

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ ИМЕНИ В.М. БЕХТЕРЕВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Утверждено
к печати решением
Ученого Совета
НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева
Протокол № от 17.11.2022

СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2022

УДК: 159.944:616.89-053-053.6

Стрессовые расстройства у детей и подростков: методические рекомендации
/ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; автор: Добряков И.В. СПб., 2022. 23 с.

Организация-разработчик: федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Автор: Добряков Игорь Валериевич – старший научный сотрудник научно-организационного отделения, кандидат медицинских наук, доцент.

В методических рекомендациях представлены данные о возрастных особенностях проявления стрессовых расстройств у детей и подростков, приведены факторы, влияющие на возникновение стрессовых расстройств и их проявлений, описаны клинические варианты течения. Также представлены актуальные подходы к терапии, включая психокоррекционные и психотерапевтические методы и организационную модель оптимизации оказания медицинской, психологической и социальной помощи детям и подросткам со стрессовыми расстройствами.

Методические рекомендации предназначены для врачей-психиатров, психотерапевтов, психологов и руководителей служб охраны психического здоровья.

© НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2022.

ISBN

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Возрастные особенности проявлений ПТСР	5
Стрессовые расстройства у детей от 0 до трех лет	5
Стрессовые расстройства у детей от трех до семи лет	7
Стрессовые расстройства у детей от пяти до десяти лет	8
Стрессовые расстройства у детей и подростков 11-17 лет	9
Факторы, влияющие на возникновение стрессовых расстройств и их проявлений	10
Организация помощи жертвам психотравмирующих ситуаций	13
Психокоррекционные и психотерапевтические методы, рекомендуемые при работе с несовершеннолетними	15
Метод когнитивно-метафорической реструктуризации травматического опыта	16
Метод серийных рисунков и рассказов	16
Заключение	19
Список литературы	20
Приложение	22

ВВЕДЕНИЕ

Психотравмирующие ситуации, в которые, к сожалению, нередко попадает современный ребенок, могут касаться только его лично, происходить дома в семье, в детском саду, в школе, в лагере отдыха, в больнице, в санатории, на улице. Еще чаще ребенок становится не участником, а всего лишь невольным свидетелем событий, происходящих с другими людьми и не касающихся его непосредственно. Информация, полученная путем наблюдений подобных событий воочию, или из рассказов знакомых, или с помощью доступных средств массовой информации, вызывает переживания, так же травмирующие психику.

Несовершеннолетний может оказаться в психотравмирующей кризисной ситуации, во время которой пострадавшими одновременно становится много людей. Наше время характеризуется ростом количества таких ситуаций. Изучение их последствий для детской психики сталкивается с большими трудностями. Прежде всего, это связано с тем, что взрослые, стремясь оградить пережившего психическую травму ребенка от тяжелых воспоминаний, препятствуют его обследованию, как правило, не отдавая себе отчета в том, что дети нуждаются в психологической помощи.

Острые стрессовые расстройства могут быть самостоятельными, а могут переходить в посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). У детей, как и у взрослых, следует отличать острое стрессовое расстройство (ОСР), возникающее в период от 48 часов до 28 дней, сопровождаемое диссоциативной симптоматикой от острого посттравматического стрессового расстройства. Появление симптомов **острого** ПТСР отмечается не менее чем через 1 месяц после травмы, в течение 6 месяцев. Если симптомы длятся более 6 месяцев, говорят о **хроническом** ПТСР. Если симптомы появляются впервые через 6 и более месяцев после травмы, то они расцениваются как **отставленные** (встречаются у детей чаще, чем у взрослых).

Возраст ребенка влияет как на патоморфоз, так и на клиническую картину, и на течение острых и посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР). Специфичность проявлений ПТСР у детей делает непригодной для работы с ними большинство психотерапевтических методик, применяемых для лечения и реабилитации взрослых пациентов [3]. Различия проявлений ПТСР у детей разного возраста затрудняет диагностику, организацию и осуществление психологической и психотерапевтической помощи. В связи с этим в Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) не нашли отражения острые и посттравматические расстройства у детей и подростков, хотя предложения сделать это были. Например, W. Yule и R. Williams в 1990 году в результате своих исследований сделали выводы:

- у детей, переживших стрессогенную ситуацию, могут возникать симптомы, схожие с симптомами ПТСР у взрослых;
- нецелесообразно для выявления ПТСР у детей и подростков использование психодиагностического инструментария, предназначенного для исследования детей, не переживших психотравмирующих ситуаций [25].

Выделенное в МКБ-10 стойкое изменение личности после переживания катастрофы (шифр F62.0), трактуемое как следствие травматических событий и их деструктивного влияния на психику [8], не охватывает во всей полноте влияние травматического опыта на структуру личности детей и подростков и не отражает всей проблематики личностного функционирования людей, переживших насилие. Важной новизной в МКБ-11 стало выделение комплексного ПТСР, которое не только отражает изменения в восприятии темы насилия профессионалами в области психического здоровья, но и выступает поводом для того, чтобы доктора обратили внимание на травматический опыт своих пациентов. Это сочетание описанных выше 3 групп симптомов, существующих на протяжении значительного периода времени (например, нескольких лет) в сочетании с тремя дополнительными признаками:

- трудности в регуляции эмоций;

- ощущение себя как униженного и ничего не стоящего человека;
- трудности в поддержании взаимоотношений [6, 9].

У детей любого возраста могут отмечаться те же диагностические признаки ПТСР, что и у взрослых:

- наличие в анамнезе необычной по мощности стрессогенной ситуации;
- постоянное возвращение к переживаниям травмирующей ситуации;
- устойчивое стремление избегать всего, что могло бы напомнить о травме;
- устойчивый повышенный уровень возбудимости.

Однако проявляются они часто в стертom виде и нужно уметь их увидеть.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ПТСР

Понять особенности формирования и проявления посттравматических расстройств у детей разных возрастных групп может помочь рассмотрение их с позиции представлений об *уровнях защитной системы* человека [13], а также о смене *уровней преимущественного нервно-психического реагирования*. В.В. Ковалев, исходя из биогенетической теории этапности развития человека, считал, что специфичность нервно-психических реакций на вредности (в том числе и на психотравмирующую ситуацию) у детей и подростков в разные возрастные периоды связаны со сменой *уровней преимущественного нервно-психического реагирования*. Им были выделены 4 основных таких уровня:

1. Соматовегетативный (0-3 года);
2. Психомоторный (3-7 лет);
3. Аффективный (5-10 лет);
4. Эмоционально-идеаторный (11-17 лет) [5].

Важно подчеркнуть, что речь идет о преимущественном уровне реагирования, не исключающим одновременного включения форм реагирования иных уровней. Принимая во внимание уровень реагирования, легче увидеть и понять различные симптомы ПТСР у детей разных возрастных групп, оказать адекватную медико-психологическую помощь.

СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ ОТ 0 ДО ТРЕХ ЛЕТ

К сожалению, в наше время *дети от 0 до трех лет с преобладающим соматовегетативным уровнем реагирования*, часто попадая в психотравмирующие ситуации, редко становятся предметом внимания специалистов-психологов, психотерапевтов, практически не получают необходимой помощи. Дети до трех лет находятся в симбиотических отношениях с матерью и составляют с ней диаду. Согласно диадному подходу мать и младенец рассматриваются как составляющие единой системы. Элементы этой системы взаимно влияют друг на друга [1, 2, 11, 14 и др.]. Диада мать-дитя существует до тех пор, пока у ребенка не разовьется самосознание, признаками которого является использование в речи местоимений первого лица и стремление к самостоятельности («Я сам!»). До этого времени диадные отношения с матерью, обеспечивающей его существование, – гарантия безопасности ребенка. Мать с признаками ПТСР, как и женщина с послеродовой депрессией, не достаточно хорошо справляется с уходом за малышом, ее беспокойство передается ему [20], у него появляются симптомы, которые также можно считать признаками ПТСР. Безусловно, психотравмирующей ситуацией для ребенка до трех лет является длительная разлука с матерью, особенно без замены ее лицом, способным позаботиться о ребенке, означающая преждевременный разрыв диады. Утрата матери ведет к эмоциональной и сенсорной депривации, воспринимается как угроза его здоровью и жизни. Состояния, которые при этом возникают, Р.А. Spitz предложил называть анаклитической (греч.: *anaclisis* – отсутствие опоры) депрессией [17]. Степень тяжести нарушений и стойкости симптоматики при этом во многом зависит от особенностей взаимоотношений в диаде мать-дитя до разлуки.

В связи с симбиотическими отношениями в диаде, ребенок индуцирует состояние матери, переживающей ПТСР. Чем тяжелее переживания матери, тем сильнее будут и реакции ребенка на травматическую ситуацию.

Нервно-психическое реагирование у детей в возрасте от 0 до 3-х лет мало дифференцировано и происходит на соматовегетативном уровне, проявляясь клинически повышенной общей и психической возбудимостью. При этом часто появляются симптомы, прежде всего, имеющие отношение к системе пищеварения. К ним относятся: младенческая колика, аэрофагия, инфантильная анорексия, мерицизм, пикацизм и др. Все эти нарушения представлены в МКБ-10 под одной рубрикой F98.2 – расстройства питания в младенчестве и детстве, кроме ранней детской анорексии (F50.). У матерей, имеющих ПТСР, маленькие дети, как правило, обнаруживают эти нарушения, и их можно расценивать как посттравматические, так как они имеют признаки этого расстройства (по МКБ-10):

- наличие в анамнезе необычной по мощности стрессогенной ситуации, в которую ребенок или попал вместе с матерью или, если травму получила она без него, индуцирует ее переживания;
- постоянное возвращение вместе с матерью к переживаниям травмирующей ситуации;
- устойчивый повышенный уровень возбудимости, негативные реакции на любое изменение обстановки, боязнь незнакомых предметов, звуков;
- нарушение уже сформированного к моменту травмы режима сна и бодрствования;
- утрата интереса к игрушкам, как к новым, так и к тем, которые ранее интересовали, трудность сосредоточения внимания на них;
- резкое снижение проявлений положительных эмоций, комплекса оживления;
- появление трудностей протодиалога даже с близкими, знакомыми людьми, в который раньше ребенок охотно вступал;
- навязчивые эмоциональные переживания, выражающиеся у ребенка на соматовегетативном уровне в виде перечисленных нарушений пищеварения;
- внезапно возникающие без видимых причин стереотипные реакции, возможно, отражающие кошмарные воспоминания, сновидения;
- вспышки негативных эмоций, появляющиеся, когда ребенок оказывается в условиях, напоминающих психотравмирующую ситуацию, слышит звуки, которые могут ассоциироваться с ней [8].

Если симптомы длятся более 6 месяцев, говорят о *хроническом* ПТСР. Если симптомы появляются впервые через 6 и более месяцев после травмы, то они расцениваются как *отставленные*.

То, что младенческие колики, проявляющиеся приступами крика и плача ребенка, могут быть проявлением ПТСР у диады мать-младенец, доказывает полное отсутствие колик у младенцев, содержащихся в приютах, лишенных материнской заботы [17]. Зато у них, вообще лишенных полноценных диадических отношений, чаще возникает анаклитическая депрессия. У матерей детей, страдающих коликами, всегда высокий уровень тревоги [4, 21], причинами которой нередко является психическая травма. *Мерицизм* (греч.: *mergikismos* – жевание) или *руминация* (лат.: *ruminatio* – пережевывание) чаще всего является результатом реакции чрезмерно тревожной и опекающей матери на обычное срыгивание ребенка, стимулирует у индуцирующего тревогу матери младенца выработку эндорфинов [17]. Проявляется мерицизм в форме многократного стереотипно повторяющегося произвольного отрыгивания проглоченной пищи и повторного ее пережевывания. Процесс отрыгивания при этом не вызывает у ребенка неприятных ощущений, как это бывает обычно. *Аэрофагия* (греч.: *aeros* – воздух, *phagein* – поглощать) также встречается у младенцев тревожных матерей и проявляется в заглатывании ими воздуха при жадном сосании. Воздух может также заглатываться ими безотносительно к

приему пищи. При этом нередко отмечается вздутие живота, вызывающие дискомфорт и болезненные ощущения. Периодически у таких детей отмечается отрыжка, провоцирующая рвоту. *Инфантильная анорексия* (греч.: а – приставка, означающая отсутствие; «*orexís*» – аппетит) выражается потерей аппетита у младенцев. Это нарушение может встречаться у детей, матери которых имеют признаки ПТСР, являющегося результатом травмы, полученной во время беременности [7]. После родов такие женщины не способны дифференцировать подаваемые их ребенком сигналы и адекватно на них отвечать, беспорядочно по любому поводу они прикладывают детей к груди.

Во всех этих случаях недостаточно усилий, направленных на борьбу с нарушениями пищеварения у детей *только* педиатров. Должна оказываться психологическая и психотерапевтическая помощь диаде мать-дитя. Учитывая, что младший детский возраст чрезвычайно сложен, что дифференциация между психикой и телом еще не завершена, а наблюдать динамику психики матери куда легче, нежели ребенка, можно по ее состоянию и поведению судить о переменах в диаде, воздействовать через нее на маленького ребенка, так как он с ней составляет единую систему. При эффективной психотерапевтической помощи матери состояние ребенка улучшается [10, 17].

Тяжелую стрессовую ситуацию для ребенка до 3 лет создает разрыв диады. Учитывая это на отделениях неонатологической реанимации и интенсивной терапии практикуется совместное пребывание матери и ребенка, что способствует улучшению результатов лечения [15].

СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ ОТ ТРЕХ ДО СЕМИ ЛЕТ

У детей 3-7 лет наряду с соматовегетативным уровнем нервно-психического реагирования включается и преобладает *психомоторный*. Этим объясняется то, что ведущей в клинической картине ПТСР у них является не свойственная до травмы гиперактивность, парадоксально сочетающаяся со стремлением к уединению. Наблюдения показывают, что характерный для этого возраста негативизм приобретает после психической травмы заостренные черты. Дети делают агрессивными, вопреки просьбам и призывам взрослых портят вещи, разрисовывают обои на стенах, ломают игрушки, дерутся со сверстниками. Их деятельность становится менее целенаправленной, снижается способность концентрировать внимание. При напоминании о пережитой психической травме дети расстраиваются и замыкаются, отказываются рассказывать о ней. Интересы к прежним играм они не проявляют, а если и начинают принимать в них участие, быстро отвлекаются, не способны соблюдать правила, часто конфликтуют. Конфликты нередко переходят в потасовки. В то же время появляются новые индивидуальные повторяющиеся игры, имеющие стереотипный характер, символически или прямо отражающие содержание психотравмирующей ситуации, тревогу, страх смерти [18, 21]. Нередко в этих ритуализированных играх дети используют предметы, имеющие отношение к пережитым травматическим событиям. Также у детей часто отмечаются трудности засыпания, беспокойный сон с ночными кошмарами, пробуждениями. Сниженный фон настроения, тревога, чаще носящая протопатический характер, обуславливают появление симптомов регресса, отражающих страх взросления, бессознательное стремление к безмятежному раннему детству, к безопасности, которую гарантировали диадные отношения с матерью. Клинически это выражается в страхе оставаться в одиночестве, появляющемся после травмы, в желании постоянно находиться вместе с мамой или иным значимым взрослым. Вообще состояние детей очень зависит от состояния матери, других членов семьи, их эмоционального настроения и поведения. Мы замечали, что у детей с наиболее тяжелыми проявлениями ПТСР, как правило, есть кто-то в близком окружении так же страдающий ПТСР, и ребенок индуцирует его эмоции. Кроме того, к симптомам регресса относятся сосание пальцев, утрата навыков опрятности (симптомы энуреза, энкопреза), причем энкопрез – признак тяжелого нарушения.

Возможен регресс речевых навыков. Мутизм может быть полным, когда общение с окружающими осуществляется с помощью жестов, или элективным, при котором в общении с близкими родственниками сохраняется шепотная речь иногда с нарочито пуэрильным коверканьем слов. Психосоматические нарушения нередко отмечались в виде переедания. Процесс кормления для такого ребенка, а нередко и для его матери, – не способ утолить голод, а попытка снизить тревогу сепарации, вернуть символически диадные отношения.

СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ ОТ ПЯТИ ДО ДЕСЯТИ ЛЕТ

У детей 5-10 лет основным возрастным уровнем преимущественного нервно-психического реагирования становится *аффективный*. Клиническая картина полиморфна, но определяющей симптоматикой является эмоциональная лабильность с преобладанием гипотимии, нередко со слезливостью и с дисфорическим оттенком, с выраженным негативизмом. Замотивировать их на беседу, игру, выполнение тестовых заданий достаточно трудно. Если же это удается, то во время общения со специалистом дети непоседливы, легко отвлекаются, односложно, формально отвечают на вопросы или игнорируют их.

Так же, как и у детей предыдущей возрастной группы, у многих появлялся энурез, энкопрез, чаще встречалось заикание, тики. Вокализованные тики, как правило, свидетельствуют о тяжести состояния. Школьники утрачивали интерес к учебе. В сочетании с появившимися трудностями обучения, обусловленными ухудшением внимания и памяти, повышенной утомляемостью, это приводит к ухудшению успеваемости, что в свою очередь может провоцировать прогулы и усугублять ситуацию. Часто дети начинали избегать друзей. Утрачивались прежние интересы: дети отказывались посещать кружки, спортивные секции, художественные и музыкальные школы, в которые раньше ходили с удовольствием.

Пережившие психическую травму, особенно если она сопровождалась реальной угрозой жизни, гибелью других людей, раньше сверстников начинают много думать о смерти, это нередко сопровождается повышением интереса к религии. Усугублять эти переживания могут соматовегетативные нарушения, симптомы которых более очерчены. Это могут быть головные боли, боли области сердца, живота. Возникают ипохондрические идеи о тяжелом заболевании, страх смерти. Часть детей при этом боятся собственной смерти, других больше волнует возможная смерть мамы, близких родственников. Как правило, подобные страхи и мысли настолько значимы, что ребенок безуспешно стремится заблокировать не только воспоминания о пережитой травме, но и мысли о неизбежной смерти. Он часто боится разговаривать даже с близкими людьми об этом. Постоянная подавляемая тревога может трансформироваться в гетероагрессию, сопровождающуюся выраженными нарушениями поведения или, особенно если ребенок испытывает связанную с травматической ситуацией чувство вины, – аутоагрессию в виде навязчивостей (онихофагия, трихотилломания и пр.). Чувство вины особенно часто возникает у лиц, переживших травматическую ситуацию, в которой кто-то погиб. Одна из наших пациенток в Беслане – девочка девяти лет – только на 5 сессии призналась, что считает себя виновной в гибели матери, хотя объективно это было не так. Иногда ребенок испытывает чувство стыда и вины за свои поступки, совершенные во время травматической ситуации (многие дети, бывшие жертвами террористического акта в школе Беслана, стыдились, того, что пили мочу, пытаясь утолить жажду). Именно у детей этой возрастной группы мы встречали нарушение пищевого поведения в виде пикацизма (лат.: *rica* – сорока). Проявлялся он у детей в желании поедать несъедобное (бумагу, мел, воск и пр.). Матери этих детей часто так же, как правило, имели признаки ПТСР, депрессивную симптоматику. R.A. Spitz отмечает, что дети с пикацизмом значительно чаще других сверстников попадают в ситуации, угрожающие их здоровью (случайно обжигаются, падают, глотают острые предметы и т.п.) [17]. Это может отражать

тревожные бессознательные аутоагрессивные тенденции. В тяжелых случаях дети становятся заторможенными и пассивными (эквивалент «numbing of affect», «psychic numbing»).

СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 11-17 ЛЕТ

У детей и подростков 11-17 лет преобладающим уровнем нервно-психического реагирования становится *эмоционально-идеаторный*. Помимо аффективной сферы на оформление клинической картины оказывает влияние идеаторная. Переживание психотравмирующей ситуации в препубертатном или пубертатном возрасте придает особое направление характерным для всех молодых людей размышлениям о смысле жизни, смерти, собственном предназначении, иногда достигающим накала так называемой метафизической интоксикации. В отличие от прежних возрастных групп, у молодых людей впервые появляются признаки утраты иллюзий Тейлор [23], то есть представлений о том, что ничего плохого с ними произойти не может, что впереди долгая счастливая жизнь. Для пережившего психическую травму подростка жизнь становится непредсказуемой, превращается в сплошное ожидание очередной опасности, угрозы существованию, вызывая соответствующие тяжелые негативные эмоции. При этом строить планы на будущее становится бессмысленным, возникает утрата перспективы («foreshortened future»). Перенесший психическую травму, сопровождавшуюся угрозой здоровья и жизни, боится повторения травмы, избегает всего, что может о ней напомнить. Так, многие старшеклассники, оказавшись заложниками террористов в школе Беслана, долгое время отказывались посещать школьные занятия, несмотря на то, что они проходили совершенно в другой обстановке, в другом здании. В этом возрасте уже могут сформироваться клинически четко очерченные навязчивые идеи, воспоминания, содержание которых связано с психотравмой. Они могут провоцироваться внешними стимулами, но могут возникать без видимой причины, в полном покое. Подросток старается бороться с ними, не думать и не вспоминать страшные события, но безуспешно. На короткое время снизить тревогу помогают ритуалы, носящие символический защитный, гетеро- или аутоагрессивный характер, но и они воспринимаются как чуждые, предпринимаются попытки справиться и с ними (часто стимулированные окружающими: «не делай так!»), однако сдержаться и не совершать их не получается. Помимо тревоги, растет чувство вины. Эти эмоции не оставляют и ночью, так как сновидения наполнены страшными образами. Интересно, что в отрывках сновидений, которые удавалось воспроизвести, нередко находят отражение прямо или в символической форме вытесненные по механизмам лакунарной амнезии моменты психотравмирующей ситуации. Это же можно сказать о диссоциативных эпизодах по типу всплеск пережитого («flash backs»), которые у подростков чаще всего встречаются в виде ярких гипногических или гипнопомпических галлюцинаций.

