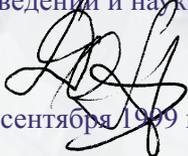


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СОГЛАСОВАНО

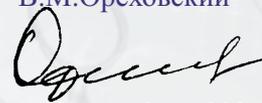
Заместитель начальника
Главного управления кадровой политики,
учебных заведений и науки Н.И. Доста



10 сентября 1999 г.

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель
министра здравоохранения
В.М.Ореховский



16 сентября 1999 г.
Регистрационный № 86-9907

ПОСЛЕДСТВИЯ НАСИЛИЯ НАД ДЕТЬМИ (ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ)

Минск 1999

Учреждение-разработчик: Белорусский государственный институт усовершенствования врачей

Автор: Е.В. Тарасевич

Рецензенты: доц. А.А. Головач, канд. мед наук С.А. Игумнов, канд. мед. наук Н.К. Григорьева

Методические рекомендации основаны на наблюдении за 185 детьми, перенесшими насилие, из которых у 105 развилось посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) как отставленная и затяжная реакция на стрессовое событие. Выделенные клинические стадии (ПТСР) явились предпосылкой для разработки программы ранней диагностики, профилактики и комплексной терапии больных данным заболеванием детей на различных этапах его развития с учетом возрастных и личностных характеристик.

Методические рекомендации предназначены для детских психиатров, психотерапевтов, психологов и социальных работников.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	4
ПРОФИЛАКТИКА ПТСР У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ НАСИЛИЕ	8
КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ПРОБЛЕМНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПТСР ДЕТЕЙ, ПОДВЕРГШИХСЯ НАСИЛИЮ	11
Основные задачи комплексной терапии стадии невротических расстройств:	11
Основные задачи комплексной терапии стадии патохарактерологических изменений личности:	24
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	31

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время проблема жестокости и насилия в детстве в связи с ее большой социальной значимостью во всем мире признана одной из приоритетных, что закреплено в Международной Конвенции о правах ребенка (1989). Дети — наиболее ранимые члены нашего общества, чьи права и свободы часто нарушаются. В суровой действительности многие из них переживают ужас насилия, становятся свидетелями и (или) жертвами физических, сексуальных и эмоциональных злоупотреблений (child abuse) со стороны взрослых своей семьи или социального окружения.

Насилие, совершенное по отношению к ребенку, по своим последствиям относится к самым тяжелым психоэмоциональным травмам, которые в ряде случаев могут привести к развитию посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), так как события, нейтральные для взрослого, у ребенка могут вызывать тяжелые реакции.

В детском возрасте в связи с незавершенностью становления психики защитные механизмы еще полностью не сформированы, поэтому этап психологической переработки травмирующего фактора отсутствует или редуцирован, а реакции отражают непосредственный ответ на психогению (для конкретного ребенка). Понимание и осознание опасности насилия формируется только в процессе жизненного опыта и межличностных отношений, когда на первый взгляд кажущиеся малозначимыми для ребенка ситуации, постепенно приобретают характер угрожающих воздействий.

Явление жестокого обращения с детьми привлекло внимание психиатров, психологов, социальных работников и работников закона, когда С.Н. Kempe et al. (1962) описали «синдром избиваемого ребенка». Tizard (1997) подчеркивал значение неожиданности, внезапности, новизны и продолжительности впечатлений у ребенка: неожиданный близкий крик птицы, пролетевшей мимо ребенка; систематическая травматизация, состоящая из бесконечно чередующихся сильных и повседневных воздействий или только мелких, но непрерывно действующих (унижение, угрозы, психологическое истязание, систематические избиения и прочее), вызывали у него острые или отдаленные во времени аффективно-шоковые реакции, которые можно трактовать как ПТСР, отличающиеся определенным своеобразием, характерным для детей (Гурьева В.А., 1996).

Учитывая, что многочисленные исследования в области детской психиатрии и психологии убедительно показывают, насколько сильным оказывается влияние детства на последующую взрослую жизнь человека, на современном этапе в условиях нестабильности общей экономической и социальной ситуации в нашей стране данная проблема остается далекой от своего окончательного разрешения.

В большом спектре проблем, связанных с изучением ПТСР вследствие перенесенного насилия, особую научно-практическую значимость приобретает необходимость создания эффективных и краткосрочных методов лечения и профилактики данных расстройств.

Имеющиеся исследования по лечению ПТСР носят весьма разноречивый характер и, в основном, базируются на медикаментозной помощи. Исследования применения комплексного и дифференцированного подхода к лечению и предупреждению возникновения ПТСР у детей с учетом клинических проявлений заболевания, его динамики и степени прогрессивности в доступной нам литературе фрагментарны. Имеются лишь единичные, разрозненные сведения, указывающие на возможность применения некоторых фармакопрепаратов и долгосрочной психотерапии у данного контингента пострадавших детей (Александровский Ю.А. и соавт., 1991; Ковалев В.В., 1992; Асанова Н.К., 1997).

