



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН  
ГБУ ДПО РД «ДАГЕСТАНСКИЙ ИНСТИТУТ РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ»  
ЦЕНТР ВОСПИТАНИЯ, ПСИХОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

## **Психологическая адаптация детей, возвращенных из зон боевых действий: методы поддержки**



**Методическое пособие предназначено для педагогов - психологов,  
социальных педагогов, работающих с детьми с ПТСР.**

**Автор-составитель:  
Тажутдинова Г.Ш.**

**Махачкала 2024 г.**

ББК-66.4

Печатается по решению учебно-методического совета Дагестанского института развития образования

Протокол № 8 от 30.08.2024г.

Регистрационный № 980

**Автор-составитель:**

**Тажутдинова Г.Ш.** – к.психол.н., руководитель Центра воспитания, психологии и педагогики ГБУ ДПО РД «ДИРО», доцент кафедры психологии ФГБОУ ВО «ДГПУ».

***Рецензенты:***

**Магомедханова У. Ш.** – к.психол.наук, доцент кафедры психологии ФГБОУ ВО «ДГПУ»

**Курбанов А.Д.** – проректор по научной и учебной работе ДИРО

## **Аннотация**

Предлагаемое пособие «Психологическая адаптация детей, возвращенных из зон боевых действий: методы поддержки» составлено для выполнения государственного задания и плана работы ДИРО, а также в целях оказания помощи для классных руководителей, воспитателей, педагогов - психологов, социальных педагогов, руководителей ОУ в проведении и планировании своей деятельности; в составлении программ реабилитации детей с ПТСР, вернувшихся из зон боевых действий. Пособие содержит информацию о различных психотерапевтических интервенциях, а также принципы психодиагностических и психокоррекционных подходов при реабилитации таких детей.

## Содержание

ВВЕДЕНИЕ.....	5
Глава 1. Примерный план работы образовательной организации по психолого-педагогическому сопровождению детей и подростков эвакуированных из зоны военных действий.....	7
Глава 2. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) как комплекс психофизиологических реакций у детей и подростков, эвакуированных из зоны военных действий.....	9
2.1. События, связанные с военными действиями.....	9
2.2. Диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).....	11
2.3. Виды посттравматических стрессовых расстройств.....	13
2.4. Клинические типы посттравматического стрессового синдрома.....	13
2.5. Диагностика посттравматического стрессового расстройства.....	14
2.6. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей.....	15
Причины развития посттравматической болезни у детей.....	15
2.7. Психологическая помощь пережившим экстремальную ситуацию как профилактика посттравматического стрессового расстройства.....	17
Основные направления реабилитации (ПТСР).....	17
Глава 3. Основные психотерапевтические мишени при работе с детьми с психологическими травмами.....	20
3.1. Методы психотерапии при работе с детьми с ПТСР.....	20
Для диагностики проявлений и оценки эффективности психологической помощи при ПТСР используются различные опросники и шкалы.....	20
1. "Полуструктурированное интервью (ПИВППСД) для выделения признаков ПТСР у детей" (разработан А.И.Шепиной, А.В.Макарчук). ..	20
2. "Опросник субъективного дистресса" (ОСД) (М.Хоровиц в адаптации С.Лебедевой) для измерения постстрессовой реакции и типа её протекания.....	20
3.2. Игротерапия и арт-терапия при работе с детьми и подростками с ПТСР.....	22
3.3. Психосинтез при работе с детьми и подростками с ПТСР.....	23
3.4. Когнитивно-поведенческая терапия при работе с детьми и подростками с ПТСР.....	24
3.5. Гештальт-терапия при работе с детьми и подростками с ПТСР.....	27
Вопросы для самоконтроля.....	28
Литература:.....	29
Приложение 1.....	30
Приложение 2.....	32

## ВВЕДЕНИЕ

Пребывание в зоне боевого конфликта является стрессогенной, психотравмирующей ситуацией. Ребёнку, пережившему травматические события необходима высококвалифицированная психологическая помощь. Чем раньше оказывается помощь ребёнку, чем доступнее система поддержки родителей и доверенных лиц, тем легче снять посттравматический синдром. Исход адаптации и реабилитации во многом зависит от того, насколько рано была оказана помощь. Люди, которые прошли войну никогда не будут прежними, так как перемещение на чужую территорию, ужасы войны, страха, паники ведут к дестабилизации психики. И если взрослым с этой ситуацией удастся справиться более или менее, то детям приходится совсем трудно. Дети не могут саморегулироваться и адаптироваться в социуме, не могут создать в себе ресурс для внутреннего изменения и продолжения жизненной стратегии. Взрослые не всегда могут помочь детям пережить стрессогенную ситуацию.

Статистика приводит данные, по которым посттравматическое стрессовое расстройство (далее ПТСР) развивается у 25–80% лиц, которые пострадали в результате чрезвычайных обстоятельств. Тема детей, пострадавших от военных действий заслуживает отдельного рассмотрения, так как здесь мы имеем целый комплекс проблем. Помимо потери близких эти дети испытали и страх собственной смерти, и страх за своих родственников. У значительного числа лиц ПТСР хронифицируется. Встречаются и дети, потерявшие сразу всех своих родных, видевшие многие жестокие убийства, рушащиеся дома. На фоне посттравматического стресса, которому оказываются подвержены дети, особенно тяжело справиться с трудностями. На наш взгляд, эта тема особенно важна и заслуживает детального рассмотрения.

В этом году в Дагестан из Республики Ирак и Сирийской Арабской Республики привезли 17 несовершеннолетних, 9 из которых школьного возраста, 8 – дошкольного. Дети, привезенные из зон конфликтов представляют из себя весьма жалкое зрелище. Они не обладают достаточной эмоциональной зрелостью, чтобы справиться с эмоциональной нагрузкой, они легко возбудимы и не стабильны. Также, многие дети не знают языка и социально неадаптированы.

Психологическая адаптация, процесс долгий и нелегкий. Чем старше ребенок, тем труднее ему адаптироваться, и тем труднее принять ту социальную ситуацию, в которую он попал. У многих детей в Сирии и в Ираке остались родители, часто мама, и часто в тюрьме. Мы посещали многие столичные школы, где обучаются дети, а также наша работа состояла в поездках по республике и проведении адаптационных мероприятий и психологической реабилитации. Педагоги махачкалинской МБОУ «СОШ №42» рассказывали, что в дату, когда из тюрьмы (из Ирака) должна звонить мама, семиклассник настолько расстраивается, скучает и расстраивается, что его невозможно покормить обедом. Ребенок замыкается, обхватывает колени руками, раскачивается и плачет. И если в своих адаптационных процессах он перешел на довольно высокую ступень, то один звонок из прошлого может

вернуть работу психолога на начальную стадию. Ведь мама, даже осужденная, для ребенка остается мамой.

Дети делились, как было жарко в Сирии, как они жили в лагере, в палатке, как им привозили воду, как они ждали мам и пап, а их не было. Все ужасы войны, пережитые детьми, заставляют содрогнуться от жалости и безысходности. В России, в частности в Дагестане многие дети живут с опекунами, бабушками или близкими родственниками. Родителей у них нет: ни пап, ни мам.....

В рамках комплекса мер адаптации, по исправлению личностных деформаций детей, подвергшихся деструктивным психологическим воздействиям, основной задачей становится создание программ психолого-педагогической работы с данной категорией детей.

Программы психолого-педагогической работы с названной категорией подростков должны включать диагностические методики для определения условий сопровождения и ресоциализации детей названной группы риска в их новом социальном контексте.

В данном пособии мы попытались систематизировать работу с посттравматическими факторами, а также рассмотреть структуру диагностической и коррекционной помощи таким детям для разработки и построения программ реабилитации.

## **Глава 1. Примерный план работы образовательной организации по психолого-педагогическому сопровождению детей и подростков эвакуированных из зоны военных действий**

Адаптационные мероприятия категории детей, возвращенных из зон боевых действий должны проводиться совместными усилиями всех сотрудников школы. Это комплексная работа и ее эффективность зависит от консолидации педагогических работников, от родителей и опекунов. В первую очередь значимые взрослые должны обеспечить безопасность ребенка, поддержать его нормальное развитие и вселить веру в собственные возможности.