Мучительные переживания в сочетании с потерей перспектив могут приводить к мыслям о суициде, а иногда и к суицидальным намерениям. W. Yule и R. Williams приводят в своей работе описание случая суицидальной попытки шестилетнего мальчика, предпринятой чтобы избавиться от мелькающих в голове сцен психотравмирующей ситуации, после того, как директор школы запретила ему говорить об этом [25]. Однако мы в своей практике сталкивались с суицидальными мыслями и тенденциями только у детей старше 12 лет. Нередко они возникали у тех, кто в результате перенесенной психической травмы оказывался стигматизированным. Стигматизация может быть обусловлена целым рядом причин. Прежде всего, это изменение отношений со сверстниками, иногда прежними друзьями, которые испытывают к страдающему ПТСР смешанные чувства. Это и неосознаваемый страх, дискомфорт при общении с человеком, который испытывал мучения, возможно, чуть не погиб. Тревогу может вызывать непонимание изменений в поведении приятеля, обида на его нежелание общаться также часто и тесно, как прежде, рассказать о своих «приключениях». Может появиться и зависть, например, связанная с меньшими требованиями к пострадавшему, с щадящим отношением к нему взрослых, раздражение к возможным проявлениям у него рентных установок. Как излишнее сочувствие, так и нетактичность, поддразнивание могут ранить

перенесших психотравму детей. наших пациентов в Беслане расстраивало, что некоторые соседские дети негативно отнеслись к получению семьями пострадавших материальной помощи от государства («подумаешь, три дня потерпел...»). W. Yule и R. Williams рассказывают о двенадцатилетней девочке, которую после смерти ее матери в классе стали называть «сироткой», о мальчике, которому во время ссоры рассердившийся одноклассник сказал: «Лучше бы ты утонул на пароме!» [25]. Подобные ситуации дополнительно травмируют ребят с ПТСР и ухудшают их состояние.

Чем старше возраст подростка, тем меньше отличий клинических проявлений ПТСР от взрослых.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ И ИХ ПРОЯВЛЕНИЙ

Главным фактором риска развития ПТСР у детей и подростков является тяжелое течение острого стрессового расстройства, которое, в свою очередь, во многом определяется отсутствием психологической и психиатрической помощи тотчас по миновании чрезвычайной ситуации.

Разнообразие клинической картины, степень тяжести ПТСР, особенности течения и успешность терапии у детей с острыми и посттравматическими стрессовыми расстройствами зависит не только от возраста, а еще, как и у взрослых, от многих факторов, которые мы предлагаем условно разбить на три группы:

А. Факторы, имеющие место до травмы (преморбид):

- личностные особенности пострадавшего (истероидные, психастенические и эпилептоидные черты личности);
- соматические особенности пострадавшего (в частности, органическое поражение нервной системы);
- состояние соматического здоровья на момент травмы;
- состояние психического здоровья на момент травмы;
- семейное положение и состояние отношений в семье на момент травмы;
- опыт переживаний психотравмирующих ситуаций и успешность их разрешения в прошлом.

Б. Факторы, имеющие место во время травмы:

- тип психотравмирующей ситуации (военные, криминальные, гражданские травмы; природные, техногенные катастрофы);
- продолжительность ситуации психической травмы;
- степень информированности о возможной помощи, о времени прекращения мучений;
- степень переживаемой (реальной или воображаемой) угрозы здоровью или жизни (собственных и других людей, особенно близких);
- степень переживаемой (реальной или воображаемой) угрозы унижений и издевательств (над собой, над другими людьми, особенно близкими);
- гибель во время критической ситуации людей (особенно родных);
- получение ран, увечий, контузий, степень их тяжести, переживания чувства боли;
- активное или пассивное участие в прекращении психотравмирующей ситуации.

В. Факторы, имеющие место после травмы:

- степень переживаний чувства вины и стыда за свое недостойное (мнимое или реальное) поведение во время психотравмирующей ситуации, ощущения себя опозоренным;
- степень риска повторения психотравмирующей ситуации;

- успешность или безуспешность поиска виновного в создании психотравмирующей ситуации (противника, преступника, халатного работника, чиновника и пр.);
- возможность возмездия, степень удовлетворенности им;
- при получении ранений, длительность, доступность и сложность необходимого лечения, переживания чувства боли;
- плохое психическое состояние родителей пострадавших (особенно матери), отсутствие адекватной семейной поддержки пострадавшего ребенка;
- вынужденная разлука с семьей после пережитой психотравмирующей ситуации;
- сплочение семьи или ухудшение семейных отношений после психотравмирующей ситуации;
- полная или частичная возможность восстановления здоровья, информированность об этом пациента и его родственников;
- наличие или отсутствие стигматизации;
- изменения места и условий проживания (разрушенный дом, вынужденное переселение и пр.);
- изменение материально-бытовых условий в результате психотравмирующей ситуации;
- возможность вернуться к прежнему образу жизни или необходимость его менять;
- своевременность, адекватность и доступность медицинской, психологической, психотерапевтической и социальной помощи;
- степень мотивации пострадавшего на получение помощи;
- преемственность специалистов в работе с пострадавшими.

Все эти факторы должны быть известны специалисту, работающему с пострадавшим, чтобы правильно диагностировать характер последствий психической травмы, предполагать течение посттравматических расстройств и с учетом этого планировать лечение и реабилитацию. Как показала практика, психологи, работающие с пострадавшими в результате психической травмы, часто стремятся получить необходимую информацию в основном с помощью психологического тестирования и недостаточно уделяют внимания к клиничко-психологическим методам беседы, включенного наблюдения. Это приводит к тому, что многие ценные сведения упускаются из вида.

На детей и подростков влияют все перечисленные факторы, однако некоторые из них имеют особое значение. Чем младше ребенок, тем труднее ему осмыслить происходящее во время психотравмирующей ситуации, тем больше он сориентирован на поведение взрослых, их восприятие происходящего. Большинство аффективных проявлений последствий ПТСР у детей опосредовано реакцией их родителей. Разлука с тем, кому доверяешь, кто всегда придет на помощь, часто становится для ребенка психотравмирующей ситуацией. Не только в момент получения психической травмы, но и после разрешения ситуации разлука с родителями ухудшает состояние пострадавшего ребенка. В связи с этим при первой же возможности необходимо вернуть детей, перенесших психотравмирующую ситуацию, в семьи и больше не разлучать их. Если обстоятельства позволяют, то оказывать помощь пострадавшим в результате психической травмы следует на месте.

