла три этапа совершенствования и еще, по мнению ученых, нуждается в корректировке. Последний, третий этап завершился в 2010 году и нашел отражение в Указе Президента Республики Казахстан «О Системе ежегодной оценки эффективности деятельности центральных государственных и местных исполнительных органов областей, города республиканского значения, столицы», который является основополагающим документом для проведения оценки. Этот документ служит образцом для разработки комплексной системы оценки эффективности деятельности местных исполнительных органов по социальной реабилитации детей.

Целью оценки деятельности местных исполнительных органов является определение эффективности реализации возложенных на них задач и функций по социальной реабилитации и дальнейшее совершенствование деятельности в этой сфере.

Источниками информации для оценки эффективности являются:

- индивидуальный план социальной реабилитации ребенка с указанными мероприятиями, сроками их выполнения и акторами (субъектами, реализующими мероприятия).
- отчеты акторов реабилитации о проведенной работе согласно утвержденному и согласованному индивидуальному плану социальной реабилитации ребенка;
- заключения о качестве социальной реабилитации независимых экспертов или некоммерческих общественных организаций, занимающихся защитой прав детей;

В основе оценки эффективности лежат принципы:

- объективности - всестороннее и полное проведение независимой оценки, исключение конфликта интересов;
- достоверности - подтверждение результатов оценки эффективности соответствующими документами;

- прозрачности - возможность проверить источники информации.

Критерии и показатели эффективности соответствуют следующим требованиям:

- основаны на подлежащей проверке информации;
- способ сбора и обработки исходной информации допускает возможность проверки корректности полученных данных;
- получение необходимых данных производится с минимально возможными затратами времени и ресурсов.

Деятельность местных исполнительных органов по социальной реабилитации детей осуществляется на организационном и практическом уровнях. Соответственно оценке эффективности с учетом действующих специфических факторов и условий в сфере социальной реабилитации подлежат два блока. По каждому блоку деятельности рекомендуются показатели с составляющими их индикаторами эффективности.

Блок «Организация и планирование социальной реабилитации детей»

1) Организация и проведение комплексной психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК).

Индикаторы эффективности: своевременное проведение ПМПК в запланированные сроки; выполнение поручения по проведению ПМПК в полном объеме (заключение и рекомендации специалистов комиссии).

2) Создание акторами социальной реабилитации планов мероприятий по восстановлению, нормализации физического и психического состояния ребенка, адаптации, оказанию необходимой помощи на основе заключения и рекомендаций ПМПК, изучения Карты индивидуального развития ребенка и других документов.

Индикаторы эффективности: создание акторами планов в полном объеме и в указанные сроки; качество подготовленных планов (учтены все особенности и потребности ребенка, а также данные из Карты индивидуального развития и рекомендации специалистов в заключении ПМПК).

3) Согласование индивидуальных планов социальной реабилитации ребенка.

Индикаторы эффективности: оперативность, выполнение в указанные сроки (согласно Приказу «О правилах и сроках социальной реабилитации детей, пострадавших от террористической деятельности», в течение двадцати рабочих дней после получения заключения ПМПК).

4) Создание веб-сайта на платформе «электронного акимата» для отзывов и вопросов по социальной реабилитации детей (по возможности).

Блок «Реализация мероприятий по социальной адаптации детей»

Эффективность деятельности местных исполнительных органов оценивается с точки зрения результатов проводимого ими мониторинга и контроля за надлежащим качеством, своевременностью и полнотой объема услуг, которые оказываются акторами в соответствии с утвержденным индивидуальным планом социальной реабилитации ребенка. Согласно Приказу «О правилах и сроках социальной реабилитации детей, пострадавших от

террористической деятельности», планируемые мероприятия направлены на оказание правовых, образовательных, психологических, медицинских, культурных и социально-бытовых услуг.

Критерии и индикаторы эффективности деятельности по оказанию услуг
Качество

– Удовлетворенность качеством оказанных услуг. Используется оценка удовлетворенности качеством услуг со стороны законных представителей ребенка.

- Отсутствие существенных замечаний по результатам оценки качества независимыми экспертами или некоммерческими общественными организациями в сфере защиты прав детей;

- Отсутствие необоснованных жалоб, в том числе на веб-сайте «электронного акимата».

Оперативность

- решение вопросов в определенные сторонами сроки;

- оперативное устранение бюрократических барьеров.

Полнота оказанных услуг

– услуги оказаны в полном объеме, согласно индивидуальному плану социальной реабилитации ребенка;

- невыполненные мероприятия по оказанию услуги связаны с объективными причинами, не зависели от возможностей местных исполнительных органов.

Оценка по индикаторам может быть описательной, иметь качественный характер. Вместе с тем возможно количественное выражение эффективности по критериям качества, оперативности и полноты на основе соответствующих индикаторов. Например: эффективность деятельности по критерию качества равна 50%, если из 10 мероприятий только по отношению к пяти мероприятиям нет никаких замечаний, необоснованных жалоб и ими довольны. Таким образом, оценка индикаторным методом дает комплексное представление об эффективности социальной реабилитации по всем видам услуг.

Рекомендуется также по результатам реабилитации определить *интегральный показатель эффективности*. Интегральная оценка эффективности деятельности местных исполнительных органов по социальной реабилитации детей осуществляется в рамках подхода к пониманию эффективности как результативности (efficacy). Его достоинство состоит в том, что он позволяет сделать акцент на оценке достижения поставленных целей, а не на ресурсах и процессе. Кроме того, показывает способность местных исполнительных органов получать результаты в запланированном объеме. Интегральная оценка эффективности деятельности показывает то, на сколько процентов выполнен план, какова доля выполненных мероприятий по всем предусмотренным видам оказываемых услуг. Общее количество запланированных мероприятий составляет 100%. Например: если планом по социальной реабилитации ребенка предусматривалось 12 мероприятий, из которых в течение года выполнено 6, то интегральный показатель

эффективности деятельности будет равен 50%. Интегральный показатель эффективности вычисляется отдельно в каждом блоке, а для вычисления общего показателя следует определить их среднее арифметическое.

Образец комплексной системы оценки деятельности местного исполнительного органа представлен в приложении Е.

Заключение

Репатриация граждан из зон террористической деятельности стал первым опытом в истории суверенного Казахстана. Его успешность послужила примером для других государств. Вместе с тем, анализ отечественного опыта в этой области выявил ряд проблем, пути решения которых определяют перспективные направления для его дальнейшего совершенствования.