### **Какие задачи реализует педагог-психолог:**

1. оптимальный выбор важных методов, форм, определение наиболее приемлемых методов, форм решения личных и социальных проблем;
2. подбор различных реабилитационных программ для ребенка/семьи;
3. работа с родителями по развитию эмоционального интеллекта, развитию навыков детско-родительских отношений.

Деятельность педагога-психолога по психологическому сопровождению детей, эвакуированных из зоны военных действий в образовательных организациях, включает в себя:

1. создание банка данных о детях, эвакуированных из зоны военных действий;
2. анализ результатов медицинского, социального и психолого-педагогического обследования данной категории детей;
3. подведение итогов работы для составления психолого-педагогической характеристики на основе проведенных методик, анкетирования, бесед, диагностического инструментария;
4. разработку и реализацию комплексной программы «Психолого - социально-педагогического сопровождения обучающегося» в рамках которой, осуществляются следующие мероприятия:
  - непосредственная помощь детям беженцам (обход домов, беседы с опекунами);
  - работа по выбору профессии, ознакомление с различными профессиями, проведение профориентационной диагностики;
  - профилактическая работа по устранению аддикций, профилактика потребления психоактивных веществ и наркопотребления;
  - профилактика суицидального поведения, оптимистической настрой и накопление жизненной энергии;
  - уроки психологии и педагогики, цикл уроков «Разговоры о важном», внеурочные мероприятия, развитие системы дополнительного, своевременное осуществление психологической помощи и поддержки;
  - консультирование по выстраиванию взаимоотношений, взаимодействию между родителями и детьми;

- профилактическая работа с обучающимися, которым предстоит государственная итоговая аттестация;

- выявление обучающихся, нуждающихся в консультации ПМПК района;

- психологическая диагностика: проективный тест личностных отношений, социальных эмоций и ценностных ориентаций «Домики», автор О.А. Орехова; проективная методика М. А. Панфилова «Кактус» (выявление наличия агрессии, ее направленности и интенсивности); методика А. Баса и А. Дарки, адаптация А.К. Осницкого (показателей и форм агрессии), тест Люшера и т.д.

- организация совместной работы классного руководителя и ребенка (использование результатов диагностики индивидуально – психологических особенностей детей, составление рекомендаций по осуществлению индивидуального подхода, руководство по устранению проблем обучения)

- построение траектории работы с семьей, направленная на выработку алгоритма совместных действий, рекомендации родителям в построении детско-родительских отношений, оказание помощи в создании благоприятных условий для адаптации взрослых и детей к новым жизненным ситуациям;

- работа с психотравмирующими ситуациями для отрегулирования их последствий, использование разного вида игр, использование психологических игр, а также арт-терапии для снятия напряжения и зажимов; сплочение классного коллектива на основе нахождения механизмов сплочения [4].

Психологическое сопровождение как создание переходного пространства совместного бытия для работы по психологической реабилитации подростков, эвакуированных из зоны военных действий является наиболее приемлемой моделью психологической помощи. Возникающие у подростков изменения при психологическом сопровождении помогают им восстановить разрушенные связи с миром, найти точку опоры в самих себе. Формируется новый, позитивный образ мира у детей, новые отношения с собой, с другими людьми, с жизнью в целом [5].

**Выделяют следующие этапы психологического сопровождения детей:**

1. Комфортное психологическое пространство, которое обеспечивает:  
- чувство безопасности вовне (в физическом пространстве бытия) и доверие к специалисту по сопровождению (психологическая безопасность).

2. Работа по возрождению чувств и умению отражать травматический опыт.

3. Работа с разрушительными чувствами (освобождение от них), результатом которой становится «расчистка» внутреннего пространства, высвобождающая место для принятия новых чувств.

4. Проведение работы по принятию и укреплению своего «Я»:

- принятие ценности себя и своей жизни;

- осознание себя не частью государства, а необходимой частью жизни.

5. Проведение работы по расширению внешнего пространства;

изменению отношений к окружающим людям и способов взаимодействия с ними; освоению новых жизненных ролей и моделей поведения; обретению уверенности в своих силах.

б. Открытость внешнему миру и способность к переменам за пределами образовательного пространства.

Система комплексной помощи ребенку, пережившему ужасы войны выстраивается таким образом, что в любую минуту он может получить экстренную психологическую помощь и консультирование в специализированных центрах. И, конечно, в работе сданной категорией детей применяется только гуманистический подход и безоценочные формы взаимодействия, терпеливое, доброе и ровное отношение [4].

## **Глава 2. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) как комплекс психофизиологических реакций у детей и подростков, эвакуированных из зоны военных действий**

### **2.1. События, связанные с военными действиями**

В случае с детьми возвращенцами основными психотравмирующими факторами является непосредственная угроза жизни и здоровью ребенка и его близких, физические травмы и психологическая неустойчивость ребенка. Как один из симптомов ПТСР психология рассматривает комплекс «вина выжившего».

Наиболее типичными последствиями травматических ситуаций для дошкольников являются откат на раннее достигнутые уровни в психике (энурез, страх разлуки с родителями, страх перед незнакомыми людьми, утрата имевшихся навыков)

У детей старшего возраста наблюдаются проблемы поведенческого характера. Им свойственны реакции от депрессии до агрессии. Также отмечены соматические жалобы при относительно здоровом теле и хороших анализах, то есть не имеющих органической природы. При длительной разлуке с родителями во время войны у детей отмечены такие нарушения, как депрессия, неспособность испытывать удовольствие, нарушение социальных контактов [1].

**Посттравматический синдром** или посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) представляет собой целостный комплекс симптомов нарушения психической деятельности, возникший в результате единоразового или повторяющегося внешнего сверхсильного травмирующего воздействия на психику пациента (физическое и/или сексуальное насилие, постоянное нервное перенапряжение, связанное со страхом, унижением, сопереживанием страданиям окружающих и т.п.).

Посттравматический синдром характеризуется необычайно яркими воспоминаниями травмирующего характера, на фоне повышенной тревожности или относительного спокойствия.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — это специфическая клиническая форма нарушения процесса посттравматической стрессовой адаптации. Критерии диагностики ПТСР содержатся в международном диагностическом стандарте МКБ-10 — Международном

классификаторе болезней. ПТСР отнесено к группе расстройств, связанных с нарушением адаптации и реакции на сильный стресс. ПТСР возникает в результате воздействия на человека травматических событий, связанных с гибелью, серьезными ранениями людей, возможной угрозой гибели или ранений. При этом человек, переживший травматическую ситуацию, может быть, как жертвой происходящего, так и свидетелем страданий других лиц.

ПТСР имеет тенденцию не проходить с годами, а наоборот, принимать скрытую форму и переходить в латентную форму. Но психика может давать сбой на относительно спокойном фоне и в относительно спокойных условиях. Это было выяснено не только военного стресса, но и техногенных катастроф. Поэтому последствия различных катастроф исчисляются не только видимыми жертвами, но и скрытыми последствиями в виде жертв психического расстройства. Вот этот патологический синдром и зовется ПТСР. Показатели распространенности ПТСР у лиц, переживших экстремальные ситуации, по данным исследований, колеблются от 10% (у свидетелей события) до 95% среди тяжело пострадавших.

Цифры эти зависят от многих факторов, частности от конкретного характера стрессогенного события. Это могут быть события глобального характера (землетрясения, цунами, извержение вулкана и т.д.), так и локального характера (взрывы, убийства), а также от группы свидетелей.

Посттравматическое расстройство может появиться в любом возрасте, но, учитывая природу ситуаций, вызывающих это расстройство, оно чаще встречается у лиц молодого и раннего детского возраста. Результаты исследований показывают, что подверженность ПТСР коррелирует с определенными физиологическими и психическими нарушениями, которые либо возникают как следствие травмы, либо присутствуют изначально. К числу таких нарушений относятся: невроз, тревога, депрессия, склонность к суицидальным мыслям или попыткам, медикаментозная, алкогольная или наркозависимость, психосоматические расстройства, заболевания сердечно-сосудистой системы [1].

У 80-100% пациентов с ПТСР имеется какое-либо из перечисленных сопутствующих заболеваний, а чаще всего два или более. Кроме того, у страдающих ПТСР особую проблему представляет высокий показатель самоубийств или попыток самоубийств. Интенсивность психотравмирующей ситуации является фактором риска возникновения ПТСР. Другими факторами риска являются: низкий уровень образования, социальное положение; предшествующие травматическому событию психиатрические проблемы; наличие близких родственников, страдающих психиатрическими расстройствами, хронический стресс [1, с.40].