В формировании ПТСР у детей велико значение эмоционального состояния и поведения окружающих их значимых взрослых, прежде всего родителей. Если члены семьи не делились непосредственными переживаниями по поводу травмирующей ситуации, не выражали свои эмоции, пресекали все разговоры, это усиливало риск возникновения посттравматического стрессового расстройства у пострадавшего, тяжесть

этого расстройства и затяжное течение [18, 24]. Также неблагоприятно влияют на последствия психической травмы дисфункциональные отношения членов семьи, обвиняющих друг друга в случившемся и чрезмерная опека родителями (чаще матерью) пострадавшего ребенка. По нашим наблюдениям, нередко матери детей, переживших насилие, обвиняли своих мужей в том, что они «не смогли защитить ребенка», «не смогли отомстить». Это приводило к тяжелым супружеским дисгармониям, создавало в семье атмосферу, отрицательно сказывающуюся на психическом здоровье детей. В связи с этим с самого начала осуществления помощи ребенку с острым или посттравматическим стрессовым расстройством необходима коррекция семейных отношений. В литературе можно встретить указания на то, что родители, учителя детей, перенесших психическую травму, как правило, многих признаков ПТСР у детей не замечают [24]. Поэтому важно сформировать у членов семьи, а также у иных значимых в жизни ребенка взрослых адекватное понимание его состояния, единство взглядов на характер необходимой ему помощи. Это будет способствовать улучшению внутрисемейных отношений, становлению комплаенса (англ.: compliance – согласие), то есть взаимоотношений специалистов с пострадавшим ребенком, с его родственниками, учителями, строящихся на основе единства взглядов, сотрудничества и партнерства. Формирование комплаенса способствует формированию установки на получение помощи и изменение образа жизни, способствует росту доверия между пациентами и психологами, медицинским персоналом, готовности следовать рекомендациям, снижению тревоги, повышает эффективность фармакотерапии [3, 22]. При несформированном, так называемом «низком комплаенсе», отмечается несовпадение установок, получаемых ребенком в семье («Не плачь, ты мальчик!», «Забудь о том, что с тобой было» и т.п.) с тем, что пытается делать с ним психолог и психотерапевт (провоцирование воспоминаний, эмоциональное отреагирование происшедшего во время травматической ситуации и пр.). Это снижает эффект проводимой терапии, а нередко даже ухудшает состояние пациента. Именно с целью формирования комплаенса и мотивации на получение психологической и психотерапевтической помощи пострадавшими детьми W. Yule и R. Williams предлагали перед началом активной работы с пострадавшими детьми проводить поочередно беседы с группами родителей и учителей [25]. Предваряющие «круглые столы» с родителями и педагогами мы (врач-психотерапевт и психолог) проводили в школах Беслана, в которых продолжили учебу дети, бывшие заложниками террористов [3]. Причем на эти встречи приглашались родители всех учеников, а не только родители пострадавших детей. Это связано с тем, что явления ПТСР отмечались у многих детей, которые были не жертвами террористов, а лишь в качестве свидетелей переживали трагическое событие. Симптоматика ПТСР появлялась у некоторых учеников в результате тесного общения с активными участниками психотравмирующей ситуации, сопереживания им. Кроме того, одной из важных задач подобных встреч была профилактика стигматизации пострадавших.

Методы оказания психологической и психотерапевтической помощи детям и подросткам с острыми и посттравматическими стрессовыми расстройствами описаны в соответствующей главе. Важно отметить, что специалисты, сами пережившие психотравмирующую ситуацию, принимать участия в оказании помощи, пострадавшим в ней, не должны. Важно подчеркнуть, что чем тяжелее переживания, тем больше времени требуется для установления психотерапевтического доверительного контакта с пострадавшим, только добившись которого специалист получает право затрагивать и болезненные, часто интимные темы. Встречающаяся в литературе рекомендация обязательного присутствия родителей во время психотерапевтической сессии представляется нам необязательной, если сформирован комплаенс, и они специалисту полностью доверяют. В присутствии значимого взрослого ребенок непроизвольно будет пытаться отслеживать его оценки происходящего на сессии, что может помешать рассказать о своих переживаниях. Совместные сессии родителей с детьми проводятся при

решении проблем их взаимоотношений, при необходимости коррекции воспитания ребенка.

Динамика улучшения состояния зависит от тяжести ПТСР, от качества комплаенса, адекватности и своевременности проводимой терапии, напоминаниях о травме. В Беслане отмечалось ухудшение состояния у всех пострадавших при проведении траурных мероприятий, посвященных годовщине захвата заложников.

Организация и оказание психологической, медицинской, социальной помощи пострадавшим в результате психотравмирующих ситуаций ставит перед специалистами многообразные задачи. Как отмечают некоторые авторы, и как нам приходилось наблюдать нам, решение этих задач нередко осложняется тем, что множество организаций и частных лиц стремятся (большинство – из добрых побуждений) помочь. Нельзя не согласиться с мнением W. Yule и R. Williams, что в результате в проигрыше оказываются пострадавшие [25].

Острые и посттравматические расстройства у детей изучены недостаточно. Несмотря на объективные трудности исследования, их следует продолжать изучать. Необходимы разработки организационных психокоррекционных, психотерапевтических, реабилитационных мероприятий. От успешности этого во многом зависит уровень психического здоровья детского населения, успешность профилактики роста количества нервно-психических расстройств, а значит и ухудшения криминогенной обстановки, снижения риска возникновения психотравмирующих ситуаций.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ЖЕРТВАМ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ СИТУАЦИЙ

Организация и оказание психологической, медицинской, социальной помощи пострадавшим в результате психотравмирующих ситуаций ставит перед специалистами многообразные задачи. Как отмечают некоторые авторы, и как приходилось наблюдать нам, решение этих задач нередко осложняется тем, что множество организаций и частных лиц стремятся (большинство – из добрых побуждений) помочь. Нельзя не согласиться с мнением W. Yule и R. Williams, что в результате в проигрыше оказываются пострадавшие [25]. Эффективность психологической помощи людям, попавшим в чрезвычайную ситуацию, переживающим острое стрессовое расстройство, а также успешность профилактики развития посттравматического стрессового расстройства во многом зависят от предпринятых организационных мероприятий.

В процессе работы были сформулированы положения, руководствуясь которыми можно повысить её эффективность:

- Реабилитация, при наличии такой возможности, должна проводиться в том месте, где проживают и будут далее проживать пострадавшие (это трудно выполнимо, если дома разрушены в связи с природными катаклизмами либо с военными действиями). Поездки, санаторно-курортное лечение в течение минимум 1 года не показаны.
- При необходимости лечения пациента в другом городе важно обеспечить преемственность реабилитационного процесса, позволяющую не прерывать его, не менять резко его характер.
- При необходимости лечения пациента в другом городе его должен обязательно сопровождать кто-нибудь из близких.
- Реабилитация должна носить семейный характер. Специалисту важно выявлять и учитывать наличие ПСТР у членов семьи пациента, работать с ними. Члены семьи и специалисты должны согласовать друг с другом и с пациентом цель лечения, задачи планируемые мероприятия, сформировать по этому поводу единое мнение. В противном случае многие усилия специалистов могут быть неправильно поняты семьей, встретят сопротивление.
- Необходима преемственность и сотрудничество всех специалистов, занимающихся реабилитацией (врачей, психологов, педагогов, социальных работников и пр.).