Учитывая вышеизложенное, становится понятной значимость разработки комплексных программ терапии и профилактики ПТСР у детей, подвергшихся насилию. *Актуальность* их обусловлена следующими причинами:

- Дети, перенесшие насилие, на ранних этапах исключительно редко попадают в поле зрения психиатров или психотерапевтов, вследствие чего они не могут получить своевременную и адекватную своему психическому состоянию специализированную помощь. Довольно часто это приводит к возникновению у них ПТСР.
- Раннее выявление групп риска в отношении развития ПТСР и оказание им своевременной психопрофилактической помощи позволяет в условиях детской поликлиники или стационара с достаточной эффективностью предупреждать фиксацию и усугубление психопатологической симптоматики, способной привести к последующему возникновению ПТСР.
- Клиническая специфика и особенности динамики ПТСР у детей требуют применения дифференцированного подхода к лечению и профилактике этого заболевания с учетом преобладающих симптомокомплексов и стадий его развития.

Последствия насилия над детьми (профилактика и лечение)

Следовательно, профилактические, терапевтические и реабилитационные мероприятия как в отношении детей, перенесших насилие и имеющих высокий риск развития ПТСР, так и в отношении детей с уже развившимися ПТСР, заслуживают особого внимания психиатров, психотерапевтов, психологов (социальных работников).

ПРОФИЛАКТИКА ПТСР У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ НАСИЛИЕ

Основным звеном профилактики ПТСР у детей, перенесших насилие, является раннее выявление среди них лиц с повышенным риском развития данного заболевания. Оптимальным в этих целях является проведение специальных обследований детей, обратившихся за помощью по поводу пережитого насилия, а также выявленных с помощью проводимого скрининг-обследования детских коллективов (школ, интернатов и др.). Такой подход позволяет с достаточной полнотой выявлять детей с высоким риском развития ПТСР и принимать соответствующие психопрофилактические меры.

Для решения этой задачи необходимо всех детей, обратившихся за помощью вследствие пережитого насилия и выявленных в процессе обследования, обследовать в максимально сжатые сроки после перенесенного травматического события по специально разработанной программе, включающей в себя 3 блока.

Первый блок — это целенаправленный сбор анамнестических сведений, обращающий особое внимание на такие факторы, как обстоятельства травмирующей ситуации, сведения о пережитом насилии (физическом, психологическом или пренебрежении), выраженность аффектов ужаса и страха, силу пережитого психологического потрясения, наличие имевшихся в преморбиде характерологических особенностей и акцентуаций.

Исследованием установлено, что для преморбиды пострадавших детей с ПТСР характерно наличие у них разнообразных неблагоприятных психосоциальных факторов: «трудное» детство, характерологические особенности родителей, опекунов; характерологические особенности самих детей; депривация родителей (опекунов) в их детстве и низкий социально-экономический статус семьи. Личностный преморбид таких больных свидетельствует о наличии акцентуаций характера, особенно часто тормозимых и истероидных.

Второй блок включает в себя обследование с помощью экспериментально-психологических опросников: шкалы последствий событий (Horowitz, 1987), опросника личностной и реактивной тревоги (Spielberger, 1986), метод цветowych выборов (Люшер, 1984) и глоссария механизмов психологической защиты (Vaillant, 1987).

Для больных ПТСР уже в течении первых месяцев после травматической ситуации насилия, то есть еще до возникновения заболевания, характерны выявляемые с помощью соответствующих опросников высокие уровни субъективного стресса (в виде фаз погружения и (или) избегания), реактивной тревожности и дисгармоничного психоэмоционального состояния, а также преимущественное использование в качестве механизмов психологической защиты — подавление, отрицание и вытеснение.

Третий блок предполагает динамическое клинико-психопатологическое обследование, ориентированное на выявление специфического комплекса симптомов, характерных для ПТСР: навязчивых тягостных воспоминаний и представлений, ночных кошмаров и сновидений о перенесенной ситуации насилия, стремление избежать любых стимулов, напоминающих о ней, присутствие аффективных галлюцинаций, тревожных руминаций, касающихся травматической ситуации насилия, тревоги, дистресса и пугливости. Все эти расстройства, не будучи синдромально оформленными, могут эпизодически появляться уже спустя 4–6 недель после перенесенного травматического события.

После выявления пострадавших в результате насилия среди детей с повышенным риском развития ПТСР, представляется целесообразным проведение комплекса психолого-коррекционных и лечебных мероприятий, направленных на предотвращение развития данной патологии.

Последствия насилия над детьми (профилактика и лечение)

Профилактическая работа должна осуществляться в тесном взаимодействии врачей психиатров, психотерапевтов, практических психологов (социальных педагогов) и родственников пострадавших.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ПРОБЛЕМНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПТСР ДЕТЕЙ, ПОДВЕРГШИХСЯ НАСИЛИЮ

Изучение ПТСР с позиций принятого в отечественной психиатрии клинико-динамического подхода позволило установить, что в своем развитии заболевание претерпевает два этапа: *стадию невротических расстройств и стадию патохарактерологических изменений личности.*

Стадия невротических расстройств ПТСР развивается в среднем в течение 6 месяцев после перенесенного насилия и при неблагоприятных условиях может продолжаться до 2 лет. Особенностью и сложностью этой стадии является то, что большая часть больных детей в обозначенный период находится вне поля зрения психиатров. В связи с чем ухудшаются возможности медицинского контроля за динамикой заболевания, не проводится его терапия, что создает условия для развития и хронизации ПТСР.