Большое значение придается личностной уязвимости, способности индивидуума справиться с событием, которое расценивается как жизненная катастрофа.

## 2.2. Диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР)

**Критерий А.** В отношении человека, пережившего когда либо травматическое событие должны выполняться следующие пункты:

1. Человек был участником, свидетелем, либо еще каким-либо образом оказался причастен к событию (событиям), которые включают смерть или угрозу смерти, или угрозу серьезных повреждений и/или угрозу физической целостности других людей (либо своей собственной);

2. В травматической ситуации человек испытал интенсивный страх, беспомощность или ужас.

**Критерий В.** Травматическое событие постоянно переживается одним (или более) из следующих способов, причем для постановки диагноза ПТСР достаточно наличия одного из этих симптомов:

- повторяющиеся непрекращающиеся навязчивые воспоминания, вызываемые повторяющимися в памяти как навязчивые и непрекращающиеся-непроизвольные навязчивые состояния;

- кошмарные сны, заставляющие пробуждаться в холодном поту или вызывать крики, возгласы;

- периодически повторяющиеся действия или ощущения, а также признаки диссоциативных состояний. Проявляются они в том, что человек периодически совершает действия, как будто травмирующее событие происходит вновь и вновь. Это могут быть состояния, ощущений «оживания» прошлого в виде галлюцинаций, разных фобий, страхов, «флэшбэк-эффекты», появляющиеся в полной потере связи с реальностью и возникновении полного ощущения «перенесения» в травматическую ситуацию. «Флэшбэк-эффекты» проявляются в неадекватном поведении, но соответствующем ситуации травматизации.

- воспоминания, вызываемые при встрече или спровоцированные подходящей ситуацией или датой, которые вызывают ассоциации и символизируют их (например 20 лет с событий в Беслане).

Непроизвольное повышение психофизиологической реактивности в ситуациях, которые символизируют различные аспекты травматического события или связаны с ним ассоциативно (местность, звуки, запахи, тип лица человека и т.п.).

**Критерий С.** Появившееся вновь, не наблюдавшееся ранее чувство избегания всего, что связано с травмой, уход с места травмы, психологическое удаление себя из ситуации травмы (для постановки диагноза патология должна быть сочетанной, необходимо наличие хотя бы трех признаков):

1. Человек прикладывает усилия для того, чтобы избегать любые мысли и чувства, различных разговоров, имеющих отношение к травме.

2. Человек избегает действий и места, а также людей, которые пробуждают воспоминания о травме.

3. Человек не может вспомнить о важных аспектах травматической ситуации.

4. У человека снижается интерес к жизни, теряется интерес к значимым до травмы занятиям.

5. У человека появилось чувство отстраненности или отдалённости от остальных людей.

6. Положительные реакции снижены, слабая выраженность положительного эффекта (блокада положительных эмоциональных реакций, эмоциональное оцепенение, «бесчувственность»).

7. Чувство бесперспективности будущего (отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, детей, долгой жизни, ожидание скорой смерти, конца света, глобальной катастрофы).

**Критерий D.** Повышенная психологическая возбудимость, которой не было до травмы (для постановки диагноза ПТСР необходимо наличие минимум двух симптомов).

1. Трудно засыпает и плохо спит (ранние пробуждения) — это связано с возможными кошмарами (избегание сна, «страшно заснуть») и/или с повышенной тревожностью и эмоциональным дистрессом, который сопровождается навязчивыми размышлениями и трудными воспоминаниями.

2. Трудно контролируемая раздражительность или вспышки гнева.

3. Трудно сосредотачивает внимание — в некоторые моменты человек может сконцентрироваться, но малейшее внешнее воздействие или изменение внутреннего состояния резко выбивают его из колеи.

4. Очень сосредоточен, находится в состоянии «гипербдительности», то есть постоянного ожидания чего-либо плохого.

5. Реакция испуга на внезапные раздражители преувеличенная или гипертрофированная — на любой резкий внезапный звук (выхлоп, выстрел, стук и т.п.) или на ощущение внезапного движения на периферии поля зрения, или на неожиданное прикосновение.

**Критерий E.** Протекание расстройств длительно (одновременное проявление необходимого по критериям B, C и D количества симптомов) — более чем 1 месяц.

**Критерий F.** Клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или выраженные нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности вызывает расстройство [2].

Книга «Травма, её природа и пути исцеления» (электронная ссылка - [https://www.researchgate.net/publication/353192218\\_Travma\\_ee\\_priroda\\_i\\_puti\\_i\\_scelenia](https://www.researchgate.net/publication/353192218_Travma_ee_priroda_i_puti_i_scelenia)) объясняет суть психотравматических событий, а также факторы, которые облегчают или затрудняют передачу этого опыта отдельными лицами и группами людей. Кроме того, в книге рассматриваются состояния, которые могут возникнуть у людей после травматических событий.

### **2.3. Виды посттравматических стрессовых расстройств**

1. Более трех месяцев продолжающееся, острое ПТСР, характеризующееся яркими проявлениями всех симптомов заболевания.

2. Наиболее яркие симптомы снижаются, однако нарастают признаки истощения центральной нервной системы и начинают формироваться деформации характера (грубость, эгоизм, сужение круга интересов).

3. Отсутствие характерных симптомов ПТСР (навязчивые воспоминания, подсознательное желание забыть о происшедшем, приступы тревоги и страха). В том случае, когда ПТСР длится долго и пациент не получил нормальной адекватной социальной и психологической поддержки.

4. ПТСР, проявляющееся через полгода и более после воздействия травмирующей ситуации, так называемый отсроченный ПТСР. Как правило, отсроченная форма посттравматического синдрома развивается после воздействия какого-либо провоцирующего фактора (дополнительная психическая или физическая травма, нервное перенапряжение, стресс, связанный с переездом и т.п.). При этом заболевание может протекать как в острой, так и в изначально хронической форме.

### **2.4. Клинические типы посттравматического стрессового синдрома**

Для каждого реального больного ПТСР, и в общем для посттравматического синдрома характерны отдельные группы симптомов или разноплановых признаков. У одних больных одни признаки проявляются наиболее ярко, занимая ведущее положение, у других – не типично и не ярко.

**Тревожный тип** посттравматического синдрома характеризуется высокой частотой приступов навязчивых воспоминаний (от нескольких раз в неделю до нескольких раз в сутки), возникающих на фоне постоянного нервного перенапряжения. Таких пациентов мучают ночные кошмары, поэтому они подсознательно боятся заснуть и страдают от бессонницы. Им характерны постоянные ночные кошмары, боязнь заснуть и не проснуться, ощущение нехватки воздуха и сдавленности грудной клетки.

Для этого типа необходимо находиться в спокойной обстановке, чтобы не возбуждать нервную систему.

Больные с тревожным типом ПТСР страдают от нарушения социальной адаптации, которое, однако, связано не с патологическими изменениями черт характера, а с тяжелым психологическим состоянием и повышенной раздражительностью. Такие пациенты легко идут на контакт и нередко самостоятельно обращаются за медицинской помощью. Они готовы обсуждать свои проблемы с врачом-психологом, хотя в повседневной жизни всячески избегают ситуаций, напоминающих о полученной травме.

**Астенический тип** - преобладает симптоматика истощения нервной (в переводе астения означает отсутствие тонуса) – на первый план выходят такие симптомы, как слабость, вялость, резкое снижение умственной и физической работоспособности.

Пациенты с астеническим типом ПТСР характеризуются потерей интереса к жизни и ощущением собственной ущербности. Приступы навязчивых воспоминаний не столь ярки, поэтому не сопровождаются ощущением ужаса и симптомами нарушения деятельности вегетативной нервной системы.

Астеники с трудом переносят большие компании, шумные сборища, вечеринки. Они не могут расслабиться, принять или наоборот, отпустить ситуацию, все время чем то недовольны.

Таким больным трудно подняться с постели, они как бы в состоянии полусна, но не жалуются на бессонницу.

Как правило, пациенты с астеническим типом посттравматического синдрома не избегают разговоров о пережитом и часто самостоятельно обращаются за медицинской помощью.

