



ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ И РЕАКЦИИ НА СТРЕСС



ЧАСТЬ 3



ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА - ПОСЛЕДСТВИЯ ТРАВМЫ

Последствия психической травмы в детском возрасте могут быть представлены широким спектром патологических состояний

- **депрессивные эпизоды** легкой и средней степени тяжести и дистимические состояния, длительностью от нескольких недель до несколько лет;
- **фобические расстройства**, включая социальные фобии и специфические фобии, которые легко приводят к реакциям избегания определенных ситуаций или определенного типа людей;
- **панические состояния** и тревожные расстройства, которые имеют тенденции к затяжному течению;
- **диссоциативные расстройства**, включая периоды диссоциативной амнезии, диссоциативные эпизоды с потерей восприятия (зрения, слуха, тактильной чувствительности);
- **соматоформные расстройства**, достигающие высокой степени сходства с реальными соматическими расстройствами и исключительно полиморфные по своим клиническим проявлениям;



ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА - ПОСЛЕДСТВИЯ ТРАВМЫ

Последствия психической травмы в детском возрасте могут быть представлены широким спектром патологических состояний

- различные формы **нарушений сна**;
- широкий спектр **расстройств поведения** и иных форм нарушений социального функционирования, включая расстройства привязанностей;
- **тики, энурез и энкопрез неорганической природы, расстройства речи, включая заикание, нарушения пищевого поведения детского возраста.**





ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

ОСТРАЯ РЕАКЦИЯ НА СТРЕСС - F43.0

Острая реакция на стресс - транзиторное расстройство значительной тяжести, которое возникает у исходно психически здоровых у лиц в ответ на исключительный физический и психологический стресс и проходит обычно в течение нескольких часов или дней. Стрессом может быть сильное переживание (например, угроза безопасности для близкого человека, природная катастрофа, несчастный случай, война, преступление, изнасилование) или необычно резкое и угрожающее больно (например, потеря многих близких или пожар в доме). Риск развития расстройства возрастает при физическом истощении или наличии органических факторов (в частности, у пожилых людей и у детей).

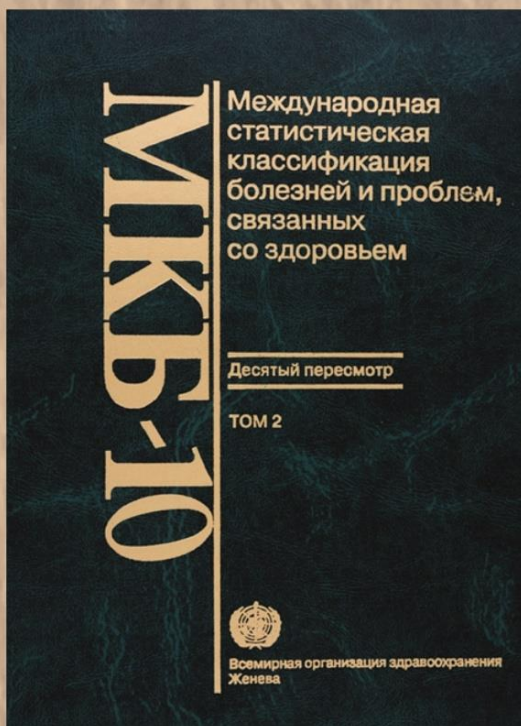
В большинстве случаев ОРС завершается выходом в психическое здоровье, но может трансформироваться в расстройство адаптации или ПТСР



ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

ОСТРАЯ РЕАКЦИЯ НА СТРЕСС - F43.0

МКБ-10 определяет критерии острой реакции на стресс (F 43.0) следующим образом: «симптомы показывают типичную смешанную и изменчивую картину и включают первоначальное состояние «ошеломления» с некоторым сужением области сознания и внимания, невозможностью полностью осознать раздражители и дезориентированностью. Это состояние может сопровождаться последующим «уходом» из окружающей ситуации (до состояния диссоциативного тупора) или ажиатацией и сверхактивностью (реакция полета или фуги). Обычно присутствуют отдельные черты панического расстройства (тахикардия, избыточное потоотделение, покраснение).