Преобладание на этой стадии помимо основных (облигатных) симптомов астенических, депрессивных, обсессивно-фобических, тревожных, вегетативных, истерических нарушений определяют наиболее предпочтительную терапевтическую тактику.

Основные задачи комплексной терапии стадии невротических расстройств:

1. Достижение отреагирования детьми значимых для них психологических переживаний, связанных с пережитой ситуацией насилия, то есть воздействие на «фокус» болезни.
2. Уменьшение частоты и выраженности невротической симптоматики.
3. Повышение уровня адаптации.

Для выполнения задач применяется комплекс воздействий, включающий в себя психотерапию, фармакотерапию и физиотерапию.

Как оказалось, наиболее эффективной и относительно краткосрочной (10–15 сессий) является проблемно-ориентированная психотерапия (Blaser A., Heim E., Ringer C., Thommen M., 1998), использующая интегративно-эkleктический подход в подборе индивидуальных психотерапевтических методик с учетом возрастных и личностных особенностей детей. Такой выбор диктуется на основании определяющих признаков проблемно-ориентированной терапии (ПО-терапии): ориентированность на проблему, на пациента, структурированность и плюрализм методов: активизация сознания; изменение привычных схем мышления; изменение поведения; активизация переживаний и выражения эмоций с последующей целью отреагирования; релаксации; поддержки пациента, а также способность потенцировать действие фармакопрепаратов и других мер воздействия.

Выбор обусловлен и специфическими особенностями этой формы психотерапии: краткосрочность, быстрая и высокая эффективность вследствие ее фокальной направленности на определяемые цели, доступность и возможность адаптации ее для детей, имеющих изначально слабую мотивацию.

Одна из главных задач ПО-терапии — ориентирование ребенка на терапевтическую среду, понимание задач и процесса терапии, формирование содружественного альянса с терапевтом в течение 10–15 терапевтических сессий. Применяются различные психотерапевтические методики в зависимости от возраста, ситуации насилия, личностных особенностей ребенка, а также фабулы переживаний для эффективной стратегии решения проблемы, с которой столкнулся пациент и поиска пути достижений, которые он ставит перед собой.

Показания для применения ПО-терапии определяются на основании следующих посылок:

1) особенности пациента — когда при первых контактах с врачом-психотерапевтом он не проявлял признаков острого кризиса, но жаловался на выраженные нарушения в состоянии своего здоровья, продолжающиеся так долго, что вызвали психопатологические изменения;

- когда он испытывает эмоции, заставляющие его страдать, но страдание это не чрезмерно;
- причины, по которым он обратился за помощью к врачу, хорошо распознаваемы, поддаются формулировке, позволяют сделать соответствующие конкретные психотерапевтические шаги, понятные и одобряемые не только психотерапевтом, но и пациентом;

2) особенности психотерапевта, так как качество отношений между психотерапевтом и пациентом — важнейший фактор успеха психотерапии. Психотерапевт должен учитывать, что его интерес к пациенту, чувство, что он может ему помочь и личностная эмпатия — очень важные моменты при решении вопроса о психотерапевтической работе с данным больным. В идеальном случае должны присутствовать все три фактора;

3) определение проблемы — отправная точка для решения при выборе метода и стратегии психотерапии для достижения психотерапевтической цели. Следует сказать, что картина болезни может обуславливаться различными факторами, а при выборе психотерапевтических методик следует руководствоваться причинами болезни, то есть определением проблемы;

4) родители или другие лица, несущие ответственность за ребенка, согласны на применение данного метода лечения.

После уяснения показаний к психотерапии и составления плана последующих действий, психотерапевт должен заключить с пациентом психотерапевтический контракт, содержащий обоснование выбранной формы психотерапии, обязанности больного, количество сессий и срок завершения работы.

Противопоказания:

- 1) категорический отказ пациента и нежелание работать (наличие рентных установок);
- 2) крайне выраженные расторможенность и агрессивность;

- 3) низкий интеллект;
- 4) наличие антипатии в отношениях пациент — врач;
- 5) угроза аггравации проблемы.

Проведение ПО-терапии целесообразно разделить на *этапы*, используя при этом разнообразные методики и стратегии с учетом возрастных, личностных особенностей ребенка и его проблемы.

Первый этап предусматривает ориентирование пострадавшего на терапевтическую среду с пониманием целей и процесса терапии. Это необходимо для того, чтобы помочь пациенту сформировать содружественный альянс с психотерапевтом, для достижения соглашения, единодушия и общности мнений о целях посещения терапевтических сессий и способах их проведения. Благоприятная ориентация необходима и для уменьшения тревоги пострадавших детей по поводу лечения.