**Дисфорический тип** - это озлобленный тип ПТСР, больные находятся как бы во взрывоопасном состоянии, или в мрачно-подавленном настроении. Их состояние можно охарактеризовать как взрывоопасное. Они замкнуты, не предъявляют жалоб, но похожи на «мину замедленного действия».

Такие больные замкнуты и стараются избегать окружающих. Они никогда не предъявляют каких-либо жалоб, так что попадают в поле зрения врачей исключительно в связи со своим неадекватным поведением.

**Соматоформный тип** развивается при отсроченном ПТСР. Люди этого типа характеризуются большим количеством жалоб, причем разнородных, как со стороны сердечно-сосудистой системы, так и со стороны желудочно-кишечного тракта, нервной и половой системы, а также гормональных срывов.

Пациентов беспокоят головные боли по типу мигрени, ощущение замирания сердца или/и сердцебиения, боли в области сердца и в эпигастрии (под ложечкой), кишечные колики, изжога, горечь во рту, нарушения стула и т.п. Характерно, что при большом количестве жалоб данные объективного обследования (лабораторные анализы, ЭКГ и т.п.) не обнаруживают выраженных нарушений.

При соматоформном типе ПТСР больных также беспокоят приступы навязчивых состояний, которые сопровождаются выраженной реакцией со стороны вегетативной нервной системы. Но пациенты фиксируют внимание не на эмоциональных переживаниях картинке из прошлого, а на состоянии собственного здоровья. Они избегают всякого напоминания о травмирующем событии, поскольку уверены, что могут умереть во время одного из приступов от инфаркта, инсульта, остановки сердца и т.п.

Как правило, такие пациенты не избегают общения с окружающими, но обращаются не к психологу, а к врачам других профилей (кардиолог, гастроэнтеролог, невропатолог).

## **2.5. Диагностика посттравматического стрессового расстройства**

Диагноз посттравматического стрессового расстройства устанавливается при наличии следующих критериев, которые были разработаны при клинических наблюдениях за участниками военных событий и лицами, пережившими природные катастрофы.

**1.** Наличие факта той или иной степени вовлеченности в экстремальную ситуацию катастрофического характера:

- ситуация представляла реальную угрозу для жизни, здоровья и благосостояния пациента или/и других людей;
- стрессовая реакция на ситуацию (ужас, ощущение беспомощности, моральные переживания от страданий окружающих).

**2.** Навязчивые воспоминания о пережитом:

- яркие навязчивые воспоминания;
- ночные кошмары, сюжетами которых является травмирующая ситуация;
- признаки "флеш-бэк" синдрома;
- выраженная психологическая реакция на напоминание о ситуации (ужас, тревога, ощущение беспомощности);
- симптомы реакции вегетативной нервной системы в ответ на напоминание о ситуации (повышение частоты сердечных сокращений, сердцебиение, холодный пот и т.д.)
- симптомы реакции психосоматики

**3.** Подсознательное желание "забыть" о катастрофе, вычеркнуть ее из жизни:

- избегание разговоров о ситуации, а также размышлений, связанных с катастрофой;
- избегание всего, что может так или иначе вызвать воспоминание о ситуации (места, люди, действия, запахи, звуки и т.п.);
- исчезновение из памяти многих деталей о происшедшем.

**4.** Повышенная стрессовая активность центральной нервной системы:

- нарушения сна;
- повышенная раздражительность, вспышки агрессии;
- снижение функции внимания;
- общая тревожность, состояние сверхбдительности;
- повышенная реакция на испуг.

**5.** Достаточная продолжительность сохранения патологических симптомов (минимум один месяц).

**6.** Нарушения социальной адаптации:

- снижение интереса к деятельности, которая ранее приносила удовольствие (работа, хобби, общение);
- снижение эмоциональных контактов с окружающими вплоть до полного отчуждения;
- отсутствие планов на длительную перспективу.

## **2.6. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей**

### **Причины развития посттравматической болезни у детей**

Дети и подростки более чувствительны к психическим травмам, чем взрослые, так что риск развития ПТСР у них значительно выше. Это касается абсолютно всех экстремальных ситуаций, которые вызывают посттравматический синдром в зрелом возрасте (войны, катастрофы, похищения, физическое и сексуальное насилие и т.п.).

Кроме того, многие специалисты считают, что в список причин развития посттравматических стрессовых расстройств у детей и подростков следует дополнительно включить такие экстремальные для них ситуации, как:

- тяжелая болезнь одного из родителей;
- смерть одного из родителей;
- помещение в интернат.

### **Психология симптомов посттравматического стресса у детей**

Как и взрослые, дети с посттравматическим стрессом стараются избегать ситуаций, напоминающих о трагическом происшествии. У них также нередко наблюдаются эмоциональные приступы при встрече с ключом, проявляющиеся криком, плачем, неадекватным поведением. Однако в целом наплывы воспоминаний днем у детей встречаются значительно реже, чем у взрослых, и переносятся легче.

Поэтому довольно часто маленькие пациенты стараются пережить ситуацию еще раз. Они используют сюжеты травмирующей ситуации для своих рисунков и игр, которые нередко при этом становятся однообразными. Пережившие физическое насилие дети и подростки нередко становятся агрессорами в детском коллективе.

Из нарушений сна у детей чаще всего наблюдаются ночные кошмары и сонливость днем, подростки нередко боятся уснуть и по этой причине не высыпаются.

У детей дошкольного возраста психология посттравматического стресса включает такую особенность как регрессия, когда ребенок как бы возвращается назад в своем развитии и начинает вести себя как дитя младшего возраста (теряются определенные навыки самообслуживания, упрощается речь и т.п.).

Нарушения социальной адаптации у детей, в частности, проявляются в том, что ребенок теряет возможность представить себя взрослым даже в фантазии. Дети с ПТСР становятся замкнутыми, капризными, раздражительными, малыши младшего возраста боятся расставаться с мамой.

### **Как поставить диагноз посттравматический стрессовый синдром у детей**

Постановка диагноза ПТСР занимает значительно больше времени у диагноза, своевременного медицинского вмешательства и лечения зависит от своевременности постановки диагноза.

При длительном течении ПТСР дети значительно отстают в умственном и физическом развитии, у них появляется необратимая патологическая деформация черт характера, у подростков раньше, чем у взрослых, возникает склонность к асоциальному поведению и развитию разного рода зависимостей.

Между тем, некоторые экстремальные ситуации, такие, к примеру, как физическое и/или сексуальное насилие, могут возникать без ведома родителей или опекунов малыша. Поэтому следует срочно обратиться за медицинской помощью, если возникают следующие тревожные симптомы:

- ночное недержание, кошмары, тревожный сон;
- вялый аппетит, бессонница;

- однотипные игры или повторяющиеся однообразные рисунки с повторяющимся сюжетом;
- поведенческая реакция неадекватная и вызов различных раздражителей (испуг, плач, агрессивные действия);
- потеря некоторых ранее приобретенных навыков самообслуживания, появление сюсюканья, канюченья или других черт поведения, характерных для детей младшего возраста;
- страх расставания с мамой, плач, истерики;
- 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, ранее приносившим радость и удовлетворение
- жалобы на боли в области сердца или в эпигастрии, неожиданно появившиеся приступы мигрени;
- вялость, слабость, сонливость, избегание общения со сверстниками и малознакомыми людьми;
- снижение способности к концентрации внимания;
- постоянное попадание в несчастные случаи.

#### **Негативные последствия посттравматического стресса включают:**

- психопатизацию личности пациента (необратимое патологическое изменение черт характера, затрудняющее адаптацию человека в обществе);
- развитие вторичной депрессии;
- появление навязчивостей и фобий (страхов), таких, к примеру, как агарофобия (страх открытого пространства (площадь и др.)), клаустрофобия (паника при попадании в замкнутое пространство (лифт и т.п.)), боязнь темноты и др.;
- возникновение приступов немотивированной паники;
- развитие разного рода психологических зависимостей (алкоголизм, наркомания, игровая зависимость и т.д.);
- асоциальное поведение (агрессия по отношению к окружающим, криминализация образа жизни);
- суицид.

