

© ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2022
 УДК: 616.895:347.157.1
 DOI: <https://doi.org/10.47877/1560-957X-2022-10407>

Для корреспонденции

Захарова Наталия Михайловна – кандидат медицинских наук, руководитель отдела неотложной психиатрии и помощи при чрезвычайных ситуациях ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России
 Адрес: 119034, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23
 Телефон: +7 (495) 637-42-44
 E-mail: natali_oslo@mail.ru

Н.М. Захарова¹, Л.О. Пережогин¹, А.В. Милёхина²

Комплексная психотерапия посттравматических расстройств у детей, возвращаемых из зон боевых действий

Результаты оригинального исследования

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия

² Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия

В статье предложен алгоритм комплексной психотерапевтической помощи детям, возвращённым из зон боевых действий на Ближнем Востоке (Республика Ирак, Сирийская Арабская Республика), основанный на анализе результатов клинико-психопатологического и экспериментально-психологического обследования 189 репатриированных детей, проведённого в период выездов специалистов в Чеченскую Республику и Республику Дагестан. В основу алгоритма положена полимодальная психотерапия, включающая методы релаксации и саморегуляции, приёмы когнитивной и поведенческой переработки воспоминаний и переживаний психотравмирующего характера и их вторичных последствий, работу с микросоциальным окружением ребёнка (принимающая семья). Описаны терапевтические мишени у детей с посттравматическими расстройствами. Выделены этапы психотерапевтической работы. Обоснован выбор терапевтических приёмов и техник.

Ключевые слова: дети из зон боевых действий; особенности клиники посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) детского возраста; психотерапия постстрессовых расстройств у детей; психотерапевтические мишени; этапы психотерапии; когнитивно-поведенческая терапия; аутогенная тренировка; релаксационные техники

Для цитирования: 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. С. 57–63. DOI: <https://doi.org/10.47877/1560-957X-2022-10407>

NM Zakharova¹, LO Perezhogin¹, AV Mileokhina²

Combined psychotherapy of post-traumatic disorders in children returning from war zones

Article

¹ V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

² Moscow Research Institute of Psychiatry – Branch of the V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

The article proposes an algorithm for combined psychotherapeutic care for children returned from war zones in the Middle East (Republic of Iraq, Syrian Arab Republic), based on the analysis of results of the clinical psychopathological and experimental psychological examination of 189 repatriated children, conducted during the period of specialist visits to the Chechen Republic and the Republic of Dagestan. The algorithm is based on polymodal psychotherapy, including methods of relaxation and self-regulation, methods of cognitive and behavioral processing of memories and experiences of psycho-traumatic nature and their secondary consequences, work with the microsocial environment of the child (host family). Therapeutic targets in children with post-traumatic disorders are described. The stages of psychotherapeutic work are singled out. The choice of therapeutic methods and techniques is substantiated.

Key words: children from war zones; clinical features of post-traumatic stress disorder (PTSD) in childhood; psychotherapy of post-stress disorders in children; psychotherapeutic targets; stages of psychotherapy; cognitive behavioral therapy; autogenic training; relaxation techniques

For citation: Zakharova NM, Perezhogin LO, Mileokhina AV. [Combined psychotherapy of post-traumatic disorders in children returning from war zones]. Rossiiskii psikiatricheskii zhurnal [Russian Journal of Psychiatry]. 2022;(4):57–63. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.47877/1560-957X-2022-10407>

Дети, возвращаемые на родину из зон боевых действий, в частности с территорий, подконтрольных запрещённой в России террористической группировке «Исламское государство» (ИГ), составляют особую группу риска по формированию психических расстройств и расстройств поведения.

«Малые войны», в том числе ведущиеся радикальными группировками, оказываются наиболее кровавыми для мирного населения. Обстрелы, бомбардировки, захват заложников, гибель родных и знакомых, голод, отсутствие возможности получить полноценное образование, постоянное чувство незащищённости сопровождаются развитием затяжных постстрессовых психических расстройств и оказывают длительное негативное воздействие на психическое здоровье и психофизическое развитие ребёнка. Тяжёлые психические травмы, пережитые в детском возрасте, не только проявляются в острой ситуации, они могут наложить отпечаток на всю последующую жизнь ребёнка, приводя к снижению качества жизни, формированию патологических черт личности, социальной дезадаптации, возникновению психических и психосоматических заболеваний [1, 2].

