Министерство образования Калининградской области

Государственное автономное учреждение Калининградской области для

обучающихся, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, «Центр диагностики и консультирования детей и подростков» (ОЦДиК)

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

для педагогов и специалистов образовательных организаций по работе с детьми, прибывших из зон боевых действий.

Авторы-составители: социальный педагог Е.И. Шарапова

педагог-психолог Е.О.Студинской

Ребёнку, пережившему травматические события, а пребывание в зоне боевых действий несомненно является психотравмирующей ситуацией, необходима высококвалифицированная психологическая 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, посттравматическое стрессовое расстройство (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. Встречаются и дети, потерявшие сразу всех своих родных, видевшие многие жестокие убийства, рушащиеся дома. На фоне посттравматического стресса, которому оказываются подвержены дети, становится особенно тяжело справиться с трудностями. На наш взгляд, эта тема особенно важна и заслуживает детального рассмотрения.

События, связанные с военными действиями, являются угрозой. 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.

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 (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 дети стараются пережить ситуацию еще раз. Они используют сюжеты травмирующей ситуации для своих рисунков и игр, которые нередко при этом становятся однообразными. Пережившие физическое насилие дети и подростки нередко становятся агрессорами в детском коллективе. Из нарушений сна у детей чаще всего наблюдаются ночные кошмары и сонливость днем, подростки нередко боятся уснуть и по этой причине не высыпаются. У детей дошкольного возраста психология посттравматического стресса включает такую особенность как регрессия, когда ребенок как бы возвращается назад в своем развитии и начинает вести себя как дитя младшего возраста (теряются определенные навыки самообслуживания, упрощается речь и т.п.). Нарушения социальной адаптации у детей, в частности, проявляются в том, что ребенок теряет возможность представить себя взрослым даже в фантазии. Дети с ПТСР становятся замкнутыми, капризными, раздражительными, малыши младшего возраста боятся расставаться с мамой.

При длительном течении ПТСР дети значительно отстают в умственном и физическом развитии, у них появляется необратимая патологическая деформация черт характера, у подростков раньше, чем у взрослых, возникает склонность к асоциальному поведению и развитию разного рода зависимостей. Между тем, некоторые экстремальные ситуации, такие, к примеру, как физическое и/или сексуальное насилие, могут возникать без ведома родителей или опекунов малыша. Поэтому следует срочно обратиться за медицинской помощью, если возникают следующие тревожные симптомы:

● ночные кошмары, развитие энуреза;

● 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 агорафобия (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);

- суицидальное поведение.

*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 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.

*Методы психокоррекционной работы 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.

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 сложных и опасных обстоятельствах и может успешно с ними справиться с помощью дыхательных техник и воображения. При работе с детьми с ПТСР используется техника направленной визуализации образа. Например, путешествие в лес, к морю. Эта техника направлена на то, чтобы ребенок понял, что с помощью своего воображения он может достичь желаемого результата и снизить (изменять) состояние своего напряжения. В этом направлении коррекции активно используется визуализация эмоций, что помогает детям понять свои негативные и положительные эмоции, исследовать свое эмоциональное состояние и научиться его регулировать.

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. 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, со 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.

Работа воспитателя, 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 тревожный характер, в их основе темы самообвинения, катастрофизации, долженствование («я должна», «кто если не я»), тревога («а если», «а вдруг»). Обучение родителей техникам совладания со своим неадаптивным состоянием. Одного из родителей просят также отслеживать эмоциональное состояние своего ребенка на протяжении хода психокоррекционной работы. Фиксировать по определенной аналоговой шкале (0-10 баллов) уровень тревожности, агрессивности, напряженности, замкнутости, показывать динамику и обсуждать эти данные со специалистом.

Перед тем как подключить родителей к психокоррекционной работе обязательно нужно провести психообразование и информирование, которые включает в себя:

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

- Обоснование и обзор психокоррекционной работы. 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 психокоррекции ребенка. Любая инициатива родителя, вопросы, предложения приветствуются на всех этапах работы.

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

Арт-терапия широко используется при оказании краткосрочной психологической помощи детям, подросткам и взрослым, пережившим кризисные и экстремальные ситуации. А. И. Копытин определяет «арт-терапию» как направление в психотерапии, реабилитации и психокоррекции, основанное на упражнениях пациентов (клиентов) изобразительным творчеством. По мнению Е. А. Медведевой, основными функциями арт-терапии являются: катарсистическая, т.е. очищающая, освобождающая от негативных состояний, регулятивная, как снятие нервно-психического напряжения, регуляция психосоматических процессов, моделирование положительного психоэмоционального состояния, коммуникативно-рефлексивная, т.е. обеспечивающая коррекцию нарушений общения, формирование адекватного межличностного поведения, самооценки. На занятиях арт-терапии, с помощью техник и произведений искусств, подросток учится не только выражать свои эмоции, но и управлять ими, что для подросткового возраста особенно важно.

Искусство как язык терапии в сочетании со словесным диалогом использует все способности подростка, чтобы найти более успешное разрешение его трудностей. При использовании арт-терапевтических методов младшему подростку дается возможность в контакте с бессознательным пережить внутренние конфликты прошлого. При поддержке со стороны психолога происходит общение на символическом языке образов, появляются новые формы опыта. Психолог от занятия к занятию оценивает происходящие с ребенком перемены путем сравнения творческих продуктов и фиксации изменений, которые происходят как в содержании работ, так и в вербальных объяснениях подростком их смысла. Применение арт-терапии в работе с детьми позволяет лучше понять внутренний мир ребенка, его проблемы, переживания, так как этот метод не имеет ограничений, вызывает положительные эмоции, помогает преодолеть апатию, сблизиться с окружающими, служит способом освобождения от сильных переживаний.

Арт-терапия необходима для работы с детьми, так как она помогает снять стресс, выразить свои эмоции и освободиться от негативной энергетики. Её эффективность повышается ещё и за счёт позитивных эмоций, которые ребёнок испытывает во время сеанса. В работе с младшими подростками быть использованы различные направления арт-терапии. Ряд авторов считают востребованными и эффективными такие направления как: изотерапия, сказкотерапия, музыкотерапия, метафорические карты, мандалотерапия.

***Литература:***

1. Брязгунов И.П. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков. Медпрактика-М, 2018. 144 с.

2. Венгер А.Л. Психологическая помощь детям и подросткам в чрезвычайных ситуациях (на опыте работы с жертвами террористического акта в Беслане) // Консультативная психология и психотерапия. 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, 2020. 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», 2019. 304 с.

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

9. Шнейдер Л. Кризисные состояния у детей и подростков: направления работы школьного психолога.