

Оригинальное исследование [Original research]

Алгоритм оказания психолого-психиатрической помощи детям, возвращаемым из зон боевых действий, на этапах, предшествующих передаче в семью

Пережогин Л.О. д.м.н., доцент, врач-психотерапевт, руководитель Отделения социальной психиатрии детей и подростков
Захарова Н.М. к.м.н., врач-психиатр, руководитель Отдела неотложной психиатрии и помощи при чрезвычайных ситуациях

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

Цель: создание эффективной системы профилактики и лечения психических расстройств у детей, возвращенных из зон вооруженных конфликтов (зон контртеррористических операций).

Методы: анализ клинической практики, накопленной в процессе медицинской эвакуации детей, находившихся на территориях, подконтрольных террористической организации «Исламское государство» (запрещена в РФ) (территории Республики Ирак, Сирийской Арабской Республики) и их последующего обследования на территории РФ.

Результаты: предложен алгоритм оказания комплексной психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи детям, возвращаемым из зон вооруженных конфликтов (зон контртеррористических операций) и членам принимающих их на территории России семей; определены последовательность и характер помощи, установлены роли специалистов, работающих с детьми и принимающими их в семьи взрослыми родственниками (законными представителями, опекунами).

Заключение: определен объем и порядок действий специалистов полипрофессиональной бригады (врач-психиатр, врач-психотерапевт, медицинский психолог) при оказании помощи детям, возвращенным из зон боевых действий. Предложен дифференцированный подход к лечебным и коррекционным воздействиям, рекомендованы наиболее доступные для реализации и эффективные техники.

Ключевые слова: дети и подростки – жертвы терроризма; депрессии, тревожные расстройства, ПТСР; психиатрическая помощь, психологическая помощь, психотерапия.

Для цитирования: 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.

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: 23.05.2023

The algorithm for providing psychological and psychiatric care for children, returning from war zones, at the stages preceding the transfer to the family

Perezhogin L.O., Zakharova N.M.

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

Aim: to create an effective system of prevention and treatment of mental disorders in children returned from zones of armed conflict (zones of counterterrorist operations).

Methods: analysis of clinical practice accumulated in the process of medical evacuation of children who were in the territories controlled by the terrorist organization "Islamic State" (banned in the Russian Federation) (territories of the Republic of Iraq, the Syrian Arab Republic) and their subsequent examination on the territory of the Russian Federation.

Results: the algorithm of providing comprehensive psychological, psychotherapeutic and psychiatric assistance to children returned from zones of armed conflict (zones of counterterrorist operations) and members of families receiving them on the territory of Russia is proposed; the sequence and nature of assistance are determined, the roles of specialists working with children returned from territories controlled by the terrorist organization "Islamic State" (banned in the Russian Federation) and adult relatives (legal representatives, guardians) who accept them into their families.

Conclusion: the scope and procedure of actions of specialists of the polyprofessional team (psychiatrist, psychotherapist, medical psychologist) in providing assistance to children returned from combat zones are determined; a differentiated approach to therapeutic and corrective actions is proposed, the most accessible and effective techniques are recommended for implementation.

Keywords: children, adolescents, victims of terrorism, depression, anxiety disorders, post-traumatic stress disorder, rehabilitation, resocialization, psychiatric care, psychological assistance, psychotherapy.

For citation: Perezhogin L.O., Zakharova N.M. An algorithm for providing psychological and psychiatric care to children returning from war zones at the stages preceding the transfer to the family. *Psikhicheskoe zdorovie [Mental Health] 2023; 18(6): 15-22.* (In Russian).

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

Conflict of interest. Author declare no conflict of interest.

Funding. The study had no sponsorship.

