**Министерство образования и науки Республики Дагестан**

Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного

профессионального образования

**«Дагестанский институт развития образования»**

**Кафедра общей и специальной педагогики и психологии образования**

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

**«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

*Факультет психологии и философии*

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

**«Принципы и методы психологической реабилитации детей из зон боевых действий»**

**Методические рекомендации предназначены для классных руководителей, педагогов - психологов, социальных педагогов, руководителей ОУ.**

**Махачкала 2019 г.**

**Автор – составитель: А.С. Дамадаева –** доктор психол. наук, зав кафедрой общей и специальной психологии ГБОУ ДПО «ДИРО», профессор кафедры психологии развития и профессиональной деятельности ФГОУ ВО ДГУ

**Рецензенты:** Б. Ш. Алиева – д..пед.н., зав. кафедрой общей педагогики ФГОУ ВО ДГУ

**Печатается по решению учебно-методического совета кафедры психологии развития и профессиональной** деятельности ФГОУ ВО ДГУ **(Протокол № 9 от 13.05. 2019 года).**

 © А.С. Дамадаева, 2019г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

[ВВЕДЕНИЕ 5](#_Toc22339869)

[Глава 1. Примерный план работы образовательной организации по психолого-педагогическому сопровождению детей и подростков эвакуированных из зоны военных действий 7](#_Toc22339870)

[Глава 2. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)как комплекс психофизиологических реакций у детей и подростков, эвакуированных из зоны военных действий 10](#_Toc22339871)

[2.1. События, связанные с военными действиями 10](#_Toc22339872)

[2.2. Диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) 11](#_Toc22339873)

[2.3. Виды посттравматических стрессовых расстройств 13](#_Toc22339874)

[2.4. Клинические типы посттравматического стрессового синдрома 13](#_Toc22339875)

[2.5. Диагностика посттравматического стрессового расстройства 15](#_Toc22339876)

[2.6. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей 16](#_Toc22339877)

[Причины развития посттравматической болезни у детей 16](#_Toc22339878)

[Психология симптомов посттравматического стресса у детей 16](#_Toc22339879)

[Как поставить диагноз посттравматический стрессовый синдром у детей 17](#_Toc22339880)

[2.7. Психологическая помощь пережившим экстремальную ситуацию как профилактика посттравматического стрессового расстройства 18](#_Toc22339881)

[Основные направления реабилитации (ПТСР) 18](#_Toc22339882)

[Глава 3. Основные психотерапевтические мишени при работе с детьми с психологическими травмами. 22](#_Toc22339883)

[3.1. Методы психотерапии при работе с детьми с ПТСР 23](#_Toc22339884)

[3.2. Игро-терапия и арт-терапия при работе с детьми и подростками с ПТСР 24](#_Toc22339885)

[3.3. Психосинтез при работе с детьми и подростками с ПТСР 25](#_Toc22339886)

[3.4. Когнитивно-поведенческая терапия при работе с детьми и подростками с ПТСР 26](#_Toc22339887)

[3.5. Гештальт-терапия при работе с детьми и подростками с ПТСР 29](#_Toc22339888)

[Вопросы для самоконтроля 31](#_Toc22339889)

[Литература: 32](#_Toc22339890)

Предлагаемые рекомендации «**Принципы и методы психологической реабилитации детей из зон боевых действий**» составлены в целях оказания помощи для классных руководителей, воспитателей, педагогов - психологов, социальных педагогов, руководителей ОУв проведении и плани­ровании своей деятельности, а также составлении программ реабилитации детей с ПТСР, вернувшихся из зон боевых действий. Рекомендации содержат информацию о различных психотерапевтических интервенциях, а также принципы психодиагностических и психокоррекционных подходов при реабилитации таких детей.

### ВВЕДЕНИЕ

Ребёнку, пережившему травматические события, а пребывание в зоне боевых действий несомненно является психотравмирующей ситуацией, необходима высококвалифицированная психологическая помощь. Реакция на травму связана также с посттравматическими факторами, такими как доступность систем поддержки или доверенных лиц. Исход заболевания и реабилитации во многом зависит от того, насколько рано была оказана помощь. Для людей, переживших психотравмирующую ситуацию экстренного перемещения на территорию другой страны и связанные с этим процессом состояния паники, страха и тревоги, стабилизация многих составляющих повседневной жизни подталкивает к появлению потребности в уважении и самореализации. И если взрослые, научившиеся взаимодействовать с экстремальной ситуацией, саморегулируются и адаптируются в социуме более-менее успешно, то дети и подростки, в силу возрастных психоневрологических особенностей, испытывают значительные трудности в принятии самой ситуации, а также в поиске способов взаимодействия с окружающими людьми.