- Среди специалистов, участвующих в реабилитации пострадавших, не должно быть их родственников и близких знакомых.
- Повышению качества проводимой реабилитационной работы способствует возможность супервизии.
- Специалистам, работающим с пострадавшими, необходима психологическая помощь, направленная на профилактику возникновения у них синдрома выгорания, вторичного ПТСР.

К сожалению, нет гарантий того, что террористические акты, техногенные катастрофы, сопровождающиеся массовыми жертвами, остались в прошлом. Избежать многих проблем в процессе работы с их последствиями и решить возникшие может использование модели Добрякова-Никольской. Она разработана по заданию ЮНИСЕФ с учетом опыта работы с последствиями военных действий в Чеченской республике, террористического акта в Беслане [19].

Большое количество жертв разного возраста и пола, частое сочетание психической травмы с физической, с соматическими расстройствами, этнические особенности обусловили возникновение при организации и осуществлении реабилитационной работы специфических трудностей. В связи с этим задачами организации и оказания медицинской, психологической и социальной помощи в зоне чрезвычайной ситуации являются: реализация мероприятий по поддержанию оптимального состояния специалистов, участвующих в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций; оказание экстренной психологической помощи пострадавшим в результате чрезвычайной ситуации техногенного или природного характера.

Основными проблемами при решении этих задач оказались: недостаточная квалификация психологов, занимающихся психологической помощью лицам с ПТСР; трудности формирования мотивации у пациентов на получение психологической помощи (чем тяжелее психическая травма, тем больше сопротивления предлагаемой помощи), недостаточная работа с членами семьи пострадавшего; отсутствие преемственности в работе с пострадавшими приезжих консультантов и местных специалистов. Эти и другие проблемы, пути к их решению представлены в таблице.

Модель Добрякова-Никольской

ПРОБЛЕМЫ	ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ
Психологические трудности, возникающие у местных специалистов при оказании помощи родственникам и близким знакомым.	Оказание помощи специалистами кризисного десанта.
Недостаточная квалификация местных специалистов.	Срочное проведение циклов тематического усовершенствования местных специалистов по организации и оказанию помощи пострадавшим в кризисной ситуации.
Доступность получения психологической, психотерапевтической, медикаментозной помощи.	Организация психологических и медицинских приемов вблизи от проживания нуждающихся в них.
Высокий уровень тревоги в сочетании с отсутствием мотивации у жертв кризисных ситуаций и их родственников на получение психологической помощи.	Проведение специалистами круглых столов и собеседований с родственниками лиц, пережившими психотравмирующие ситуации, а также с их учителями, воспитателями детских дошкольных учреждений совместно. Разъяснение им проявлений симптомов ОСР и ПТСР, действий при их обнаружении,

	возможностей специалистов купировать их, предупреждать осложнения.
Возникновение выгорания у специалистов, оказывающих психологическую помощь и сотрудников МЧС.	Оказание психологической помощи им специалистами, не участвующими в работе с жертвами.
Профилактика профессионального выгорания и повышение качества работы специалистов, работающих с жертвами.	Работа парами специалистов-котерапевтов, состоящими из психолога и врача-психотерапевта (психиатра).
Отсутствие преемственности между местными специалистами и специалистами кризисного десанта.	Совместные первые приемы пациентов бригадой, состоящей из двух психологов и двух врачей (двух местных и двух приезжих). Совместная постановка медицинского и психологического диагнозов; цели и формулирование задач диагностики и помощи; выбор методик. Возможность последующих супервизий как очных, так и online.

Реализация модели позволяет оптимально решать проблемы. Приезд специалистов со стороны необходим, так как тесные родственные связи между пострадавшими и многими местными специалистами приводили к вторичной травматизации последних, что препятствовало их участию в реабилитационном процессе. Сложные условия работы способствовали быстрому формированию синдрома эмоционального выгорания как у приезжих, так и у местных специалистов, а совместная работа снижала риск быстрого профессионального выгорания.

ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ, РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПРИ РАБОТЕ С НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ

Так как у детей и подростков не развиты или недостаточно развиты (чем младше ребенок, тем хуже) навыки восприятия информации и выражения своих чувств с помощью речи, предпочтительнее работать с ними методами игровой психотерапии, сказкотерапии, песочной терапии, арт-терапии и некоторых других. Используя их, терапевт может легче присоединиться к несовершеннолетним, помочь им раскрыть свои переживания, связанные с травматическим событием. Выбор методики зависит от опыта и квалификации психолога или психотерапевта, а также от возраста, личностных особенностей пациента, специфики психотравмирующей ситуации.

Начиная с детей школьного возраста можно также использовать хорошо зарекомендовавшую себя методику десенсибилизации и повторной обработки с помощью движения глаз (ДПОДГ) F. Shapiro [16], поведенческой терапии, направленной на формирование и закрепление новых стереотипов поведения и смены ими неадаптивных путем положительного и отрицательного подкрепления. Возможно использование метода мышечной релаксации, подбирая индивидуально методики с учетом возраста, степени тяжести состояния. При этом категорически не рекомендуется использовать авторитарную прямую суггестию.

Все перечисленные методы могут применять только специалисты, прошедшие соответствующую подготовку. Независимо от профессии специалиста (и психолог, и врач) должны строго следовать завету Гиппократов «Не навреди!». Основными методами являются метод беседы и наблюдения. Использование большого числа методик, требующих заполнения бланков, может затруднять формирование доверительных отношений и даже пугать.

Параллельно психологическая помощь должна оказываться родственникам пациента с ПТСР. Родителям ребенка необходимо дать рекомендации по общению с ним, способам оказания эмоциональной поддержки.

В беседе с ребенком, имеющим признаки ПТСР, специалист нередко сталкивался как с сознательным утаиванием каких-то фактов пациентом, так и с неосознанным их вытеснением. С целью преодоления подобных трудностей были разработаны проективные арт-терапевтические технологии «Метод когнитивно-метафорической реструктуризации травматического опыта» (автор – И.В. Добряков) и «Метод серийных рисунков и рассказов» (автор – И.М. Никольская) [19]. Их использование способствует формированию доверительных отношений специалиста с пациентом, позволяет завуалированно, исподволь коснуться пережитых травматических ситуаций, вскрыть психотравмирующие переживания, осуществить отчуждение от них, создать образ позитивного будущего. Технологии этих методов были разработаны и успешно применены в процессе оказания помощи детям и подросткам ей и подросткам несовершеннолетним с явлениями ПТСР (в Беслане, Чечне, Карабахе, Оше).

МЕТОД КОГНИТИВНО-МЕТАФОРИЧЕСКОЙ РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОПЫТА

Метод базируется на нарративном (повествовательном) подходе. Его суть – совместное с пациентом сочинение сказок, в метафорической форме отражающих пережитую травмирующую ситуацию [19].

Такая психотерапевтическая проективная технология может использоваться для установления терапевтического доверительного контакта, диагностики и коррекции внутреннего мира детей дошкольного возраста и старше.