## **2.7. Психологическая помощь пережившим экстремальную ситуацию как профилактика посттравматического стрессового расстройства**

### **Основные направления реабилитации (ПТСР)**

Существует много направлений и методов, которые эффективно использовались и используются для коррекции ПТСР. А.Л. Пушкирев, В.А. Доморацкий, Е.Р. Гордеева выделяют четыре направления методов: 1. Образовательное направление включает в себя информационную поддержку, обсуждение книг и статей, знакомство с основными концепциями физиологии и психологии. Например, только простое знакомство с

диагностической симптоматикой ПТСР помогает больным осознать то, что их переживания и трудности не уникальны, «нормальны» в сложившейся ситуации, и это дает им возможность осуществлять контроль за своим состоянием, выбирать средства и методы, которыми можно добиться выздоровления.

2. Холистическое направление - область целостного отношения к здоровью. Специалисты по формированию здорового образа жизни отмечают, что физическая активность, правильное питание, духовность и развитое чувство юмора вносят большой вклад в выздоровление человека как единого целого. Врач, который обращает внимание своих пациентов на эти стороны целостного существования человека, часто обнаруживает и активирует такие способности к восстановлению человека, которые были скрыты даже от него самого. Здоровый образ жизни — с достаточной физической активностью, правильным питанием, отсутствием злоупотребления алкоголем, отказом от наркотиков, избеганием употребления возбуждающих питательных веществ (например, кофеина), со способностью с юмором относиться ко многим событиям нашей жизни — создает основу для восстановления после тяжелых травматических событий, а также способствует продлению активной и счастливой жизни (Пушкарев, Доморацкий, Гордеева, 2000).

3. Социальное направление. Сюда можно включить развитие сети самопомощи, формирование общественных организаций, оказывающих поддержку людям с ПТСР. Очень важна оценка социальных навыков, их тренировка, уменьшение иррациональных страхов, помощь в умении преодолевать риск формирования новых отношений. К этой категории относятся и формы организации социальной работы, которые помогают течению процесса выздоровления.

4. Терапевтическое направление (фармакотерапия, психотерапия) включает в себя собственно психотерапию, направленную на проработку травматического опыта, работу с горем, разумное использование фармакотерапии для устранения отдельных симптомов. Из методов самопомощи приведем приемы, ведущих к ослаблению нежелательных реакций:

- уделяйте здоровью больше времени, чем прежде;
- соблюдайте режим труда и отдыха, правильно питайтесь, занимайтесь спортом;
- уделяйте больше внимания эмоциональному комфорту и времени на те дела, которые особенно приятны;
- не избегайте общения. Нужно чаще находиться среди людей, быть полезным другим. Активная социальная жизнь поможет ощутить душевный комфорт.
- не следует ожидать, что воспоминания уйдут сами по себе. Чувства останутся и будут беспокоить в течение длительного времени. Вот почему важно иметь возможность поговорить по душам.

Если проявления посттравматического стрессового расстройства вы видите у близкого человека, то в этой ситуации можно помочь ему, соблюдая правила:

1. Постарайтесь создавать условия для «задушевного» разговора. Это необходимо для того, чтобы дать негативным чувствам и переживаниям выйти наружу. Иногда мы боимся говорить с человеком о травмирующих событиях, которые произошли в его жизни, нам кажется, что это затронет его чувства, в то время как сам человек сам хочет выговориться. Но нельзя давить на человека, если он не хочет говорить.

2. Будьте готовы к сильным эмоциональным реакциям человека, если вам удалось завести «задушевный разговор». Помните, что та «душевная боль» или агрессия, которую человек может «изливать» в вашем присутствии, к вам не имеет отношения. Вы просто помогаете человеку освободиться от нее.

3. «Не отталкивайте» человека, даже если он «отталкивает» вас. Продолжайте оказывать ему поддержку и выражать свою любовь. Принимайте человека таким, какой он есть.

4. Важно создать вокруг человека спокойную, принимающую атмосферу, не создавая при этом особых условий из-за того, что он перенес травму, поскольку многих людей это заставляет чувствовать себя неполноценными, обижает их, иначе человек не научится жить в новых условиях, а навсегда останется «жертвой обстоятельств». Эти меры могут ослабить проявление проблемы, но не помогут преодолеть посттравматическое стрессовое расстройство, поэтому обращение к специалисту необходимо.

Этапы профессиональной помощи.

Первым этапом любой психологической консультации является психологическая диагностика. Она может проходить в форме тестов, но чаще это просто беседа, в ходе которой специалист уясняет подробности проблемной ситуации обратившегося к нему человека.

Второй этап — это заключение так называемого «психотерапевтического договора». Как правило, этот договор не принимает форму официального юридического документа, это просто некая договоренность между специалистом и клиентом о порядке их совместной работы (с какой проблемой идет работа, как долго она может продлиться, из каких этапов будет состоять, на какой результат рассчитана).

Третий этап — начало работы над проблемой. На этом этапе самым важным совместным достижением специалиста и клиента является создание, расширение и укрепление тех психологических ресурсов, которые помогут справиться с травматическим опытом. Для того чтобы справиться с психологической травмой, нужны психологические, душевные силы; подготовка, «выращивание» этих сил определяет успешность дальнейших коррекционных мероприятий.

Четвертый этап — проработка травматического опыта. Эта стадия работы начинается тогда, когда накоплены силы и человек уже готов встретиться с воспоминаниями, переживаниями того события, которое вызвало психологическую проблему. Человек на этом этапе переживает и принимает травмирующую ситуацию. Когда мы употребляем слово «пережить», мы предполагаем, что это событие становится частью личного

опыта человека, в то время как посттравматическое стрессовое расстройство предполагает, что психологически для человека эта ситуация является настоящим. Поэтому переживание травматического опыта является неотъемлемым этапом выздоровления.

Психологическая травма, полученная человеком, становится частью личного прошлого. Люди осознают, что дала им эта ситуация, чему она научила — «благодаря этой ситуации я стал сильным», «эта ситуация показала, что у меня есть настоящие друзья» и т.д. Последним в психологической коррекции посттравматического расстройства является этап, который специалисты называют «экологической проверкой». На этом этапе человек пробует жить с новым опытом. Эта стадия необходима для того, чтобы травматические переживания не вернулись вновь. Ведь зачастую человек привыкает жить в своей проблеме, привыкают к этому и люди, окружающие его.

В этот период человек обсуждает со специалистом изменения, которые происходят в его жизни в связи с работой над травмой. Таким образом, происходит проверка того, насколько человек справился с посттравматическим стрессовым расстройством, проверкой, которую устраивает сама жизнь

### **Глава 3. Основные психотерапевтические мишени при работе с детьми с психологическими травмами.**

#### **3.1. Методы психотерапии при работе с детьми с ПТСР**

Для диагностики проявлений и оценки эффективности психологической помощи при ПТСР используются различные опросники и шкалы.

1. "Полуструктурированное интервью (ПИНВПСД) для выделения признаков ПТСР у детей" (разработан А.И.Шепиной, А.В.Макарчук).
2. "Опросник субъективного дистресса" (ОСД) (М.Хоровиц в адаптации С.Лебедевой) для измерения постстрессовой реакции и типа её протекания.
3. "Диагностика острой реакции на стресс" (ОРС), проводится в соответствии с МКБ-10.
4. "Методика экспресс диагностики посттравматического состояния качества психоэмоциональной жизни" (адаптация А.Н.Михайлова).
5. Проективная диагностика "рисунок человека" (К.Маховер).
6. "Индекс шкалы синдрома ПТСР" (С.А.Хусейн, В.Р.Холкомб).
7. "Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций" (МШ) для оценки выраженности посттравматических стрессовых реакций.