Данное методическое пособие способствует тому, чтобы отчасти решить некоторые из проблем. В частности, проблемы, связанные с обеспечением человеческих и информационных ресурсов, унификации подхода психологов-педагогов, социальных педагогов и заинтересованных государственных органов к организации, проведению, мониторингу и контролю за социальной реабилитацией детей, пострадавших от террористической деятельности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1 Казахстан и глобальное противодействие терроризму. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://strategy2050.kz/ru/news/kazakhstan-i-globalnoe-protivodeystvie-terrorizmu/>

2 Опыт Казахстана по репатриации своих граждан из Сирии полезен всему миру – Госдеп США. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.inform.kz/ru/opyt-kazahstana-po-repatriacii-svoih-grazhdan-iz-sirii-polezen-vsemu-miru-gosdep-ssha_a3573446

3 Операции «Жусан» и «Русафа» презентовали в Европарламенте. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://khabar.kz/ru/news/item/120198-operatsii-zhusan-i-rusafa-prezentovali-v-evroparlamente>

4 Интернет-издание «Drapeau rouge» опубликовало статью об операции РК «Жусан». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://strategy2050.kz/ru/news/internet-izdanie-drapeau-rouge-opublikovala-statyu-ob-operatsii-rk-zhuasan/>

5 Дети, затронутые действиями иностранных боевиков: подход, основанный на обеспечении прав ребенка. - Контртеррористическое управление организации объединенных наций Контртеррористический центр ООН. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.un.org › counterterrorism › sites › files PDF>

6 Закон «О правах ребенка в Республике Казахстан» Республики Казахстан от 8 августа 2002 года № 345-III

7 Закон Республики Казахстан «О противодействии терроризму» от 13 июля 1999 года № 416-I.

8 Об утверждении Правил социальной реабилитации ребенка (детей), пострадавших от террористической деятельности. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://legalacts.egov.kz/npa/view?id=4059182>

9 Человеческие ресурсы организации: структура, характеристики, управление. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://prodawez.ru/personal/chelovecheskie-resursy-organizatsii.html>

10 Шаповал Ю. Подход и опыт Казахстана в реабилитации и реинтеграции репатриантов. - Нур-Султан, 2021. - 49 с.

11 Как возвращенцы из Сирии и Ирака адаптируются в Казахстане. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://baigenews.kz/news/vozvrashchentsy_iz_sirii_i_iraka/

12 Caravanserai: Казахстан заявил об успехе программ реабилитации некогда радикализованных женщин. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://inozpress.kg/caravanserai->

13 Дети, «вернувшиеся с войны». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rus.azattyq.org/a/kazakhstan-children-returned-from-syria-psychological-help/31247844.html>

14 Информационные ресурсы: определение, классификация, развитие. [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

<https://sites.google.com/site/inforesy/informacionnye-resursy-opredelenie-klassifikacia-razvitiie>

15 Сборник материалов по профилактике и психотерапии посттравматического стрессового расстройства у детей. – Киев:ПАДАП, 2014. – 122 с.

16 Травмы войны: кто поможет детям? [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://akhmetovfoundation.org/ru/news/travmy-voyny-kto-pomozhet-detyam-smy>

17 Травма войны у ребенка: чем могут помочь родители? [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://zn.ua/novosti-kompaniy/travma-voyny-u-rebenka-chem-mogut-pomoch-roditeli-234172_.html

18 Как помочь ребенку в условиях вооруженного конфликта? [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://iz.com.ua/zdorovye/96670-kak-pomoch-rebenku-v-usloviyah-vooruzhennogo-konflikta>

19 Как исцелить травмы войны - новый запрос украинского общества. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.dw.com/ru/>

20 «Принципы и методы психологической реабилитации детей из зон боевых действий»/Сост. А. С. Дамадаева. Махачкала, 2019. – 35 с.

21 Венгер А. Л. Психологическая помощь детям и подросткам в чрезвычайных ситуациях (на опыте работы с жертвами террористического акта в Беслане) // Консультативная психология и психотерапия. - 2006. - № 1. – С. 5-19.

22 Венгер А. Л., Морозова Е. И. Психологическая помощь детям и подросткам после Бесланской трагедии. - Владимир: Транзит-ИКС, 2009. -150 с.

23 Цуциева Ж.Ч. Феноменология, психодиагностика и психологическая коррекция посттравматических стрессовых расстройств у детей - жертв террористического акта: особенности, психодиагностика и коррекция// Вестник психотерапии. - 2009. - № 32 (37). - С.84-90

24 Захарова Н. М., Милехина А. В. Комплекс реабилитационных мероприятий в отношении несовершеннолетних, возвращенных в Россию из зон боевых действий // Евразийский союз ученых 11(80). – 2020. - №1. - С. 13-18.

25 Абакумова И. В., Гришина А. В., Ермаков П. Н. Организация психологического сопровождения детей беженцев и вынужденных переселенцев из регионов локальных военных конфликтов. – М.: КРЕДО, 2015. – 48 с.

26 Павлова Е. В. Психология экстремальных ситуаций и состояний. - Благовещенск: Изд-во АмГУ, 2014. – 198 с.

27 Лебедев В. И. Личность в экстремальных ситуациях. - М.: Политиздат, 1989. – 304 с.

28 Тарас А. Е., Сельченко К. В. Психология экстремальных ситуаций. – Минск: АСТ-Харвест, 2002. – 480 с.

29 Сидоров П. И. Психология катастроф. – М.: Аспект-Пресс, 2008. – 414 с.
- Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных
/ Под общ. ред. Ю.С. Шойгу – М.: Смысл, 2007. – 319 с.

