

<https://doi.org/10.25557/2074-014X.2024.10.49-58>

Когнитивно-поведенческая, диалектическая поведенческая терапия и терапия принятия и ответственности в программе комплексной помощи детям, возвращенным из зон боевых действий

Захарова Н.М. к.м.н., врач-психиатр, руководитель отделения
Отдела неотложной психиатрии и помощи при чрезвычайных ситуациях

Пережогин Л.О. д.м.н., врач-психотерапевт, ведущий научный сотрудник
отделения Судебно-психиатрической экспертизы и социальной психиатрии детей и подростков
Отдела социальных и судебно-психиатрических проблем несовершеннолетних

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России
119991, Москва, Кропоткинский пер. 23

Цель: дать описание приемов и техник, использованных в ходе полимодальной клинической психотерапии детей, возвращенных из зон боевых действий, базирующихся на принципах когнитивно-поведенческой, диалектической поведенческой терапии и терапии принятия и ответственности, направленных на преодоление ведущих симптомов посттравматических состояний, наблюдаемых в детском возрасте в рамках комплексной системы профилактики и лечения психических расстройств, формирующихся вследствие тяжелой психической травмы, у детей, возвращенных из зон вооруженных конфликтов (зон контртеррористических операций), способствующей их адаптации в обществе.

Методы. Клинико-психопатологическим и экспериментально-психологическим методом обследованы 189 детей в возрасте от 2 до 15 лет, возвращенные в Россию с территорий, подконтрольных террористической организации «Исламское государство» (запрещена в Российской Федерации). Алгоритм оказания психолого-психиатрической помощи реализовывался в отношении 39 несовершеннолетних, составивших 5 психотерапевтических групп – 2 группы младшего (4-10 лет) и 3 группы старшего (11-15 лет) возраста на протяжении трех лет (2021-2024).

Результаты. В результате апробирования в ходе работы детских и подростковых психотерапевтических групп приемов и техник полимодальной клинической психотерапии выделены эффективные приемы и техники, базирующиеся на принципах когнитивно-поведенческой, диалектической поведенческой терапии и терапии принятия и ответственности, направленные на преодоление ведущих симптомов посттравматических состояний.

Заключение. Особенности индивидуального реагирования детей на перенесенную психическую травму, индивидуальные особенности развития, особенности воспитания, причудливое сочетание в клинической картине посттравматических состояний специфических и неспецифических психопатологических симптомов, требуют применения широкого спектра психотерапевтических техник, направленных на преодоление симптомов-мишеней. Использование в рамках алгоритма оказания психолого-психиатрической помощи приемов и техник из арсенала КПТ, ДПТ и ТПО существенным образом расширяет терапевтический потенциал специалистов, работающих с детьми, перенесшими психическую травму, и значительно повышает реабилитационный потенциал курируемых детей.

Ключевые слова: когнитивно-поведенческая терапия, диалектическая поведенческая терапия, терапия принятия и ответственности, клиническая психотерапия, дети, подростки, посттравматические психические расстройства, реабилитация, социальная поддержка.

Для цитирования: Захарова Н.М., Пережогин Л.О. Когнитивно-поведенческая, диалектическая поведенческая терапия и терапия принятия и ответственности в программе комплексной помощи детям, возвращенным из зон боевых действий. *Психическое здоровье* 2024; 19(10): 49-58.

Автор для корреспонденции: Пережогин Лев Олегович; **e-mail:** drlev.ru@yandex.ru

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Поступила: 24.07.2024

Cognitive behavioural, dialectical behavioural therapy and acceptance and commitment therapy in the comprehensive assistance program for children returned from war zones

Zakharova N.M., Perezhogin L.O.

National Medical Center of Psychiatry and Addictology named after V.P. Serbsky
119034, Russia, Moscow, Kropotkiy Lane, 23

Aim: to describe the techniques and techniques used in the course of polymodal clinical psychotherapy of children returned from war zones, based on the principles of cognitive behavioral, dialectical behavioral therapy and acceptance and responsibility therapy aimed at overcoming the leading symptoms of post-traumatic conditions observed in childhood as part of a comprehensive system of prevention and treatment of mental disorders resulting from severe mental trauma, in children returned from zones of armed conflict (zones of counter-terrorism operations), contributing to their adaptation in society.

Methods. The clinical, psychopathological and experimental psychological methods examined 189 children aged 2 to 15 years who were returned to Russia from territories controlled by the terrorist organization «Islamic State» (banned in the Russian Federation). The algorithm for providing psychological and psychiatric care was implemented in relation to 39 minors who made up 5 psychotherapeutic groups (2 groups of younger (4-10 years old) and 3 groups of older (11-15 years old) age) for 3 years (2021-2024).

Results. As a result of testing techniques and techniques of polymodal clinical psychotherapy in the course of work of children's and adolescent psychotherapeutic groups, effective techniques and techniques based on the principles of cognitive behavioral, dialectical behavioral therapy and acceptance and responsibility therapy aimed at overcoming the leading symptoms of post-traumatic conditions have been identified.

Conclusion. The peculiarities of children's individual response to mental trauma, individual features of development, peculiarities of upbringing, a bizarre combination of specific and non-specific psychopathological symptoms in the clinical picture of post-traumatic conditions require the use of a wide range of psychotherapeutic techniques aimed at overcoming target symptoms. The use of techniques and techniques from the arsenal of CBT, DPT and ACT within the framework of the algorithm for providing psychological and psychiatric care significantly expands the therapeutic capabilities of specialists working with children who have suffered mental trauma and significantly increases the rehabilitation potential of supervised children.