По статистическим данным, 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 оказывается справиться с трудностями. На наш взгляд, эта тема особенно важна и заслуживает детального рассмотрения.

В январе текущего года в Дагестан из Республики Ирак и Сирийской Арабской Республики прибыли 23 несовершеннолетних, 15 из которых школьного возраста, 8 – дошкольного. Дети, в отличие от взрослых, не обладают достаточной эмоциональной зрелостью и жизненным опытом, чтобы справиться со всеми нахлынувшими на них эмоциями. Дети, как правило, очень впечатлительны, легко возбудимы и плохо понимают, что происходит, если им не объясняют ситуацию доступным языком.

В рамках комплекса мер 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 данных рекомендациях 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

Социально-психолого-педагогическая помощь данной категории обучающихся должна проводится в комплексе, во взаимодействии со всеми сотрудниками школы и другими организациями.  Первостепенными задачами такой команды явля­ются: обеспечение безопасности ребенка, поддержка или создание нормального для развития ребенка окружения, нормализация вну­трисемейных отношений.

 **Отдельно следует обозначить задачи, реализуемые педагогом – психологом:**

1. определение наиболее приемлемых методов, форм решения личных и социальных проблем ребенка;
2. разработка и осуществление программы психологической реабилитации ребенка/семьи;
3. содействие повышению компетенций родителей в области детско-родительского взаимодействия, развитию эмоционального интеллекта родителей.

 Деятельность педагога-психолога по психологическому сопровождению детей, эвакуированных из зоны военных действийв 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. Составление психолого–педагогической характеристики каждого ребенка на основе результатов бесед, психологической диагностики, наблюдений.
4. Разработку и реализацию комплексной программы «Психолого - социально-педагогического сопровождения обучающегося» в рамках которой, осуществляются следующие мероприятия:

- оказание практической помощи детям беженцам (беседы с педагогами, детьми, родителями, посещение на дому);

- **профориентационная работа** с учетом состояния здоровья и личностных особенностей, обучающихся;

- систематическая и целенаправленная работапо профилактике приобщения к психоактивным веществам;

**- профилактика суицидов, выстраивание жизненной стратегии с основой на оптимизм**;

-  **уроки психологии, внеурочная деятельность** в рамках ФГОС, занятия в объединениях дополнительного образования позволяющие педагогу – психологу своевременно осуществлять психологическую помощь и поддержку, быть в курсе событий в жизни каждого ребенка;

**- индивидуальное      психологическое      консультирование подростков**    по    проблеме    отношений    с    родителями    и педагогами;

- **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.

- совместная работа с классным руководителем (результаты диагностики индивидуально – психологических особенностей детей, рекомендации по осуществлению индивидуального подхода, консультация по проблемам обучения)

- работа с семьейнаправленная на выработку совместных действий, рекомендации родителям в построении детско-родительских отношений, оказание помощи в создании благоприятных условий для адаптации взрослых и детей к новым жизненным ситуациям;

- использование разного вида игр,в том числе и больших психологических игр, а также арт-терапевтических методов с целью создание условий для совместного проживания новых ситуаций жизнедеятельности и межличностного общения; сплочение классного коллектива, отреагирования последствий психотравмирующих ситуаций.

Для работы по психологической реабилитации подростков, эвакуированных из зоны военных действий, наиболее приемлемой моделью психологической помощи является *психологическое сопровождение как создание переходного пространства совместного бытия*. Изменения, возникающие у подростков при психологическом сопровождении, помогают им восстановить разрушенные связи с миром, найти точку опоры в самих себе. У детей формируется новый, позитивный образ мира, новые отношения с собой, с другими людьми, с жизнью в целом.