Accepted: 23.05.2023

Введение

Дети, возвращаемые из зон боевых действий, подконтрольных боевикам террористической организации «Исламское государство» (ИГ) (запрещена в РФ), представляют собой в клиническом отношении крайне неоднородную группу. По нашим данным, среди детей, вывезенных матерями из России в младенческом и раннем детском возрасте, в 100% случаев выявляется 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.). В 6,7% случаев она сопровождается 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 данной группы на фоне минимальных проявлений органического поражения центральной нервной системы раннего или травматического генеза диагностируются психические расстройства в виде: фобических тревожных расстройств (F40) — 13,3%, гиперкинетических расстройств (F90.1) — 15,2%, эмоциональных расстройств, начало которых специфично для детского возраста (F98), — 10,5% [2]. У детей, родившихся на территориях, контролируемых боевиками ИГ, 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 др.), и педагогическая запущенность. При этом более чем у трети детей данной группы также 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), смешанные тревожные и депрессивные расстройства (F41.2).

Таким образом, дети, возвращаемые из зон боевых действий, все без исключения нуждаются к комплексной психолого-психиатрической помощи, оказание которой должно начинаться незамедлительно,

непосредственно на этапе медицинской эвакуации, продолжаться на этапе общего профилактического клинического обследования (до передачи в семьи законных представителей — опекунов), и системно осуществляться по месту постоянного проживания детей в России.

Цель настоящей работы — создание эффективной системы профилактики и лечения психических расстройств у детей, возвращенных из зон вооруженных конфликтов (зон контртеррористических операций).

Алгоритм работы врача-психиатра, врача-психотерапевта и медицинского психолога с детьми, возвращаемыми из зон боевых действий, на этапе медицинской эвакуации

Этап медицинской эвакуации детей, возвращаемых из зон боевых действий, продолжается около суток. Он включает процесс получения ребенка от местных властей (подконтрольных или неподконтрольных правительству), сопровождающийся, как правило, изъятием ребенка у матери, транспортировку ребенка в аэропорт, прохождение всех необходимых формальностей на таможне, перелет в Россию и трансфер из аэропорта в профильное медицинское учреждение г. Москвы. Весь этап можно охарактеризовать как длящуюся психическую травму (расставание с матерью — передача незнакомым людям — проверка документов — полет в самолете — передача незнакомым людям).

На данном этапе бригада специалистов (врач-психиатр, врач-психотерапевт и медицинский психолог) должна осуществить: экспресс-диагностику возвращаемых из зон боевых действий детей; выявить детей с предположительной диагностикой психотических расстройств или умственной отсталости; выявить детей, наиболее остро реагирующих на текущую психическую травму; провести краткосрочное психотерапевтическое вмешательство, направленное на профилактику обусловленных стрессом психических расстройств.

Рекомендуется: Оценка поведения больного с психическими расстройствами (код услуги — А13.29.015)

всем детям, возвращаемым из зон боевых действий, для постановки предварительного диагноза.

Рекомендуется: Визуальное исследование больного с нарушениями психической сферы (код услуги – А13.29.002.003) всем детям, возвращаемым из зон боевых действий, для постановки предварительного диагноза.

Рекомендуется: Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского первичный (код услуги – В01.035.003) всем детям, возвращаемым из зон боевых действий, с подозрением на психическое расстройство для постановки предварительного диагноза.

Осмотр врача-психиатра на этапе медицинской эвакуации носит скрининговый характер. Для выявления детей с психическими расстройствами особую роль в данном случае играет наблюдение. Следует обращать внимание на внешние признаки, которые могут свидетельствовать о психотической симптоматике, например, ребенок переговаривается с несуществующим собеседником или зажимает уши, осуществляет руками или всем телом стереотипные движения, проявляет немотивированную агрессию или аутоагрессию, демонстрирует неадекватные эмоциональные реакции. Дети, у которых на данном этапе выявлены признаки психических расстройств, по прибытии в профильное медицинское учреждение передаются принимающим их врачам отдельно, размещаются отдельно с обеспечением за ними интенсивного наблюдения. В медицинских документах врачом-психиатром делается соответствующая запись.

Для скрининговой диагностики возможно использование опросника «Контрольный перечень поведения ребенка» (Child behavior checklist, Achenbach Т.М., 1991) или его отдельных осей – агрессии, депрессии и тревоги, нарушения мышления [4, 5].

Рекомендуется: Клинико-психологическое психодиагностическое скрининговое обследование (код услуги – А13.29.003.001) всем детям, возвращаемым из зон боевых действий, для предварительной оценки психического состояния, помощи в постановке предварительного диагноза.

