

Украинский республиканский совет по управлению  
курортами профсоюзов  
Украинский научно-методический центр по психотерапии  
Харьковский территориальный совет по управлению  
курортами профсоюзов  
Базовый санаторий "Березовские минеральные воды"

ПСИХОТЕРАПИЯ, ПСИХОГИГИЕНА, ПСИХОПРОФИЛАКТИКА  
В УЧРЕЖДЕНИЯХ СЕМЕЙНОГО ОТДЫХА

Методические рекомендации

г. Харьков, 1985 г.

Методические рекомендации утверждены  
на заседании Украинского республикан-  
ского научно-методического центра по  
психотерапии  
Протокол № от

Методические рекомендации составили: зам.главврача по оргметод-  
работе базового санатория "Березовские минеральные воды", секретарь  
Украинского республиканского научно-методического центра по психо-  
терапии А.И.Сердюк, ассистент кафедры психотерапии Украинского ин-  
ститута усовершенствования врачей, кандидат медицинских наук  
В.А.Скумин, зав.лечебно-профилактическим отделом Украинского рес-  
публиканского совета по управлению курортами профсоюзов А.М.Фасто-  
вец.

Научные консультанты: главный специалист по психотерапии  
Уксоветкурорта, председатель Украинского республиканского научно-  
методического центра по психотерапии, зав.кафедрой психотерапии  
Украинского института усовершенствования врачей, доктор медицин-  
ских наук, профессор А.Т.Филатов.

Зав.кафедрой социальной гигиены и организации здравоохран-  
ения Украинского института усовершенствования врачей, доктор  
медицинских наук, профессор А.Ф.Короп.

Ответственный за выпуск: главный врач базового санатория  
"Березовские минеральные воды" Е.Г.Степанов.

## В В Е Д Е Н И Е

XXVI съезд Коммунистической партии Советского Союза - важнейшей задачей в восьмидесятые годы определил последовательное осуществление экономической стратегии, высшей целью которой является неуклонный подъем материального и культурного уровня жизни народа, создание лучших условий для всестороннего развития личности на основе дальнейшего повышения эффективности всего общественно-го производства, роста производительности труда, социальной и трудовой активности советских людей.

Определенная роль в реализации грандиозных планов партии принадлежит и работникам санаторно-курортных учреждений. Январское 1982 года Постановление ЦК КПСС, Совета Министров СССР и ВЦСПС "О мерах по дальнейшему улучшению санаторно-курортного лечения и отдыха трудящихся и развитию сети здравниц профсоюзов" поставило перед работниками санаторно-курортных учреждений профсоюзов важные задачи по дальнейшему совершенствованию и развитию санаторно-курортной помощи, рациональному использованию физических факторов в комплексе лечебно-оздоровительных мероприятий на курортах, повышению их эффективности, созданию наилучших условий для отдыха, повышению культуры обслуживания.

Среди них стратегически важным является дальнейшее развитие сети учреждений, предназначенных для отдыха родителей с детьми.

Семейный отдых, за счет целого ряда преимуществ, пользуется все большей популярностью у населения.

Преимущества семейных форм организации отдыха и лечения трудящихся заключаются не только в их удобстве (дети не лишаются родительского влияния, надзора на время отдыха и лечения, а родители, находясь на лечении и отдыхе, не беспокоены судьбой детей в их отсутствии и др.), но и значительном расширении лечебных, профилактических, воспитательных возможностей курортов.

Тезис о том, что курорт должен не только лечить, оздоровливать, но и воспитывать, максимально полно может быть реализован именно в условиях здравниц, предназначенных для семейного отдыха и лечения.

В условиях совместного отдыха родителей с детьми создаются оптимальные условия для коррекции межличностных отношений в семье, формирования таких отношений, которые бы способствовали воспитанию у детей установки на здоровый образ жизни, обеспечивали профилактику соматических и нервно-психических заболеваний, воспитание детей в духе коммунистической морали.

Оценивая роль и место психотерапии в учреждениях отдыха следует отметить, что деление санаторно-курортных учреждений на учреждения санаторного, т.е. лечебного типа, и учреждения отдыха в определенной мере условно.

Теоретически первые предназначены для лечения и реабилитации больных (вторичная профилактика), а вторые - для отдыха здоровых (первичная профилактика).

Однако же само по себе понятие "здоровый человек" весьма относительно.

Общая тенденция к увеличению продолжительности жизни населения в нашей стране накладывает свой отпечаток и на контингент лиц, приезжающих в учреждения отдыха.