World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research (10-th revision). World Health Organization, Geneva. 1992

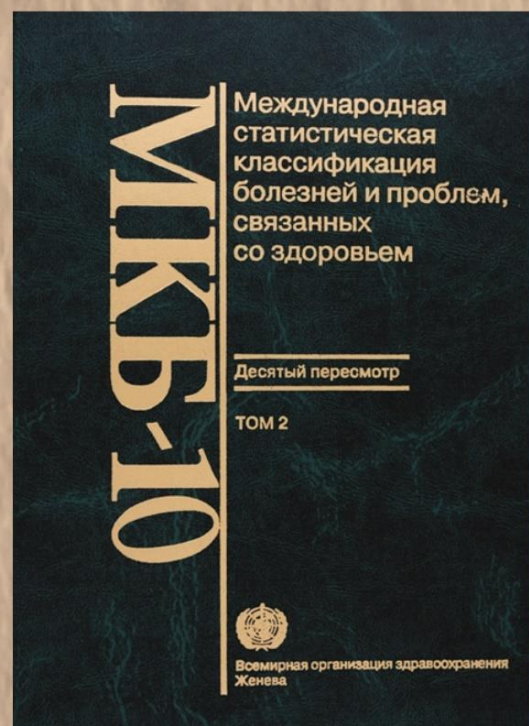


ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

ОСТРАЯ РЕАКЦИЯ НА СТРЕСС - F43.0

Симптоматика обычно проявляется через несколько минут после воздействия стрессовых стимулов или события и исчезает через 2-3 дня (часто через несколько часов). Может присутствовать частичная или полная амнезия на стрессовое событие»

Таким образом, ОРС может включать элементы диссоциативного ступора или фуги, признаки панической тревоги, признаки диссоциативной амнезии, а в дальнейшем трансформироваться в расстройство приспособительных реакций или ПТСР. МКБ-11 рассматривает ОРС как форму реагирования здорового индивидуума и не включает ОРС в группу психических расстройств.



World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research (10-th revision). World Health Organization, Geneva. 1992

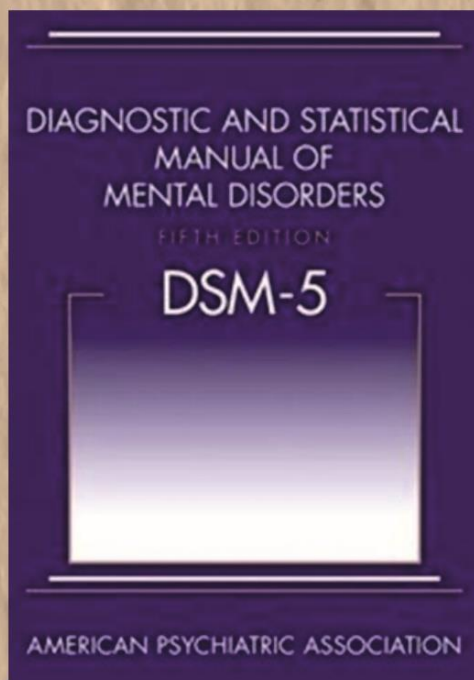


ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

ОСТРОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО В DSM

Выделенное в DSM-V острое стрессовое расстройство длится более 2-3 дней и сопровождается диссоциативными симптомами, которые доминируют в клинической картине расстройства. Диссоциацию определяют как нарушение интеграции восприятия окружающего, сознания, памяти, собственной личности. Данные симптомы включают ощущение отгороженности и потери связи с миром, бесчувствие, дереализацию, деперсонализацию и диссоциативную амнезию. Кроме того, в структуре острого стрессового расстройства наблюдаются признаки, характерные для хронического стрессового расстройства или ПТСР: повторяющиеся переживания травмирующих событий, избегание напоминаний об обстоятельствах этих событий и вегетативно-соматические проявления. ОСР - предшественник ПТСР.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5-th edn). 2013, American Psychiatric Association, Washington, DC



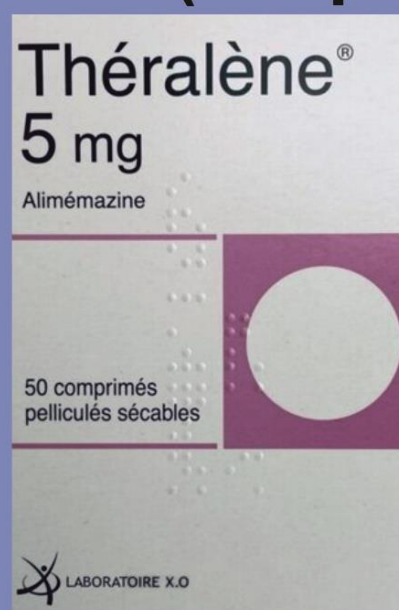


ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

ЛЕЧЕНИЕ ОРС

Для лечения острой реакции на стресс у взрослых применяют анксиолитики (бензодиазепиновые транквилизаторы в качестве средств симптоматической коррекции расстройств, часто парентерально), снотворные средства (для коррекции расстройств сна),

антидепрессанты с седативным действием. При тенденции к затяжному течению и углублению депрессивных расстройств назначают высокоактивные три- и тетрациклические антидепрессанты (кломипрамин, имипрамин, амитриптилин) нормотимики (вальпроаты, карбамазепин) нейролептики (тиоридазин, алимемазин, хлорпротиксен).