- 30 Чрезвычайные ситуации. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.gov.kz/memleket/entities/kps/activities/1751?lang=kk>
- 31 Маклаков А. Г. Психология и педагогика. Военная психология. – СПб.: Питер, 2005. – 464 с.
- 32 Психогении в экстремальных условиях / Ю. А. Александровский, О.С. Лобастов, Л. И. Спивак, Б. П. Щукин. – М.: Медицина, 1991. – 96 с.
- 33 Invisible wounds The impact of six years of war on the mental health of Syria's children. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.savethechildren.org/content/dam/usa/reports/emergency-response/invisible-wounds-report>.
- 34 Лагунина И. Они знают только войну. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.svoboda.org/a/28369363.html>.
- 35 Механизмы социализации - <https://psyera.ru/5376/mechanizmy-socializacii>
- 36 Selman, R. L. The growth of interpersonal understanding: Development and clinical analysis Text. / R. L. Selman. -N. Y., 1980. 340 p.
- 37 Psychosocial safety. Pathways to psychosocial safety for Syria's displaced children and adolescents: policy brief. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.savethechildren.nl/sci-nl/files/77/777a8618-4110-4334-8e15-05898bf7f309.pdf>.
- 38 Road to recovery. Responding to children's mental health in conflict. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://reliefweb.int/report/world/road-recovery-responding-childrens-mental-health-conflict>
- 39 Изард К. Эмоции человека. – М.: МГУ, 1980 – 440 с.
- 40 Соловьева С. Л. Психология экстремальных состояний - СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. – 128 с.
- 41 Кемпински А. Экзистенциальная психиатрия.– М.:Совершенство, 1998.– 318с.
- 42 Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека.- Л., 1988. - 270 с.
- 43 Решетников М. М. Уфимская катастрофа: особенности состояния, поведения и деятельности людей/ Психические состояния / Сост. и общ. ред. Л. В. Куликова. – СПб.: Питер, 2001. – С. 476 – 481.
- 44 Захаров А. И. Детские и ночные страхи у детей. - М.: Сфера, 2010. – 313 с.
- 45 Спилбергер Ч. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревожности // Тревога и тревожность / Сост. и общ. ред. В.М. Астапова. - СПб, 2001. С. 88-103.
- 46 Кемпински А. Страх // Психические состояния / Сост. и общ. ред. Л.В. Куликова. - СПб, 2000. С. 229-236.
- 47 Щербатых Ю. В. Психология страха. - М.: Сфера, 2003 – 271 с.
- 48 Астапов В. М. Тревожность у детей. - М., 2008 – 342 с.
- 49 Хапренков И. И. Проблема изучения тревожности у детей с точки зрения возрастной психологии //Евразийский научный журнал. – 2016. - №2 - с.302-303.
- 50 Зубанова С. Г., Зубкова А. С. Детские страхи. – Ярославль :Академия развития, 2007. – 128 с.

51 Флейк-Хобсон К, Робинсон Б.Е., Скин П. Развитие ребенка и его отношение с окружающими / Общ. Ред. М.С. Мацковского. – М.:Прогресс,1993. – 425 с.

52 Зеньковский В. В. Психология детства. – М: Школа-Пресс,1995. – 371 с.

53 Паника как социально-психологическое явление. [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

<http://www.psyworld.ru/for-students/cards/general-psychology/959-2010-10-25-13-14-53.html>

54 Дети и война. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.icrc.org/ru/doc/resources/documents/misc/children-in-war-publication-131003.htm>

55 Готтлиб С. Б . Проблемы детского сна. - М.: Прогресс, 1988. – 436 с.

56 Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. – М.: Эксмо, 2005. – 960 с.

57 Старшенбаум Г. В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. – М.: Изд-во Высшей школы психологии, 2003. – 367 с.

58 Смулевич А. Б. Психогенные заболевания / Под ред. А. В. Снежневского, т. 2. – М.: Медицина, 1983. – 552 с.

59 Ковалевская О. Б. Опыт психологического сопровождения группы бесланских детей и их родителей. [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

<https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-psihologicheskogo-soprovozhdeniya-gruppy-beslanskih-detey-i-ih-roditeley>

60 Вельтищев Д. Ю., Банников Г. С., Цветков А. Ю. Острые стрессовые расстройства и депрессивные реакции у пострадавших от террористического акта в Беслане. [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

<https://cyberleninka.ru/article/n/ostrye-stressovye-rasstroystva-i-depressivnye-reaktsii-u-postradavshih-ot-terroristicheskogo-akta-v-beslane>

61 Fremont W.P. Childhood reactions to terrorism-induced trauma: A review of the past 10 years // J. Am. Acad. Child & Adolescent Psychiatry. - 2004. - Vol. 43, N 4. - P. 381-392.

62 Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса.- СПб: Питер, 2001.-272 с.

63 Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / под ред. Э. Фоа, Т. М. Кина, М. Фридмана. - М: «Когито-Центр», 2005. - 467 с

64 Ахмедова Х. Б . Изменения личности при посттравматическом стрессовом расстройстве: по данным обследования мирного населения, пережившего военные действия: Дис. ... докт. психол. наук. - М., 2004. - С.304.

65 Terr, L. C. Chowchilla revisited: The effect of psychic trauma four years after a school bus kidnapping American / L. C. Terr // Journal of Psychiatry. - 1983. - Vol.140. - P. 1543-1550.

66 Есина О. Б. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей: психосоциальные факторы формирования, клинические характеристики и проблемы диагностики: Дис. ... докт. мед. наук. - М.,2019 – 226 с.

67 Ташлыков В. А. Личностные механизмы совладания у больных невротами в процессе психотерапии // Медико-психологические аспекты охраны психического здоровья. - Томск, 1990. - С. 60-61.

68 Fletcher, K. E. Childhood posttraumatic stress disorder / K.E. Fletcher // Child Psychopathology / eds. E. J. Mash, R. A. Barkley. - New York : The Guilford Press, 1996. - P. 242-276.

69 Андриященко А. В. Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2000. - Т.2, №4. - С. 104-109.

70 Вассерман Л. И. Родители глазами подростка / Л. И. Вассерман, И. А. Горьковая, Е. Е. Ромицына. - Санкт-Петербург: Речь, 2004. - 256 с.

71 Попов Ю. В. Аддиктивное суицидальное поведение подростков // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 2005. - №1. - С. 24-26.

72 Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи. - СПб:Питер, 2009. - 672с.

73 Портнова, А. А. Типология посттравматического стрессового расстройства у детей и подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2005. - Вып.12. - С. 9-12.

74 A prospective study on pediatric traffic injuries: Health-related quality of life and post-traumatic stress / L. Sturms, C. K. van der Sluis, R. E. Stewart [et al.] // Clinical Rehabilitation. - 2005. - Vol.19. - P. 312-322.

75 Building child trauma theory from longitudinal studies: A meta-analysis / E. Alisic, M. J. Jongmans, F. van Wesel [et al.] // Clinical Psychology Review. - 2011. - Vol. 31, №5. - P. 736-747.

76 Looking beyond the physical injury: Posttraumatic stress disorder in children and parents after pediatric traffic injury / A. De Vries, N. Kassam-Adams, A. Cnaan [et al.] // Pediatrics. - 1999. - Vol.104. - P. 1293-1299.

77 Meiser-Stedman, R. Towards a cognitive-behavioral model of PTSD in children and adolescents / R. Meiser-Stedman // Clin Child Fam Psychol Rev. - 2002. - Vol.5, №4. - P. 217-232.

78 Daviss B., R Mooney. Racusin [et. al.] // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. - 2000. - Vol.39. - P. 576-583.