Практика показывает, что с каждым годом отмечается постепенное изменение возрастного состава контингента отдыхающих на курортах в сторону "старения".

А соответственно среди отдыхающих увеличивается и число лиц, страдающих в той или иной степени хроническими соматическими заболеваниями, в возникновении и течении которых психогенный фактор играет важную роль (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, хронические заболевания пищеварительной системы, сахарный диабет и др.).

Это обуславливает необходимость не только психогигиены, психопрофилактики, но и собственно психотерапии в учреждениях отдыха.

Особое место в учреждениях отдыха должно принадлежать психотерапии детей и родителей, страдающих неврозами и неврозоподобными состояниями.

При лечении данного контингента больных психотерапии является средством патогенетической терапии, именно в условиях семейной здравницы появляется реальная возможность применения на курорте семейной психотерапии, наиболее перспективной при лечении больных неврозами, т.к. чаще всего психотравмирующая ситуация, приведшая к неврозу формируется в микросоциальной среде больного.

Появляется возможность коррекции межличностных отношений в семье больного неврозом, что особенно важно когда невротические расстройства отмечаются у ребенка, с целью формирования адекватных, способствующих излечению больного, взаимоотношений в семье.

При одновременном пребывании на курорте обоих супругов, становится возможным оказание специализированной консультативной помощи супружеским парам по вопросам семьи и брака, психогигиены брачных отношений.

Весьма важной представляется роль учреждений семейного отдыха в свете майского 1985 года Постановления ЦК КПСС "О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма". Уже сам по себе активный отдых всей семьей является в определенной мере фактом профилактики пьянства.

Однако просто создание условий для отдыха семьей все же является средством пассивной профилактики, активными мерами которых и требуют ЦК КПСС, Совета Министров СССР, в учреждении семейного отдыха должны быть:

1. Активные воспитательные мероприятия, в том числе и антиалкогольного характера среди детей в учреждении отдыха;

2. Широкомасштабная, систематическая противоалкогольная пропаганда среди взрослого контингента отдыхающих;

3. Создание возможности оказания специализированной помощи отдыхающим, желающим избавиться от вредных привычек.

Практика показывает, что определенная часть лиц, злоупотребляющих алкоголем, но еще не больных хроническим алкоголизмом, на каком-то этапе начинают осознавать, особенно под воздействием квалифицированной противоалкогольной пропаганды, что они стремительно движутся к алкоголизму, хотели бы избавиться от вредной привычки.

Однако нередко самостоятельно они не могут справиться с собой, а обратиться врачу опасаются из-за боязни огласки, их страшит "ярлык алкоголика".

К тому и члены их семьи далеко не всегда занимают правильную позицию, попрекая пьяницем, не оказывают должной помощи, поддержки, когда они пытаются прекратить употребление алкоголя, нередко провоцируют на возобновление пьянства различными застольями, требуют не полностью прекратить прием спиртного, а "пить как все" и т.п.

В учреждении, где отдыхает семья, как раз и создаются условия не только для оказания консультативной и лечебной помощи тем, кто решил избавиться от вредной привычки, но и для вовлечения в борьбу за биологическое и социальное здоровье <sup>10</sup> пьющего человека, всей семьи, как единого коллектива, объединенного общей целью.

Обеспечение же анонимности превентивного противоалкогольного лечения в сочетании с активной, квалификационной пропагандой в учреждении отдыха, помогут многим отдыхающим избавиться от этой вредной привычки пока она не достигла уровня болезни.

Все это, с учетом значительно большего количества свободного времени, нежели чем дома по месту жительства в рабочий, учебный период диктует необходимость активного использования возможностей семейного отдыха для осуществления психогигиенических, психопрофилактических, психотерапевтических мероприятий среди отдыхающих родителей и детей.

Июньское 1983 года решение научно-курортной комиссии при Центральном совете по управлению курортами профсоюзов одной из первоочередных задач рекомендует считать развитие психотерапии в учреждениях отдыха.

В некоторых учреждениях отдыха уже накоплен определенный опыт применения психотерапии.

В домах отдыха "Зеленый курган" и "Монино" Московского терсоветкурорта в кабинетах психотерапии отдыхающие обучаются аутогенной тренировке. Врачи кабинетов проводят психогигиеническую, психопрофилактическую работу с отдыхающими, обучение персонала основам деонтологии, психотерапевтическое опосредование культурно-массовых мероприятий.