Keywords: cognitive behavioral therapy, dialectical behavioral therapy, acceptance and commitment therapy, clinical psychotherapy, children, adolescents, post-traumatic mental disorders, rehabilitation, social support.

For citation: Zakharova N.M., Perezhogin L. O. Cognitive behavioral, dialectical behavioral therapy and acceptance and commitment therapy in the program of comprehensive care for children returned from war zones. *Psichicheskoe zdorovie [Mental health]* 2024; 19(10): 49-58. (In Russian).

Corresponding author: Lev O. Perezhogin; **e-mail:** drlev.ru@yandex.ru

Funding. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. Authors declare no conflict of interest.

Accepted: 24.07.2024

Введение

Ежегодно в мире случаются десятки техногенных катастроф, войн и локальных вооруженных конфликтов, в ходе которых страдают дети. Многочисленные исследования детей, ставших жертвами исключительно тяжелых, но краткосрочных психических травм (пожары с большим количеством жертв, ракетные обстрелы, террористические акты, взятие в заложники), длившихся не более нескольких дней, показали, что в отсроченном периоде до 90% из них испытывали тревогу, депрессию, чувство вины, около 85% демонстрировали реакции избегания, около 80% обнаруживали эмоциональное опустошение, отстраненность, 75% страдали страхами (темноты, одиночества, выходить из дома), 60% сталкивались с эпизодами повторного переживания травмы (флешбэки, навязчивые воспоминания, кошмарные сновидения) [7, 8, 13, 14].

Среди детей, переживших длительные периоды нахождения в зонах боевых действий, в концентрационных лагерях и тюрьмах, чьи жизни и здоровье регулярно подвергались значительному риску, которые параллельно подвергались физическому и сексуальному насилию, картина психического состояния складывалась иначе: так, среди 187 детей, возвращенных в Россию с территорий ИГИЛ (террористическая организация, запрещена в РФ) специалистами ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России было выявлено всего 26 детей с классической клинической картиной ПТСР (F43.1), зато отмечались многочисленные неспецифические симптомы (агрессия, нарушения сна, тревожно-депрессивные состояния, моторная гиперактивность или, напротив, заторможенность, когнитивные нару-

шения, а у детей младшего возраста – симптомы возрастного регресса) [3, 9, 11, 17].

В тоже время имеются убедительные данные, что оба варианта воздействия психических травм в будущем крайне негативно сказываются на психическом здоровье детей, ставших жертвами техногенных катастроф, террористических актов и военных действий. Поэтому любой ребенок, возвращенный из зон стихийных бедствий, техногенных катастроф и, тем более, из зон боевых действий, нуждается в комплексном психофармакологическом и психотерапевтическом лечении, длительной психологической и социальной реабилитации [3, 4, 10, 12, 16].

Цель исследования: дать описание приемов и техник, используемых в ходе полимодальной клинической психотерапии детей, возвращенных из зон боевых действий, базирующихся на принципах когнитивно-поведенческой, диалектической поведенческой терапии и терапии принятия и ответственности, направленных на преодоление ведущих симптомов посттравматических состояний, наблюдаемых в детском возрасте.

Методы

Эмпирической базой для данной работы послужили данные клинко-психопатологического и экспериментально-психологического исследования (проводилось в динамике на протяжении 3 лет, с 2021 по 2024 годы) 189 детей, возвращенных с территорий, подконтрольных террористической организации «Исламское государство» (организация запрещена в России). В программу психотерапевтической помощи были включены дети, репатриированные из Сирии и Ирака, с выявленными посттравматическими психическими расстройствами, опекуны которых дали согласие на проведение лечения. 16 человек составили 2 группы младшего возраста (4–10 лет), 23 человека – 3 группы старшего возраста (11–15 лет). Апробирование алгоритма психотерапевтической помощи [3] осуществлялось специалистами, работающими в учреждениях здравоохранения городов Грозный, Махачкала, Дербент (сентябрь 2021 г. – июнь 2024 г.).

Особенности клиники посттравматических расстройств детского возраста

Как мы уже отмечали выше, собственно ПТСР диагностируется среди детей, возвращаемых из зон боевых действий, относительно нечасто, составляя

около 20%. С достаточно высокой частотой диагностируются фобические тревожные расстройства (F40) – 13,3%, гиперкинетические расстройства (F90.1) – 15,2%, эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста (F98), – 10,5%, смешанные тревожные и депрессивные расстройства – 10,5% (F41.2). Таким образом, посттравматические реакции представлены широким спектром психопатологических состояний, однако в их клинической картине наблюдаются общие симптомы, характерные для всех детей, перенесших тяжелую психическую травму. Данные симптомы закономерно становятся нозологически-специфическими мишенями для психотерапевтической работы [3].