Возвращаемые на родину дети, выросшие на территории, подконтрольной террористической организации ИГ (запрещена в Российской Федерации), подверглись воздействию множества психотравмирующих факторов. Внезапная смена привычной обстановки (многие дети были привезены матерями на территорию, контролируемую боевиками ИГ, когда им было уже по 3–7 лет), специфическое воспитание, основанное на принципах радикального ислама, постоянное идеологическое давление, ужасы войны, гибель близких, жизнь в условиях ограничения свободы (в тюрьме, лагере) и т.д. оказали значительное негативное влияние на детскую психику. Дополнительным негативным фактором является высокая вероятность возникновения трудностей с интеграцией этих детей в социум, в том числе в связи с разлукой с матерью, резкой сменой микроокружения и социальной среды в целом, изменением культурных (включая религиозные) стереотипов, педагогической запущенностью, а также с возможной стигматизацией и изоляцией обществом.

В настоящее время, возвращаясь в Россию, эти дети нуждаются в длительной и многоэтапной реабилитации, осуществлять которую должны специалисты полипрофессиональных бригад (в составе врача-психиатра, врача-психотерапевта, педиатров, клинического психолога, педагогов). Поскольку география регионов, принимающих репатриированных детей, весьма обширна, на первый план выступает необходимость разработки и внедрения в субъектах Российской Федерации типового алгоритма, единого подхода к организации мероприятий по медицинской реабилитации, а также по социальной адаптации детей, возвращаемых из зон боевых действий. Ранее в нашей стране подобных исследований

не проводилось, сообщений о работе такого рода в иностранной литературе крайне мало, что определяет чрезвычайную актуальность и новизну данной научной тематики.

Цель проведённого исследования – разработать универсальный, легко адаптируемый под группы разного возраста и пола алгоритм психотерапевтической помощи детям, возвращаемым в Россию из зон боевых действий.

Основные **задачи** исследования:

- выявление актуальных мишеней для психотерапевтической работы;
- определение эффективных и безопасных методов и приёмов психотерапии с учётом пола, возраста, индивидуальных особенностей детей, возвращённых из зон боевых действий;
- формирование этапов психотерапевтической помощи, обеспечивающих комплексное решение терапевтических задач;
- коррекция системы межличностных отношений на уровне микросоциального окружения ребёнка (принимающая семья).

Материал и методы

Эмпирической базой для создания алгоритма психотерапевтического лечения послужили данные клинико-психопатологического и экспериментально-психологического обследования, полученные в период выездов специалистов ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России в Северо-Кавказский федеральный округ (Чеченскую Республику и Республику Дагестан) в целях оказания консультативно-диагностической и лечебно-профилактической (психотерапевтической) помощи детям, возвращённым из зон боевых действий на Ближнем Востоке (Республика Ирак, Сирийская Арабская Республика).

Обследование детей проводилось после периода адаптации в принимающей семье (через 3–12 мес после возвращения в Российскую Федерацию). Было обследовано 189 детей от 2 до 15 лет. Из них 43 ребёнка (23 девочки, 20 мальчиков) до 4 лет, 62 ребёнка (29 девочек, 33 мальчика) от 4 до 7 лет, 62 ребёнка (26 девочек, 36 мальчиков) от 8 до 12 лет, 22 ребёнка (12 девочек, 10 мальчиков) старше 12 лет.

Этический аспект. Обследование детей проводилось с письменного информированного согласия официальных представителей (опекунов).

Результаты

Проведённое исследование выявило особенности, характерные для детей разных возрастов. Всех обследованных условно можно разделить на 2 группы:

- 1) дети, вывезенные из России в младенческом возрасте, а также рождённые в период пребывания родителей в зоне военных действий или в тюрьмах и лагерях (105 детей до 7 лет);

2) дети, вывезенные родителями на территории, подконтрольные запрещённой в Российской Федерации террористической группировке ИГ, в дошкольном и школьном возрасте (84 ребёнка старше 7 лет).