79 Beesdo-Baum, K. Developmental epidemiology of anxiety disorders / K. Beesdo-Baum, S. Knappe // Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am. - 2012. - Vol.21. -P. 457-535.

80 Recurrence of anxiety disorders and its predictors / W. D. Scholten, N. M Batelaan, A. J. van Balkom [et al.] // J. Affect. Disord. - 2013. - Vol. 147. - P. 180-185.].

81 Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents / S. Suliman, S. Mkabile, D. Fincham [et al.] // Compr. Psychiatry. - 2009. - Vol.50, №2. - P. 121-128.

82 Beesdo-Baum, K. Developmental epidemiology of anxiety disorders / K. Beesdo-Baum, S. Knappe // Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am. - 2012. - Vol.21. - P. 457-535.].

83 Seedat, S. Post-traumatic stress disorder in women: Epidemiological and treatment issues / S. Seedat, D. J. Stein, P. D. Carey // CNS Drugs. - 2005. - Vol. 19. - P. 411-427.

84 Kilic, E. Z. Is anxiety sensitivity a predictor of PTSD in children and adolescents? / E. Z. Kilic, C. Kilic, S. Yilmaz // Journal of Psychosomatic Research. - 2008. - Vol. 65. - P. 81-86.

85 Clauss, J. A. Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: a meta-analytic study / J. A. Clauss, J. U. Blackford // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. - 2012. - Vol.51. - P. 1066-1075.

86 Degnan, K. A. Temperament and the environment in the etiology of childhood anxiety / K. A. Degnan, A. N. Almas, N. A. Fox // J. Child. Psychol. Psychiatry. - 2010. - Vol.51. - P. 497-517.

87 Infant temperament and anxious symptoms in school age children / J. Kagan, N. Snidman, M. Zentner [et al.] // Dev Psychopathol. - 1999. - Vol. 11. - P. 209-233..

88 Использование креативных методов в коррекционно-развивающей работе психологов системы образования/ сост. Н.А. Сакович. Часть 2. Сказкотерапевтические технологии. – Минск, 2003 г. 246 с.

89 Прихожан А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2000. - 304 с

90 Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М., Словарь-справочник по психодиагностике, СПб.: Питер, 2002. – 332 с.

91 Памфилова М. Графическая методика «Кактус» // Обруч.- 2000. -№ 5. - С. 12-13.

92 Маховер К. Проективный рисунок человека. - М.: Смысл. 2000. - 154 с.

93 Бетенски М. Новые методы арт-терапии. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. - 256 с.

94 Романова Е. С. Графические методы в практической психологии. СПб.: Речь, 2001. – 197 с.

95 Ферс Г. М. Тайный мир рисунка. - СПб.: Европейский Дом, 2000. -176 с.

96 Измайлов Ч. А. Цветовая характеристика эмоций // Вестн. МГУ. - 1995. - № 4. – С. 12-23.

97 Эткинд А. М. Цветовой тест отношений // Общая психодиагностика. - М., 1987. - С. 221-227.

98 Венгер А. Л. Психологические рисуночные тесты. - М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003 г. – 160 с.

99 Психологическая реабилитация. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://msph.ru/uslugi/psikhologicheskaya-reabilitatsiya>, <http://www.psy-rehab.ru>

100 Педагогическая реабилитация Педагогическая реабилитация как вид социально-реабилитационной деятельности. [Электронный ресурс]. – Режим

доступа: http://www.srcnperm.ru/didactic_activity/kopilka/pedagogicheskayz_reabilitaciya.PDF

101 Нардонэ Дж. Страх, Паника, Фобия: Краткосрочная терапия. – М.: Психотерапия, 2008. – 352 с.

102 Баева И. А. Психологическая безопасность в образовании. - СПб.: «СОЮЗ», 2002. - 271 с.

103 Алешина О. А. Создание благоприятной образовательной среды. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://nsportal.ru/nachalnaya-shkola/vospitatelnaya-rabota/2015/06/01/sozдание-blagopriyatnoy-obrazovatelnoy-sredy>

104 Лопатинская И. С. Эмоционально благоприятная среда обучения-условие результативности работы педагога. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elib.bspu.by/bitstream/doc/38789/1/pdf>

105 Проскурякова Я. А. Образовательная среда как средство реализации гуманизации образования. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://evansys.com/articles/pedagogika-i-psikhologiya-ot-voprosov-k-resheniyam-sbornik-nauchnykh-trudov-po-itogam-mezhdunarodnoy/ktsiya-2-teoriya-i-metodika-obucheniya-i-vospitaniya-obrazovatelnoy>

106 Муртазина И. Р. Создание благоприятной образовательной среды. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://nsportal.ru/shkola/obshchepedagogicheskie-tehnologii/library/2015/02/03/sozдание-blagopriyatnoy-obrazovatelnoy>

107 Кругликова А. Ю., Крымова Ю. В. Карта индивидуального психологического развития ребенка. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://psy.su/psyche/projects/2529/>

108 Кругликова А. Ю., Крымова Ю. В. Рекомендации по работе с картой. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://psy.su/psyche/projects/2529/>

109 Правила и сроки социальной реабилитации детей, пострадавших от террористической деятельности. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021172>

110 Топчий Л. В. Методика оценки эффективности социальных услуг и других видов социальной поддержки населения / Л. В. Топчий.-Нижний Новгород, 2006. – 36 с.

111 Дружинин В. Н. Экспериментальная психология /Учебное пособие для бакалавриата, специалитета и магистратуры. – М.: Юрайт, 2019.-386 с.

112 Оценка эффективности деятельности учреждений социальной поддержки населения / Под ред. П. В. Романова и Е. Р. Ярской-Смирновой. - М.: Московский общественный научный фонд, 2007. - 234 с.