В клинической картине посттравматических психических расстройств, наблюдаемых у детей и подростков, сочетаются симптомы, имеющие специфический и неспецифический характер. К первой группе относятся: (1) тревога, реже – отчетливый страх повторения травмы; их сюжетное наполнение, трансформируясь в сознании ребенка, может приобретать характер фантастических, сказочных, но все-таки отчетливо пугающих событий; (2) реакции избегания прямо или косвенно связанных с травмирующими событиями, напоминающих о нем, мест, персонажей, действий; (3) кошмарные сновидения и навязчивые воспоминания, в ряде случаев – классические флешбэки; (4) чувство вины, собственной неполноценности, крайне низкая самооценка и сопутствующее им снижение настроения. Ко второй группе относятся: (1) нарушения поведения, включая оппозиционно-вызывающее поведение и агрессию; (2) симптомы возрастного регресса, проявляющиеся в поведении и речи, включая изменение интересов, характера игр, формирование энуреза и энкопреза; (3) моторные реакции, представленные как возбуждением, так и напротив, заторможенным поведением. Преобладание отдельных симптомов позволяет говорить о фобическом (характерен для детей моложе 7 лет), диссомническом (характерен для детей 7-11 лет), психопатоподобном или астено-депрессивном варианте протекания посттравматических состояний [5, 7].

Принципы полимодальной клинической психотерапии

Современная психотерапия базируется, как правило, на полимодальном подходе. Психотерапевты все реже придерживаются догм, свойственных отдельным направлениям или терапевтическим школам, используя в работе со своими пациентами весь доступный набор приемов

и техник. Наиболее распространенным в настоящее время в мировой практике подходом является сочетание приемов когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), диалектической поведенческой (ДПТ) и терапии принятия и ответственности (ТПО). Вместе с ними могут использоваться дыхательные техники, техники мышечной релаксации, техники визуализации и другие приемы.

Когнитивно-поведенческая терапия исходит из предположения, что в человеке присутствует единство мыслей, эмоций и физических ощущений. Если удастся изменить что-то одно, то неизбежно меняется и другое. Поведение человека не бывает «неправильным», тем более — «плохим». Оно бывает неэффективным в том смысле, что не позволяет преодолевать жизненные препятствия, решать проблемы. Эффективное поведение не рождается само собой. Ему надо учиться. Для лечения психических расстройств, возникающих вследствие тяжелых психических травм, КПТ использует ряд специфических подходов, таких как экспозиционная терапия, направленная на преодоление страха и реакций избегания, стресс-прививочная терапия, помогающая преодолеть страх и выявить триггеры, способствующие появлению флешбэков, и другие приемы.

Диалектическая поведенческая терапия делает особый акцент на переживании эмоций, связанных с психической травмой. Ее концепция заключается в предположении, что негативные эмоции, направленные на собственные представления о будущем, будучи осознанны «здесь и сейчас», теряют свою актуальность. Навыки управления своими эмоциями можно развить при помощи особых упражнений.

Терапия принятия и ответственности предполагает, что мысли и чувства, которые испытывает человек, естественны и не требуют изменений путем их отвержения и борьбы с ними, напротив, за счет развития определенных навыков реагирования, личность может приобрести достаточную гибкость, чтобы реакции на стрессовые ситуации носили продуктивный характер, направленный на их конструктивное преодоление.

Ниже мы остановимся на психотерапевтических техниках, основанных на принципах КПТ, ДПТ и ТПО, использовавшихся нами и врачами-психотерапевтами, оказывавшими помощь детям, возвращенным из зон боевых действий, на этапе адаптации в принимающих семьях.

Упражнения, направленные на снижение тревоги

Упражнения, направленные на снижение тревоги, являются неотъемлемой частью комплексной

программы терапии посттравматических расстройств и используются терапевтом на каждом занятии вместе с упражнениями, направленными на преодоление других посттравматических симптомов. Дома данные упражнения практикуются родителями в рамках выполнения терапевтических домашних заданий.

Наиболее просты в освоении **техники глубокого дыхания**. Тревога сопровождается вегетативными симптомами, среди которых — поверхностное, учащенное дыхание, в процессе которого сокращается поступление кислорода в кровь, что, в свою очередь, воспринимается организмом как стрессогенный фактор. В результате формируется порочный круг, стимулирующий дальнейшее развитие тревоги. Обучение глубокому дыханию можно проводить даже с самыми маленькими детьми. Возможно делать это и в игровой форме. Выполнять упражнение можно лежа или сидя. Сначала необходимо принять удобную позу, исключить внешние факторы, сковывающие движения. Затем положить себе одну руку на грудь, а вторую на живот, и понаблюдать, у какой из рук больше амплитуда движения, обусловленная дыханием. Во время выполнения упражнения необходимо внимательно наблюдать за рукой, амплитуда движения которой изначально была меньше. Амплитуды обеих рук должны выровняться. Во время вдоха необходимо сосредоточиться на дыхании, представить, как воздух наполняет грудь и живот (в работе с детьми обычно хорошо помогает игра «надует мяч в животике»). Глубокие вдохи производятся на счет (медленно про себя произносят: «один, два, три»), выдохи осуществляются медленно, без усилий (медленно про себя произносят: «двадцать один, двадцать два, двадцать три»). Цикл «вдох-выдох» повторяют 20 раз подряд (возможно, достичь 20 повторений получится не сразу). После выполнения упражнения нужно сосредоточиться на телесных ощущениях. Полезно ежедневно выполнять с ребенком несложный комплекс физических упражнений (делать зарядку) и научить ребенка сравнивать свои ощущения после зарядки и после дыхательных упражнений. Обычно физические упражнения дают ощущение бодрости, а дыхание — покоя, расслабленности. Необходимо, чтобы ребенок запомнил оба ощущения, которые станут со временем его базовым терапевтическим ресурсом.