На первой сессии ребенку следует ясно и просто объяснить, почему его привели к психотерапевту. Терапевт может не вдаваться в детальные обсуждения о насилии, но обязательно должен информировать своего пациента о том, что он знает, что тот подвергся злоупотреблению и что это одна из главных причин контакта с врачом. Такой подход показывает детям, что врач, взрослый, будет взаимодействовать с ним честно, непосредственно, и смягчает некоторые из тревог и фантазий об участии в психотерапии, которые дети могут затаить в себе (например, что он — «плохой» ребенок, а психотерапия — это своего рода наказание). Обеспечивая пациента поддержкой и отдаляя обсуждение перенесенного насилия, врач выражает уважение, которое ребенок, возможно, не испытывал в прошлом. Следует отметить, что часто у детей, пострадавших от жесткого обращения и пренебрежения их интересами, внутренние рабочие модели представляют других людей как непостоянных и ненадежных. Чтобы противостоять такого рода мнению, терапевт должен построить терапевтические сессии и терапевтические отношения, внося в них максимум *регулярности* и *постоянства*. Психотерапевту следует начинать сессии в одно и то же время, по возможности используя ту же комнату с постоянными предметами и инвентарем. Началу взаимодействия с ребенком следует придать своеобразные ритуальные взаимоотношения (например, в отношении приветствия и расставания). Постепенно у пациента формируется понимание предсказуемости и постоянства. Необходимо соблюдать регулярность и в других аспектах взаимоотношений, избегая отмены сессий или необоснованных изменений их графика во избежание вызвать чувство разочарования и даже гнева ребенка. Но если изменения или отмены неизбежны, они должны быть ясно и доступно оговорены терапевтом, как и сроки полного завершения работы по контракту. Описанное поведение предупреждает возникновение тревоги пациента, что психотерапевт может отвергнуть или забыть о нем, и продвигает интернализацию психической репрезентации терапевта как надежной и

постоянной фигуры в его рабочей модели.

На первую сессию ребенок, как правило, приходит очень тревожным вследствие страхов и ожиданий подвергнуться плохому и жесткому обращению со стороны терапевта. Поэтому психотерапевту необходимо не только объяснить причину терапии, обсудить и составить последующие действия, заключить психотерапевтический контракт, но и вербализовать знание о тревоге пациента. Тем самым подкрепляется понимание проблем ребенка. Желательно, чтобы дверь комнаты, где проходят терапевтические сессии, была полуоткрытой, чтобы ребенок чувствовал себя в безопасности. При работе с пациентом необходимо обозначить подходящую ему физическую дистанцию (картографирование пространства), чтобы не вызвать чувства тревоги о возможности физического насилия, подчеркивая этим безопасность. Опираясь на чувство безопасности и возрастающую уверенность, что врач способен принять трудности ребенка, успокоить и понять его, пациент, пострадавший от насилия, будет с желанием вовлечен в терапевтические отношения, которые с течением времени могут углубляться и обеспечивать возможность решения его внутренней проблемы.

На втором этапе терапии врач постепенно становится более взаимодействующим с ребенком, обеспечивая тем самым рост позитивных взаимоотношений и смягчение тревоги перед последующей более глубокой работой, направленной на достижение отреагирования значимых для пострадавших психологических переживаний, связанных с перенесенной ситуацией насилия. Выбор подходящего метода для дальнейшей работы зависит от проблемы ребенка, его личностных и возрастных характеристик, а также от опыта и творческих возможностей терапевта. Часто неожиданное сопротивление применению одного метода сменяется быстрой податливостью по отношению к другому.

Воздействие на определенную проблему лучше начинать с *игровой терапии* с последующим присоединением *сказкотерапии* с активизирующими и мобилизующими метафорами и элементами *арттерапии* (терапия изобразительным творчеством) как коммуникативного средства для преодоления фрустрации, улучшения самооценки и катарктического эффекта. Это позволяет детям (7–15 лет), перенесшим насилие, символически изображать себя тем персонажем, которому дозволено делать то, что ему хочется, а не то, на чем настаивают другие. Необходимость такой тактики диктуется тем, что, как правило, родные и близкие директивно настаивали на проявлении мужества и стойкости, способных, по их мнению, побороть страдание. Эта внешне правильная установка не могла не вызвать у пострадавших в результате насилия детей своеобразную реакцию протеста (сопротивления), поскольку самостоятельно они уже не могли справиться со своими исключительно тяжелыми переживаниями. А в игре, используя и «примеряя» роли различных, значимых для них сказочных персонажей, при проигрывании сцен, дети испытывали облегчение от возможности проявления своих чувств и эмоций, допустимых вспышек раздражительности и гнева по поводу случившегося, слез и высказывания обвинений в адрес истинных или мнимых персонажей — виновников происшедшего с ним. Игры основываются на использовании защит, таких, как идентификация с агрессором или тем персонажем, при проигрывании которого ребенок перестанет с течением времени беспокоиться стать страдающим или отвергнутым снова. Одним из наиболее важных аспектов игр является возможность постоянного контроля психотерапевта и с подачи последнего ребенок исполняет роли, которые изменяют (вытесняют) его прежний жизненный опыт, достигая тем самым значимых для него чувств и эмоций, приводящих к отреагированию или компенсации. Достижение отреагирования снижало интенсивность тревоги, аффективных галлюцинаций, тревожных руминаций, чувства обиды, помогало преодолеть «застой» аффекта.