113 Джунусбекова Г. Совершенствование системы оценки эффективности деятельности государственных органов в Республике Казахстан. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ojs.mruni.eu/ojs/public-policy-and-administration/article/viewFile/4068/3897>

Приложение

Приложение 1

Программа

повышения квалификации специалистов по курсу «Психолого-педагогическая реабилитация детей, вернувшихся из зон террористической активности»

Темы занятий	Лекции	Практич.
Модуль 1 Теоретико-методологические основы социальной реабилитации детей, вернувшихся из зоны террористической активности		
Тема 1. Экстремальная психология. Понятие экстремальной, чрезвычайной и кризисной ситуации Общая характеристика экстремальной психологии как науки и практики. Признаки экстремальной, чрезвычайной и кризисной ситуации. Экстремальная ситуация: объективные факторы и субъективные факторы восприятия ситуации как экстремальной. Последствия воздействия экстремальной ситуации на человека.	4	
Тема 2. Экстремальные ситуации, связанные с военными действиями и их психологические последствия Классификация экстремальных ситуаций. Экстремальные ситуации, связанные с военными действиями. Психологические последствия экстремальных ситуаций в зоне боевых действий.	4	
Тема 3. Психологические состояния «детей войны» как следствие экстремальных и чрезвычайных ситуаций Проявления признаков «боевого стресса» у несовершеннолетних, вернувшихся из зоны военных действий. Патологические проявления боевой психической травмы у эвакуированных детей. Факторы, потенцирующие психологическую травматизацию у «детей войны», переживающих экстремальные и чрезвычайные ситуации. Практические рекомендации психологам и социальным педагогам.	4	
Тема 4. Возвращение в мирную жизнь как кризисная ситуация. Среда психосоциальной безопасности детей: казахстанский подход Факторы психотравматизации детей в условиях кризисной ситуации. Проблемы адаптации и реинтеграции «детей войны» на начальном этапе реабилитации. Социокультурные причины проблем адаптации детей. Практические рекомендации психологам и социальным педагогам.	4	
Тема 5. Создание среды психосоциальной безопасности как основа долгосрочной реабилитации «детей войны»: зарубежный опыт Сущность и аспекты психосоциальной безопасности детей – жертв военных действий. Сравнительный анализ казахстанского и зарубежного подходов к созданию среды психосоциальной безопасности. Направления реализации политики создания среды психосоциальной безопасности детей. «Пирамида вмешательств».	4	
Тема 6. Экстремальные состояния личности Сущность и признаки экстремального состояния. Первичные экстремальные состояния – страх, аффект и паника. Тревога и тревожность. Динамика развития экстремальных состояний.	2	

Тема 7. Экстремальные состояния у детей: тревога и страхи «детей войны». Виды страхов и тревожности в детском возрасте. Нормативный и патологический страхи у детей: признаки и отличия. Причины детских страхов и личностная предрасположенность к ним. Ночные страхи у детей: кошмарные сны. Практические рекомендации психологам и социальным педагогам.	6	
Тема 8. Острое стрессовое расстройство как реакция на экстремальные и чрезвычайные факторы Понятие об ОСР. Признаки и формы ОСР. Динамика развития ОСР. Особенности проявления ОСР у пострадавших от террористических действий.	4	
Тема 9. Посттравматическое стрессовое расстройство личности Психологический и клинический подход к пониманию ПТСР. История изучения ПТСР. Формы ПТСР. Симптомы и диагностические критерии ПТСР. Причины и факторы риска развития ПТСР. Гендерные и личностные аспекты уязвимости к ПТСР.	6	
Тема 10. Токсический стресс и посттравматическое стрессовое расстройство у «детей войны» «Токсический» стресс у детей. Психологические и социальные факторы развития ПТСР у детей. Признаки ПТСР у детей, находящихся в зоне военных действий. Особенности течения ПТСР у детей, находящихся в зоне военных действий. Симптомы ПТСР у детей разного возраста. Практические рекомендации психологам и социальным педагогам.	6	
Модуль 2. Рекомендации по диагностике детей для решения задач реабилитации		
Тема 1. Диагностика свойств нервной системы, типа темперамента. Концептуальные основы теста Айзенка. Анкеты для родителей. Самостоятельная работа слушателей по диагностике типа темперамента. Отчеты слушателей по результатам диагностики испытуемого, обсуждение результатов и проблем.	2	4
Тема 2. Диагностика страхов у детей Отражение бессознательного в продукции проективных методов исследования. психоанализа понятия: «защитные механизмы», «бессознательное», «проекция», «идентификация» и «катарсис». Тест «Страхи в домиках» (А. И. Захаров и М. Панфилова). Проективный тест «Сказка» Л. Дюсс. Самостоятельная практическая работа слушателей по тестам. Отчет и обсуждение результатов диагностики испытуемого по тесту «Страхи в домиках». Отчет и обсуждение результатов диагностики испытуемого по тесту «Сказка».	2	8
Тема 3. Диагностика тревожности: тесты-опросники Достоинства и ограничения опросников Детская шкала проявлений тревожности (CMAS), Шкала личностной тревожности (А. М. Прихожан) и методики «Состояния и свойства тревожности» (Ч. Спилбергер, Ю.Ханин). Самостоятельная работа слушателей по диагностике тревожности как состояния и свойства личности. Обсуждение отчетов по результатам диагностики тревожности как состояния и личностного свойства средствами Шкалы проявлений тревожности (CMAS), Шкалы личностной тревожности и «Состояния	2	8

и свойства тревожности». Предварительный анализ связи между тревожностью, ВНД и страхами.		
Тема 4. Диагностика тревожности у детей: проективные методы Преимущества и ограничения проективных методов диагностики. Проективные методы диагностики тревожности у детей. Графические характеристики методики «Кактус» как признаки тревожности. Самостоятельная работа по диагностики тревожности у детей средствами методики «Кактус». Письменный отчет и обсуждение результатов диагностики.	2	4
Тема 5. Диагностика агрессивности у детей: тесты-опросники Концепция агрессивности и враждебности (А. Басс, А. Дарки). Самостоятельная работа по диагностике средствами теста А. Басса и А. Дарки. Письменный отчет и обсуждение результатов диагностики агрессивности.		4
Тема 6. Диагностика агрессивности у детей: проективные методы Агрессивность как свойство личности и эмоциональное состояние, реакция. Причины развития и признаки проявления невротической и защитной агрессии. Отличие явной агрессивности от невротической и защитной. Самостоятельная работа по диагностике средствами методики «Тест руки». Самостоятельная работа по диагностике средствами методики «Несуществующее животное». Письменный отчет и обсуждение результатов диагностики по обоим методикам.	2	8
Тема 7. Диагностика ПТСР у детей Критерии А, В, С, D и F для клинической диагностики ПТСР. Сравнительный анализ содержания клинических и психологических критериев ПТСР. Самостоятельная работа по диагностике ПТСР. Письменный отчет и обсуждение результатов диагностики.		4
Тема 8. Опыт системного описания личности для решения задач реабилитации Принципы системного описания личности. Комплексный подход к исследованию личности. Подготовка психографии испытуемого на основе результатов комплексного исследования личности испытуемого. Защита психографии.	2	6
Модуль 3. Рекомендации по оказанию психолого-педагогической помощи в рамках реабилитации детей		
Тема 1. Психолого-педагогическая реабилитация как вид социально-реабилитационной деятельности Психологическая и педагогическая помощь. Соотношение реабилитации и помощи. Виды помощи. Экстренная, краткосрочная и пролонгированная психологическая помощь.	2	2
Тема 2. Психокоррекция в связи с регрессией: восстановление действий и навыков, утраченных после психотравмы Регрессия как механизм самозащиты от психотравмы. Проявления регрессии. Историко-культурная концепция развития высших психических функций, теория обучения и развития (Л. С. Выготский). Методика восстановления действий и навыков, утраченных после		4