Более сложного обучения требуют **техники прогрессивной мышечной релаксации**. Впервые эти техники были предложены Э. Джекобсоном (1908) и окончательно сформировались как психотерапевтический метод в 1930-е годы. В настоящее время это направ-

ление психотерапии широко применяется во всем мире и в терапии пограничных психических расстройств, и в комплексном лечении соматических патологий [15]. Наиболее распространены 13 упражнений, которые выполняются сидя. Каждое упражнение выполняется по одной схеме – напряжение заданной группы мышц на 10 секунд с последующим медленным расслаблением (также 10 секунд). Порядок упражнений: (1) напряжение пальцев ног (согнуть их к стопе); (2) напряжение мышц голени (пятки опираются в пол, пальцы ног и топа поднимаются вверх); (3) напряжение икроножных мышц и четырехглавых мышц бедра; (4) напряжение ягодичных мышц; (5) напряжение мышц живота; (6) напряжение мышц спины; (7) напряжение мышц верхней части спины (сведение лопаток) вместе с мышцами плеча; (8) напряжение мышц шеи (подъем плеч вверх); (9) напряжение мышц кисти и предплечья (сжатие кулаков); (10) напряжение бицепсов; (11) напряжение мышц лба (подъем бровей); (12) «сморщивание» лица; (13) вытягивание губ трубочкой. Таким образом весь комплекс упражнений занимает менее 10 минут. Завершение цикла упражнений должно сопровождаться несколькими минутами спокойного самонаблюдения (лучше выполнять при закрытых глазах) с оценкой собственного самочувствия, физических ощущений и уровня тревоги. Как правило, совсем маленькие дети не могут самостоятельно справиться с этой задачей, и оценивать результаты работы приходится в краткосрочной перспективе по динамике поведения, а в долгосрочной – по изменениям показателей шкалы Гамильтона.

Упражнения, направленные на формирование системных позитивных комплексных образов (включающих слуховые, зрительные, тактильные ощущения), акцентированы на приобретение навыков переключения на позитивные переживания, развитие личностных ресурсов, необходимых для терапевтической работы, углубление навыков релаксации. Выполнение подобных упражнений сопровождается, вероятно, спонтанным погружением в трансовые состояния, ведущим к внутренней переработке травматического опыта. Для работы с детьми можно использовать различные фабулы, но, на наш взгляд, наиболее эффективны фабулы, связанные с образами природы [2].

Комплексным образом, с которым можно работать детям, является, например, образ леса, парка. Для работы со зрительным компонентом можно выбрать в лесу большое дерево, внимательно изучить зрительно и на ощупь складки его коры, цвет листьев, меняющийся от густо-зеленого к яркому изумруд-

ному и нежному желтому, рисунок сеточки жилок на листьях. Также можно рассмотреть переливы воды в расположенном неподалеку пруду, послушать шелест листвы, пение птиц и журчание ручья. Можно потереться ладонями о шершавую кору, погладить отшлифованную течением ручья гальку и нежный, как бархат, зеленый мох. Вдохнуть запах ярко-алых роз. Сорвать с ветки и съесть ароматную кислую ягоду.

По завершению работы ребенка необходимо спросить, что удавалось представить легко, а какие образы воспроизводились с трудом (оцениваем характер внутренней переработки информации), какие образы сопровождалось выраженными позитивными переживаниями, а какие воспринимались нейтрально. Проработанный детально образ парка может пригодиться в дальнейшей работе при использовании техник недирективной гипнотерапии. В зависимости от того, какие элементы при воспроизведении комплексного образа даются ребенку легче, для ребенка можно сочинить индивидуальный сценарий данного упражнения. По мере развития навыков анализа ощущений на примере сконструированного образа, приобретенные навыки нужно переносить в реальную жизнь. Фиксация внимания на снимающих тревогу и напряжение изображениях, звуках, запахах позволит использовать для достижения комфорта триггеры из обычного повседневного окружения ребенка.

Упражнения, направленные на коррекцию негативных мыслей, служат на преодоление мучительных мыслей о психотравмирующем событии, своей возможной роли в его развитии, коррекции отрицательных представлений о будущем. На начальном этапе необходимо выявить обстоятельства, когда подобные мысли появляются. Обычно это обстоятельства, прямо или косвенно напоминающие детали психотравмирующей ситуации. Триггером для возникновения негативных мыслей могут стать детали окружающей ребенка обстановки, одежда окружающих ребенка взрослых и детей, определенная пища, игры, интонации голоса. Выявить эти детали позволяет тщательное наблюдение за ребенком, изменениями его поведения. Возникающие негативные мысли можно направленно заменять более продуктивными, используя принципы КПТ и техники субмодальностей из арсенала недирективной гипнотерапии. Таким образом, мысль «Я во всем виноват» трансформируется в «Я думаю, что я во всем виноват», а затем в «Я думаю, что я во всем виноват, но это неправда, потому что...», и наконец в «Я не виноват». Каждый следующий шаг в трансформации негативных мыслей требует логического

и эмоционального подкрепления, достигнуть которого можно путем использования символических наград (поощрений). В классических руководствах по КПТ, описывающих принципы терапии посттравматических расстройств у взрослых [1], рекомендуется ведение пациентами терапевтических дневников (тетрадей), однако дети, как правило, не готовы к подобной работе. Желательно, чтобы подобную рабочую тетрадь вели родители, а ребенок просто сообщал им свои переживания и впечатления после выполненных терапевтических упражнений. Крайне важным является анализ творчества ребенка. К рабочей тетради можно (и нужно) приобщать рисунки ребенка, выполненные им как спонтанно, так и по заданию терапевта.