В пансионате "Кастрополь" Ялтинского терсоветкурорта кабинет психотерапии создан и функционирует как кабинет психоэмоциональной разгрузки.

В доме отдыха "Мирный" Одесского облсоветкурорта кабинет психотерапии создан на базе салона самодеятельного художественного творчества, практически является кабинетом эстетотерапии.

Таким образом, психотерапия, являясь мощным фактором повышения эффективности оздоровительных мероприятий, культуры обслуживания на курортах, так или иначе, в тех или иных формах, постепенно внедряется в учреждениях отдыха.

Этот процесс является объективной закономерностью, продиктован необходимостью повышения психоэмоциональной устойчивости, надежности организма человека в век научно-технической революции, информационного взрыва, урбанизации, небывалого насыщения межчеловеческих контактов, коммуникаций, предъявляющих к современному человеку высокие требования.

Внедрение психотерапии, психогигиены, психопрофилактики в учреждениях семейного отдыха по существу является новым перспективным этапом, направлением этого процесса.

В настоящих рекомендациях авторами представлены результаты разработки основополагающих теоретических и практических вопросов организации психотерапии, психогигиены, психопрофилактики в

учреждениях семейного отдыха. Приведены рекомендации по применению основных методов большой и малой психотерапии, проведению психогигиенической, психопрофилактической работы с учетом специфики учреждений семейного отдыха, в контексте многоуровневой системы психотерапевтического воздействия профессора А. Т. Филатова.

Так как организация кабинетов психотерапии, психогигиены и психопрофилактики в учреждениях семейного отдыха является делом новым, и практика может со временем внести некоторые корректировки в сегодняшние теоретические представления и практические рекомендации, базирующиеся на многолетнем опыте организации психотерапии в учреждениях санаторного типа, авторы с благодарностью примут все критические замечания и пожелания.

## ГЛАВА I

### ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОТЕРАПИИ, ПСИХОГИГИЕНЫ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СЕМЕЙНОГО ОТДЫХА

Планомерное внедрение в санаторно-курортную систему психотерапии, психогигиены, психопрофилактики, по меткому выражению И.З.Вельвовского, — это еще большее очеловечивание курортной помощи, адресовка ее<sup>ж</sup>к биологическим, так и психологическим свойствам целостной личности.

При этом психотерапия должна носить не случайный характер, а органически входить в систему терапевтических мероприятий, проводимых на курорте (К.И.Платонов).

Терапевт Н.А.Тюленев еще в 1936 году, признавая все положительные стороны включения психотерапии в комплекс курортно-санаторных методов лечения внутренних болезней, говорил о необходимости проведения на курортах психотерапии. Обобщая свои наблюдения над больными, проведенные на Железноводском курорте, он утверждал, что наступит время, когда при оценке эффективности курортного лечения, надлежащее место будет отводиться роли в этом коры головного мозга больного (Цит. по К.И.Платонову). За 25-30 лет активного внедрения психотерапия на курортах сделала огромный скачок. В 86% курортных учреждений санаторного типа профсоюзы республики открыты и функционируют кабинеты психотерапии, теперь, как уже отмечалось, этот процесс получил свое продолжение в учреждениях отдыха, в том числе и семейного. Кабинеты психотерапии на курортах играют огромную лечебную и профилактическую роль.

Психотерапия прочно вошла в арсенал курортных оздоровительных факторов.

Вместе с тем ни один врач не сможет обеспечить непосредственное систематическое психотерапевтическое воздействие на всех пациентов санаторно-курортного учреждения на 500 и более мест, каковых большинство в курортной системе.

Необходимость максимально широкого применения методов психотерапии вступает в противоречие с ограниченностью возможностей врача-специалиста.

Решение данной проблемы возможно лишь с принятием деления психотерапии на "большую" и "малую", предложенного К.И.Платоновым и теоретически разработанной на его основе системы психотерапии И.З.Вельвовским, которая включает в себя:

I. Прямую, непосредственную ("большую" по К.И.Платонову, или

"специальную" по В.Е.Рожнову) психотерапию как специальный метод лечения, осуществляемый врачом-специалистом, профессиональным психотерапевтом:

2. Косвенную, опосредующую и потенцирующую ("малую" по К.И. Платонову, или "общую" по В.Е.Рожнову) психотерапию, осуществляемую персоналом всех подразделений санаторно-курортных учреждений, и даже посредством интерьеров зданий, внешнего вида учреждения и др., т.е. чрезпредметно.