Александровский Ю. А. Пограничные (непсихотические) психические расстройства. В книге: Психиатрия. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. С. 456-500



ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

ЗАДАЧИ ПСИХОТЕРАПИИ

**ЧУВСТВО БЕЗОПАСНОСТИ,
ЗАЩИТЫ, ИСХОДЯЩЕЕ
ИЗ СЕМЬИ И МИРА**

**НАВЫКИ
ОРИЕНТИРОВАНИЯ
В СОЦИУМЕ**



**МОДЕЛИ
ПОВЕДЕНИЯ,
ПОЗВОЛЯЮЩИЕ
ПОВЫСИТЬ
УРОВЕНЬ
АДАПТАЦИИ**

**НАВЫКИ
ВОЗДЕЙСТВИЯ
НА МЕХАНИЗМЫ
ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ
РЕГУЛЯЦИИ**

**ПРЕОДОЛЕНИЕ
ВНУТРЕННЕГО
КОНФЛИКТА
С НЕГАТИВНЫМ
ВОСПРИЯТИЕМ
СЕБЯ И МИРА**

**НАВЫКИ
САМОРЕГУЛЯЦИИ
И КОНТРОЛЯ**

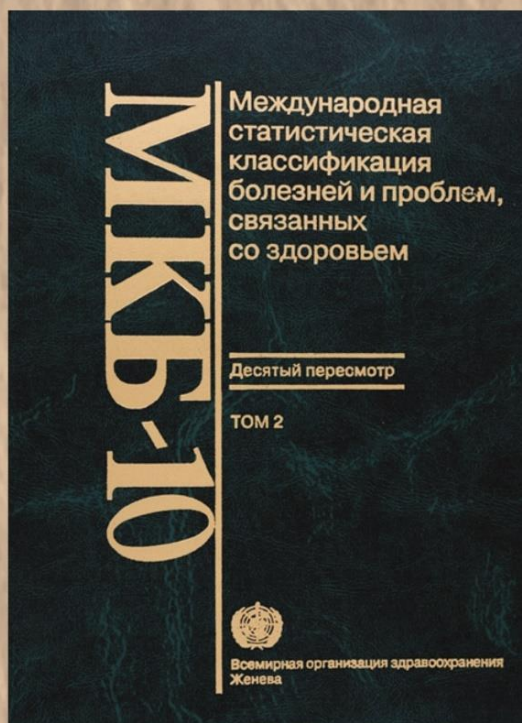
Гурьева В. А. Психогенные расстройства у детей и подростков. М.: КРОН-ПРЕСС, 1996. - 208 с



ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПТСР

Посттравматическое стрессовое расстройство определяется МКБ-10 как «отсроченный или затянувшийся ответ на стрессовое событие (краткое или продолжительное) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которое может вызвать г глубокий стресс почти у каждого. Предрасполагающие факторы, такие, как личностные особенности (компульсивность, астеничность) или нервное заболевание в анамнезе, могут снизить порог для развития синдрома или усугубить его течение, но они никогда не являются необходимыми или достаточными для объяснения его возникновения.



World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research (10-th revision). World Health Organization, Geneva. 1992



ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПТСР

Типичные признаки включают эпизоды повторяющихся переживаний травмы в навязчивых воспоминаниях («кадрах»), мыслях или кошмарах, появляющихся на устойчивом фоне чувства оцепенения, эмоциональной заторможенности, отчужденности от других людей, безответности на окружающее и избегания действий и ситуаций, напоминающих о травме. Обычно наблюдается перевозбуждение и выраженная сверхнастороженность, повышенная реакция на испуг и бессонница. С данными симптомами часто связаны тревожность и депрессия, и не редкостью являются идеи самоубийства. Появлению симптомов предшествует латентный период после травмы, от нескольких недель до нескольких месяцев. Прогноз при ПТСР обычно благоприятный.