У всех детей из 1-й группы выявлялась задержка психофизического развития (отставание от своих сверстников по антропометрическим критериям, задержка становления двигательных способностей и познавательных навыков, неустойчивость внимания, слабо развитое мышление и т.д.), сопровождавшаяся в 6,7% случаев специфическими расстройствами развития речи и языка (F80) и в 8,6% случаев смешанными специфическими расстройствами психологического развития (F83). Помимо этого, почти у 40% обследованных детей 1-й группы на фоне минимальных проявлений органического поражения центральной нервной системы раннего или травматического генеза были диагностированы психические расстройства из следующих групп: фобические тревожные расстройства (F40) – 13,3%, гиперкинетические расстройства (F90.1) – 15,2%, эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста (F98), – 10,5% [3].

У детей из 2-й группы на первый план выступали особенности поведения, связанные со специфическим религиозным воспитанием (неукоснительное выполнение обрядов поклонения, ограничения в общении, особое отношение к обучению, специфичность в выборе одежды, питания и т.д.), и педагогическая запущенность. При этом более чем у трети детей данной группы были выявлены психические расстройства, связанные с пережитым стрессом: у 20,2% – ПТСР (F43.1), у 13,1% – тревожно-депрессивные реакции в рамках расстройства адаптации (F43.2), фобические тревожные расстройства (F40), смешанные тревожные и депрессивные расстройства (F41.2) [3].

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 осуществлялось специалистами, работающими в учреждениях здравоохранения городов Грозный, Махачкала, Дербент (сентябрь 2021 г. – июнь 2022 г.). С целью оценки эффективности проведённой психотерапевтической работы запланировано итоговое обследование детей, прошедших терапию, с помощью батареи контрольно-измерительных шкал.

Обсуждение

Говоря о психотерапии детей и подростков, возвращённых из зон боевых действий, в первую очередь необходимо обратить внимание на особенности кли-

ники ПТСР детского возраста, которые являются определяющими при выборе психотерапевтических мишеней.

Посттравматические расстройства у детей отличаются от клиники ПТСР, типичной для взрослых, выраженным полиморфизмом симптомов и их крайней неспецифичностью. Сочетания симптомов, объединяющихся в устойчивые симптомокомплексы, можно разделить на 4 основные типа реализации клинической картины ПТСР у детей: психопатоподобный, астено-депрессивный, фобический и диссомнический [4]. В обследованной группе мы наблюдали фобический (65,4%), астено-депрессивный (30,8%) и психопатоподобный (3,8%) варианты ПТСР.

Систематическое изучение репрезентативных групп детей с ПТСР различного происхождения [5] позволяет говорить о совокупности специфических для ПТСР симптомов, регистрирующихся у детей, и наличии неспецифических для собственно ПТСР, но весьма характерных для детского возраста проявлений.

По степени выраженности и частоте встречаемости симптомы ПТСР у детей можно распределить следующим образом:

- **специфические симптомы**, представленные:
 - а) *страхом повторения психотравмирующих событий*, который по мере отдаления во времени трансформируется, обрастая, особенно у детей дошкольного возраста, сказочными элементами фавулы, фантастическими, привнесёнными извне элементами сюжета; развивающиеся, как следствие, на его основе фобические расстройства могут быть по характеру переживаний крайне далеки от перенесённой психической травмы;
 - б) *снижением настроения при воспоминании о перенесённой травме*, что сопровождается реакциями избегания связанных с травмой событий, мест, персонажей;
 - в) *устрашающими сновидениями*, как правило, далёкими по содержанию от перенесённой психической травмы; в воспроизводимых детьми рисунках сновидений появляются изображения чудовищ, сказочных монстров, безобразных, отталкивающих существ; значительно реже при засыпании отмечается феномен аффективных иллюзорных обманов восприятия (непсихотический уровень);
 - г) *чувством вины за перенесённую травму*, которое чаще развивается у детей среднего и старшего школьного возраста, сопровождается идеями собственной ненужности, беспомощности, неполноценности, резким снижением самооценки, что ведёт, как правило, к социальной отгороженности, изоляции (у детей, особенно мальчиков, репатриированных из Сирии и Ирака, в подавляющем большинстве случаев чувство вины связано с невозможностью помочь матери, оставшейся в тюрьме или лагере);