**Психологи выделяют следующие этапы психологического сопровождения:**

1. Создание пространства, обеспечивающего:
- чувство безопасности вовне (в физическом пространстве бытия)
- доверие к специалисту по сопровождению (психологическая безопасность).

2. Проведение работы по возрождению чувств и отреагированию травматического опыта.

3. Проведение работы с разрушительными чувствами (в частности, агрессивными), результатом которой становится «расчистка» внутреннего пространства, высвобождающая место для новых чувств.

4. Проведение работы по принятию и укрепление 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.

6. Формирование готовности к переменам за пределами переходного пространства.

Таким образом, система комплексной помощи ребенку в трудной ситуации жизни после войны выстраивается как взаимодополняющая цепочка от экстренной социальной помощи, психолого-педагогической поддержки и сопровождения на уровне образовательного учреждения, а также специализированной помощи и консультированию в профильных центрах и службах. В работе с данной категорией детей обязательно нужно применять гуманистический стиль педагогического общения – безоценочное принятие ребенка, ровное, терпеливое отношение к нему.

### 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

Основными травмирующими факторами в этом случае являются: непосредственная угроза жизни и здоровью ребенка и его близких, смерть близких, физические травмы ребенка. У подростков как один из симптомов ПТСР может появляться «вина выжившего».

Для детей дошкольного возраста наиболее типичными последствиями такого рода травматических ситуаций являются регрессивное поведение (энурез, страх разлуки с родителями, страх перед незнакомыми людьми, утрата имевшихся навыков), раздражительность.

У детей старшего возраста появляются проблемы в учебе и общении. Им свойственны поведенческие нарушения от депрессии до агрессии. У подростков также отмечаются различные соматические жалобы, по результатам медицинских осмотров не имеющие органической природы.

При длительной разлуке с родителями во время войны у детей отмечены такие нарушения, как депрессия, неспособность испытывать удовольствие, нарушение социальных контактов.

[**Посттравматический синдром**](https://www.tiensmed.ru/news/posttravm-wkti/) или посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) представляет собой целостный комплекс [симптомов](https://www.tiensmed.ru/news/simptomas-wkti/) 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.).

Для посттравматического синдрома характерно состояние повышенной [тревожности](https://www.tiensmed.ru/news/trevojnosti-wkti/), на фоне которого время от времени возникают приступы необычайно ярких воспоминаний травмирующего события.

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.

Особенностью этого расстройства является тенденция не только не проходить со временем, но становиться более выраженным, проявляться внезапно на фоне общего благополучия.
Изучение ПТСР началось с клинических наблюдений и анализа последствий влияния на человека экстремальных факторов, в основном военного стресса, последствий стихийных и антропогенных катастроф. Было выявлено, что последствия войн и катастроф не исчерпываются видимыми жертвами, есть также скрытые последствия - психическая травма, которая принимает форму патологического синдрома, называемого посттравматическим стрессовым расстройством.
Показатели распространенности ПТСР у лиц, переживших экстремальные ситуации, по данным исследований, колеблются от 10% (у свидетелей события) до 95% среди тяжело пострадавших.

Эти цифры зависят от многих обстоятельств, в частности, от конкретной характеристики стрессогенного события, группы обследованных (свидетели, участники, пострадавшие или ликвидаторы), диагностической позиции исследователя и метода исследования.

Посттравматическое расстройство может появиться в любом возрасте, но, учитывая природу ситуаций, вызывающих это расстройство, оно чаще встречается у лиц молодого 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.

У 50—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](http://www.vashpsixolog.ru/lectures-on-the-psychology/186-psixofiziologiya/2105-psixofiziologiya-funkczionalnyx-sostoyanij?start=2).

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.** Человек когда-либо пережил травматическое событие, причем в отношении этого события обязательно 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:

1. непроизвольные навязчивые воспоминания — вызывающее тяжелые эмоциональные переживания повторяющееся и навязчивое воспроизведение в памяти как самого события, так и связанных с ним образов, мыслей и ощущений;

2. постоянно повторяющиеся кошмары и сны о событии, при пробуждении вызывающие интенсивные негативные переживания;

3. признаки диссоциативных состояний, проявляющиеся в том, что после травмы человек периодически совершает такие действия или испытывает такие ощущения, как если бы травматическое событие происходило вновь. К ним относятся:

• ощущения «оживания» прошлого в виде иллюзий и галлюцинаций;
«флэшбэк-эффекты», появляющиеся в полной потере связи с реальностью и возникновении полного ощущения «перенесения» в травматическую ситуацию. «Флэшбэк-эффекты» проявляются в поведении, неадекватном текущей ситуации, но соответствующем ситуации травматизации.