На следующих этапах можно обучить ребенка (речь идет о детях среднего школьного возраста и старше) отрешенному наблюдению за своими мыслями. Можно предложить ребенку представить, что он путешествует в корзине воздушного шара. Мимо него проплывают огромные белоснежные облака, пролетают птицы, а внизу по дороге ползают крохотные «букашки» – автомобили. Все это – его собственные мысли, за которыми так просто наблюдать, находясь в безопасности. Мысли появляются и исчезают сами собой, и нет никакой необходимости вмешиваться в их содержание, они просто придут и уйдут, не надо заботиться о них (техника ТПО). В некоторый момент надо предложить ребенку вспомнить ситуацию, когда он чувствовал себя совершенно беззаботным и счастливым. Когда у него это получится, пускай он зафиксирует свое внимание на чувствах и телесных ощущениях, которые он испытывает, вспоминая в деталях позитивные моменты своей жизни. Теперь, находясь в таком позитивном настроении, установив контакт с позитивной частью личности, можно снова отрешенно понаблюдать за своими мыслями, осознавая, что не мысли создают настроение, а напротив, позитивное настроение создает позитивные мысли.

Упражнения, направленные на коррекцию избегающего поведения

Реакции избегания представляют собой форму психологической защиты. Взрослые люди и подростки старшего возраста могут относиться к ним критически, осознавая, что избегание приводит в конечном итоге к существенному ограничению их социальной активности, сужению спектра потенциальных возможностей. У детей младшего возраста такого осознания ситуации не наблюдается, поэтому преодолеть

реакции избегания им значительно труднее: дети не мотивированы на интеграцию в деятельность, которая вызывает у них выраженный дискомфорт. Поэтому преодоление реакций избегания может затянуться на длительный срок. В любом случае, терапевт и родители должны совместно разработать последовательность шагов, направленных на возвращение ребенка сначала к прежним интересам и увлечениям, а потом – к дальнейшему развитию социальных навыков. Достижение целей ресоциализации ребенка должно носить поступательный характер, траектория развития разворачиваться по принципу «от простого – к сложному». Например, с ребенком можно начать играть в настольные игры, предполагающие участие 2, 3, 4 игроков, затем переходить к подвижным играм с более широким составом участников, а в итоге перейти к занятиям в спортивном клубе, предполагающем включение ребенка в состав команды (футбол, хоккей) и развитие специфических навыков, необходимых для успешного занятия спортом. Достижение отдаленных целей можно преподнести ребенку в форме сказочного сюжета, где герой выполняет сложную и опасную миссию, преодолевая препятствия, опираясь на собственную волю, отвагу, помощь друзей и нелегкий труд.

Упражнения, направленные на глубокое осознание эмоций, следует начинать с преодоления феномена алекситимии – особого психологического феномена, проявляющегося трудностью осознания своего эмоционального состояния и его выражения с помощью слов. Составьте с ребенком списки слов, характеризующих любовь (ласковый, нежный, чувствительный, любящий), радость (довольный, счастливый, радостный, веселый), печаль (грустный, печальный, виноватый, плачущий), гнев (напряженный, злой, сердитый, яростный), страх (встревоженный, напуганный, обеспокоенный) и другие чувства, распределите их в порядке глубины отражения характеризующих чувств, потренируйтесь описывать этими словами чувства героев сказок и мультфильмов, а затем и собственные чувства ребенка. Ведите с ребенком дневник его эмоций. Следующим этапом развития осознания эмоций являются упражнения, направленные на понимание, осознание своих эмоций «здесь и сейчас». Подвергните эмоциональному анализу обычные действия, которые выполняет ребенок. Предположим, мама с ребенком собираются на прогулку, ребенок одевается, спешит. Им владеет предвкушение веселой прогулки. Следует попросить ребенка на минуту сосредоточиться на своих чувствах, описать их словами. После

возвращения с прогулки следует проанализировать пережитые позитивные эмоции, остановиться подробнее и зафиксировать в памяти детали, сделавшие эмоциональную реакцию позитивной и насыщенной. Фиксация позитивных эмоций помогает создавать ребенку внутренний ресурс, обращение к которому может служить продуктивным (в отличие от реакций избегания) механизмом психологической защиты.