Рекомендуемые игры:

1. «Скалолаз» (ведущий должен пройти по воображаемой тропинке вдоль обрыва скалы, а участники группы мешают ему, создавая своим телом различные препятствия, которые необходимо преодолеть).

2. «Дождь» (участники группы «гуляют по лесу», где их застает дождь; всем надо спрятаться в маленьком домике лесника (квадрат, нарисованный мелом на полу)).

3. «Прятки» (ведущий с завязанными глазами ловит участников группы и, поймав кого-либо, пытается узнать его с помощью прикосновений и назвать имя).

4. «Последний стул» (участники группы ходят друг за другом по кругу, а по хлопку ведущего быстро усаживаются на стулья, которых на один меньше, чем играющих. С каждым новым этапом игры убирается один стул, а количество игроков остается прежним, (можно садиться друг другу на колени). В результате на последнем стуле образуется «куча мала»).

В этих играх на высоком эмоциональном подъеме происходит сплочение группы, разрушаются межличностные барьеры и нет проигравших.

Параллельно можно использовать прием **прослушивания «персонажей»** соответствующих *игр* и *сказок*, где в процессе спонтанного рассказа пострадавшего ребенка улавливаются актуальные переживания, касающиеся перенесенного травматического события, что обеспечит возможность дать им адекватную интерпретацию и использовать в конструктивных целях. Вербализация патогенного аффекта, связанного с перенесенной психогенией, дает возможность его отреагирования, своеобразного дистанцирования от негативных эмоций, позволяя пострадавшим в состоянии гипнотического транса «переработать» перенесенное травматическое событие, а в последующем осознать его связь с имеющимися психопатологическими расстройствами, а также найти позитивную, замещающую мотивацию (определенные ценности в жизни, возможность быть нужным другим и тому подобное). Сказка способствует обретению «общего языка» для взрослого, работающего с ребенком, так как обычно они разговаривают на разных языках, но язык сказки их сближает. В результате этого происходит трансформация, некто маленький и слабый в начале к концу превращается в сильного, значимого и во многом самодостаточного. Это своего рода история о повзрослении. Сказка тянет ребенка вперед, а взрослого возвращает назад, в детство («Сказка о рыбаке и золотой рыбке»; «Красная шапочка»; «Гуси-лебеди»; «Золушка»; «Мальчик с пальчик»).

Изобразительная деятельность детей позволяет им невербально выразить свои мысли в виду того, что у детей-жертв насилия затруднена способность к разрядке эмоционального напряжения. Использование же рисования облегчает отреагирование переживаний и фантазий, способствует изменению поведения, снижает сопротивление в процессе лечения, способствует концентрации внимания на переживаемых трудностях, в связи с чем улучшалось их понимание, формулирование и отреагирование (Бурковский Г.В., Хайкин Р.Б., 1982).

Гипнотерапия с прямыми и косвенными внушениями на общеседативном фоне показана при наличии выраженного страха, фобий, аффективных галлюцинаций и тревожных руминаций. Применяется у детей с целью «установки надежды» на разрешение проблемы с использованием своих «внутренних ресурсов». Пострадавшим рекомендуется в гипнотическом состоянии вспомнить пережитую ситуацию насилия и устанавливать последовательность событий и определение их места в уже окончательно пережитом прошлом. Достигнув у детей диссоциации тягостных переживаний, связанных с перенесенным травматическим событием, им предлагается вслух чередовать произвольные воспоминания о перенесенной психогении с эмоционально приятными для них образами и событиями, постепенно переключаясь на них. При этом часто используется технология «якорения», обеспечивающая противообусловливание и гашение на бессознательном уровне последствий травматического опыта (Bandler R., & Grindler J., 1975).

Пример метода гипнотерапии:

«Путешествие в Страну игр». «...Представьте, что вы отправляетесь в приятное и необыкновенное путешествие в «Страну игр», где вам очень весело, хорошо и интересно. Возможно, представить его будет легче, если вы закроете глаза, но можете держать их открытыми, если хочется, и в любой момент их можно закрыть. В этой стране постоянно отмечается День вашего рождения, вам всегда рады и все играют в игры, в которые хотите играть вы. Там показывают фильмы, где вы можете попасть на экран и стать участником приключения. Там есть деревья, на которых растут спагетти вместе с соусом. Там можно встретить шоколадные растения, леденцовые цветы и кусты, на которых можно вырастить все что угодно. В этой стране есть огромная площадка для игр, где вы можете играть в любую игру, какая вам больше всего нравится. А после всех игр и развлечений можно лечь в «Постель сновидений» и отдохнуть, чтобы набраться сил...». (На фоне релаксации могут даваться лечебные внушения, подкрепляя воображение детей путем добавления отдельных деталей, характерных только для участников группы).