4. драматические навязчивые воспоминания и интенсивные тяжелые переживания, которые были спровоцированы какой-либо ситуацией, напоминающей о травматических событиях или символизирующей их (годовщины, фильмы, песни, разговоры и т.п.).

5. 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.** Не наблюдавшееся до травмы постоянное стремление к избеганию и избегание любых факторов, связанных с травмой (для постановки диагноза ПТСР необходимо наличие минимум трех из этих симптомов):

1. Наличие усилий по избеганию любых мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой.
2. Наличие усилий по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме.

3. Неспособность вспомнить о важных аспектах травматической ситуации.

4. Сниженный интерес к жизни, потеря интереса к значимым до травмы занятиям.

5. Чувство отстраненности или отдалённости от остальных людей.

6. Сниженная выраженность положительного аффекта (блокада положительных эмоциональных реакций, эмоциональное оцепенение, «бесчувственность»).

7. Чувство отсутствия перспективы в будущем (отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, детей, долгой жизни, ожидание скорой смерти, конца света, глобальной катастрофы).

**Критерий D.** Постоянные симптомы повышенной психофизиологической возбудимости, не наблюдавшиеся до травмы (для постановки диагноза ПТСР необходимо наличие минимум двух симптомов).

1. Трудности с засыпанием или плохой сон (ранние пробуждения) — связаны с возможными кошмарами (избегание сна, «страшно заснуть») и/или с повышенной тревожностью и эмоциональным дистрессом, сопровождающими навязчивые размышления и воспоминания о травме.

2. Повышенная, с трудом контролируемая раздражительность или вспышки гнева.

3. Затруднения с сосредоточением внимания — в некоторые моменты человек может сконцентрироваться, но малейшее внешнее воздействие или изменение внутреннего состояния резко выбивают его из колеи.

4. Повышенный уровень настороженности, состояние «гипербдительности», то есть постоянного ожидания чего-либо плохого.

5. Гипертрофированная, преувеличенная реакция испуга на внезапные раздражители — 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 Е**. Длительность протекания расстройства (одновременное проявление необходимого по критериям В, С и D количества симптомов) — более чем 1 месяц.

**Критерий F.** Расстройство вызывает клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или выраженные нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности.

### 2.3. Виды посттравматических стрессовых расстройств

**1.** Острое ПТСР, характеризующееся яркими проявлениями всех симптомов заболевания и продолжающееся не более трех месяцев.
**2.** Хроническое ПТСР, когда выраженность наиболее ярких симптомов снижается, однако нарастают признаки истощения центральной нервной системы и начинают формироваться деформации характера (грубость, эгоизм, сужение круга интересов).

**3.** Деформации характера и признаки истощения центральной нервной системы при отсутствии характерных симптомов ПТСР (навязчивые воспоминания, подсознательное желание забыть о происшедшем, приступы тревоги и страха). Эта стадия, как правило, развивается при длительном хроническом течении ПТСР в тех случаях, когда пациент не получил адекватной психологической поддержки.

**4.** Отсроченное ПТСР, проявляющееся через полгода и более после воздействия травмирующей ситуации. 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 посттравматического синдрома характерно обилие разноплановых признаков. При этом у каждого реального больного отдельные группы симптомов проявляются более ярко, занимая ведущее положение в клинической картине заболевания.

В практических целях, для выбора правильной стратегии лечения заболевания была создана клиническая классификация типов течения ПТСР.

**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 бояться заснуть и страдают от бессонницы. Также весьма характерны ночные приступы ощущения нехватки воздуха, сопровождающиеся ощущением ужаса, [потливостью](https://www.tiensmed.ru/news/potlivosti-wkti/) и жаром, сменяющимся [ознобом](https://www.tiensmed.ru/news/oznob-wkti/).