Детям, у которых на данном этапе выявлены острые реакции на психическую травму, непосредственно во время этапа эвакуации (например, во время перелета) должно осуществляться краткосрочное психотерапевтическое вмешательство.

Рекомендуется: Индивидуальная психотерапия (код услуги – А13.29.008.001) с целью снижения риска развития острых и отдаленных психических расстройств, ассоциированных с психической травмой.

Характер терапии может быть различным. Для совсем маленьких детей, которые, как правило, плохо владеют русским языком, наиболее доступным видом вмешательства является игра с использованием подручных средств: бумаги, цветных карандашей и т.д. Для детей постарше доступной техникой является использование терапевтических метафорических сказок и историй, которые можно рассказать сразу небольшой группе детей. Для детей среднего возраста можно использовать приемы классического дебрифинга, переработку негативных визуальных образов, недирективную гипнотерапию. Ответственным за осуществление краткосрочной терапии является врач-психотерапевт.

Не рекомендуется: Назначение лекарственных препаратов (код услуги – А25.29.001) – вне зависимости от диагностированного психического расстройства и состояния ребенка. Назначение лекарственных препаратов целесообразно осуществлять после полноценной диагностической работы, которая будет проведена детям, у которых на скрининговом этапе выявлены признаки психических расстройств, на следующие сутки по прибытии в профильное медицинское учреждение, остальным детям – в ближайшие дни на этапе общего профилактического клинического обследования.

Алгоритм работы врача-психиатра, врача-психотерапевта и медицинского психолога с детьми, возвращаемыми из зон боевых действий и членами их семей на этапе общего профилактического клинического обследования

Дети, возвращенные из зон боевых действий, проходят профилактическое клиническое обследование в профильных медицинских учреждениях г. Москвы, Национальных центрах. На данном этапе они должны пройти полноценный клинический осмотр врачом-психиатром, врачом-психотерапевтом и медицинским психологом.

Рекомендуется: Сбор жалоб и анамнеза (объективного и субъективного) (код услуги – А01.29.001) всем детям, возвращаемым из зон боевых действий, для выявления имеющих значение для диагностики психических расстройств обстоятельств.

Сбор жалоб и анамнеза осуществляется врачом-психиатром. Сведения, необходимые для полноценного выяснения объективного анамнеза, могут содержаться в медицинской документации (в том числе, составленной

до отъезда из России) или быть сообщены родителями (иными законными представителями) несовершеннолетнего. Данные объективного анамнеза выясняются у родителей (иных законных представителей) ребенка путем структурированного расспроса, осуществляемого, как правило, в хронологической последовательности.

В процессе расспроса могут быть установлены имеющие значение для диагностики психических расстройств обстоятельства, включая:

- наличие в семье или у близких родственников психических расстройств;
- особенности течения беременности и родов, наличие патологии или воздействия неблагоприятных факторов;
- особенности физического и психического развития, в частности, речи, коммуникативных навыков, навыков самообслуживания, знаний об окружающем мире, игровой деятельности;
- особенности течения кризисных периодов возрастного развития;
- особенности адаптации к детскому саду и школе (если посещал), характер взаимодействия со сверстниками и педагогами, успешность в освоении программы обучения;
- особенности психического состояния в разные возрастные периоды, особенности поведения, наличие психопатологических симптомов, их динамики;
- наличие ранее диагностированных психических расстройств, характер осуществлявшегося лечения и его эффективность, переносимость отдельных лекарственных препаратов;
- особенности периода нахождения ребенка в зоне боевых действий, перенесенные физические и психические травмы, физическое, психическое и сексуальное насилие, факты утраты близких, факты непосредственной угрозы жизни, здоровью, факты личного участия в боевых действиях, карательных операциях, преступлениях;
- особенности реагирования на возвращение в семью.

Жалобы и данные субъективного анамнеза у детей удается собрать не всегда. Дети могут сообщать сведения непоследовательно, скрывать некоторые факты или напротив, сообщать недостоверную информацию, преподносить сведения в контексте болезненной их интерпретации. Однако эти сведения с учетом их клинического анализа, могут быть исключительно важными для диагностики. В то же время дети часто сообщают важные анамнестические сведения, неизвестные их родителям (опекунам).