Семейная психотерапия предполагает совместную работу детей и родителей. Обсуждаются планы на будущее, перспективы выздоровления и «модели собственного будущего». Семейная психотерапия направлена на изменение межличностных отношений и устранение эмоциональных нарушений в семье (Мягер В.К., Мишина Т.И., 1979). В процессе психотерапии выявляются и корригируются нарушения в таких сферах жизнедеятельности семьи, как семейные представления, межличностная коммуникация в семье, семейная интеграция и система ролей. Устанавливаются наличие или отсутствие связи между семейным и личностным нарушением. Лечение способствует повышению взаимной эмпатии у членов семьи и созданию альтернативных стандартов взаимодействия.

Бихевиоральную (поведенческую) терапию необходимо применять для исправления болезненных форм поведения. Разнообразные методики терапии используют внешние воздействия с целью подкрепления или подавления отклоняющихся форм поведения. С этой же целью вычлняются из поведения те элементы, которые будут поощряться с помощью выбора оптимальной программы и организации такой обстановки, в которой наиболее вероятно достижение желаемой модификации поведения.

Рекомендуемые техники:

- 1) десенсибилизация (*постепенное, кратковременное, с ростом интенсивности столкновение со стимулом, вызывающим отрицательную эмоциональную реакцию (in vivo)*);
- 2) наводнение (*быстрое, продолжительное, интенсивное изначально столкновение с отрицательным стимулом (in vivo)*);
- 3) имплозия (*то же, что и в п. 2, но в воображении (in vitro)*);
- 4) контрактная программа по Б. Скиннеру, предполагающая положительное подкрепление позитивного поведения.

В ряде случаев можно применять *детско-подростковый вариант прогрессивной мышечной релаксации по Jacobson-Everly (1981)* с элементами аутосуггестии: «я — могу, я — готов, я — способен, я — свободный, я — сильный». Занятия мышечной релаксацией проводятся с детьми в позе, благоприятствующей расслаблению, после вводной беседы об основных группах мышц, наглядно демонстрируя работу мышц-антагонистов, что облегчает усвоение методики. После достижения общей релаксации проводится позитивная гетеросуггестия.

На третьем этапе терапевту необходимо тщательно подготовить детей к завершению терапии. Этот процесс должен быть постепенным, но в установленные сроки последней сессии, заранее оговоренной терапевтом при заключении контракта. Окончание терапевтических отношений обеспечивает замечательную возможность самого ребенка справляться с ситуацией новым и более адаптивным образом. Терапевт поощряет ребенка к обмену своими собственными чувствами о завершении психотерапевтической работы и в тоже время уверяя его в том, что сессии завершаются по причине достижения прогресса, а не потому, что врач недоволен пациентом или не хочет больше заботиться о нем. Маленький ритуал (например чаепитие при свечах) или подарок обеспечат ребенку финальное, конкретное воспоминание об откровенности взаимоотношений, безопасности и значимости этого для обоих — пациента и терапевта.

Описанные стратегии не только учат ребенка выражать чувства и справляться с потерями более адаптивным способом, но и показывают, что терапевт эмпатичен, чувствителен и отзывчив на нужды и переживания ребенка, связанные с вопросом насилия.

Психофармакологический блок терапевтического комплекса включает в себя симптоматически обоснованное применение психофармакологических препаратов: *транквилизаторов-анксиолитиков* (транксен, ксанакс, феназепам, рудотель, нозепам, реланиум, элениум), *антидепрессантов* (азафен, мелипрамин, амитриптилин, лудиомил, герфонал), *ноотропов* (глутаминовая кислота, ноотропил, энцефабол, пирацетам, пантогам, церебролизин), *адаптогенов-нормотимиков* (экстракт элеутерококка, настойка женьшеня), *«мягких» нейролептиков* (хлорпротиксен, сонапакс, неулептил), *фитотранквилизаторов* (валериана, пустырник, боярышник) и *мультивитаминов*. Лечебные дозы препаратов подбираются по правилам, применяемым в педиатрической практике.

Физиотерапия должна дополнять психофармакологический блок воздействий и может быть представлена *электросном совместно с электрофорезом лекарственных веществ* (бромистый натрий, серно-кислый магний) и *водными процедурами* (валериановые, йодно-бромные, хвойно-валериановые, жемчужные ванны и подводный душ-массаж). Число сеансов физиотерапии в среднем составляет 10–12, что способствует нормализации общего состояния организма ребенка, изменению реактивности, активизации защитных мобилизационных ресурсов, привнося тем самым вклад в достижение общего терапевтического эффекта.

Таким образом, лечение детей на стадии невротических ПТСР представляет из себя терапевтический комплекс, включающий психотерапевтические, психофармакологические и физиотерапевтические воздействия, направленные на патогенетические механизмы и клинические проявления данной стадии заболевания.