Л. Шнейдер при оказании психологической помощи детям и подросткам в кризисном состоянии рекомендует использовать следующие техники: информирование, метафору (анalogии), установление логических

взаимосвязей, проведение логического обоснования, самораскрытие, конкретное пожелание, парадоксальная инструкция, работа с убеждениями, эмоциональное заражение, отреагирование неконструктивных эмоций, релаксацию, переоценку, ролевое проигрывание, внутренние переговоры и др. [9]. Однако изолированное использование эти техник вне понимания психотерапевтических мишеней, построения концептуализации (когнитивной модели расстройства) признается неэффективным лечением. На основе проанализированной нами отечественной литературы по психотерапевтической помощи детям и подростка с ПТСР нами были выделены физиологические, эмоциональные, поведенческие и когнитивные мишени терапии (табл.1)

Мишени терапии	Возрастные периоды		
	Дошкольный возраст (4-7 лет)	Младший ранний возраст и ранний подростковый (8-11 лет)	Подростковый и ранний юношеский возраст (12-17 лет)
физиологические	Прерывистый сон Недержание мочи (энурез, энкопрез) Боль в области грудной клетки, живота	Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (понос, рвота, тошнота)	Нарушение сна Тикозное состояние, дрожание (тремор) Цефалгии Тремор
эмоциональные	Безотчетный страх, тревога Грезы Защитное фантазирование Агрессивность Подавленная агрессивность (у девочек)	Навязчивые состояния Специфические страхи Агрессивность в отношении других Подавленная агрессивность у девочек Тревога	Чувство страха и вины, Агрессия, Чувство отверженности и одиночества
когнитивные	Легкая умственная отсталость; Мистификация; Всеобщая тревожность	Наличие легкого когнитивного дефицит Обучение с трудом	Наличие легкого когнитивного дефицита Трудности понимания собственных эмоций, мыслей, поведения Катострофизация, черно-белое

			мышление «негативный фильтр»
поведенческие	Бытовая беспомощность и пассивность в обычных бытовых делах Плохой аппетит Повтор переживаний травмы Регрессивные симптомы Коммуникативные нарушения Трудности адаптации Заторможенность	Навязчивые формы поведения Наличие травматических игр Акцент на безопасность себя и других Негативизм, агрессивное поведение Заторможенность	Девиантное поведение, установка аддикций, изменения в личностных конструктов

### 3.2. Игротерапия и арт-терапия при работе с детьми и подростками с ПТСР

Для младших школ А.Л. Венгер и Е.И. Морозова рекомендуют проводить терапию преимущественно с использованием методов игровой терапии, а со старшими – арт-терапии. Для начала должно быть организовано психотерапевтическое пространство. Например, в период работы А.Л. Венгера и Е.И. Морозовой ситуация в городе определялась всеобщим трауром, непрекращающимися похоронами, еженедельными поминальными обрядами (в соответствии с национальной культурной традицией) и массовым горем. В противовес этому А. Л. Венгер постарался организовать «островок нормальной детской жизни», с целью преодолеть погруженность детей и родителей в тягостные воспоминания, захваченность трагическими переживаниями. Обязательным было организация системы напоминаний и внешней мотивации для детей в ходе реабилитационного процесса [3]. А.Л. Венгер пишет, что «уходя домой, каждый ребенок получал в подарок игрушку, которая, могла послужить напоминанием о деятельности в Центре и тем самым способствовать закреплению результатов психокоррекции» [3]. Детям и подросткам задавались творческие домашние задания. Например, нарисовать и принести рисунок, сделать и принести какую-нибудь поделку. Эти творческие задания вывешиваются на стене в процессе занятий. Отметим, что А.Л. Венгер считает, что на выполнении этих домашних заданий не нужно настаивать. Каждое занятие в арт-терапии и игротерапии детей с ПТСР рекомендуется строить по алгоритму «волны»: сначала постепенно включать детей в деятельность, ее интенсивность повышать по типу градиента, доходить до некоторого максимума, а затем снижать. Занятие

заканчивать спокойной деятельностью (например, рисованием) или техниками релаксации (дыхание, мышечные упражнения). Обязательным является включение в реабилитационный процесс детей свободной игры (недирективная игро-терапия) и свободной художественной деятельности как в индивидуальной, так и групповой форме. Они рекомендуют, чтобы группы были разновозрастными. В рамках одного и того же занятия разным детям предлагаются разные роли, что позволяет обеспечить высокую степень индивидуализации психотерапевтического процесса. Например, старшим детям (подросткам) нередко предлагается роль «помощника руководителя», «проверяющего» [3]. При свободной художественной деятельности А.Л. Венгер рекомендует использовать любые способы для самовыражения: краски, кисти, вода, карандаши, пастель, пластилин, белую, цветную бумагу, бисер. При рисовании можно предложить ребенку нарисовать лучшее, что с ним произошло сегодня или в течение недели, либо худшее. Нарисовать свою семью (в образе животных, в какой-либо обстановке), себя (себя через какое-то время), своего лучшего друга (самого близкого взрослого), свое желание (мечту). Используя вырезки из журналов, создать коллаж о себе. Попросить нарисовать дорогу своей жизни. Особое внимание уделять конструированию и аппликации. Можно использовать игры с определенным набором кукол: агрессивные, дружелюбные, изображающие семью, врачей, куклы-ведьмы, животные. Игрушка позволит помочь ребенку осознать свои страхи, посредством проигрывания травматических ситуаций. Способствовать усилению эмоций, чувствовать себя защищенным посредством кукол. Рекомендуется использование техник: рассказывание историй, песочной терапии, ролевых игр. В последнее время в качестве вспомогательных техник в психотерапии детей с ПТСР рекомендуется использовать: музыкотерапию, водную терапию, фокусы и настольные игры. Эти виды деятельности позволяют ребенку расслабиться (снизить агрессию, тревожные проявления), проявить свои чувства, установить и поддерживать контакт ребенку, помочь ребенку в формировании адекватной самооценки [3].

### **3.3. Психосинтез при работе с детьми и подростками с ПТСР**

Это направление терапии направлено на использование образных техник для обучения навыкам совладания с травматическим опытом, проблемной ситуацией. Используется процесс визуализации образа, который включает в себя обучение детей и подростков техникам релаксации (дыхательные и мышечные техники), так и воспроизведение ситуаций, в которых ребенок оказывается в сложных и опасных обстоятельствах и может успешно с ними справиться с помощью дыхательных техник и воображения. При работе с детьми с ПТСР используется техника направленной визуализации образа. Например, путешествие в лес, к морю. Эта техника направлена на то чтобы ребенок понял, что с помощью своего воображения он может достичь желаемого результата и снизить (изменить) состояние своего напряжения. В этом направлении терапии активно используется визуализация эмоций, что помогает детям понять свои негативные и положительные эмоции, исследовать свое эмоциональное состояние и научиться его регулировать [4]

### **3.4. Когнитивно-поведенческая терапия при работе с детьми и подростками с ПТСР**

При психотерапевтической работе с детьми среднего и старшего дошкольного возраста во всем мире золотым стандартом, является когнитивно-поведенческая психотерапия, ориентированная на работу с психологической травмой (Trauma-focused cognitive behavioral therapy). Это директивное направление психокоррекционной работы зарекомендовало себя во всем мире и позволяет преодолеть последствия различных психологических травм, поведенческих и эмоциональных проблем.

Первоначально данное направление психотерапии было разработано для лечения монофобий, тревоги, депрессивных эпизодов у взрослых людей. Далее оно применялось при лечении взрослых людей, которые стали жертвами изнасилования в последствии которого развивались симптомы посттравматического стрессового расстройства. Совсем недавно это направление психотерапии было применено и адаптировано для детей дошкольного, младшего школьного возраста и подростков с эмоциональными и поведенческими проблемами. Например, страхами, чрезмерной тревогой, расстройством приема пищи, расстройствами сна [6].

Когнитивно-поведенческая психотерапия не только хорошо зарекомендовала себя для решения проблем в следствии перенесенной психологической травмы, но и для преодоления трудностей в обучении у детей. Особенно стоит отметить отдельное применение этого направления в помощи родителям в решении поведенческих проблем со своими детьми.

Когнитивно-поведенческая психотерапия – это кратковременная психокоррекционная работа, которая включает в себя 12-18 сеансов от 20-30 минут до 50-90 минут в зависимости от возрастных особенностей ребенка, потребности в психотерапевтической помощи, степени психологического состояния ребенка.

Цели когнитивно-поведенческой психотерапии [6]:

- Снижение отрицательных эмоциональных и поведенческих реакций, которые могут носить реактивный характер в следствии перенесённых психологических травм.
- Обеспечить поддержку, и обучить навыкам эффективного совладания с эмоциональным дистрессом, депрессивными эпизодами у родителей.
- Обучить родителей навыкам оптимального реагирования на проблемы детей и поддержки своих детей.

Вся работа с ребенком дошкольного возраста носит адаптированный к возрастно-психологическим особенностям ребенка характер.

Используются наглядные схемы, игрушки (особенно полезны игрушки бибабо), активно используется интерактивная доска для рисунков, планшетный компьютер с установленной программой (TriangleofLife). Занятия проводится индивидуально. Включают в себя занятия с ребенком и

родителем (опекуном), или совместные занятия с ребенком и родителем вместе. Каждый сеанс предназначен для построения терапевтических отношений, а также психообразования, обучения навыкам эффективного совладания с напряжением, организации безопасной среды для решения и переработки травматического опыта.