Нередко продуктивной работе с эмоциональными переживаниями препятствуют негативные мысли. Их коррекции посвящены упражнения, рассматриваемые в разделе, описывающем преодоление тревоги. Детей постарше следует научить принципам продуктивного мышления, которых придерживается КПТ: (1) не следует доверять поспешным (особенно – негативным) выводам; необходимо научиться подвергать поспешные выводы разумному сомнению: «У меня не получится» – «Это будет очень трудно сделать, но я попытаюсь», «Пусть у меня не получится сразу, но я буду стараться и научусь»; (2) не следует предполагать самый плохой исход из теоретически возможных, какое-то из многочисленных обстоятельств обязательно сыграет в нашу пользу, и результат будет лучше, чем мы предполагали; (3) не следует давать категорические оценки, в любой ситуации следует находить полутона: «Со мной никто не хочет дружить» – «Ребята еще плохо знают меня и не готовы со мной подружиться»; (4) не следует переносить свои мысли, догадки на других людей: «Учитель меня считает плохим» – «Я не знаю, что он обо мне думает, попытаюсь сделать так, чтобы он увидел меня с хорошей стороны»; (5) любую ситуацию следует осмысливать, рассматривая события с разных точек зрения. Научив ребенка коррекции негативных мыслей, попытайтесь вместе с ним понять, как меняются эмоции при их преодолении.

Упражнения, направленные на непосредственное преодоление страха перед избегаемыми ситуациями, обеспечивают постепенное возвращение к обычным обстоятельствам повседневной жизни, которые стали объектами избегания после перенесенной психотравмирующей ситуации. По мере обучения ребенка осознанию и вербализации своих эмоций, любую избегаемую ситуацию удастся разложить на несколько элементов, каждый из которых будет вызывать значительно меньшую тревогу и страх, чем все они, соединенные вместе. Кроме того, обычно удастся предусмотреть и реализовать дополнительные защитные факторы. Например, ребенок, подвергшийся нападению хулиганов, избегает выходить на улицу. Анализ обстоятельств произошедшего позволяет выделить

несколько триггеров, запускающих реакцию избегания: узкая улица, темное время суток, одиночество, незнакомые люди, черная одежда, запах дождя. При ранжировании их вклада в переживание чувства непреодолимого страха, запускающего реакцию избегания, они могут выстроиться в иной последовательности, например, запах дождя (минимально влияет) – черная одежда, узкая улица (заметно влияют) – темнота, незнакомцы, одиночество (сильно влияют). В такой последовательности они и будут подвергаться переработке (начало *in sensu*, в воображении, потом *in vivo*, в реальности). Мысленная экспозиция элементов психотравмирующего опыта повышает со временем адаптацию к ним (параллельно идет работа, направленная на контроль и снижение тревоги, возникающая в ходе экспозиции тревога купируется соответствующими упражнениями), экспозиция в реальности закрепляет полученный навык. Использование протективных элементов (прогулка днем в сопровождении друзей) помогают достичь результатов терапии быстрее.

Упражнения, направленные на описание травматического опыта, также основаны на принципе систематической десенсибилизации. В предыдущих упражнениях реакции избегания, вызванные тревогой и страхом, подавлялись за счет постепенного преодоления тревоги и страха через достижение покоя, релаксации. При описании психотравмирующей ситуации в устном рассказе или в письме (например, адресованном обидчику) происходит и символическое преодоление события, оно смещается в прошлое, воспринимается как пережитое, а его влияние на настоящее минимизируется. Не следует использовать упражнения, направленные на описания травматического опыта в начале терапии, это упражнения заключительной части.

Упражнения, направленные на преодоление навязчивых воспоминаний о перенесенной психической травме

Во время реализации флешбэков и навязчивых воспоминаний человек ощущает себя иначе, чем в обычном состоянии. На фоне внезапного наплыва ярких образов травмирующего характера (зрительных, слуховых, тактильных, обонятельных, вкусовых) возможна полная утрата взаимодействия с окружающей реальностью (внешне это обычно проявляется застыванием, изменением выражения лица). В большинстве случаев, однако, взаимодействие с реальностью не обрывается, человек сохраняет способность конструктивно мыслить и действовать.

Упражнения, направленные на декатастрофизацию событий, создают навык мышления, позволяющий фиксировать внимание и направлять переживания в сторону наименее травматичных деталей психотравмирующей ситуации. При возникновении болезненных навязчивых воспоминаний человек ведет с собой внутренний диалог, в ходе которого осуществляется работа по преодолению негативных мыслей (в соответствии с принципами КПТ). Альтернативные мысли могут быть направлены не только на преодоление текущих переживаний, но и глубже, на преодоление внутреннего негативного образа «Я», сформированного в результате реакции на травму. Обычно человек, переживший травму, испытывает несколько крайне негативных чувств: ощущение, что происходящие вокруг события каким-то образом направлены против него, что его истинные потребности не удовлетворяются, пожелания и просьбы — не реализуются, чувства — игнорируются, обычные эмоциональные и физические реакции — отвергаются. В результате формируются негативные мысли, снижающие самооценку и формирующие чувство вины: «Я не умею себя контролировать», «Я слабый, беспомощный», «Я все делаю неправильно». Потенциально такие мысли могут трансформироваться до суицидальных. Именно работа по преодолению мыслей, формирующих негативный образ «Я», дает самый лучший результат.

Техники «осознанности и заземления», используемые ДПТ, направлены на возвращение человека в текущий момент, переключение на переживания, которые человек испытывает «здесь и сейчас». Ребенка следует научить технике «возвращения в настоящее». Для этого необходимо задействовать все чувства. Сидя на стуле, можно зафиксировать внимание на картинке, висящей на стене напротив; послушать собственное дыхание и шум вентилятора, шаги людей в коридоре; почувствовать, как спина касается спинки стула, а ноги — пола; понюхать воздух, проглотить пару глотков холодной воды и проследить за ощущениями, идущими изнутри. Вернувшись в реальность на физическом уровне, следует сфокусировать свои мысли на происходящем.