психотравмы с позиций культурального подхода. Изучение опыта восстановления действий и навыков у детей.		
Тема 3. Коррекция острой тревоги Реализация культурального подхода в коррекции острой тревоги. Этапы осуществления коррекции по методике «Работа с талисманом». Изучение опыта коррекции острой тревоги у детей.		4
Тема 4. Коррекция страхов: интегральный подход Единая стратегия коррекции страхов у детей. Синергическое использование корригирующего и терапевтического потенциала рисования и игры в интегральной методике. Этапы реализации коррекционной методики. Изучение опыта коррекции страхов у детей.		6
Тема 5. Коррекция эмоциональных расстройств: арт-терапия на основе символической переработки переживаний Этапы реализации коррекционной методики. Оценка эффективности методики. Краткосрочная психотерапия. Изучение опыта коррекции эмоциональных расстройств у детей средствами различных видов арттерапии.		4
Тема 6. Эмоциональное отреагирование как техника работы с последствиями ОСП и ПТСР Организация условий для эмоционального отреагирования средствами различных техник и упражнений. Изучение опыта организации эмоционального отреагирования детей средствами различных видов арттерапии.		4
Тема 7. Психокоррекция родительско-детских отношений Роль семьи в успешной реабилитации психологического состояния ребенка после психотравмы и психопрофилактики развития отложенного ПТСР. Виды родительско-детских связей. Рекомендации по психологическому консультированию матерей в целях создания психологически безопасной среды развития ребенка.		4
Всего	58 ч.	74 ч.
Итого: 132 часа		

Программа
создания благоприятной среды в процессе обучения детей,
пострадавших от террористической деятельности
(для педагогов)

<i>Первый этап. Определение учеников, нуждающихся в благоприятной среде - здоровьесберегающем обучении, развитии и профилактике вторичной психотравматизации.</i>	
Определение учеников с признаками: -ослабленного здоровья и истощенности; - астенизации – повышенная утомляемость при выполнении обычных физических и умственных нагрузок.	Ознакомление с результатами медицинского обследования учеников.
Определение учеников с признаками эмоциональных нарушений и отложенного ПТСР вследствие психотравмы, острых стрессовых расстройств.	Ознакомление с результатами психодиагностики. Выявление учеников с подтвержденными страхами и высокой тревожностью, ведущей к неуверенности в себе и низкой самооценке; сниженной умственной работоспособностью, сниженной способностью к концентрации внимания.
<i>Второй этап. Педагогическая диагностика</i>	
На основании ее результатов педагог определяет наличный уровень знаний, умений и навыков, а также имеющихся пробелов у ученика. Кроме того, педагог использует заключение психолого-медико-педагогической комиссии.	Применение методов педагогической диагностики (тестирование, беседа, выполнение заданий, выявление ошибок и их фиксирование, анализ допущенных ошибок). Планирование работы по устранению пробелов с учетом предмета, возраста (устный опрос, самостоятельные и контрольные работы, интерактивные тесты, работа с карточками по темам, составление карты индивидуального контроля). Учет достижений ученика.
<i>Третий этап. Организация благоприятной среды средствами избирательных методов обучения и педагогической поддержки, учитывающих индивидуальные различия и особенности детей, пострадавших от террористической активности.</i>	
Учет в процессе обучения: - состояния физического здоровья ученика (выраженное ослабленное здоровье, истощение, отсутствие полноценного сна); - низкая сопротивляемость функциональных систем организма развитию утомления, наступающего при выполнении обычных для этого возраста умственных нагрузок.	Создание комфортной среды здоровьесберегающего обучения. Методы постепенного наращивания объема учебной нагрузки до обычной, начиная от минимальной до первых признаков развития утомления. Активное и регулярное применение упражнений для отдыха в игровой форме.
Учет в обучении эмоциональных состояний и особенностей как последствий пережитой	Как и выше, регулярно практиковать постепенное наращивание объема нагрузки

в ЗТА психотравмы, индикаторами которых являются: - быстрое утомление на занятии; - в процессе длительной работы нарастает количество ошибок, снижается концентрация внимания; - сниженная активность вследствие поверхностного сна, страшных снов; - низкая самооценка, сомнение в своих возможностях; - предпочтение легких заданий, так как «мотивация избегания неудачи» преобладает над «мотивацией достижения успеха», - тревожность, а иногда – явная боязливость.	и восстановление через игровые упражнения в частых перерывах. Использование словесной инструкции, указаний на то, где нужно сосредоточиться и методов для стимулирования устойчивости внимания (самоконтроль и проверка своих ошибок); поощрение и похвала за внимательность; привлечение матери к развитию внимания у ребенка в специально организованных играх и т.д. Активное применение методов позитивной поддержки. Применение методов организации занятий, способствующих снижению тревожности, росту уверенности в своих возможностях (постепенное повышение трудности заданий, начиная с заведомо легко выполнимых; стимулирование самооценки успеха и достижений путем сравнения с прежними результатами; применение «косвенной похвалы» и др.).
Учет в учебном процессе индивидуально-типологических особенностей (тип темперамента) для реализации индивидуального и дифференцированного подхода.	Варьирование методов объяснения нового материала, опроса, оценки, поощрения, мотивирования к достижению результатов на основе учета типологических свойств ученика. Учитывать связанные с темпераментом различия в темпе работы, скорости усвоения новой информации, скорости переключения от одного вида деятельности к другому, преобладающего вида памяти, динамики работоспособности в течение занятия, реакции на замечания и т.д. Приоритетное создание благоприятных условий для учеников с флегматическим и меланхолическим темпераментом как предрасположенных к вторичной психотравматизации и развитию стрессовых расстройств.

Личное дело ребенка

1 *Титульный лист* с фотографией.

Название учреждения _____

Личное дело № _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____

Дата открытия личного дела _____

2 *Опись* документов и материалов с указанием наименования документа и количества его страниц. Заверяется подписью сотрудника, ответственного за ведение личных дел. Все копии документов заверяются печатью и подписью с пометкой «Копия верна».

3 *Копии документов*, удостоверяющих личность и полномочия законных представителей ребенка, место их работы.

4 *Справка* о составе семьи.

5 *Копия свидетельства* о рождении ребенка.