МКБ-10

Международная
статистическая
классификация
болезней и проблем,
связанных
со здоровьем

Десятый пересмотр

ТОМ 2



Всемирная организация здравоохранения
Женева

World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research (10-th revision). World Health Organization, Geneva. 1992



ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

ПСТР У ДЕТЕЙ

МКБ-10 не делает различий в критериях диагностики для взрослых и детей, хотя клиника ПТСР у детей существенно образом иная. У детей наиболее распространены:

- «flash-back» – симптомы;
- снижение концентрации внимания;
- избегание ситуаций, напоминающих стрессогенную;
- повышенная тревожность;
- раздражительность и вспышки гнева;
- снижение настроения при воспоминании психотравмирующем о событии;
- эмоциональная неустойчивость;
- сниженный фон настроения;
- нарушение засыпания;
- поверхностный сон;
- повышенная боязливость;
- страх повторения события,
- коммуникативные нарушения;
- трудности в обучении;
- резкое изменение рисунка поведения;
- повышенный уровень бодрствования.





ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

СИМПТОМЫ ПТСР У ДЕТЕЙ: СПЕЦИФИЧЕСКИЕ

Симптом навязчивого воспроизведения травматического материала проявляется в виде стойких непроизвольных воспоминаний перенесенного, усиливающихся при попадании ребенка в ситуацию, ассоциированную со стрессогенной.

Навязчивое воспроизведение может реализовываться в сновидениях, при контакте с людьми, связанными с травмой или похожими на них, в похожем месте, при сходных действиях.

Есина О. Б. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей: психосоциальные факторы формирования, клинические характеристики и проблемы диагностики. Дисс...канд. мед. наук. СПб, 2017





ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

СИМПТОМЫ ПТСР У ДЕТЕЙ: СПЕЦИФИЧЕСКИЕ

Симптом избегания проявляется у детей в виде отказа от действий, связанных с психотравмирующей ситуацией (встреч с людьми, посещения мест, деятельности), а если травмирующим фактором было насилие – в виде замкнутости, отгороженности, недоверчивости в общении с людьми, и при любом виде травмы – в тотальном избегании обсуждения травматических переживаний.





ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

СИМПТОМЫ ПТСР У ДЕТЕЙ: СПЕЦИФИЧЕСКИЕ

На поведенческом уровне избегание проявляется как в попытке умолчать о самом психотравмирующем событии, избежать возможного обсуждения, переключившись на безопасную тему, так и в значительных трудностях, связанных с вербализацией опыта, обусловленных нарушениями обработки информации о травме при ПТСР, возрастными особенностями речи у детей и трудностями установления доверительных отношений, особенно когда у детей мало опыта доверительного общения. Внешне избегающее поведение может принимать форму отвлекаемости, двигательной расторможенности, импульсивности или даже интеллектуального и эмоционального дефекта. Рассказ о травме часто принимает вид рисунков на тему травмы.



ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

СИМПТОМЫ ПТСР У ДЕТЕЙ: СПЕЦИФИЧЕСКИЕ

Нарушения сна проявляется в виде диссомнических и парасомнических симптомов и встречается у детей в разных вариантах: трудности засыпания, поверхностный сон, ранние пробуждения, частые ночные пробуждения, отсутствие ощущения отдыха после пробуждения, в ряде случаев – как снохождение, сноговорение. Нарушения сна сопровождается, как правило, нарушением вегетативной регуляции. Повышенный уровень бодрствования – это сокращение продолжительности сна в течение суток.

Отдельно следует отметить, что у детей крайне редко формируется амнезия на травмирующие события, поскольку такой механизм психической защиты у них не сформирован.





ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

**ПОИСК И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СИМПТОМОВ
ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ СОВМЕСТНО ВРАЧОМ
ПСИХИАТРОМ, ПСИХОЛОГОМ, ПЕДАГОГОМ.**





ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Снижение настроения при воспоминании о событии и страх повторения психотравмирующего события. Учитывая, что воспоминания и сновидения о событии трансформируются, обрастая сказочным и фантазийным сюжетом, в результате может сформироваться несколько очень далеких от содержания психической травмы фобий.



Утрата интересов к любимой деятельности и снижение учебных интересов встречаются у детей с ПТСР очень часто. К этой категории относятся любимые игры и книги, спортивные тренировки, моделирование.



ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Сновидения, воспроизводящие реальные события психической травмы или преподносящие события в трансформированном виде.



Как правило, трансформация сновидений проходит до уровня негативного, лишённого связи с травмой, сюжета. Дети видят во сне «чудовищ» и «страшилищ», которых потом воспроизводят в своих рисунках.



ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Отчужденность от значимых лиц, членов семьи, сверстников в детских коллективах обычно принимает вид жалоб детей, что им скучно, не интересно играть с товарищами, у них не получается дружить. Нередко отчужденность проявляется там, где к детям имеется предвзятое отношение со стороны окружающих. Очень часто дети с ПТСР группируются с другими детьми, перенесшими аналогичные психотравмирующие события, их объединяют общие воспоминания, общие эмоциональные реакции. Собственно поэтому дети с ПТСР должны непременно проходить групповую психотерапию.

Чувство вины за перенесенную травму, за то, что не пострадал (не был ранен) или остался в живых, которое часто маскируется в попытки улучшить окружающий мир, помогать другим детям, защищать слабых. Отмечается обостренное чувство справедливости.



ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРИ ПТСР У ДЕТЕЙ

Повышенная тревога, сопровождается нежеланием оставаться в одиночестве, желанием спать в присутствии взрослых или при свете, нежеланием отпускать значимых взрослых от себя.

Долгосрочное снижение настроения (без очевидных клинических симптомов депрессии), снижение «жизненного тонуса», утрата непосредственности и беззаботности в поведении. Эмоциональная лабильность.

Трудности вступления в контакт, трудности взаимодействия со сверстниками и взрослыми. В общении у таких детей нет спонтанности, интереса. Обращает на себя скудность эмоциональных реакций.





ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРИ ПТСР У ДЕТЕЙ

Ночной энурез и энкопрез – как правило, в виде редких эпизодов, транзиторного течения, легко купирующиеся при начале терапии.

Симптомы возрастного регресса – проявляются утратой ранее приобретенных навыков, возвратом к старым игрушкам, детскими интересами, возвратом к поведению, характерному для более младшего возраста и уже преодоленным ребенком в ходе психического развития.

Заикание и возникновение прежде нехарактерных логопедических нарушений.

Иллюзорная симптоматика, представленная в основном аффективными иллюзиями в вечерние часы и ночью.





ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПРИ ПТСР У ДЕТЕЙ

Нарушения поведения самого различного уровня: от замкнутости и отгороженности с очень низким уровнем самооценки, формированием негативного образа «Я», до оппозиционно-вызывающего, негавистичного и агрессивного и аутоагрессивного поведения, в том числе – сопровождающегося нанесением себе самоповреждений, а у подростков – употреблением алкоголя и ПАВ, рискованными видами поведения.

Сочетания симптомов, объединяющихся в устойчивые симптомокомплексы, позволяют говорить о четырех основных типах ПТСР у детей: психопатоподобном, астенодепрессивном, фобическом и диссомническом.



ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

ЛЕЧЕНИЕ ПТСР

Лечение ПТСР у взрослых чаще амбулаторное. При выраженных расстройствах адаптации, суицидальных мыслях, агрессивном или деструктивном поведении, злоупотреблении алкоголем и наркотическими средствами рекомендуют госпитализацию. ПТСР - труднокурабельное расстройство. Позитивные симптомы (например, ночные страхи) легче лечить, чем негативные (например, социальное избегание). Для фармакотерапии применяют антидепрессанты (трициклические, ИМАО, СИОЗС). Из СИОЗС используют сертралин, флуоксетин, флувоксамин, эсциталопрам. Купирование тревоги осуществляют бензодиазепиновыми анксиолитиками. Реже используют антипсихотики. Лечение занимает, как правило, до года.

Александровский Ю. А. Пограничные (непсихотические) психические расстройства. В книге: Психиатрия. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. С. 456-500



ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

ЛЕЧЕНИЕ ПТСР У ДЕТЕЙ

В детском возрасте спектр назначаемых препаратов ограничен допустимым возрастом их назначения. Основной упор в терапии ПТСР у детей делается на психотерапию, которая также может потребовать длительного проведения с последовательной сменой психотерапевтических программ.