Освоение техник «осознанности и заземления» позволяет переходить к обучению техникам «проспективного мышления», конструированию образов будущего. В частности, конструирование в уме в состоянии бодрствования альтернативного сюжета для повторяющегося кошмарного сновидения позволяет трансформировать сновидение, снизив остроту пугающих переживаний. Любой психотравмирующий сюжет можно представить в виде ветвистого дерева, в котором содер-

жание сначала представлено нейтральной по характеру последовательностью событий (ствол), а затем в одном из альтернативных разветвлений (ветвей) события внезапно приобретают кошмарное содержание. Воспроизведя в памяти сюжет сновидения в его нейтральной части, можно продолжить его в виде нескольких альтернативных ветвей — историй-продолжений, прямо вытекающих из предшествующей нейтральной части сюжета. Создание альтернативного сюжета можно перенести на бумагу в виде текста или рисунка, записать рассказ об альтернативном сновидении на магнитофон, и несколько раз повторить его, развивая позитивное содержание сюжета.

Аналогичную технику можно применить, если ожидается ситуация, которая может спровоцировать возникновение флешбэков или навязчивых воспоминаний. Чтобы не обременять себя очередным избеганием, ее можно заранее проработать, создав (сконструировав) несколько альтернативных позитивных сценариев.

В жизни каждого человека имеется немало примеров позитивных переживаний, которые являются его внутренним ресурсом, который следует использовать в ходе терапии. Например, если вызвать в памяти какое-то позитивное событие (опыт 1), изучить внимательно картину воспоминаний во всей ее полноте, в ней можно найти детали, похожие на детали картины негативного переживания (опыт 2). Однако в позитивной ситуации они переживаются нейтрально или позитивно. Зафиксировав положительные эмоции, переживаемые в опыте 1 при анализе ряда деталей, их можно перенести на аналогичные детали из опыта 2, значительно снизив тем самым остроту негативных переживаний.

Заключение

Психотерапевтическая работа с детьми, возвращаемыми из зон боевых действий — неотъемлемая часть алгоритма оказания детям, возвращаемым в родственные семьи, психолого-психиатрической помощи [4, 6]. Особенности индивидуального реагирования детей на перенесенную психическую травму, индивидуальные особенности развития, особенности воспитания, причудливое сочетание в клинической картине посттравматических состояний специфических и неспецифических психопатологических симптомов, требуют применения широкого спектра психотерапевтических техник, направленных на преодоление симптомов-мишеней.

В настоящей работе было дано описание приемов и техник, использованных в ходе полимодальной клинической психотерапии детей, возвращенных из зон боевых действий, базирующихся на принципах когнитивно-поведенческой, диалектической поведенческой терапии и терапии принятия и ответственности, направленных на преодоление ведущих симптомов посттравматических состояний, наблюдаемых в детском возрасте. Использование в рамках алгоритма оказания психолого-психиатрической помощи приемов и техник из арсенала КПТ, ДПТ и ТПО существенным образом расширяет терапевтические возможности специалистов, работающих с детьми, перенесшими психическую травму, и значительно повышает реабилитационный потенциал курируемых детей.

Список литературы

1. Бек Дж. С. Когнитивная терапия: полное руководство. М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2006. 400 с.
2. Вострокнутов Н.В., Харитоновна Н.К., Игонин А.Л., Пережогин Л.О. Организационно-методические основы психотерапевтической и психокоррекционной работы с детьми группы риска употребления психоактивных веществ. Методические рекомендации. М.: РИО ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2004. 36 с.
3. Захарова Н.М., Пережогин Л.О., Милёхина А.В. Комплексная психотерапия посттравматических расстройств у детей, возвращаемых из зон боевых действий. *Российский психиатрический журнал* 2022; (4): 57-63.
4. Захарова Н.М., Пережогин Л.О., Милехина А.В., Ким Е.В. Психолого-психиатрическое сопровождение детей, возвращаемых из зон боевых действий, на этапе адаптации в принимающей семье. *Психическое здоровье* 2024; 19(5): 4-10.
5. Кекелидзе З.И., Портнова А.А. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков. *Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова* 2002; (12): 56-61.
6. Пережогин Л.О., Захарова Н.М. Алгоритм оказания психолого-психиатрической помощи детям, возвращаемым из зон боевых действий, на этапах, предшествующих передаче в семью. *Психическое здоровье* 2023; 18(6): 15-22.
7. Портнова А.А. Психические нарушения у детей и подростков при чрезвычайных ситуациях. Автореферат диссертации на соискание ученой степени д.м.н. Москва, 2007. 40 с.
8. Becker-Blease K.A., Turner H.A., Finkelhor D. Disasters, victimization, and children's mental health. *Child Dev* 2010; 81(4): 1040-1052.
9. Brockie T.N., Dana-Sacco G., Wallen G.R., Wilcox H.C., Campbell J.C. The relationship of adverse childhood experiences to PTSD, depression, poly-drug use and suicide attempt in reservation-based native American adolescents and young adults. *Am J Community Psychol*. 2015; 55(3-4): 411-421.
10. Dalglish T., Meiser-Stedman R., Smith P. Cognitive aspects of post-traumatic stress reactions and their treatment in children and adolescents: An empirical review and some recommendations. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2005; 33: 459-486.
11. Hermenau K., Hecker T., Maedl A., Schauer M., Elbert T. Growing up in armed groups: trauma and aggression among child soldiers in DR Congo. *Eur J Psychotraumatol*. 2013; (4): 1-9.
12. Hunt T.K.A., Slack K.S., Berger L.M. Adverse childhood experiences and behavioral problems in middle childhood. *Child Abuse Negl*. 2017; 67: 391-402.
13. Ibrahim H., Ertl V., Catani C., Ismail A.A., Neuner F. The validity of posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5) as screening instrument with Kurdish and Arab displaced populations living in the Kurdistan region of Iraq. *BMC Psychiatry* 2018; 18(1): 1-8.
14. Laor N., Wolmer L., Mayes L.C. et al.: Israeli preschoolers under Scud missile attacks: a developmental perspective on risk-modifying factors. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 416-423.
15. Tan L., Fang P., Cui J., Yu H., Yu L. Effects of progressive muscle relaxation on health-related outcomes in cancer patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2022; 49: 101676.
16. Van der Heide L., Alexander A. Homecoming: Considerations for rehabilitating and reintegrating Islamic State affiliated minors. *Combating Terrorism Center at West Point*. 2020. Available at: <https://ctc.usma.edu/homecoming-considerations-for-rehabilitating-and-re-integrating-islamic-state-affiliated-minors/>
17. Weine S., Brahmabatt Z., Cardeli E., Ellis H. Rapid Review to Inform the Rehabilitation and Reintegration of Child Returnees from the Islamic State. *Ann Glob Health* 2020; 86(1): 64.