Стадия патохарактерологических изменений личности, наступает в среднем спустя два года после перенесенного травматического события при условии неблагоприятного течения заболевания.

При разработке терапевтической программы учитываются клинические проявления, характерные для этой стадии: постепенное усложнение психопатологической картины за счет присоединения дополнительных характерологических, преимущественно эмоционально-волевых и поведенческих расстройств, особенно агрессивности, возбудимости, депрессии; своеобразное «зашторивание» понятной связи клинических симптомов с событиями перенесенной травматической ситуации.

Основные задачи комплексной терапии стадии патохарактерологических изменений личности:

1. Отреагирование зафиксировавшихся психотравмирующих переживаний, связанных с пережитым насилием.

2. Купирование и уменьшение выраженности психопатологических нарушений с учетом клинических вариантов этой стадии ПТСР.
3. Смягчение и нивелирование развившихся патологических изменений характера.
4. Формирование мотивационных установок на осознанный отказ от патологических форм и становление альтернативных подходов реагирования на внешние обстоятельства как у детей, так и у их родителей.
5. Реадаптация к прежним условиям жизни.

Выполнение задач основывается на многомерной модели *проблемно-ориентированной психотерапии*, включающей различные методики (игровую, групповую, семейную психотерапию, разнообразие техники гипнотерапии и бихевиоральную психотерапию) в сочетании с психофармакотерапией и физиотерапией наиболее предпочтительной для каждого клинического варианта данной стадии ПТСР.

Особое значение имеет, как и на первом этапе ПО-терапии, *проблема установления доверительного психологического контакта между психотерапевтом, ребенком и близким окружением* (в том числе членами его семьи или попечителями). С момента первой встречи ребенок должен почувствовать, что все его проблемы будут встречены с должным вниманием и пониманием, что относиться к нему будут как к равноправному партнеру, как к личности, имеющей право на определенную самостоятельность, что его не будут «лечить — воспитывать» как ребенка, а наоборот, воспринимать как взрослого. Такое отношение врача обязательно должно быть искренним и неформальным. Равнодушие, фальшь или эмоциональная наигранность, тем более — отчужденность, открыто директивно-наставнический тон — недопустимые формы поведения врача при работе с ребенком, пережившим насилие.

Параллельно с терапией ребенка целесообразно *проводить работу с родителями*, где психотерапевт проявляет свою готовность к сотрудничеству, намечает вместе с ними конкретную программу встреч, что способствует психологической стабилизации родителей, появлению у них чувства уверенности за ребенка и за то, что их собственные проблемы также найдут решение. Не следует давать необоснованные заверения, предвосхищать результаты терапии. Помогая родителям обрести уверенность в себе и навыки адекватного реагирования на трудности в поведении ребенка, а также снимая страх его дальнейшего воспитания, групповая, семейная психотерапия в конечном итоге добивается семейной стабилизации.

Психотерапевтическое лечение должно быть более длительным по сравнению с лечением на стадии невротических расстройств — 15–20 терапевтических сессий. Оно осуществляется с учетом возрастных особенностей и включает в себя как индивидуальную с частым сочетанием трансовых технологий, так и групповую терапию, направленную на личностную реконструкцию пострадавшего. *Индивидуальная терапия* используется для решения конкретных проблем ребенка. *Групповая терапия* опирается на авторитет группы, ее поддержку и помощь, что способствует разрешению различных трудностей каждого больного.

В работе с детьми в возрасте от 7 до 12 лет границы дозволенного вмешательства определяются терапевтом. Общим для этой возрастной группы детей является их способность к отреагированию со сверстниками. Можно обеспечить ребенка «транзиторным объектом» (значимая игрушка или другой творческий материал). Значимым является становление чувства доверия и уверенности в себе в стрессовой ситуации при отсутствии заботящегося о нем лица.

Важным аспектом в творческой работе терапевтической группы являются интерпретации, сделанные детьми, а не психотерапевтом. Они выявляют скрытые чувства, переживания, связанные с ситуацией насилия и наличием у детей существующей проблемы. С этой же целью можно предложить ребенку изложить какую-либо сказочную или литературную историю, позволяющую получить информацию о проблеме, подавленных чувствах и поучаствовать в ней. Благодаря этому удастся наряду с проработкой сохраняющихся психотравмирующих переживаний, связанных с перенесенной ситуацией насилия и отражающих их собственную реальность, воздействовать на закрепившиеся установки комплекса беспомощности. В процессе игры обсуждаются ложные убеждения типа: «все пропало», «я никогда не справлюсь с потрясением от пережитого насилия» и тому подобное. В зависимости от возраста когнитивно-эмотивно разъясняется бессмысленность «все» и «никогда». В ряде случаев используются игрушки, отражающие в той или иной степени переживания и тревоги детей, и помогающие раскрывать некоторые аспекты их внутреннего мира и взаимодействия с другими людьми при групповой работе. Применяются трансформационные сказки с участием детей или же их игрушек, демонстрирующих позитивные и негативные силы и дающие возможность исследовать личностные черты значимых лиц в жизни ребенка. Такая трансформация очень важна, поскольку предполагает возможность изменений в реакциях ребенка на ситуации насилия по отношению к нему.