6 *Информационные письма и запросы* с ответами, отражающие переписку с компетентными органами по вопросам защиты прав и законных интересов ребенка, восстановления его социального статуса.

7 *Сведения о ребенке*.

а) *Социальная ситуация развития* ребенка.

- Документы, подтверждающие социальный статус ребенка;
- справки о наличии, социальном положении и местонахождении родителей (законных представителей) и/или родственников, их адреса и телефоны;
- копия свидетельства о смерти родителя и другие документы, подтверждающие отсутствие родителей или невозможность воспитания ими ребенка;
- справка о безвестно отсутствующем родителе;
- жилищно-бытовые условия, документы о жилплощади.

б) *Состояние здоровья* ребенка

- выписка из медицинской карты (если есть);
- выписка из протоколов психолого-медико-педагогического консилиума, копия заключения психолого-медико-педагогической комиссии.

в) *Состояние обученности и проблем* ребенка.

- Характеристика педагога – соответствие уровня знаний и умений возрастным нормам, проблемы в обучении, потребность в педагогической коррекции и помощи в связи с запущенностью.
- Документы об образовании (табели и другие, если есть).

г) *Эмоционально-психическое состояние* ребенка.

- Заключение психолога по данным диагностики, результатам оказания психологической помощи. Отражение в заключении основных данных из Карты индивидуального развития.

д) Подтверждение об отнесении к категории детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

- Документы о признании ребенка как нуждающегося в оказании услуг по социальной реабилитации;

- Копия индивидуального плана социальной реабилитации.

Карта индивидуального развития ребенка

фамилия, имя

I. Данные медицинского обследования

Состояние физического здоровья ребенка.

Для заполнения этого раздела используются данные обследования врачей и логопеда. В целях определения направлений психокоррекции и создании благоприятной среды обучения необходимы также сведения о выраженных заболеваниях у ребенка, степени истощенности организма, астенизации и нарушениях речевого развития.

II. Первичная информация о нервно-психическом состоянии

Источник: структурированное интервью с матерью.

Карта индивидуального развития

фамилия, имя

I. Данные медицинского обследования

Состояние физического здоровья ребенка.

Для заполнения этого раздела используются данные обследования врачей и логопеда. В целях определения направлений психокоррекции и создании благоприятной среды обучения необходимы также сведения о выраженных заболеваниях у ребенка, степени истощенности организма, астенизации и нарушениях речевого развития.

II. Первичная информация о нервно-психическом состоянии

Источник: интервью с матерью (по А.Ю. Кругликовой и Ю.В. Крымовой).

Показатели	До отъезда в ЗТА		В данное время		Через 1 год после реаб-ции		Через 2 года после реаб-ции		Через 3 года после реаб-ции	
	да	нет	да	Нет	да	нет	да	нет	да	нет
Тики, энурез, заикание										
Раздражителен, легко возбудимый										
Неустойчивое, легко меняющееся поведение, капризы										
Часто бывает в плохом настроении, ворчит, злится										
Нередко задумчив, печален, подавлен										
Легко обижается, плачет										
Много переживает, волнуется										
Страхи										
Боязлив, чрезмерно осторожен										
Часто беспокоится без видимой причины, не переносит ожидание										
Мнительный, постоянно колеблется в выборе решений, сомневается										
Требуется постоянно помощи, несамостоятелен, не остается один										
Не уверен в себе, своих силах, нерешителен в действиях, поступках										
Настороженный, недоверчивый, подозрительный										

Упрямый, любит делать наоборот										
Легко устает										
Часто бывает вялым, заторможенным, сонливым, излишне скован, напряжен										
Не может сосредоточиться, легко отвлекается										
Плохо засыпает, просыпается ночью, боится, плохое самочувствие утром										
Грызение ногтей, сосание пальцев, выдергивание волос и т.д.										

III. Данные психолого-педагогического обследования

Особенности эмоционального развития

«Страхи в домиках» (А. И. Захаров и М. Панфилова)

Дата _____ Результат _____

Тест «Сказка» Л. Дюсс

Дата _____ Результат _____

Шкала проявлений тревожности (CMAS)

Дата _____ Результат _____

Шкала личностной тревожности (А. М. Прихожан)

Дата _____ Результат _____

«Состояния и свойства тревожности» (Ч. Спилбергер, Ю.Ханин)

Дата _____ Результат _____

Проективная методика «Кактус»

Дата _____ Результат _____

Опросник диагностики агрессивности (А. Басс, А. Дарки)

Дата _____ Результат _____

«Несуществующее животное» (М. З. Дукаревич), «Несуществующее злое животное» (А. Л. Венгер)

Дата _____ Результат _____

Родительская анкета для оценки травматических переживаний детей (Н.В.Тарабрина)

Дата _____ Результат _____

Рекомендации: _____

Оказанная помощь (коррекция, тренинг, консультирование и т.п.): _____

Оценка эмоционального развития

	1 год		2 год		3 год	
	начало года	конец года	начало года	конец года	начало года	конец года
Страхи						
Ситуативная тревожность						
Личностная тревожность						
Агрессивность						

Травматические переживания						
----------------------------	--	--	--	--	--	--

Особенности интеллектуального развития

Оценка интеллектуального развития

Процессы	1 год			2 год			3 год		
	низкий	средний	высокий	Низкий	средний	высокий	низкий	средний	высокий
Мышление									
Понимание									
Память									
Внимание									

Рекомендации: _____

Оказанная помощь _____

Данные педагогической диагностики

Заключение педагога или психолого-медико-педагогической комиссии (в начале и конце коррекционной работы) о степени соответствия уровня учебных знаний, умений и навыков возрасту ребенка, наличии или отсутствии пробелов

Особенности коммуникативного развития

Оценка уровня коммуникативного развития

Показатели	1 год		2 год		3 год	
	начало года	конец года	начало года	конец года	начало года	конец года
Оценка речевого общения у детей по результатам наблюдения						
Метод экспертной оценки коммуникативного развития ребенка (А.Г. Самохвалова, О.Д. Чугунова)						
Барьеры в общении со светскими специалистами						
Игровые навыки						

Психолого-педагогическая коррекция (по годам) _____

IV. Динамика индивидуального развития

Динамика развития по годам			
Годы реабилитации	Эмоциональное Развитие	Интеллектуальное развитие	Коммуникативное развитие
Первый год			
Второй год			
Третий год			
Общая динамика индивидуального развития			
Первый год			
Второй год			
Третий год			

Индивидуальный план социальной реабилитации ребенка

Сведения о законных представителях: _____

(Ф.И.О., дата рождения, место работы, контактный телефон)