Рекомендуется: Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского первичный (код услуги – В01.035.003) всем детям, возвращаемым из зон боевых действий, для постановки клинического диагноза.

Рекомендуется: Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога первичный (код услуги – В01.036.001) детям, возвращаемым из зон боевых действий, с подозрением на употребление наркотических или иных психоактивных веществ (ПАВ).

Клинический осмотр ребенка осуществляется врачом-психиатром. В процессе диагностического интервью оцениваются:

- внешний вид ребенка, опрятность, наличие специфической манеры одеваться, держать себя, вести диалог;
- сохранность ориентировки в месте, времени, собственной личности, понимание цели диагностического интервью;
- владение речью – словарный запас, грамматическое построение предложений (если ребенок не владеет русским языком, необходимые сведения следует выяснить у переводчика), знание, понимание флективных отношений, лексических, семантических конструкций, фразеологизмов;
- характер мышления, доступность основных мыслительных операций, их уровень;
- сохранность интеллекта, памяти, внимания, их соответствие возрасту;
- характер эмоционального реагирования, текущий фон настроения, его колебания и их характер, соответствие эмоционального реагирования контексту беседы;
- персональные установки на будущее, желание учиться, заниматься спортом, творчеством, характер интересов, идеи относительно будущей профессии.

Если в ходе клинического диагностического интервью выявляются симптомы и синдромы психических расстройств, то им дается клиническая оценка в соответствии с МКБ-10 и действующими клиническими рекомендациями по профилю «Психиатрия».

В случае выявления психического расстройства врачом-психиатром должны быть решены вопросы:

- необходимости госпитализации в психиатрический стационар или назначения амбулаторной терапии;
- характера медицинских назначений на ближайший период, непосредственно связанный с переездом ребенка к месту постоянного проживания;
- обеспечения преемственности между специалистами (на руки родителям или иным законным пред-

ставителям выдается заключение, содержащее диагноз и рекомендации).

Показаниями для госпитализации в психиатрический стационар детей, возвращенных из зон боевых действий, являются психические расстройства и вызванные ими:

- выраженные проявления возбуждения и агрессии, в том числе с риском причинения вреда окружающим и себе,
- высокий риск суицида,
- впервые установленный диагноз хронического психического расстройства, необходимость дополнительного комплексного обследования и подбора терапии,
- яркая выраженность психотических симптомов и грубо дезорганизованное поведение,
- тяжелая сопутствующая соматическая патология, затрудняющая подбор лечения,
- выявленные проявления резистентности и плохая переносимость терапии,
- недоступность адекватной амбулаторной помощи по месту жительства,
- выраженная социальная дезадаптация самого ребенка и членов его семьи с невозможностью удовлетворить основные жизненные потребности (социальные показания). Последнее обстоятельство должно быть доведено до внимания службы опеки и попечительства.

Рекомендуется: Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях психической сферы (код услуги – А25.29.001) – в соответствии с клиническими рекомендациями в зависимости от диагностированного психического расстройства и состояния ребенка.

Рекомендуется: первичный прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта (код услуги – В01.034.001) всем детям, возвращаемым из зон боевых действий. Это необходимо для создания индивидуального плана психотерапевтической работы, направленной на преодоление последствий перенесенной психической травмы и формирование адаптации к новым условиям проживания.

Определяющими в выборе психотерапевтических мишеней являются характерные для детского возраста особенности клиники ПТСР, тревожных, фобических и панических расстройств.