- **неспецифические симптомы**, представленные:
 - а) *тревогой*, сопровождающейся снижением настроения, проявляющейся амбивалентным поведением: желанием уединиться в сочетании со страхом расставания со значимыми людьми, желанием контролировать поведение окружающих в сочетании с избеганием контактов, отгороженностью;
 - б) *нарушениями поведения оппозиционно-вызывающего характера*, вплоть до выраженного негативизма, агрессии и аутоагрессии, а у детей старшего возраста – употребления алкоголя и других психоактивных веществ;
 - в) *симптомами возрастного регресса*, в том числе утратой навыков опрятности (дневной энурез и энкопрез), нарушениями речи (снижение уровня речевой продукции, заикание, сюсюканье), возвратом к стереотипам поведения, более характерным для младшего возраста.

У детей исследуемой группы наблюдались все вышеописанные симптомы в соответствии с обычными возрастными особенностями: у детей младшего возраста преобладали симптомы регресса и страхи, у более старших детей – тревожные и астено-депрессивные расстройства. В одном случае отмечалось оппозиционно-вызывающее поведение с агрессивными тенденциями.

Таким образом, при выборе тактики психотерапевтического вмешательства и его реализации (вне зависимости от используемых направлений и техник) у детей, возвращённых из зон боевых действий, с ПТСР следует учитывать **3 категории психотерапевтических мишеней**:

1) *нозологически специфичные мишени*, представленные вегетативными симптомами, снижением настроения, страхами, нарушениями сна и другими психопатологическими симптомами (в отношении этой группы мишеней показано использование клинической психотерапии: различные техники когнитивно-поведенческой терапии, аутогенная тренировка, релаксационные техники);

2) *лично обусловленные мишени*, представленные низкой самооценкой, психотравмирующими переживаниями, чувством вины, снижением способности к рефлексии и ауторефлексии, искажениями социального восприятия (в отношении этой группы мишеней показано использование приёмов лично ориентированной терапии – с учётом возраста);

3) *мишени, обусловленные собственно терапевтической работой*: отношения с врачом и психологом, групповые отношения, мотивация к лечению, сопротивление, характер интересов и когнитивного восприятия (указанный спектр терапевтических мишеней в совокупности с клинической общностью симптоматики и индивидуальными различиями состояния, обусловленными характером психической травмы, личностными индивидуальными особенностями и возрастом, требует создания в отношении каждого

ребёнка индивидуальных психотерапевтических программ, основанных на применении индивидуальной и групповой многоэтапной полимодальной терапии).

Структура комплексных психотерапевтических программ, используемых в лечении посттравматических расстройств у детей

Комплексные психотерапевтические программы, направленные на коррекцию ПТСР у детей, используют различные психотерапевтические методы и техники, объединённые общей терапевтической целью. Это классический пример среднесрочной полимодальной психотерапии.

На **первом этапе** психотерапевтического вмешательства осуществляется:

- *обучение приёмам мышечной релаксации*: в зависимости от возраста пациентов могут использоваться более простые приёмы (прикладная релаксация Л. Оста – Д. Кларка, или прогрессивная релаксация Э. Джекобсона, или обучение аутогенной тренировки по И. Шульцу – в ускоренных модификациях);
- *обучение приёмам контролируемого дыхания* (по Р. Вильсону, по В.В. Макарову); более сложные техники, в частности репродуктивная тренировка А.Г. Панова, как правило, доступны только подросткам старшего возраста;
- *обучение приёмам интерецептивного воздействия*, включая воздействие в воображении (систематическая десенсибилизация);
- *обучение методам самонаблюдения, планирования* своей деятельности и самостоятельного поощрения (для старших детей и подростков), что позволяет осуществлять дифференцированное подкрепление желаемых форм поведения.

Продолжительность первого этапа составляет 8–10 сеансов и, как правило, укладывается в 2 месяца. С детьми дошкольного и младшего школьного возраста в описываемой группе психотерапевтическая работа на первом этапе осуществлялась в игровой форме, что было обусловлено сложностями установления комплаенса с детьми, долгое время находившимися в условиях социальной депривации, а также с задержкой психического развития в результате педагогической запущенности. Продолжительность психотерапевтической коррекции зависела от личностных особенностей и выраженности психических нарушений.