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** посттравматического стрессового расстройства отличается преобладанием симптоматики истощения нервной системы (в переводе [астения](https://www.tiensmed.ru/news/astenia-wkti/) означает отсутствие тонуса) – на первый план выходят такие симптомы, как слабость, вялость, резкое снижение умственной и физической работоспособности.

Для пациентов с астеническим типом ПТСР характерна потеря интереса к жизни и ощущение собственной ущербности. Приступы навязчивых воспоминаний не столь ярки, поэтому не сопровождаются ощущением ужаса и симптомами нарушения деятельности вегетативной нервной системы.

Такие больные, как правило, не жалуются на бессонницу, но им трудно с утра подняться с постели, а днем они нередко находятся в состоянии полудремы.

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

**Дисфорический тип** ПТСР можно охарактеризовать как озлобленно-взрывоопасное состояние. Пациенты постоянно находятся в мрачно-подавленном настроении. При этом их внутреннее недовольство время от времени прорывается во вне вспышками немотивированной или слабо мотивированной агрессии.

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.

**Соматофорный тип** посттравматического синдрома, как правило, развивается при отсроченном ПТСР и характеризуется наличием большого количества разнородных жалоб со стороны нервной и сердечно-сосудистой системы, а также желудочно-кишечного тракта.

Пациентов беспокоят [головные боли](https://www.tiensmed.ru/illness/migraine.html) по типу мигрени, ощущение замирания сердца или/и сердцебиения, [боли в области сердца](https://www.tiensmed.ru/news/precordialgia-wkti/) и в эпигастрии (под ложечкой), [кишечные колики](https://www.tiensmed.ru/news/kisheckoliks-wkti/), [изжога](https://yandex.ru/turbo?utm_source=turbo_turbo&text=https%3A//www.tiensmed.ru/news/izjogas-wkti/&parent-reqid=1571424548307342-1337726955412653886800105-man1-3473), [горечь во рту](https://www.tiensmed.ru/news/gorecivortu-wkti/), нарушения стула и т.п. Характерно, что при большом количестве жалоб данные объективного обследования (лабораторные анализы, [ЭКГ](https://www.tiensmed.ru/news/kardiogramma-wkti/) 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 картинки из прошлого, а на состоянии собственного [здоровья](https://www.tiensmed.ru/news/zdorovie-wkti/). Они избегают всякого напоминания о травмирующем событии, поскольку уверены, что могут умереть во время одного из приступов от [инфаркта](https://www.tiensmed.ru/illness/serdce.html), [инсульта](https://www.tiensmed.ru/illness/insult.html), [остановки сердца](https://www.tiensmed.ru/news/cardiac-arrest-wkti/) и т.п.

Как правило, такие пациенты не избегают общения с окружающими, но обращаются не к психологу, а к врачам других профилей ([кардиолог](https://www.tiensmed.ru/news/kardiolog-wkti/), гастроэнтеролог, [невропатолог](https://www.tiensmed.ru/news/nevropatolog-wkti/)).

###  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.).

**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](https://www.tiensmed.ru/news/psihologia-wkti/) 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

Поставить диагноз "посттравматический стрессовый синдром" у детей значительно сложнее, чем у взрослых. Вместе с тем успешность лечения и [реабилитации](https://www.tiensmed.ru/news/reabilitation-wkti/) во многом зависит от своевременного медицинского вмешательства.

При длительном течении ПТСР дети значительно отстают в умственном и физическом [развитии](https://www.tiensmed.ru/news/razvitiereb-wkti/), 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:

* ночные кошмары, развитие [энуреза](https://www.tiensmed.ru/news/enurez-wkti/);
* 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 сюсюканья 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 области сердца или в эпигастрии, неожиданно появившиеся приступы мигрени;
* вялость, слабость, сонливость, избегание общения со сверстниками и малознакомыми людьми;
* снижение способности к концентрации внимания;
* склонность к несчастным случаям.

**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. Пушкарев, 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.

**Особо следует обращать внимание на:**

* компульсивные (повторяющиеся) действия, часто наблюдаемые в игре или в жизни,
* гиперактивность,
* раздражительность,
* внезапные приступы ярости,
* чрезмерную пугливость,
* повторяющиеся ночные кошмары,
* нарушения сна,
* появление различных страхов (темноты, страх оставаться одному дома, выходить из дома одному, замкнутого пространства и др.),
* неспособность сконцентрироваться,
* рассеянное внимание,
* трудности в общении со сверстниками (появление излишней агрессивности или застенчивости),
* снижение успеваемости в школе.