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

Специфические симптомы, представленные:

- страхом повторения психотравмирующих событий, который по мере отдаления во времени трансфор-

мируется, обрстая, особенно у детей дошкольного возраста, сказочными элементами фабулы, фантастическими, привнесёнными извне элементами сюжета; развивающиеся, как следствие, на его основе фобические расстройства могут быть по характеру переживаний далеки от перенесённой психической травмы;

- снижением настроения при воспоминании о перенесённой травме, что сопровождается реакциями избегания связанных с травмой событий, мест, персонажей;
- 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);
- чувством вины, которое развивается у детей среднего и старшего школьного возраста, сопровождается идеями собственной ненужности, беспомощности, неполноценности, резким снижением самооценки. Это способствует социальной отгороженности, изоляции. У детей, особенно мальчиков, репатриированных из Сирии и Ирака, в подавляющем большинстве случаев чувство вины было связано с невозможностью помочь матери, оставшейся в тюрьме или лагере.

Неспецифические симптомы, представленные:

- 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;
- нарушениями поведения оппозиционно-вызывающего характера, вплоть до выраженного негативизма, агрессии и аутоагрессии, а у детей старшего возраста – употребления алкоголя и других психоактивных веществ;
- 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 вышеописанные симптомы наблюдались в соответствии с 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.

При выборе тактики психотерапевтического вмешательства у детей с ПТСР следует учитывать 3 категории психотерапевтических мишеней:

- 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);

- личностно 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 личностно ориентированной терапии – с учётом возраста);

- мишени, обусловленные собственно терапевтической работой с учетом отношений с врачом и психологом, групповых отношений, мотивации к лечению, сопротивления, характера интересов и когнитивного восприятия.

Указанный спектр терапевтических мишеней должен использоваться с учетом различий, обусловленных характером психической травмы, личностными индивидуальными особенностями и возрастом. В отношении каждого ребёнка требуется создание индивидуальных и групповых многоэтапных полимодальных психотерапевтических программ. [2].

Рекомендуется: Клинико-психологическое психодиагностическое обследование (код услуги – А13.29.003.001) всем детям, возвращаемым из зон боевых действий, для оценки высших психических функций и создания индивидуального плана психокоррекции и медицинской реабилитации.

Клинико-психологическое психодиагностическое обследование выполняется медицинским психологом. В фокусе экспериментально-психологического исследования – процессы мышления, памяти, внимания, эмоционально-волевые и личностные характеристики.

Для диагностики внимания и динамика сенсорных реакций следует использовать пробы «Отсчитывание», таблицы «Шульте», счет по Крепелину, таблицы Горбова – не менее одной методики. Для диагностики непосредственного механического запоминания: 10 слов либо запоминание искусственных (несмысловых) звукосочетаний – не менее одной методики. Для диагностики смысловой памяти: запоминание простого рассказа (текста) –

не менее одного рассказа. Для диагностики опосредованного запоминания: «Пиктограммы», опосредованное запоминание по Леонтьеву – не менее одной методики. Для исследования ассоциативной сферы: «Пиктограммы», ответные, свободные и тематические ассоциации – не менее одной методики. Для оценки операциональной сферы мышления: «Исключение предметов», «Сравнение понятий», «Исключение понятий», «Классификация предметов», «Простые и сложные аналогии», «Антонимы» – не менее двух методик. Для определения способности к пониманию условных смыслов: интерпретация метафор и пословиц – предлагается не менее 3 метафор и 5 пословиц. Для проверки уровня вербально-логического мышления – серии последовательных картинок, сюжетные картины, проба Эббингауза, пробы на чувствительность к логическим противоречиям – не менее одной методики. Конструктивный праксис проверяется с использованием Кубиков Кооса, Куба Линка – не менее одной методики.

Для исследования индивидуально-психологических особенностей анализируются мотивационная, смысловая, эмоциональная и волевая сферы. С этой целью применяется следующий минимальный набор экспериментальных методов (не менее одной методики каждого класса): стандартизированные опросники:

Индивидуально Типологический Опросник (детский вариант), Подростковый Диагностический Опросник (ПДО) – могут быть использованы с 12-летнего возраста;

методики субъективного шкалирования: Цветовой тест отношения (ЦТО), шкалы самооценки Дембо-Рубинштейн; проективные методики: тест фрустрационной толерантности С. Розенцвейга, рисуночные методики («Рисунок человека», «Человек, дом, дерево», «Рисунок несуществующего животного») [1].

С целью обеспечения преемственности между специалистами на руки родителям или иным законным представителям выдается заключение, содержащее диагноз и рекомендации врача-психотерапевта и медицинского психолога.