На **втором этапе** психотерапевтического вмешательства за основу берутся методы когнитивно-поведенческой психотерапии, эффективность которой у детей, переживших психотравму, подтверждена многочисленными исследованиями [6]. Используются техники переключения внимания, контроля над автоматическими мыслями, поиска альтернативных мыслей и видов конструктивного поведения, управляемого изменения представлений, в том числе представления позитивного будущего. Сеансы проводятся индивидуально и в группах, сформиро-

ванных с учётом пола, возраста и уровня развития пациентов.

Для подростков предпочтительна групповая форма работы. В рамках групповой работы хорошо зарекомендовали себя ролевые игры. Следует отметить, что при формировании терапевтических групп необходимо учитывать факторы, связанные со строгим религиозным воспитанием детей, возвращённых с территорий, подконтрольных радикальным группировкам: деление на группы по гендерному принципу (особенно среди подростков), выбор времени проведения занятий, знание терапевтом основных положений ислама.

Продолжительность второго этапа также составляет 8–10 сеансов (примерно 2 месяца). В ходе терапии ПТСР у детей, возвращённых из зон боевых действий, выявляются и подлежат психотерапевтической переработке несколько *характерных когнитивных ошибок*:

- генерализованные формы обобщений («теперь у меня никогда ничего хорошего не получится»), категоричность оценок;
- избыточная персонализация («такое могло случиться только со мной»);
- избирательный выбор фактов, событий, игнорирование объективно существующих позитивных аспектов ситуации, преувеличение или уменьшение значения некоторых обстоятельств;
- произвольное трактование событий исключительно в негативном (чаще) или позитивном ключе.

Задача второго этапа психотерапии – разрушение порочного круга, характерного для ПТСР: редукция триггеров, запускающих патологическое реагирование, коррекция автоматических мыслей, формирование контроля над физическими проявлениями (которые носят преимущественно вегетативный характер) и негативными эмоциями (чувство страха, беспомощности, гнева), создание и закрепление позитивных, конструктивных форм поведения.

Третий этап терапии подразумевает работу с личностью ребёнка. Как правило, этот этап терапии наиболее длительный. В процессе работы могут использоваться различные терапевтические приёмы и техники, однако *точки их приложения* неизменны и включают:

- *когнитивную сферу*, интеллектуальное осознание – внутренних проблем и конфликтов, в том числе не связанных с психической травмой, собственных защитных механизмов, характера своего поведения в различных ситуациях;
- *эмоциональную сферу*, включая вербализацию своих переживаний (преодоление алекситимии), получение эмоциональной поддержки, обучение активному поиску позитивных впечатлений от обычных событий повседневной жизни, формирование эмоционально окрашенного и позитивного образа «Я»;

- *поведенческую сферу* – поиск, формирование и закрепление адекватных форм поведения, общения со сверстниками и взрослыми. Данный этап может быть осуществлён клиническим психологом под контролем врача-психотерапевта.

Терапия внутрисемейных отношений в лечении посттравматических расстройств у детей

Лечение ребёнка с ПТСР не может представлять собой изолированного процесса. Ребёнок находится в социуме, и ведущую роль в его жизни играют члены его семьи, с которыми ему необходимо выстраивать доверительные и конструктивные отношения [7, 8]. Учитывая, что у четверти детей, возвращённых в Россию, погибли оба родителя, у 90,3% – погиб отец, у 37,5% детей мать осталась в заключении на территории Сирии, Ирака [3], и дети передаются в семьи родственников, которых они зачастую впервые видят, важными элементами психотерапевтической работы является *ревизия и реконструкция внутрисемейных отношений*, что подразумевает:

- установление и развитие отношений партнёрства и сотрудничества опекунов с ребёнком;
- улучшение понимания опекунами ребёнка, особенностей и закономерностей его развития за счёт изучения его индивидуальных реакций и нюансов поведения;
- достижение способности к эмпатии, пониманию переживаний, состояний и интересов друг друга;
- выработка навыков адекватного и равноправного общения, способности к предотвращению и разрешению межличностных конфликтов, что предполагает включение в работу поведенческой терапии;
- устранение дезадаптивных форм поведения и обучение адекватным способам реагирования в проблемных и стрессовых ситуациях [9].

Терапия в группах коррекции детско-родительских отношений наиболее эффективна для детей дошкольного и младшего школьного возраста.