Сведения о ребенке: _____

(Ф.И.О., дата рождения)

Адрес проживания и контактный телефон _____

(адрес регистрации, если не совпадает с адресом проживания)

Мероприятия	Срок исполнения	Ответственные
Правовые услуги		
Правовое консультирование законных представителей ребенка.		Юристы
Правовая помощь в получении необходимых документов, идентификации личности, экспертизе.		
Образовательные услуги		
Социально-педагогическое консультирование и сопровождение.		Организации образования (педагоги, социальные педагоги)
Педагогическая диагностика и обследование уровня развития (при необходимости).		
Контроль за успеваемостью. Оказание своевременной помощи в обучении и социальной адаптации в школе.		
Получение среднего и при согласии дополнительного образования (в частности, по государственному и иностранному языку).		
Психологические услуги		
Психологическая диагностика (по запросу).		Психологи организаций образования и здравоохранения
Социально-психологический патронаж (систематическое наблюдение).		
Психологическое консультирование матери/опекуна и ребенка.		
Оказание экстренной психологической помощи.		
Проведение коррекционных занятий (при необходимости, по запросу).		
Медицинские услуги		
Оказание услуг в рамках перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.		Организации здравоохранения
Культурные услуги		
Вовлечение ребенка в досуговые мероприятия.		Организации образования; теологи и религиоведы при содействии исполнительного органа
Развитие у ребенка способностей, интересов, вовлечение в кружки и секции.		
Организация встреч законных представителей ребенка со специалистами в сфере религиозной деятельности		
Социально-бытовые услуги		
Устройство в детские дома и детские дома семейного типа.		Органы управления образованием,

Устройство в приюты, центры адаптации несовершеннолетних и центры поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.		социальные работники.
Информирование о возможных льготах и выплатах, предусмотренных семье.		
Содействие матери в организации трудоустройства, обретении профессиональных навыков.		

**Образец комплексной системы оценки деятельности
местного исполнительного органа**

Оценка эффективности деятельности местного исполнительного органа
на организационном уровне

Блок «Организация и планирование социальной реабилитации детей»		
№	Мероприятия по блоку	Индикаторы эффективности
1	Организация и проведение комплексной психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК).	Проведение ПМПК в запланированные сроки; выполнение поручения по проведению ПМПК в полном объеме.
2	Создание субъектами (актерами) социальной реабилитации планов мероприятий на основе заключения и рекомендаций ПМПК, изучения Карты индивидуального развития ребенка и других документов.	Создание актерами планов в полном объеме и в указанные сроки; качество подготовленных планов (учет всех особенностей и потребностей ребенка).
3	Согласование индивидуальных планов социальной реабилитации ребенка с органом по защите прав ребенка	Оперативность, выполнение в указанные сроки.
4	Создание веб-сайта на платформе «электронного акимата» (по желанию)	Оперативность, выполнение в указанные сроки.
<i>Интегральный показатель результативности деятельности - (%)</i>		

Оценка эффективности деятельности местного исполнительного органа
на практическом уровне

Блок «Реализация мероприятий по социальной адаптации детей»			
№	Мероприятия	Показатели	Индикаторы
<i>Правовые услуги</i>			
1	Мероприятие	Качество	Удовлетворенность качеством оказанных услуг (оценка удовлетворенности со стороны законных представителей; отсутствие существенных замечаний по результатам оценки качества независимыми экспертами или некоммерческими общественными организациями в сфере защиты прав детей; отсутствие необоснованных жалоб, в том числе на веб-сайте «электронного акимата».
		Оперативность	Решение вопросов в определенные сторонами сроки; оперативное устранение бюрократических барьеров.
		Полнота оказанных услуг	Услуга оказана в полном объеме, согласно индивидуальному плану реабилитации ребенка; невыполненные мероприятия связаны с объективными причинами, не зависящими от возможностей местных исполнительных органов.
2	Мероприятие		
3	Мероприятие		

...			
Образовательные услуги			
	Здесь и далее по мероприятиям в других видах услуг используется алгоритм, приведенный выше.		
Психологические услуги			
Медицинские услуги			
Культурные услуги			
Социально-бытовые услуги			
Интегральный показатель результативности деятельности - (%)			

Оглавление

	стр.
Введение	3
1 Словарь терминов	4
2 Роль и опыт Казахстана в возвращении детей из зон террористической активности	9
3 Государственная защита ребенка, пострадавшего от террористической деятельности: международные правовые документы и национальная законодательная база	13
4 Руководство по организации социальной реабилитации для специалистов заинтересованных государственных органов, педагогов-психологов и социальных педагогов	
4.1 Оценка ресурсов для организации реабилитационной работы с детьми.....	20
4.1.1 Оценка ресурсов: казахстанский опыт и проблемы реабилитации детей, возвращенных из зоны террористической активности	20
4.1.2 Подготовка специалистов по социальной реабилитации: программа подготовки педагогов-психологов и социальных педагогов	26
4.1.3 Программа по созданию в рамках учебного процесса благоприятной среды для детей, пострадавших от террористической деятельности. Рекомендации для педагогов.....	94
4.2 Формирование практических инструментов по организации работы с детьми	99
5 Актуальность контроля и мониторинга социальной реабилитации детей: процесс его организации и реализации	
5.1 Формирование индикаторов по оценке эффективности социальной реабилитации детей со стороны педагогов- психологов	102
5.2 Разработка комплексной системы оценки деятельности местного исполнительного органа в рамках социальной реабилитации детей	106
Заключение	111
Список использованных источников	112
Приложение А. Программа подготовки специалистов (образец).	119
Приложение Б. Программа создания благоприятной среды для обучения детей, пострадавших от террористической деятельности (образец).	123
Приложение В. Личное дело ребенка (образец).....	125
Приложение Г. Карта индивидуального развития ребенка (образец).....	127
Приложение Д. Индивидуальный план социальной реабилитации ребенка (образец).....	130
Приложение Е. Комплексная система оценки деятельности местного исполнительного органа (образец).....	132

Сокращения

ЗТА - зона террористической активности

ООН - Организация Объединенных Наций

ОСР - острое стрессовое расстройство

ПТСР - посттравматическое стрессовое расстройство

**Казахстанский опыт социальной реабилитации детей, пострадавших от
террористической деятельности: опыт, проблемы и перспективы.
Организация работы с детьми, пострадавшими от террористической деятельности**

Печать была подписана 06.06.2022 г. Формат 60×84 1/16.

Бумага офсетная. Офсетная печать.

Тип шрифта «Times New Roman». Усл. п.л. 8