**НОЗОЛОГИЧЕСКИ
СПЕЦИФИЧЕСКИЕ
МИШЕНИ**

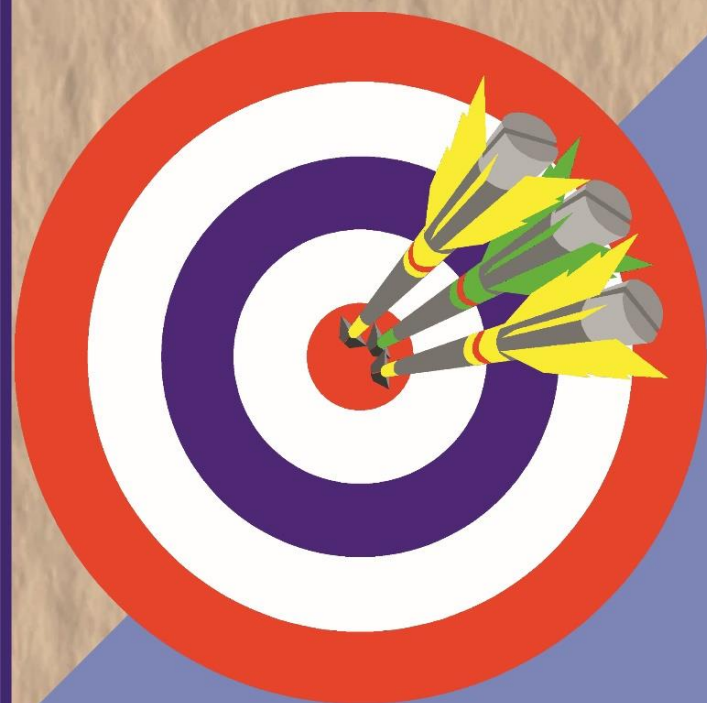
ВЕГЕТАТИВНЫЕ
СИМПТОМЫ
СНИЖЕНИЕ
НАСТРОЕНИЯ
СТРАХИ
НАРУШЕНИЯ СНА

**ЛИЧНОСТНО
ОБУСЛОВЛЕННЫЕ
МИШЕНИ**

ЧУВСТВО ВИНЫ
СОЦИАЛЬНЫЕ
ПРОБЛЕМЫ
НАРУШЕНИЯ
РЕФЛЕКЦИИ

ОТНОШЕНИЯ
С ВРАЧОМ,
ГРУППОЙ,
МОТИВАЦИЯ,
КОГНИТИВНЫЕ
ПРОЦЕССЫ

**МИШЕНИ
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО
ПРОЦЕССА**





ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

1 ЭТАП ПСИХОТЕРАПИИ

- ОБУЧЕНИЕ МЫШЕЧНОЙ РЕЛАКСАЦИИ
- ОБУЧЕНИЕ КОНТРОЛИРУЕМОМУ ДЫХАНИЮ
- ОБУЧЕНИЕ САМОНАБЛЮДЕНИЮ
- ОБУЧЕНИЕ ИНТРОЦЕПТИВНОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ

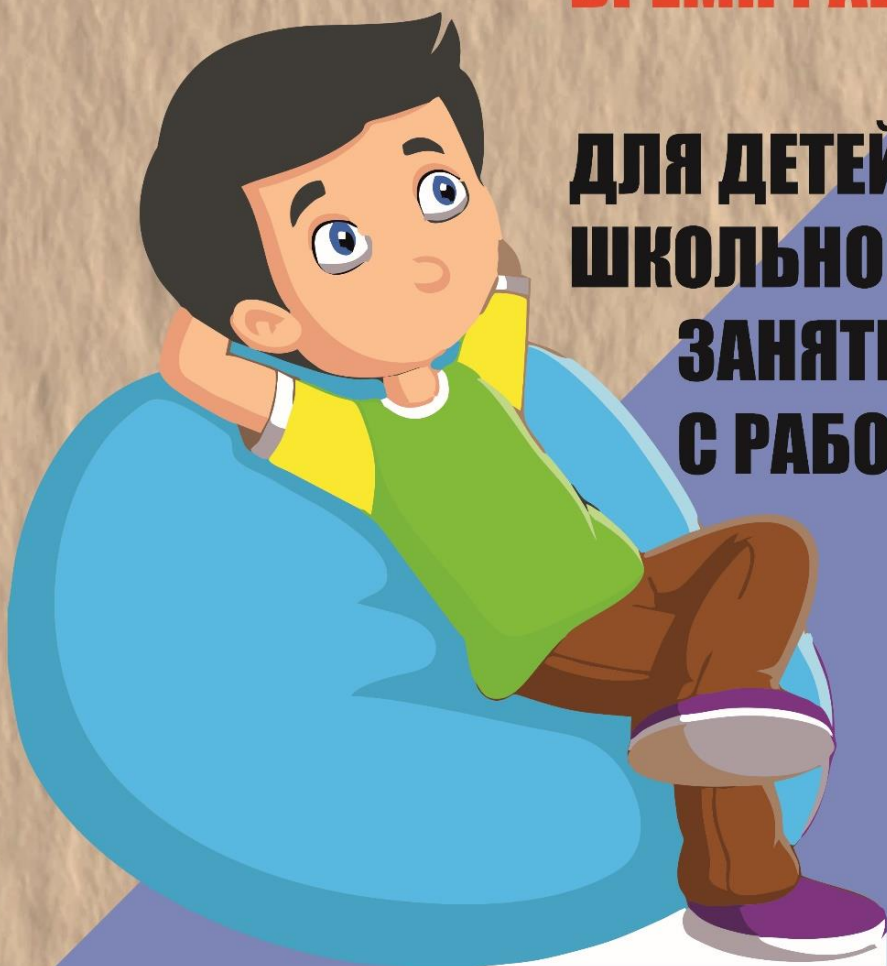
РАЗМЕР ГРУППЫ - ДО 12 ЧЕЛОВЕК

**ВОЗРАСТ УЧАСТНИКОВ - ОТ 4 ЛЕТ (ГРУППЫ
ФОРМИРУЮТСЯ С УЧЕТОМ ВОЗРАСТА И ПОЛА)**

ЧИСЛО ЗАНЯТИЙ НА 1 ЭТАПЕ - 10-12

ВРЕМЯ РАБОТЫ НА 1 ЭТАПЕ - 2-3 МЕСЯЦА

**ДЛЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО
ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТОВ НА 1 ЭТАПЕ ПСИХОТЕРАПИИ
ЗАНЯТИЯ ПО ПРОГРАММЕ МОЖНО ОБЪЕДИНИТЬ
С РАБОТОЙ В ГРУППЕ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ
ОТНОШЕНИЙ (ДРО).**



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 года. М.: «Макс-пресс», 2020. С. 149-152



ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

II ЭТАП ПСИХОТЕРАПИИ

- ОБУЧЕНИЕ ПЕРЕКЛЮЧЕНИЮ ВНИМАНИЯ
- ОБУЧЕНИЕ КОГНИТИВНОМУ КОНТРОЛЮ ЗА АВТОМАТИЧЕСКИМИ МЫСЛЯМИ
- ОБУЧЕНИЕ ПОИСКУ АЛЬТЕРНАТИВ
- ОБУЧЕНИЕ ПОИСКУ МЕТОДОВ КОНСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ
- ОБУЧЕНИЕ УПРАВЛЯЕМОМУ ИЗМЕНЕНИЮ СОБСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ
- ФОРМИРОВАНИЕ ПОЗИТИВНЫХ КАРТИН СОБСТВЕННОГО БУДУЩЕГО



**ЧИСЛО ЗАНЯТИЙ НА
2 ЭТАПЕ - 10-12
ВРЕМЯ РАБОТЫ НА
2 ЭТАПЕ - 2-3 МЕСЯЦА
РАЗМЕР ГРУППЫ -
ДО 12 ЧЕЛОВЕК**

Clark D. M. Cognitive behavioral therapy for psychiatric problem: a practical guide. Oxford University Press, 1989



ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

III ЭТАП ПСИХОТЕРАПИИ

- СТИМУЛЯЦИЯ КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ, ФОРМИРОВАНИЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО ОСОЗНАНИЯ ПРОБЛЕМ И КОНФЛИКТОВ
- СТИМУЛЯЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ, ВЕРБАЛИЗАЦИЯ ПЕРЕЖИВАНИЙ, ПОЛУЧЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ, ОБУЧЕНИЕ АКТИВНОМУ ПОИСКУ ПОЗИТИВНЫХ ВПЕЧАТЛЕНИЙ ОТ ОБЫЧНОЙ ЖИЗНИ
- СТИМУЛЯЦИЯ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ СФЕРЫ - ПОИСК ФОРМИРОВАНИЕ И ЗАКРЕПЛЕНИЕ АДЕКВАТНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ, ОБЩЕНИЯ СО СВЕРСТНИКАМИ И ВЗРОСЛЫМИ

ЧИСЛО ЗАНЯТИЙ НА 3 ЭТАПЕ - 20-30
ВРЕМЯ РАБОТЫ НА 3 ЭТАПЕ -
ДО 6 МЕСЯЦЕВ
РАЗМЕР ГРУППЫ - ДО 12 ЧЕЛОВЕК



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,
№75, 2021. pp. 42-46



ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

РАССТРОЙСТВО ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ F 43.2

МКБ-10 определяет РПР как «состояние субъективного дистресса и эмоционального расстройства, создающее трудности для общественной деятельности и поступков, возникающее в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому событию. Стрессовое событие может нарушить целостность социальных связей индивида (тяжелая утрата, разлука) или широкую систему социальной поддержки и ценностей (миграция, статус беженца) либо представлять широкий диапазон изменений и переломов в жизни (поступление в школу, приобретение статуса родителей, неудача в достижении заветной личной цели, уход в отставку)»