Вместе с тем оценка результатов имеет всегда индивидуализированный характер и неразрывно связана с тремя основными аспектами изменений: клиническим, индивидуально-психологическим и социально-психологическим. На каждом этапе предложенной психотерапевтической программы врачи-психотерапевты давали оценку проведённой работе. Во всех случаях был отмечен существенный положительный эффект. Однако, поскольку большинство специалистов считают, что оценка эффективности психотерапии не должна проводиться тем лицом, которое осуществляет лечение, на заключительном этапе работы [10] для оценки эффективности нами запланировано итоговое обследование детей, прошедших терапию, с помощью батареи контрольно-измерительных шкал с учётом клинического симптоматического улучшения, а также субъективного ощущения улучшения здоровья и социального функционирования ребёнком и его окружением.

Заключение

Таким образом, по итогам проведённого клинико-психопатологического и экспериментально-психологического обследования 189 детей, возвращённых в Россию из зон боевых действий на Ближнем Востоке, среди которых было выявлено 26 детей с ПТСР и 25 детей с тревожно-депрессивными и фобическими расстройствами, была разработана и апробирована на группе из 39 детей стратегия оказания комплексной психотерапевтической помощи.

Реализация предложенной программы психотерапии проводилась в 3 этапа:

1) подготовительный этап обучения релаксации и саморегуляции, самонаблюдению обеспечивал формирование навыков самоконтроля, снижение остроты и частичную редукцию симптомов, закладывал основы коррекции дезадаптирующего поведения (2 мес);

2) этап когнитивно-поведенческой переработки воспоминаний и переживаний психотравмирующего характера и их вторичных последствий обеспечивал переход к долгосрочным личностным изменениям, носившим, по сути, реконструктивный характер (2 мес);

3) этап личностно-ориентированной психотерапии, помимо работы с когнитивными, эмоциональными и поведенческими паттернами, включавший работу с микросоциальным окружением ребёнка (принимающая семья), завершал реабилитационный процесс (6 мес).

По оценке специалистов, проводивших психотерапию, отмечен выраженный положительный эффект. Для объективизации оценки эффективности проведённой психотерапевтической работы запланировано итоговое обследование детей, прошедших терапию, с помощью батареи контрольно-измерительных шкал.

Сведения об авторах

Захарова Наталия Михайловна – кандидат медицинских наук, руководитель отдела неотложной психиатрии и помощи при чрезвычайных ситуациях ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (Москва)

Индексы: РИНЦ AuthorID: 777617; ResearchID: AAK-3282-2021; ORCID: 0000-0002-2424-0901

E-mail: natali_oslo@mail.ru

Пережогин Лев Олегович – доктор медицинских наук, руководитель отделения социальной психиатрии детей и подростков ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (Москва)

Индексы: РИНЦ AuthorID: 196257; ORCID: 0000-0002-6872-4457

E-mail: drlev.ru@yandex.ru

Милёхина Алла Владимировна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения расстройств аффективного спектра Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (Москва)

Индексы: РИНЦ AuthorID: 729346; ORCID: 0000-0002-1029-5485

E-mail: amilh@mail.ru

Информация о конфликте интересов и источнике финансирования

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов. Научная работа инициативная, не финансируемая.

Литература

- Кекелидзе З.И., Захарова Н.М., Милехина А.В. и др. Принципы организации медико-социальной реабилитации детей, вынужденно находившихся на территории, подконтрольной ИГИЛ (в зоне военных действий) в соответствии с конкретными проявлениями психосоциальной дезадаптации и возрастными особенностями: Методические рекомендации. М.: ФГБУ «НИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2020. 21 с.
- Copeland W.E., Keeler G., Angold A., Costello E.J. Traumatic events and posttraumatic stress in childhood // Arch. Gen. Psychiatry. 2007. Vol. 64, No 5. P. 577–584. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>
- Zakharova N., Mileokhina A., Baeva A., Velisevich D. Mental consequences after experienced stress for children returned home from a war zone // Norwegian Journal of Development of the International Science. 2021. No 75. P. 42–46. DOI: <https://doi.org/10.24412/3453-9875-2021-75-1-42-46>
- Портнова А.А. Типология ПТСР у детей и подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2005. Вып. 12. С. 9–12.
- Есина О.Б. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей: психосоциальные факторы формирования, клинические характеристики и проблемы диагностики: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06 : 19.00.04 / Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева. СПб., 2019. 20 с.
- Chipalo E. Is Trauma Focused-Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) Effective in Reducing Trauma Symptoms among Traumatized Refugee Children? A Systematic Review // J. Child Adolesc. Trauma. 2021. Vol. 14, No 4. P. 545–558. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00370-0>

