

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ  
«ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ»**

**Кафедра психологии  
Институт педагогики и психологии**

**ВТОРОЙ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ  
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ФОРУМ  
(с международным участием),  
приуроченный к 100-летию Университета**

**ДОКЛАДЫ И ВЫСТУПЛЕНИЯ**

---

Пленарный доклад

**Особенности психотерапевтической помощи  
при посттравматических стрессовых расстройствах у детей**

Мулик Евгения Олеговна,  
заведующий детским психиатрическим отделением,  
ГУ «Луганская республиканская клиническая  
психоневрологическая больница» ЛНР,  
главный внештатный детский психиатр  
Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики

Дети подвержены воздействию разнообразных травмирующих событий, и у каждого ребенка своя особенная реакция на травму. Исторически сложилось так, что под травмами чаще всего подразумевают катастрофические события, например, терроризм, войны, голод и геноцид. Многие дети живут в условиях насилия, опасности и нищеты. Миллионы становятся объектами травм, жестокости и плохого обращения. Существуют травмы, которые невозможно предотвратить, такие как серьезные повреждения или заболевания, потеря родителей по причине болезни, смерти, тюремного заключения, стихийного бедствия или войны.

В семьях детей с ПТСР значительно чаще использовались такие стили воспитания, как игнорирование потребностей ребенка, минимальность санкций, неустойчивость стиля воспитания, неразвитость родительских чувств и вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания.

**Типы ПТСР:** астено-депрессивный, диссомнический и психопатоподобный. Астено-депрессивный тип. Отвержение со стороны родительской фигуры – у ребенка отмечается протест, отчаяние и отрешенность. С диссомническим вариантом, помимо игнорирования потребностей ребенка, оказались также значимо и положительно ассоциированы нарушение уровня протекции как в сторону гипо – так и в сторону гиперпротекции, неразвитость родительских чувств, и вынесение

конфликта в сферу воспитания. Все эти варианты родительского поведения нарушают безопасность ребенка, вызывают чувства изоляции и беспомощности, что может приводить к срыву таких значимых для ребенка защитных механизмов, как сон. Психопатоподобный тип ПТСР был значимо ассоциирован с родительским предпочтением в ребенке детских качеств, что, как правило, бывает связано с личностными проблемами родителей, решаемыми за счет детей. Таким образом, искусственное удержание развития ребенка поддерживало нарушения поведения у детей с ПТСР.

Синдром развивается у 50-80% детей, перенесших сильное стрессовое воздействие. Среди детей мальчики оказываются более чувствительными по отношению к сходным стрессорам, чем девочки. Ранимость к стрессу особенно велика в младшей возрастной группе.

Реакция ребенка, попавшего в экстремальную ситуацию, формируется с участием лимбической системы головного мозга (миндалевидное тело распознает значимость раздражителя, структуры гиппокампа, отвечающего за «когнитивную карту мира», и таламуса как центра включения сенсорной информации активизируются, формируя дальнейшую реакцию).

В норме после поступления сигнал об угрозе реализуется один из двух автоматических нейругуморально детерминированных вариантов реагирования: борьба или бегство.

Если обстоятельства ситуации не позволяют осуществиться ни одному из возможных вариантов реагирования нейрофизиологическое равновесие нарушается, и регуляция переживаемого опыта с участием соответствующих отделов коры головного мозга становится невозможной.

В том случае ребенок не в состоянии ни адекватно отреагировать, ни упорядочить травматический опыт, организм словно «зависает» в незавершенной стрессовой реакции.

ПТСР может быть острым, хроническим и отсроченным. Хроническим синдромом ПТСР считается, когда симптомы сохраняются более, чем 6 месяцев, отсроченным - когда симптомы не появляются, по крайней мере 6 месяцев.

При хроническом и отсроченном синдроме ПТСР из-за большого промежутка времени между травмой и появлением симптомов связь между ними часто скрыта. Симптомы нарастают в течение длительного времени и состояние часто с трудом поддается лечению.

Исследователи и клиницисты начинают признавать, что ПТСР у детей, теперь включают возрастные особенности для каждого уровня.