Сюжет сказки, возникающий в процессе диалога пациента и терапевта, отражает реальность, но зависит не столько от нее, сколько от терапевта. Его задача – направить повествование таким образом, чтобы пациент-рассказчик наполнил его символами, отражающими сексуальные переживания, возникающие в связи с насилием. Встречаемые при этом нелогичность сюжета, его фрагментарность являются самыми интересными с диагностической точки зрения и подсказывают пути терапии.

Далее терапевт поворачивает сюжет так, что пациент актуализирует свой ресурс и рассказывает, как его герой в конце сказки решает свои проблемы, пережив все беды, выходит победителем. Большое значение придается тому, какое и почему название дает пациент рассказу, а также окончанию повествованию («морали»). Возможно дальнейшее разыгрывание по ролям важных отрывков придуманной отрывков придуманной истории или ее полностью. Приемы анализа сочиненных сказок:

- отделение нетипичных (отражающих особенности автора и его переживаний) элементов повествования от стереотипных, обусловленных возрастом, мало информативных элементов;
- оценка эмоциональных реакций пациента во время рассказа (тревога, удовольствие, враждебность, эмпатия, подавление чувств и т.п.);
- определение основного персонажа, представляющего автора рассказа;
- определение персонажей, отражающих различные свойства личности автора;
- определение персонажей, представляющих значимые фигуры реального окружения автора, насильника;
- выявление групп персонажей, символизирующих составляющие одной личности;
- выявление символов вытесненных комплексов (например, насекомых, мышей и пр.);
- выявление образов и действий, отражающих родительско-детские отношения;

- определение общей атмосферы рассказа (приятная, нейтральная, пугающая). Придуманые сказки легче анализировать, чем сны, а принципы анализа те же.

МЕТОД СЕРИЙНЫХ РИСУНКОВ И РАССКАЗОВ

Метод разработан И.М. Никольской для диагностики и коррекции внутреннего мира детей 7 лет и старше [12, 19]. Использование метода:

- облегчает контакт между специалистом и ребенком;
- делает зримыми для взрослых и самих несовершеннолетних их значимые проблемы, их ресурсы;
- выявляет процессы адаптации к стрессу;
- дает ребенку опыт самораскрытия и помогает формированию самосознания;
- создает условия для отреагирования психотравмирующих переживаний;
- формирует опыт взаимодействия со специалистом.

В течение одного сеанса ребенку предлагают создать серию проективных рисунков на заданные темы, составить в диалоге с психологом устные или письменные рассказы о том, что на рисунках изображено. Цель – отражение в продуктах творческой деятельности особенностей внутреннего мира и поведения ребенка:

- его представлений о себе и окружающих;
- желаний, стремлений и фантазий;
- внутриличностных и межличностных конфликтов;
- психотравмирующих переживаний;
- механизмов психологической защиты и копинг-стратегий;
- перспективы будущей жизни.

Результат – осознание и отреагирование ребенком своих проблем посредством их визуализации, вербализации, обсуждения и разделения с другим человеком. Темы для рисования задаются ребенку психологом. Они сформулированы от первого лица (содержат местоимения «я», «мой», «мне» и пр.), эмоционально насыщены (указывают на переживание ряда эмоций и чувств). После того как сделан рисунок, специалист с помощью уточняющих вопросов побуждает ребенка составить по рисунку рассказ. Он задает вопросы по типу:

- *«Что тут на рисунке происходит?»*,
- *«Где ты (этот человек) находится?»*,
- *«Что ты (этот человек) делаешь (-ет)?»*
- *«Какое у тебя (у этого человека) здесь настроение?»*,
- *«О чем ты (этот человек) думаешь (-ет)?»*

и пр.

При работе с детьми психолог фиксирует свои вопросы и ответы ребенка, при работе с подростками и взрослыми клиент нередко сам дает письменные ответы на вопросы психолога. Таким образом, рассказы по рисункам создаются в диалоге с психологом. После завершения этой процедуры специалист, ребенок и его родители совместно обсуждают и обобщают проделанную работу (подведение итогов содержания и чувств). Важнейший принцип взаимодействия психолога с ребенком в процессе серийного рисования – безусловное одобрение и принятие всех продуктов творческой деятельности, независимо от их содержания, формы и качества. Получая безусловное положительное подкрепление, дети охотно втягиваются в работу. С третьего-четвертого рисунка они обычно начинают рисовать быстро, уверенно и сами дают комментарии к своим рисункам. В какой-то момент они могут отказаться рисовать очередной рисунок и просто рассказывают или записывают рассказ на заданную тему.

Технология работы на сеансе структурирована и включает три этапа, определяющих примерную очередность заданий, которые предлагаются ребенку.

Этап 1. Задача первого этапа – присоединиться к ребенку и ввести его в работу. Рисунки и рассказы на тему «Мой автопортрет в полный рост», «Моя семья», «Если бы у меня была волшебная палочка...». Эти рисунки и рассказы позволяют:

- а) познакомиться с ребенком;
- б) исследовать его образ-Я, представления о семейном окружении и самочувствии в семье;
- в) осуществить присоединение за счет обсуждения «безопасной» и насыщенной позитивными эмоциями темы желаний, стремлений и фантазий;
- г) ввести в работу, то есть создать определенный настрой.

Этап 2. Задача второго – стимулировать рассказ о пережитых сложных ситуациях.

Рисунки и рассказы выполняются на тему «*Я переживаю*», «*Я боюсь*», «*Я об этом не хочу вспоминать*». Эти задания несут основную эмоциональную нагрузку и стимулируют проявление интенсивных чувств и воспоминаний. С их помощью происходит диагностика отрицательных переживаний и связанных с ними трудных жизненных ситуаций, внутриличностных и межличностных конфликтов, механизмов психологической защиты и стратегий совладающего поведения. В процессе исследования психотравмирующих переживаний за счет коррекции механизмов психологической защиты осуществляется отреагирование отрицательных эмоций либо отчуждение от них.

Этап 3. Задача – снятие напряжения, формирование чувства уверенности в себе, ощущение способности справиться с трудностями, создание образа позитивного будущего.

Темы рисунков: «Я такой довольный, я такой счастливый», «Мне 25 лет, я взрослый и работаю на своей работе» (для детей и подростков), «Светлое будущее».

Метод серийных рисунков и рассказов используется как однократная процедура (все рисунки и рассказы создаются в течение одного сеанса). Однако затем полученные материалы могут использоваться на других сеансах, в течение длительного времени, для детальной проработки вскрытых проблем и отслеживания динамики изменений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Стрессовые расстройства у детей и подростков – актуальная проблема, имеющая большую общественную значимость и способствующая стойкой социальной дезадаптации пациентов. Данные методические рекомендации могут помочь пониманию причин и выявлению стрессовых расстройств у детей и подростков, а также повысить эффективность оказания помощи.

Важно подчеркнуть, что возраст ребенка влияет как на патоморфоз, так на клиническую картину и течение стрессовых расстройств. Чем старше возраст ребенка, тем меньше отличий клинических проявлений ПТСР и острого стрессового расстройства от взрослых.