Литература

7. Пережогин Л.О. Психотерапия в группах формирования детско-родительских отношений // Профилактика расстройств поведения: семейный аспект биопсихосоциодуховного подхода: материалы Российской научно-практической конференции с международным участием. Москва, 12 марта 2020 г. М.: Макс-пресс, 2020. С. 149–152.
8. Cohen J.A., Mannarino A.P. Trauma-focused Cognitive Behavior Therapy for Traumatized Children and Families // Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am. 2015. Vol. 24, No 3. P. 557–570. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.02.005>
9. Колтунов И.Е., Пережогин Л.О., Щедркина И.О., Девятова О.Е. Психотерапия в группе коррекции детско-родительских отношений. Часть 1 // Образование личности. 2013. № 3. С. 106–112.
10. Тукаев Р.Д., Кузнецов В.Е., Москаленко Д.А., Петраш Н.М. Оценка эффективности психотерапии при расстройствах невротического регистра: проблемы, ограничения, возможности // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 3. С. 92–98.

References

1. Kekelidze ZI, Zakharova NM, Mileokhina AV, et al. Principi organizatsii medico-sotsialnoy reabilitatsii detey, vinuzhdenno nahodivshisya na territorii, podkontrolnoy ISIS (v zone voennih deystviy) v sootvetstvii s konkretnimi proyavleniyami psihosotsialnoy dezadaptatsii i vozrastnimi osobennostyami: Metodicheskie rekomendatsii. Moscow: V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology; 2020. 21 p. (In Russ.)
2. Copeland WE, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(5):577–84. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>
3. Zakharova N, Mileokhina A, Baeva A, Velisevich D. Mental consequences after experienced stress for children returned home from a war zone. Norwegian Journal of development of the International Science. 2021;(75):42–6. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.24412/3453-9875-2021-75-1-42-46>
4. Portnova AA. [Typology of PTSD in children and adolescents]. Zh Nevrol Psihiatr Im SS Korsakova. 2005;(12):9–12. (In Russ.)
5. Esina OB. Posttraumaticheskoe stressovoe rasstroystvo u detey: psihosotsialnie faktori formirovaniya, klinicheskie harakteristiki i problem diagnostiki [PhD thesis]. [Saint-Petersburg (Russia)]: Nacional'nyj medicinskij issledovatel'skij centr psihiatrii i nevrologii im. VM Behtereva [National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology im. VM Behtereva]; 2017. 20 p. (In Russ.)
6. Chipalo E. Is Trauma Focused-Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) Effective in Reducing Trauma Symptoms among Traumatized Refugee Children? A Systematic Review. J Child Adolesc Trauma. 2021;14(4):545–58. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00370-0>
7. Perezhogin LO. [Psychotherapy in groups for the formation of child-parent relationships]. In: Profilaktika rasstroystv povedeniya: semeyniy aspekt biopsihosotsioduhovnogo podhoda. Materiali Rossiyskoy nauchno-practicheskoy konferentsii s mezhdunarodnim uchastiem. Moscow: Maks-press; 2020. p. 149–52. (In Russ.)
8. Cohen JA, Mannarino AP. Trauma-focused Cognitive Behavior Therapy for Traumatized Children and Families. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2015;24(3):557–70. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.02.005>
9. Koltunov IE, Perezhogin LO, Schederkina IO, Devyatova OE. [Psychotherapy in the group of correction of parent-child relationships. Part 1]. Obrazovanie lichnosti. 2013;(3):106–12. (In Russ.)
10. Tukaev RD, Kuznetsov VE, Moskalenko DA, Petrash NM. [Evaluation of the effectiveness of psychotherapy for disorders of the neurotic register: problems, limitations, opportunities]. Socialnaya i klinicheskaya psyhatriya. 2013;23(3):92–8. (In Russ.)