Совместные «детско-родительские сессии» направлены, чтобы помочь родителям и детям на практике использовать освоенные техники для снижения напряжения, тревоги, страхов. Также направлены на содействие эффективной связи родитель-ребенок для обсуждения, переживания перенесенной травмы.

Когнитивно-поведенческая психотерапия психологической травмы включает в себя три направления работы [6]:

- Когнитивную психотерапию – направленную на изменение поведения. Работу с негативными автоматическими мыслями, образами, убеждениями, верованиями.

- Поведенческую психотерапию – направленную на изменение привычных неадаптивных ответов (гнев, страх, тревога). Выявление ситуаций, стимулов которые вызывают эти ответы.

- Семейную психотерапию – направленную на исследование закономерностей взаимодействия между членами семьи и помогает выявить и решить проблемы.

Работа воспитателя, клинического психолога, дефектолога строится на выстраивании безопасной среды, в которой ребенок может вербально (рассказ) или не вербально (рисунок, ролевая игра и др.) рассказать о своем травматическом опыте. Работа с убеждениями, негативными (деструктивными) эмоциями ребенка с применением поведенческих и когнитивных техник.

Для начала работы с психологической травмы с одной стороны важно формирование безопасной среды взаимодействия специалиста и ребенка, а с другой научить ребенка «набору инструментов», стратегий для управления беспокойством, напряжением. Например, техника контролируемого дыхания, прогрессирующей мышечной релаксации и др. Все эти техники не просто осваиваются по подражанию за специалистом, но и проигрываются совместно ребенком в ролевой игре, чтобы он знал, в каких ситуациях лучше использовать эти техники. Обязательно дается домашнее задание. Например, делать упражнение раз в день. Также дополнительно можно попросить ребенка показать это упражнение родителям. В родительских сессиях, родителя ребенка обучают этим техникам и просят совместно с ребенком делать их каждый день уделяя этому определенное время.

Как было сказано выше психокоррекционная работа строится не только с ребенком, но и с родителями, которые не могут справиться с тем, что их ребенок оказался в ситуации психологической травмы. Родители часто испытывают «родительских дистресс» т.е. чрезмерное нервно-психическое напряжение сопровождающееся развитие функциональных расстройств со стороны различных систем органов. Это состояние сопровождается катастрофизирующими, дихотомическими (черно-белыми) негативными мыслями, которые усиливают напряжение)

Специалисты работают с негативными мыслями, носящими тревожно-руминирующий характер в их основе темы самообвинения, катастрофизации, должествование («я должна», «кто если не я»), тревога («а если», «а вдруг»). Обучает родителей техникам совладания со своим неадаптивным состоянием.

Одного из родителей просят также отслеживать эмоциональное состояние своего ребенка на протяжении хода психокоррекционной работы. Фиксировать по определенной аналоговой шкале (0-10 баллов) уровень тревожности, агрессивности, напряженности, замкнутости и показывать специалистам динамику [6].

Перед тем как подключить родителей к психотерапии обязательно нужно провести психообразование, которые включает в себя:

- Обсуждение результатов психологического (нейропсихологического) обследования (когнитивной, эмоциональной и волевой сферы) ребенка с выделением мишеней-терапии и построением рекомендаций.

- Обоснование и обзор психокоррекционной работы (психотерапии). Предоставление алгоритма, четких шагов. Например, сначала ребенка обучают навыкам совладания с дискомфортом, напряжением. Говорить о травмирующем событии с ребенком будет в специально организованных формах, медленно, с большей долей поддержки со стороны специалиста.

- Поговорить о детских психологических травмах, симптомах. Делать акцент на раннее начало психотерапии для предотвращения долгосрочных проблем у ребенка.

- Важность разговора с ребенком непосредственно о травме, чтобы помочь начать справляться со своими переживаниями о случившемся.

- Помочь родителю понять роль в психотерапии ребенка. Важно донести до родителя, что эта модель лечения подчеркивают важность совместной работы в команде. Любая инициатива родителя, вопросы, предложения приветствуются на всех этапах психотерапии.

- Разработка плана безопасности ребенка (навыки личной безопасности родителя и ребенка).

Основные техники, используемые в когнитивно-поведенческой психотерапии психологической травмы, можно сокращенно представить в форме аббревиатуры практика («PRACTICE»)

- П – Психообразование и обучение навыкам распознавания. Обсуждение с родителями, воспитателями о жестоком обращении с детьми. Типичные эмоциональные и поведенческие реакции в следствии психологической травмы. Обучение родителей эффективным стратегиям управления поведением и эффективному общению с ребенком, который перенес психологическую травму.

- Р – Методы релаксации. Обучение техникам осознанного дыхания, управляемому дыханию, прогрессирующей мышечной релаксации, релаксации с использованием визуальных образов.

- А – Аффективное (эмоциональное) выражение и регуляция этого выражения. Помогать ребенку и родителям управлять своими

эмоциональными реакциями, увеличивать эффективность выявлять негативные эмоции, выражать их менее дезадаптивно. Участие в успокаивающих видах деятельности.

- К – Когнитивная модель «Негативная автоматическая мысль – эмоции- поведение». На практике помочь понять связь между тремя этими компонентами. Изучение и исправление негативных автоматических мыслей, убеждений, верований, приводящих к дезадаптивным реакциям.

- Т – Повествование (рассказ) о травме и обработка этой информации. Постепенное изложение событий, выяснение неточных, негативных автоматических мыслей о произошедшем событии.

- И – Контроль эмоциональных реакций в естественных условиях. При напоминании в окружении ребенка о травме использовать техники совладания с напряжением.

- К – Совместные родитель-ребенок сессии, чтобы улучшить связь и создать возможности для терапевтического обсуждения перенесенной травмы.

- А – повышение личной безопасности, обучение навыкам безопасности, межличностного общения, стратегиями совладания с стрессом и воспоминаниях о перенесенной травме.

Однако в нашей стране специалисты в области детской психотерапии, психокоррекции не знакомы с данным краткосрочным, директивным направлением работы с детьми и родителями перенесшими психологическую травму. Отсутствуют русскоязычные источники, программы переподготовки специалистов для ознакомления с данным направлением детской психотерапии [5].

### **3.5. Гештальт-терапия при работе с детьми и подростками с ПТСР**

Направлена на помощь ребенку в осознании того, что с ним происходит «здесь и сейчас» [1;4]. Для детей с ПТСР и особенно для жертв насилия данное осознание особенно актуально. Большинство гештальт-техник рекомендуется для работы с детьми 5-12 лет. Ключевым моментом в терапии является принятие ответственности (использовать «я» вместо «мы» или «вы») за свои мысли, чувства и поведение. Замена «не могу» на «не хочу» («почему» на «что» и «как»; «я должен» на «я хочу») чтобы понять какую долю ответственности ребенок в случившемся берет на себя, эффективно при работе с личностными диссоциациями детей, возникшими в результате травмы. Благодаря этому ребенок определяет те жизненные сферы, где его «должен» и «хочу» приходят к согласию, что способствует интеграции полярностей. Используется «пустой стул» для разрешения внутренних и межличностных конфликтов. Работа с «самой большой слабостью» (техника «переклеивания ярлыков»). В ходе терапии с детьми используются фантазийные игры, которые способствуют осознанию детьми своих чувств. Например, игры «Куст роз», «Мудрец» [6]. Применяются элементы музыкальной терапии, что позволяет ребенку соприкоснуться со актуальными чувствами, а также оценить, что они слышат и о чем думают. Невербальные упражнения направлены на осознание

контакта глаз и процесса слушания. В связи с погруженностью прошлым, используются техники осознания настоящего. Например, «осознание чувств», «вкусовые ощущения», «зеркало». Целый спектр упражнений на формирование уверенности в себе: «Прикосновение», «Аплодисменты, аплодисменты!», «Формирование уверенности». Помимо развития двигательной координации у ребенка формируется положительная Я-концепция, ощущение своего мастерства, установка «Я это

### **Вопросы для самоконтроля**

1. Дайте определение травматического стресса.
2. Факторы риска возникновения ПТСР относятся:
3. К какой группе симптомов ПТСР относятся характеристики: повторные, навязчивые, негативные воспоминания о событии; связанные с событием сны; переживание нового стресса при событиях, напоминающих или символизирующих пережитую травму; внезапные поступки и чувства, как если бы пережитое событие происходило сейчас:
4. К какой группе симптомов ПТСР относятся характеристики: невозможность вспомнить детали происшедшего события; чувство отстраненности, отчужденности от других людей; избегание мыслей, чувств и деятельности, связанных с происшедшим событием; потеря доступа к ресурсам прошлого; обеднение чувств; отсутствие ориентации на дальнейшее будущее:
5. К какой группе симптомов ПТСР относятся следующие характеристики: повышенная раздражительность, наличие взрывных реакций; любые нарушения сна; трудности концентрации внимания; депрессивные состояния; сверхбдительность, связанная с отсутствием чувства безопасности.
6. Назовите этапы переживания травматической ситуации.
7. Профилактика ПТСР.
8. Оказание психологической помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях.