Специалисту, работающему с пострадавшим, должны быть известны факторы, влияющие на возникновение стрессового расстройства и его проявлений, чтобы правильно диагностировать характер последствий психической травмы, предполагать течение стрессового расстройства и с учетом этого планировать лечение и реабилитацию.

Необходимо еще раз отметить важность эмоционального состояния и поведения значимых для детей взрослых, прежде всего родителей. По этой причине психологическая помощь должна оказываться родственникам пациента со стрессовым расстройством. Помимо этого, родители ребенка должны получить рекомендации по общению с ним и способам оказания эмоциональной поддержки.

Подводя итог всему вышесказанному, следует обратить внимание, что острые и посттравматические расстройства у детей изучены недостаточно ввиду объективных трудностей, но, несмотря на это, разработка организационных психокоррекционных, психотерапевтических, реабилитационных мероприятий должна продолжаться.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Винникотт Д.В. (Winnicott D.W.) Маленькие дети и их матери. М.: Независимая фирма «Класс», 1998. 80 с.
2. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2010. 272 с.
3. Добряков И.В., Никольская И.М. Краткосрочная кризисная психотерапия детей с посттравматическими расстройствами в рамках модели реабилитации «Добрякова-Никольской» // Журн. Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009. Т. 109, №12. С. 29-33.
4. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. Учебное пособие. СПб.: Питер, 2005. 400 с.
5. Ковалёв В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1985. 288 с.
6. Лебедев В. Пересмотр посттравматических состояний в МКБ-11
7. https://www.rmj.ru/blog/Viktor_Lebedev/peresmotr-posttravmaticheskikh-sostoyaniy-v-mkb11/
8. Мальгина Г.Б. Стресс и беременность: перинатальные аспекты. – Екатеринбург: Изд-во «Чароид», 2002. 188 с.
9. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) (МКБ 10) // Классификация психических и поведенческих расстройств: клинические описания и указания по диагностике. / Пер. под ред. Ю.Л. Нуллера и С.Ю. Циркина. СПб.: ВОЗ, АДИС, 1994. 304 с.
10. Международная классификация болезней (11 пересмотр) (МКБ 11) Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития. Статистическая классификация. М.: «КДУ», «Университетская книга», 2021. 432 с.
11. Микиртумов Б.Е., Кошавцев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. СПб.: Питер, 2001. 256 с.
12. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. СПб.: Изд. СПбГУ, 1999. 288 с.
13. Никольская И.М. Метод серийных рисунков и рассказов в психологической диагностике детей и подростков. Изд. 2. СПб.: Речь, 2014. 56 с.
14. Никольская И.М., Добряков И.В. Уровни защитной системы человека в контексте оказания психологической помощи // Психология совладающего поведения: материалы II Междунар. научно-практ. конф., Кострома, 23-25 сент. 2010 г. Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010. С. 102-104.
15. Ранк О. (Rank O., 1924) Травма рождения / пер. с англ. М.: Аграф, 2004. 400 с.
16. Фокина А.П., Карпова А.Л. с соавт. Вместе не страшно. М.: Проспект, 2018. 172 с.
17. Шапиро Ф. (Shapiro F.) Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры/Пер. с англ. А.С. Ригина. М.: Независимая фирма «Класс», 1998. 496 с.
18. Шпиц Р.А., Годфри Коблинер В. (Spitz R.A., Godfrey Cobliner W.) Психоанализ раннего детского возраста. М.: ПЕР СЭ; СПб.: Университетская книга, 2001. 159 с.
19. Dobryakov I. Short-term integrative psychotherapy in children with post-traumatic stress disorders (PTSD): The experience of Beslan, Chechen Republic, and Kurguzstan. // Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence / Juillet 2012. Vol. 60. №5S. S. 137.
20. Dodriakov I.V., Nikolskaia I.M. Crisis Psychotherapy in Children with Post-Traumatic Stress Disorder: Method of Cognitive-Metaphorical Reconstruction of Traumatic Experiences in Drawings / Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorder. Springer International Publishing, Switzerland, 2016. P. 1349-1365.
21. Field T.M. Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. // Infant Behaviour and Development 7, 1990. P. 517-522.
22. Lebovici S. Le nourisson, la mere et le psychoanalyste: les interactions precoces. Paris, Le Centurion, 1983.

23. Scott, M.J., & Stradling, S.G. (1997). Client compliance with exposure treatments for posttraumatic stress disorder. // *Journal of Traumatic Stress*, 10 (3), 523-526.
24. Taylor S.E. Adjustment of threatening events: A theory of cognitive adaptation // *American Psychologist*. 1983 P. 1161-1173.
25. McFarlane A.C., Policansky S., Irvin C.P. A longitudinal study of the psychological morbidity in children due to a natural disaster. // *Psychological Medicine* 41, 1987. P. 209-218.
26. Yule W., Williams R. Posttraumatic stress reactions in children. *Journal of Traumatic Stress* 3 (2), 1990. P. 279-295.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Детская шкала для диагностики тяжести реакций на травматический стресс (Роберт Пинос, Алан Стейнберг, 2002)

Твои имя и фамилия _____

Возраст _____

Место проживания _____

Национальность _____

Перед тобой список трудностей, которые иногда возникают у тех людей, которым когда-то было очень страшно. Возможно, таким страшным событием для тебя были события в июне.

Пожалуйста, прочитай внимательно каждое утверждение из списка и отметь крестиком то, что подходит тебе больше всего. Постарайся ответить на все вопросы.

№	В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО МЕСЯЦА	никогда 1 балл	2 раза в месяц 2 балла	1-2 раза неделю 3 балла	2-3 раза неделю 4 балла	каждый день почти 5 баллов
1	Я старался избегать всего, что обычно меня пугает.					
2	Когда что-то напоминало мне о том, что произошло, я становился беспокойным, испуганным или грустным					
3	Даже когда я хотел думать об этом, мне приходили в голову грустные мысли, образы или звуки					
4	Я был в плохом настроении, сердился или гневался					
5	Мне снились страшные сны					
6	Мне казалось, что я возвращаюсь назад во времени и снова переживаю все, что произошло.					
7	Мне хотелось находиться в одиночестве, без друзей.					
8	Я чувствовал себя одиноким и изолированным от других людей					
9	Я старался не разговаривать о том, что случилось, не думать об этом и не испытывать чувств, связанных с теми событиями					

10	Мне было трудно ощущать себя счастливым и чувствовать любовь к другим людям, как будто мои чувства были заморожены					
11	Я часто вздрагивал или подпрыгивал на месте, когда слышал резкий звук или происходило что-то неожиданное					
12	Мне было тяжело засыпать или я часто просыпался по ночам					
13	Я думал, что в тех событиях есть и часть моей вины					
14	Мне было сложно вспомнить важные детали того, что случилось					
15	Мне было трудно быть внимательным					
16	Я старался избегать людей, мест или вещей, которые напоминали мне о тех событиях					
17	Когда что-то напоминало мне о том, что произошло, мне становилось плохо (начинало биться сердце, я неожиданно покрывался потом, у меня начинал болеть живот, появлялась головная боль)					
18	Я плохо (негативно) думал о своем будущем					
19	У меня возникал страх, что случившееся может повториться в будущем					
20	У меня стало меньше интересов, я стал более пассивным					

Реакции, требующие внимания специалиста – 50 баллов и выше.