В отношении родителей (иных законных представителей) на этапе общего профилактического клинического обследования осуществляется реализация базовых установок по взаимодействию с принимаемыми в семью детьми, осуществления их социальной реабилитации.

Рекомендуется: Клинико-психологический тренинг (код услуги – А13.29.020) – детям, возвращаемым из зон боевых действий (при условии отсут-

ствия психических расстройств психотического регистра и грубых нарушений со стороны интеллекта) и их законным представителям с целью улучшения качества жизни, повышения комплаенса, выработки и восстановления когнитивных и эмоциональных навыков взаимодействия в социуме.

В качестве варианта клинико-психологического тренинга может быть предложена реализуемая в ходе 6 терапевтических встреч психотерапевтическая программа группы детско-родительских отношений. Проведение психотерапевтической программы осуществляется врачом-психотерапевтом. В ее терапевтические задачи входит коррекция отношений родителей и детей, что подразумевает:

- установление и развитие отношений партнерства и сотрудничества родителей с ребенком (родным или приемным);
- улучшение понимания родителями (законными представителями) собственного ребенка, особенностей и закономерностей его развития за счет изучения его индивидуальных реакций и нюансов поведения;
- достижение способности к эмпатии, к пониманию переживаний, состояний и интересов друг друга;
- выработку навыков адекватного и равноправного общения, способности к предотвращению и разрешению межличностных конфликтов, что предполагает включение в работу поведенческой терапии;
- выявление и устранение дезадаптивных форм поведения и обучение адекватным способам реагирования в проблемных и стрессовых ситуациях;
- формирование адекватной самооценки, приобретение уверенности в себе, создание и принятие внутреннего «я»;
- укрепление уверенности родителей в собственных воспитательных возможностях;
- обучение приемам саморегуляции психического состояния;
- формирование позитивной установки на отношение к окружающему миру. [3].

Рекомендуется: Школа психосоциальной адаптации для больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения и их родственников (код услуги – В04.035.008) – при условии отсутствия у детей психотических расстройств и грубых нарушений со стороны интеллекта с целью улучшения качества жизни, повышения комплаенса, выработки и восстановления когнитивных и эмоциональных навыков взаимодействия в социуме.

Работа с детьми и родителями в рамках базовых занятий Школы психосоциальной адаптации осу-

ществляется врачом-психиатром, врачом-психотерапевтом и медицинским психологом совместно. Также к работе Школы могут быть привлечены юристы, социальные работники, сотрудники органов опеки и попечительства, педагоги. Основные задачи Школы:

- разъяснение детям и их законным представителям на доступном уровне особенностей их психического состояния;
- формирование установок на посещение врача, медицинского психолога по месту жительства, прием лекарств;
- формирование установок на посещение детских дошкольных учреждений и школы;
- формирование установок на занятия спортом и творческую деятельность; формирование установок на профессиональное ориентирование и обучение профессии;
- разъяснение законным представителям их прав и обязанностей в контексте психосоциальной адаптации детей, переданных им под опеку.

Рекомендуется: Групповая психообразовательная работа с детьми и их родственниками (коды услуг – В04.035.006 и В04.035.007) – при условии отсутствия у детей психотических расстройств и грубых нарушений со стороны интеллекта с целью улучшения качества жизни, повышения комплаенса, выработки и восстановления когнитивных и эмоциональных навыков взаимодействия в социуме.

Задачами психообразования являются:

- разъяснение детям и их законным представителям на доступном уровне особенностей психического состояния;
- разъяснение законным представителям на доступном уровне характера действия назначенных детям психотропных препаратов; обучение выявлению симптомов побочного действия препаратов
- разъяснение динамики течения психических расстройств и расстройств адаптации у детей, обучение выявлению признаков улучшения и ухудшения состояния;
- обучение приемам взаимодействия с ребенком в случае возможного возникновения кризисных ситуаций;
- разъяснение необходимости оказания психотерапевтической и психологической коррекционной помощи, а также педагогического, воспитательного воздействия; (б) разъяснение детям на доступном уровне и законным представителям нюансов их индивидуальных рекомендаций, полученных от специалистов.