3. Создание в здравнице психотерапевтической, деонтологической атмосферы.

В таком случае психотерапия в здравнице не ограничивается специальным кабинетом, активным носителем психотерапевтического воздействия на личность больного становится персонал всех структурных подразделений учреждения семейного отдыха.

Такое дифференцированное распределение психотерапевтической нагрузки позволяет обеспечить широкое внедрение психотерапии в комплекс санаторно-курортного обслуживания, при этом кабинет психотерапии выступает не только как профилактический, но и как организационно-методический, учебный центр по вопросам психотерапии, психогигиены, психопрофилактики в своей здравнице.

Отсюда и задачи кабинета психотерапии, психогигиены, психопрофилактики в учреждениях семейного отдыха весьма многообразны.

#### Задачи кабинетов психотерапии, психогигиены и психопрофилактики учреждений семейного отдыха.

Кабинеты психотерапии, психогигиены, психопрофилактики создаются в учреждениях семейного отдыха для осуществления психотерапевтической, психогигиенической, психопрофилактической работы с родителями и детьми, находящимися на отдыхе в данном учреждении.

Основными задачами кабинета психотерапии, психогигиены и психопрофилактики являются:

1. Осуществление психогигиенической воспитательной работы среди детей по вопросам психогигиены пола, борьбы с вредными привычками.

2. Оказание специализированной психотерапевтической помощи детям с функциональными нервно-психическими расстройствами, в т.ч. страдающим логоневрозом, энурезом и др.

3. Оказание специализированной психотерапевтической помощи детям, страдающим т.н. психосоматическими заболеваниями, в воз-

никновении и течении которых психогенный фактор имеет важное значение(бронхиальная астма,язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки,нейроциркуляторная дистония и др.).

4.Оказание специализированной помощи подросткам и взрослым, желающим избавиться от вредных привычек(курение,употребление алкоголя и др.).

5.Пропаганда здорового образа жизни,формирование активной позиции отдыхающих в отношении сохранения и укрепления своего здоровья.

6. Оказание специализированной психотерапевтической помощи взрослым,страдающим неврозами,неврозоподобными состояниями и психосоматическими заболеваниями.

7.Психогигиенические консультации супружеских пар по вопросам психогигиены брачных отношений. и оказание им специализированной психотерапевтической помощи.

8.Психогигиенические консультации родителей по вопросам полового воспитания,профилактики невротических расстройств у детей.

9.Обучение отдыхающих,характер трудовой деятельности которых связан с повышенной психоэмоциональной напряженностью,элементам эмоционально-волевой,автогенной тренировки ,экспрессрелаксации с самовнушением,как методу и средству профилактики нервнопсихических и психосоматических расстройств.

10.Коррекция межличностных отношений в семьях,где один из родителей или ребенок больны неврозами,психосоматическими заболеваниями,с целью формирования адекватного,способствующего излечению отношения к ним близких.

11.Психотерапевтическое потенцирование природных оздоровительных факторов(солнечные,воздушные ванны,прогулки,купание и т.п.) рационального питания,активного отдыха,физической культуры,культурно-массовых мероприятий.

12.Создание в учреждении отпуска благоприятного психологического микроклимата,воспитание у членов коллектива деонтологической культуры,обучение персонала методам и приемам малой психотерапии,основам медицинской деонтологии.

#### Требования к размещению и оснащению кабинета.

Для решения указанных выше задач кабинет психотерапии,психогигиены и психопрофилактики учреждения семейного отпуска должен располагать не меньшим,а даже большим помещением,чем кабинет психотерапии лечебного учреждения.

Лучше, если кабинет расположен в отдельном здании, удаленном от шумных аллей, пляжа, автодорог, столовой.

Если же это невозможно, то при размещении кабинета в одном из корпусов, должна быть обеспечена звукоизоляция помещения кабинета. Следует помнить, что психотерапевтический процесс не терпит шума и суеты.

Нередко еще бывает мнение, что для психотерапии естественное освещение не нужно, т.к. во время сеанса пациенты "спят", находятся с закрытыми глазами. Это мнение в корне ошибочно. Как показывает многолетняя практика ведущим методом психотерапии на курортах является психотерапия в бодром статусе коры: рассудочная (рациональная) косвенная, в условиях же учреждения семейного отдыха большое значение приобретает также семейная, коллективно-групповая психотерапия, имаготерапия детей, лечебное чтение, психофизическая гимнастика, при которых ни о каком "сне" не может быть и речи.