**У детей младшего дошкольного возраста часто происходит:**

* потеря ранее приобретённых навыков,
* регресс на более ранний уровень развития,
* появление стереотипных движений и тиков.

К травматическим симптомам относятся также забывчивость, тревожность, появление излишней привязанности.

**Соматические жалобы, связанные с:**

* болью в животе,
* повышением температуры тела,
* появлением ночного и дневного энуреза,
* головными болями,
* поведенческими проблемами,
* понижением общего жизненного тонуса,
* чувством апатии,
* снижением успеваемости,
* появлением отчужденности в семье

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

1. "Полуструктурированное интервью (ПИВППСД) 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.

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Мишенитерапии | 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 | Нарушение сна (ночные кошмары)Энурез, энкопрезБолевые синдромы | Нарушение снаЦефалгииТошнота, рвотаСиндром раздраженного кишечникаРаннее мочеиспускание | Нарушение снаТикиЦефалгииТремор |
| эмоциональные | Генерализированная тревогаМутизмЗащитное фантазированиеАгрессивностьПодавленная агрессивность (у девочек) | Навязчивые проявленияСпецифические страхиАгрессивность в отношении другихПодавленная агрессивность у девочекТревога | Стыд, чувство виныСтрахиАгрессивностьЧувство одиночества |
| когнитивные | Наличие легкого когнитивного дефицитаМистификацияТрудности при распознавании тревоги | Наличие легкого когнитивного дефицитаТрудности при обученииКатострофизация | Наличие легкого когнитивного дефицитаТрудности понимания собственных эмоций, мыслей, поведенияКатострофизация, черно-белое мышление «негативный фильтр» |
| поведенческие | Пассивность и беспомощность в бытовой деятельностьОтказ от едыПовтор переживаний травмыРегрессивные симптомыКоммуникативные нарушенияТрудности адаптацииЗаторможенность | Навязчивые формы поведенияНаличие травматических игрАкцент на безопасность себя и другихНегативизм, агрессивное поведениеЗаторможенность | Алкоголизация наркотизацияПротивоправное поведениеОпасный, рискованный стиль жизниИзменения в личностных отношенияхУход из школы, нежелание жить домаСаморазрушающее поведение |

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

А.Л. Венгер и Е.И. Морозова рекомендуют с младшими детьми проводить терапию преимущественно с использованием методов игровой терапии, а со старшими – арт-терапии. Для начала организовать 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 постарался организовать «островок нормальной детской жизни», с целью преодолеть погруженность детей и родителей в тягостные воспоминания, захваченность трагическими переживаниями. Обязательным было организацией 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 игро-терапии 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 (недирективнаяигро-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 позволяло обеспечить высокую степень индивидуализации психотерапевтического процесса.  Например, старшим детям (подросткам) нередко предлагается роль «помощника руководителя», «проверяющего» [2]. 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 остановке), 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 с ребенку, помочь ребенку в формировании адекватной самооценки [3].

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

 Это направление терапии направлено 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 сложны 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 (изменять) 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-focusedcognitivebehavioraltherapy). 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.

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 [5]:

* 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 занятие 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 [5]:

* 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, агрессивность, напряженности, замкнутости и показывать специалистам динамику.

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 – Когнитивные 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 дезадаптавным 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. Отсутствую 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 могу» [4].

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. Брязгунов И.П. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков. Медпрактика-М, 2008. 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. 2006. № 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. C. 68-71.
6. Пушкарев А.Л. Особенности коррекции посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у участников военных действий. Мн.: 1997. 40 с.
7. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: Теория и практика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. 304 с.
8. Цуциева Ж.Ч. Феноменология, психодиагностика и психологическая коррекция посттраматических стрессовых расстройств у детей - жертв тер­рористического акта: особенности, психодиагностика и коррекция//    Вестник психотерапии. 2009. № 32 (37). С.84-90.
9. Шнейдер Л. Кризисные состояния у детей и подростков: направления работы школьного психолога. URL: http://psy.1september.ru/view\_article.php?ID=200901812 (Дата обращения: 15.09.16)