### Литература:

1. Брызгунов И.П. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков. Медпрактика-М, 2018. 144 с.
2. Венгер А.Л. Психологическая помощь детям и подросткам в чрезвычайных ситуациях (на опыте работы с жертвами террористического акта в Беслане) // Консультативная психология и психотерапия. 2016. № 1.
3. Венгер А.Л., Морозова Е.И. Психологическая помощь детям и подросткам после Бесланской трагедии. Владимир: Транзит-ИКС, 2009. 150 с.
4. Кадыров Р.В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь. СПб.: Речь, 2012. 448 с.
5. Мелёхин А.И. Игровая когнитивно-поведенческая терапия// Современное содержание дошкольного образования: вариативность, инициатива, устойчивое развитие. Иркутск: МЦПТИ «Микс», 2016. С. 68-71.
6. Лихи Роберт. Техники когнитивной психотерапии. Санкт-Петербург- Москва-Минск: «Питер» 2023г.
7. Пушкарев А.Л. Особенности коррекции посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у участников военных действий. Мн.: 2007. 40 с.
8. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: Теория и практика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. 304 с.
9. 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.
10. Шнейдер Л. Кризисные состояния у детей и подростков: направления работы школьного психолога. URL: [http://psy.1september.ru/view\\_article.php?ID=200901812](http://psy.1september.ru/view_article.php?ID=200901812) (Дата обращения: 15.09.16)

## Приложение 1.

### 1 вариант

#### Работа с травмой с использованием метафорических карт (МАК-терапия)

Оцените уровень силы травмы по 10 бальной шкале.

Достать карты:

1. Событие / ситуация;
2. То, что помогло в тот момент с травмой справиться;
3. То, что помешало справиться;
4. То, что могло еще помочь;
5. Выводы, которые я мог сделать в той ситуации.

Активировать карты.





## 2 вариант

### МАК-терапия при ПТСР. Практика

Сфокусируйтесь на состоянии, которое беспокоит, или на его симптоме. Те ответы, которые будут приходить из бессознательного, необходимо проговаривать вслух или записывать.

— Какие события всплывают в памяти, когда вы смотрите на первую карту? Что произошло? Как вы отреагировали? (см. карта «Травмирующее событие»)

— Что происходит с травмированной частью? Как она себя чувствует? (см. карта «Травмированная часть»)

— Как вы справились с этим? Какие стратегии использовали? Как вы можете объяснить себе произошедшее? (см. карта «Выживающая часть»)

— Как своей здоровой частью психики вы воспринимаете реальность? Как эта часть справляется с травмой и негативными переживаниями? (см. карта «Здоровая часть»)



## Приложение 2.

### Практические рекомендации для родителей Как помочь ребенку после травматического события

В результате пережитых травматических событий дети могут чувствовать собственную незащищенность и беспомощность в мире, который им не совсем понятен. Последствия подобного воздействия включают страх, ночные кошмары, регрессивное поведение (например, ребенок, который давно ходит в туалет, может мочиться в постель) или частые проявления агрессии.

Реакция ребенка на травматическое событие зависит от целого ряда факторов: возраст, характер, степень тяжести и близости к ребенку травматического события, а также уровень поддержки, получаемой от членов семьи и друзей. Именно поддержка, исходящая от родителей вовремя и после травмы, является основным фактором ее успешного преодоления. Большинство детей приходит в себя после травматического события без профессиональной помощи психологов, лишь благодаря поддержке близких. Поэтому очень важно, чтобы вы внимательно следили за проявлением у

ребенка любых симптомов подавленности и стресса и всегда были рядом с ним в это трудное время.

Ниже приведен ряд практических рекомендаций, которые помогут вам и вашему ребенку справиться с кризисной ситуацией.

- **Следите за собственной реакцией на происшедшее.** Дети вырабатывают собственную модель поведения, наблюдая за взрослыми, которые играют важную роль в их жизни (родители, учителя). Поэтому старайтесь сохранять спокойствие и внушать его ребенку, насколько это возможно. Возможно, что для этого вы захотите поделиться своими мыслями и чувствами с друзьями или членами семьи, а только потом приступить к разговору с ребенком.

- **Уделяйте ребенку побольше внимания.** Чуткость и внимание с вашей стороны позволят ребенку выразить свои мысли и почувствовать собственную защищенность, особенно в тяжелых ситуациях. Если ребенок хочет поговорить с вами о своих чувствах, поощрите его к разговору. Проявите понимание к тому, что он вам скажет, и объясните, что такие чувства, как страх, гнев и вина, являются вполне нормальной реакцией на "ненормальные" события.

- **Говорите с ребенком на понятном ему языке.** Любая информация должна быть рассказана ребенку в соответствии с его возрастом и уровнем развития. Избыток сведений может запутать маленьких детей и вызвать у них новые страхи и чувство незащищенности. С другой стороны, дополнительная информация поможет ребенку правильно понять, что же в действительности происходит. Важно поощрять ребенка к беседе, но, если он этого не хочет, никогда не настаивайте. В любом случае не следует сообщать ребенку различные необоснованные слухи и неправильную информацию о событиях.

- **Ограничьте доступ ребенка к средствам массовой информации.** Старайтесь оградить ребенка от просмотра фотографий и прямых репортажей с места трагических событий, например, террористических актов. Это особенно важно для детей дошкольного и младшего школьного возраста. Часто родители настолько захвачены драматическими событиями, транслируемыми по телевизору, что не думают о том, что эти события могут видеть и их маленькие дети. Подобные просмотры являются причиной ночных кошмаров или тяжелых мыслей у детей.

- **Старайтесь поддерживать обыденный распорядок жизни, убедите ребенка в том, что он находится в полной безопасности.** Поговорите с ребенком о том, как следует избегать травматических или стрессовых ситуаций в будущем. Это укрепит в нем ощущение безопасности и возможности управлять своей жизнью. Поддержание обычного образа жизни

очень убедительно действует на ребенка и является для него четким, не требующим слов доказательством собственной безопасности и стабильности.

**- Внимательно следите за проявлением любых признаков стресса.** Если ребенок играет в игры, которые вновь и вновь воспроизводят происшедшее с ним событие, или жалуется на "страшные сны", ни в коем случае не следует этого пропускать. Подобные модели поведения нормальны сразу же после травмы и помогают ребенку справиться с ней. Однако, если месяц спустя они не пропали, а лишь усилились, подумайте о том, стоит ли обратиться за профессиональной помощью.

**- Будьте особенно внимательны и чутки с подростками, демонстрирующими симптомы стресса.** Если подростки говорят или думают о самоубийстве, употребляют наркотики, плохо едят или плохо спят, или демонстрируют вспышки гнева, этого ни в коем случае нельзя пропустить. Подобными симптомами следует заняться немедленно, поскольку они не проходят сами по себе, без профессионального лечения.

**- Не забывайте о собственном душевном состоянии.** Поскольку вы являетесь главным источником помощи и поддержки ребенка, вы должны заботиться о себе. Общайтесь с семьей и друзьями, делитесь своими чувствами и переживаниями с другими взрослыми, особенно с теми, кто испытал нечто подобное. Старайтесь придерживаться сбалансированного режима питания.

**- Высыпайтесь, занимайтесь спортом и не забывайте о развлечениях.** Вновь повторяем – не стесняйтесь обращаться за профессиональной психологической помощью (консультации и лечение), если вам кажется, что она необходима для вас или вашего ребенка.