Профилактическое клиническое обследование в профильных медицинских учреждениях г. Москвы, Национальных центрах длится в среднем 7-10 дней. За этот период дети проходят полное медицинское обследование (включая описанное выше обследование врачом-психиатром, психотерапевтом, медицинским психологом) и в случае отсутствия показаний к urgentному медицинскому вмешательству передаются законным представителям для отъезда домой. Законный представитель получает медицинские заключения о здоровье своего подопечного с индивидуальными рекомендациями по лечению и реабилитации, а также график лечебных и профилактических осмотров по месту жительства. Дети, нуждающиеся в оказании неотложной помощи (включая госпитализацию в психиатрический стационар) переводятся в соответствующее медицинское учреждение.

Заключение

В работе описан алгоритм оказания комплексной психолого-психиатрической помощи детям, возвращаемым из зон боевых действий и их законным представителям (опекунам) – родственникам, принимающим этих детей в свои семьи. Алгоритм включает порядок действий специалистов полипрофессиональной бригады, направленных на формирование детско-родительских отношений. Продолжительность реализации предложенного алгоритма составляет от 7 до 10 дней. Определены последовательность и характер помощи, установлены роли специалистов, работающих с детьми, и принимающими их в семьи взрослыми родственниками (законными представителями, опекунами). Предложен дифференцированный подход к лечебным и коррекционным воздействиям, рекомендованы наиболее доступные для реализации и эффективные техники.

Литература

1. Вострокнутов Н.В., Макушкин Е.В., Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Пережогин Л.О., Ошевский Д.С. Инфантилизм (детский и подростковый возраст). Методические рекомендации. *Психическое здоровье* 2013; (9): 3-11.
2. 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.
3. Колтунов И.Е., Пережогин Л.О., Щедеркина И.О., Девятова О.Е. Психотерапия в группе коррекции детско-родительских отношений. Часть 1. *Образование личности* 2013; (3): 106-112; Часть 2. *Образование личности* 2013; (4): 116-121.
4. Пережогин Л.О., Казаковцев Б.А., Новикова Г.Р. Школьная дезадаптация: комплексная оценка и коррекция. Методические рекомендации. М. ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» МЗ РФ, 2021. 28 с.
5. Achenbach T.M., Edeibrok C. Manual for the young self-report and profile. Burlington, University of Vermont, 1991. 458 p.

References

1. Vostroknutov N.V., Makushkin E.V., Badmaeva V.D., Dozorceva E.G., Perezhogin L.O., Oshevskij D.S. Infantilizm (detskij i podrostkovyj vozrast). Metodicheskie rekomendacii [Infantilism (childhood and adolescence). Methodological recommendations]. *Psikhicheskoe zdorovie [Mental Health]* 2013; (9): 3-11. (In Russ.)
2. Zakharova NM, Perezhogin LO, Mileokhina AV. Kompleksnaya psihoterapiya posttravmaticheskikh rasstrojstv u detej, vozvrashchaemykh iz zon boevykh dejstvij [Combined psychotherapy of post-traumatic disorders in children returning from war zones]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal [Russian Journal of Psychiatry]* 2022; (4): 57–63. (In Russ.)
3. Koltunov I. E., Perezhogin L.O., Shchederkina I.O., Devyatova O. E. Psihoterapiya v gruppe korrekcii detsko-roditel'skikh odnoshenij [Psychotherapy in the group of correction of child-parent relations]. *Obrazovanie lichnosti [Personality education]* 2013; (3): 106-112 and (4): 116-121 (In Russ.)
4. Perezhogin L.O., Kazakovtsev B.A., Novikova G R. Shkol'naya dezadaptaciya: kompleksnaya ocenka i korrekciya. Metodicheskie rekomendacii. [School maladaptation: comprehensive assessment and correction. Methodological recommendations]. М.: National scientific center for psychiatry and narcology, 2021. 28 p. (In Russ.)
5. Achenbach T. M., Edeibrok C. Manual for the young self-report and profile. Burlington, University of Vermont, 1991. 458 p.