МКБ-10

Международная
статистическая
классификация
болезней и проблем,
связанных
со здоровьем

Десятый пересмотр

ТОМ 2



Всемирная организация здравоохранения
Женева



ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

РАССТРОЙСТВО ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ F 43.2

«Индивидуальная предрасположенность или ранимость играют важную роль в риске возникновения и форме РПР, однако не допускается возможность возникновения таких расстройств без травмирующего фактора. Проявления очень вариабельны и включают снижение настроения, настороженность или беспокойство (или то и другое), ощущение неспособности справиться с ситуацией, а также включает некоторое снижение способности действовать в повседневной жизни. Одновременно могут присоединяться расстройства поведения, чаще в юношеском возрасте. Характерной чертой может быть краткая или длительная депрессивная реакция или нарушение эмоций и поведения».

World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research (10-th revision). World Health Organization, Geneva. 1992



ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

ЗАДАЧИ И ЭТАПЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Первая ключевая задача: проработка типовых проблемных ситуаций и конфликтов: **а) актуализация конфликтных ситуаций** (на моделях социальных ситуаций по тесту Розенцвейга или личных историях); **б) диагностика особенностей поведения** ребенка в конфликтных ситуациях;

в) выявление негативных аспектов реагирования в игре и общении; **г) эмоциональное отреагирование** ребенком чувств и переживаний, связанных с негативным опытом.

Тактика проведения психокоррекционной работы:

директивная: развертывание разработанного сценария игры, активное собственное участие в игре по правилам с интерпретацией особенностей реагирования и поведения; **недирективная:** предоставление ребенку свободы в выборе реагирования (подвижные игры, эмпатическое слушание, проективные рисунки).



ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

ЗАДАЧИ И ЭТАПЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Вторая ключевая задача — осознание и формирование адекватных форм реагирования и связанных с ними стереотипов поведения: **а) осознание себя и своих переживаний** (тревога-страх, грусть-подавленность, обида-злость, удивление, радость, удовлетворение);

б) расширение осознания чувств как своих, так и других (сверстников, значимых лиц, воспитателей);

в) дистанцирование от дискомфортных ситуаций;

г) осознание себя и своих возможностей. Тактика психокоррекционной работы: **директивная:** активный подбор игр, упражнений, тематики рисунков, игровых предметов, направленные сюжетно-ролевые игры по типам эмоций, игры, с проигрыванием проблемных ситуаций; подвижные игры с правилами, тренинг успешных поведенческих действий; **не директивная:** предоставление ребенку свободы в выборе реагирования, осознание чувств и «Азбуки эмоций», упражнения на развитие навыков релаксации.



ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

ЗАДАЧИ И ЭТАПЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Третья ключевая задача — закрепление сформированных успешных способов реагирования и поведения: **а) обобщение сформированных на группе способов деятельности** и перенос позитивного опыта в реальные отношения ребенка в семье, в коллективе;

б) привлечение ближайшего окружения ребенка (родителей, опекунов, воспитателей) к поддержке выработанных форм реагирования; **в) оценка эффективности психокоррекционной работы**, составление психологических рекомендаций для родителей. Тактика проведения психокоррекционной работы: **директивная**: обсуждение и обобщение с родителями и воспитателями результатов работы; подбор игр и проигрывание реальных условных ситуаций, тренинг успешных поведенческих действий, расширение круга «домашних занятий»; **не директивная**: развитие у ребенка свободы в выборе реагирования (игры на осознание своего «Я», упражнения на навыки релаксации в реальной ситуации).



ДЕТСКИЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТ

ЛЕЧЕНИЕ ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ
У ДЕТЕЙ ДОЛЖНО ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ
ПРЕИМУЩЕСТВЕННО
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИ.
ЭТО ДОЛГИЙ И ТРУДОЕМКИЙ ПРОЦЕСС,
ОДНАКО ЕГО ДЕЙСТВИЕ
РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
НЕ ТОЛЬКО НА СИМПТОМЫ БОЛЕЗНИ,
НО И НА РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА В ЦЕЛОМ.



**СПАСИБО
ЗА ВНИМАНИЕ!**

ЛЕВ ОЛЕГОВИЧ ПЕРЕЖОГИН

+7-985-773-93-06

www.drlev.ru