Для посттравматического стрессового расстройства у взрослых выделены 17 ключевых симптомов, объединенных в три группы:

- **повторное переживание травмы** (инструктивные мысли, ночные кошмары, эмоциональная и соматическая реакция в ответ на воспоминания);
- **избегание воспоминаний**, связанных с травмой (избегание мыслей, чувств, места, знакомых, неспособность вспомнить подробности ситуации, снижение интереса к развлечениям, отгораживание от других людей, отсутствие перспектив на будущее);
- **возбуждение** (нарушение сна, раздражительность, трудности в концентрации внимания, чрезмерная бдительность, повышенный стратл-рефлекс, суициды и флешбек-эффект).

Очень маленькие дети могут давать немного признаков ПТСР. Это может быть потому, что восемь из признаков ПТСР требуют устного описания чувств и

событий. Вместо этого маленькие дети могут сообщить о более обобщенных страхах, типа незнакомца или изолированной тревоги, избегание ситуаций, которые могут или не могут быть связаны с травмой, нарушениями сна, и реакцией на слова или символы, которые могут или не могут быть связаны с травмой. Эти дети также показать посттравматическую игру, в которой они повторяют темы травмы. Кроме того, дети могут потерять приобретенный навык, связанный с развитием (типа, обучения туалету) в результате преодоления травмирующего случая.

Некоторые симптомы ПТСР:

1. Постоянное ощущение повторного переживания.
2. Настойчивые и повторяющиеся неприятные воспоминания о травмирующем событии.
3. Продолжающиеся дискомфортные сновидения событий.
4. Действия/ощущения, словно событие повторяется.
5. Внутренние и внешние стимулы, напоминающие о событии, приводят к интенсивному психологическому дискомфорту, физиологической реакции и пр.

**Тревожные симптомы:** ночные кошмары; энурез; 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 сад (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.

В случае не оказания психологической помощи личность ребенка начинает формироваться на основе болезненных переживаний. Ребенок становится эмоционально взрывным, неуправляемо-агрессивным, мстительным, подозрительным, замкнутым. Часто в поисках компенсации за боль ребенок останавливается на девиантных формах поведения. Развивается комплекс «выключенного тела»: физическая и эмоциональная боль порождают мышечный панцирь, ребенок становится бесчувственным, обесценивающим переживания окружающих его людей циником. Чтобы расслабиться, такому человеку необходимо пережить еще более острое состояние либо прибегнуть к алкоголю или наркотикам.

**Приведем некоторую статистику.** За 9 месяцев 2015г. в детское диспансерное отделение ГУ «ЛРКПНБ» (I уровень) обратилось 13489 детей, из них детей с повреждениями здоровья вследствие социально-политических конфликтов и военных действий – 814 человек, что составило 6,0%. В дневных стационарах №№ 25, 26 (II уровень) пролечено 420 детей, из которых 147 человека пострадали от военных действий, что составило 35% от пролеченных больных. В детско-подростковых стационарах №№ 8, 9 ГУ «ЛРКПНБ» (III уровень) пролечено 348 детей с психоневротическими расстройствами (ПТСР), из них 133 ребенка

пострадали от военных действий. В 2017г. количество больных с ПТСР уменьшилось до 30 человек.

#### Заключение

1) В семьях детей с ПТСР значимо чаще используются лишающие поддержки, фрустрирующие и дестабилизирующие стили родительского воспитания. Факторами, способствующими формированию ПТСР у детей, являются такие стили родительского воспитания как игнорирование потребностей ребенка, неразвитость родительских чувств, вынесение конфликта в сферу воспитания, неустойчивость стиля воспитания и дефицит санкций. Оформление клинической картины ПТСР ребенка ассоциировано со стилем воспитания, предпочитаемым в его семье.

2) ГУ «ЛРКПНБ» ЛНР создан проект концепции целевой программы «Психолого-педагогическая коррекция кризисных состояний и ПТСР детского возраста». Детские психиатры принимают участие в научно-практических конференциях, психологических Форумах с целью психологического просвещения и обмена опытом по актуальной тематике оказания психотерапевтической помощи. Специалистами ГУ «ЛРКПНБ» ЛНР проводятся семинары по ПТСР. Подготовлена психологическая экспресс-диагностика ПТСР и методики психологической коррекции.

3) Благодаря социальной поддержке и защите на республиканском уровне, доступности психиатрической медицинской помощи и наличию гуманитарных лекарственных препаратов, достаточному уровню социальной поддержки, реабилитационным мероприятиям, психолого-педагогической коррекции снизился риск дальнейшего ПТСР. Из 814 детей пострадавших вследствие травмирующих военных действий 280 больных получили комплексное лечение в условиях ГУ «ЛРКПНБ» с высокой степенью эффективности лечения.