References

1. Beck J. S. Cognitive therapy: a complete guide. Moscow, 2006. 400 p. (In Russian).
2. Vostroknutov N.V., Kharitonova N.K., Igonin A.L., Perezhogin L.O. Organizational and methodological foundations of psychotherapeutic and psychocorrectional work with children at risk of using psychoactive substances. Guidelines. Moscow, 2004. 36 p. (In Russian).
3. Zakharova N.M., Perezhogin L.O., Milekhina A.V. Complex psychotherapy of post-traumatic disorders in children returning from combat zones. *Russian Psychiatric Journal* 2022; (4): 57-63. (In Russian).
4. Zakharova N.M., Perezhogin L.O., Milekhina A.V., Kim E.V. Psychological and psychiatric support for children returning from combat zones at the stage of adaptation to the host family. *Mental Health* 2024; 19(5): 4-10. (In Russian).
5. Kekelidze Z.I., Portnova A.A. Posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal neurology and psychiatry named after S.S. Korsakov* 2002; (12): 56-61. (In Russian).
6. Perezhogin L.O., Zakharova N.M. An algorithm for providing psychological and psychiatric assistance to children returning from combat zones at the stages preceding their transfer to the family. *Mental Health* 2023; 18(6): 15-22. (In Russian).
7. Portnova A.A. Mental disorders in children and adolescents in emergency situations. Abstract of the dissertation for the scientific degree of Doctor of Medical Sciences. Moscow, 2007. 40 p. (In Russian).
8. Becker-Blease K.A., Turner H.A., Finkelhor D. Disasters, victimization, and children's mental health. *Child Dev* 2010; 81(4): 1040-1052.
9. Brockie T.N., Dana-Sacco G., Wallen G.R., Wilcox H.C., Campbell J.C. The relationship of adverse childhood experiences to PTSD, depression, poly-drug use and suicide attempt in reservation-based native American adolescents and young adults. *Am J Community Psychol*. 2015; 55(3-4): 411-421.

10. Dagleish T., Meiser-Stedman R., Smith P. Cognitive aspects of post-traumatic stress reactions and their treatment in children and adolescents: An empirical review and some recommendations. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2005; 33: 459-486.
11. Hermenau K., Hecker T., Maedl A., Schauer M., Elbert T. Growing up in armed groups: trauma and aggression among child soldiers in DR Congo. *Eur J Psychotraumatol.* 2013; (4): 1-9.
12. Hunt T.K.A., Slack K.S., Berger L.M. Adverse childhood experiences and behavioral problems in middle childhood. *Child Abuse Negl.* 2017; 67: 391-402.
13. Ibrahim H., Ertl V., Catani C., Ismail A.A., Neuner F. The validity of posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5) as screening instrument with Kurdish and Arab displaced populations living in the Kurdistan region of Iraq. *BMC Psychiatry* 2018; 18(1): 1-8.
14. Laor N., Wolmer L., Mayes L.C. et al.: Israeli preschoolers under Scud missile attacks: a developmental perspective on risk-modifying factors. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 416-423.
15. Tan L., Fang P., Cui J., Yu H., Yu L. Effects of progressive muscle relaxation on health-related outcomes in cancer patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2022; 49: 101676.
16. Van der Heide L., Alexander A. Homecoming: Considerations for rehabilitating and reintegrating Islamic State affiliated minors. *Combating Terrorism Center at West Point.* 2020. Available at: <https://ctc.usma.edu/homecoming-considerations-for-rehabilitating-and-re-integrating-islamic-state-affiliated-minors/>
17. Weine S., Brahmbatt Z., Cardeli E., Ellis H. Rapid Review to Inform the Rehabilitation and Reintegration of Child Returnees from the Islamic State. *Ann Glob Health* 2020; 86(1): 64.