В ходе дискуссии у членов группы появляется возможность идентификации собственного жизненного пути с предложенными примерами вылечившихся, а затем построения «модели собственного будущего» с активным принятием или отвержением позитивных форм поведения.

При снижении самооценки у пациентов с помощью гипнотерапии дается оптимизирующая установка надежды на разрешение его проблемы и необходимость опоры на свои внутренние положительные качества, внутренние ресурсы, которые им предлагается воспроизвести и оптимизировать — *лично-но-реконструктивная терапия*.

Всем больным ПТСР необходимо указывать на их ответственность за свое поведение и душевное состояние, реакции на различные субъективные трудности. Необходимость обучения навыкам самоконтроля и психологической саморегуляции производится с помощью бихевиоральной (поведенческой) терапии, основной целью которой является замена неадаптивных способов поведения на адаптивные, эталонные, правильные. Это достигается в процессе научения на основании определенных схем с успешным сочетанием занятий прогрессивной релаксацией по Jacobson-Everly.

Групповая психотерапия в рамках ПО-терапии эффективна при работе с подростками 12–15 лет, перенесшими насилие, поскольку уменьшает чувство изоляции, испытываемое многими, ощущение собственного бессилия и униженности. Осознание того, что нечто подобное случилось и с другими, утверждает подростка как внутренне, так и в глазах сверстников, помогая нормализовать реакции на переживание насилия.

Группа является тем безопасным местом, где разрешение может осуществляться через взаимную поддержку, ведущую к росту самооценки. Через участие в групповом процессе происходит лучшее развитие общения и социальных навыков. Чтобы жертва насилия смогла справиться с групповой работой, в большинстве случаев необходима предварительная индивидуальная терапия, подготавливающая больного с ПТСР к столкновению с проблемами и намечала бы пути их решения. В итоге такой подход способствует снижению возможно сформировавшейся высокой чувствительности как к перенесенному насилию, так и другим эмоциональным нагрузкам, а также к улучшению психической адаптации.

На этой стадии заболевания *особое место* надо уделять *семейной психотерапии*, так как именно отношения в семье, ее психологический микроклимат являются одним из наиболее важных условий успешной психосоциальной адаптации больных ПТСР. Однако попытки без специальной подготовки присоединять родителей (попечителей) к групповой психотерапии детей нецелесообразно, так как взрослые непроизвольно могут вмешиваться в занятия, ограничивая активность детей и навязывая им свою точку зрения.

Предварительная медико-педагогическая работа с родителями проводится перед началом и параллельно с групповой психотерапией детей, но в другое время. На встречах с родителями нередко можно столкнуться с лицемерием, боязнью раскрыть свои проблемы, или, наоборот, активным наступательным поведением, стремлением винить в ситуации только ребенка. В случаях выраженности внутрисемейного конфликта показана возможно более длительная изоляция детей от родителей, отдельные встречи психотерапевта с родителями и ребенком. В последствии коллективный характер отношений в группах позволяет создать единую по целям и задачам группу, руководство которой последовательно осуществляется врачом, детьми и родителями. Такая совместная работа дает родителям возможность понять особенности психического состояния ребенка, его переживаний, обогащает полезной информацией, обучает адекватным реакциям на его поведение, заставляя чувствовать себя действительно вовлеченным в выздоровление ребенка. Создание благоприятного микроклимата в новых условиях способствует взаимно более адаптивно приспосабливаться к реальным изменениям в жизни.

Наряду с психотерапией проводится медикаментозное лечение (психотропные, общеукрепляющие и другие средства).

Комплекс физиотерапевтических вмешательств включает электролечение, бальнеологическое лечение, массаж и др.

Таким образом, программа ПО-терапии больных ПТСР на втором этапе развития заболевания включает в себя специфическую для этого этапа и более длительную по времени психотерапевтическую, психофармакологическую и физиотерапевтическую помощь.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эффективность разработанной и адаптированной для детского возраста комплексной программы проблемно-ориентированной терапии оценивалась на основании трехлетнего катамнеза по динамике клинических, социальных показателей и подтверждалась экспериментально-психологическими исследованиями. Наибольший эффект ПО-терапии достигается на стадии невротических расстройств, и несколько меньший при патохарактерологических изменениях личности, что убедительно показывает необходимость выявления и лечения детей, больных ПТСР на максимально ранних стадиях заболевания. Большое значение имеет также учет особенностей клинических проявлений болезни, что позволяет осуществить лечение прицельно и дифференцированно. Наконец, непременным условием эффективности профилактики и терапии больных ПТСР является комплексность терапевтических подходов ПО-терапии, предполагающая сочетание психотерапевтических, фармакологических и физиотерапевтических методов воздействия.