Помещение для групповых и индивидуальных сеансов психотерапии должно предусматривать возможность затемнения, однако оно должно быть светлым, просторным, хорошо проветриваемым, украшено декоративными зелеными насаждениями, цветами, эстетически оформлено, с ковровыми покрытиями.

Многоплановость и важность задач кабинета психотерапии, психогигиены и психопрофилактики учреждения семейного отдыха требует для его полноценного функционирования нескольких комнат.

Из них обязательными являются:

1. Холл площадью 40-30 м<sup>2</sup>. В холле располагается стол медицинской сестры, которая проводит регистрацию, оформление пациентов. Здесь же отдыхающие, ожидая начала группового сеанса, прослушивают функциональную успокаивающую музыку. На стенах холла размещаются наглядные пособия психогигиенического, психопрофилактического содержания (тексты формул самовнушений, аутогенной тренировки, памятки, советы, рекомендации, наставления и т.п.). Для размещения пациентов в холле устанавливается 15-20 кресел с высокими спинками. Желательно, чтобы к каждому креслу были подведены наушники, это создает дополнительные удобства, т.к. музыку могут слушать лишь те, кто хочет, она не мешает работать медицинской сестре. Следует помнить, что в семейных здравницах кабинет посещают не только взрослые, но и дети. Это должно быть учтено при оформлении холла. Холл обязательно должен быть связан с кабинетом врача и комнатами для проведения групповых форм психотерапии.

2. Кабинет врача (15-18 м<sup>2</sup>) Эта комната предназначена для первичного приема пациентов, консультаций детей и родителей, проведения

индивидуальной, семейной психотерапии.

В кабинете размещаются стол врача, 3-4 стула, кушетка, 1-2 кресла с высокими спинками, а также иная необходимая мебель.

3. Кабинет для проведения групповых форм психотерапии в малых и средних группах (30-35м<sup>2</sup>). Кабинет должен иметь 12-18 лечебных мест. Чаще всего на практике в таких кабинетах санаториев устанавливают 4-5 кушеток и 8-13 кресел с высокими спинками, что обеспечивает оптимальную пропускную способность кабинета и вполне удовлетворительные условия для осуществления психотерапевтического процесса. Кабинет же здравницы семейного отдыха предпочтительнее оснащать одними креслами. Объясняются это значительно более частым, чем обычно в санаториях, использованием коллективно-групповой психотерапии, эстетотерапии, коллективного лечебного чтения, как со взрослым, так и с детским контингентом отдыхающих. Эти методы требуют активного участия пациентов в коллективной беседе, дискуссии, для чего кресла намного удобнее. Так как этот кабинет предназначен для проведения групповых форм психотерапии не только в бодром, но и тормозном состоянии коры головного мозга (гипносуггестивная психотерапия) в нем должна быть предусмотрена возможность затемнения, трансляции фонограммы сеансов музыки и естественно хорошая звукоизоляция.

4. Кабинет для оказания помощи отдыхающим, желающим прекратить курение и употребление алкоголя (20-25 м<sup>2</sup>). Эта комната должна быть изолированной, с очень хорошей вентиляцией (желательен кондиционер), стены и пол ее должны быть с покрытием, удобным для частой влажной уборки. В комнате располагаются 4-5 кушеток и столько же кресел. В кабинете обязательны наглядные пособия антиалкогольного, антиникотинового содержания. Так как здесь могут применяться методики условно-рефлекторной, стрессорно-аверсивной, эмоционально-стрессовой психотерапии, эмоционально-императивного внушения наяву, направленные на выработку рвотной, вегетативной реакции на употребление алкоголя, курение, рядом с кабинетом должен быть смежный туалет, а в кабинете - все необходимое для оказания неотложной медицинской помощи.

Желательно также выделение помещений для эмоционально-волевой тренировки и психофизической гимнастики:

1. Кабинет эмоционально-волевой тренировки (60-80м<sup>2</sup>). Эта комната фактически является классом, предназначенным для массового обучения элементам эмоционально-волевой, аутогенной тренировки, экспресс-релаксации. В зале должна быть демонстрационная доска,

кафедра, наглядные пособия соответствующего содержания, 40–50 кресел с высокими спинками. Желательно, чтобы на спинках кресел были смонтированы откидные доски, дающие возможность обучающимся делать необходимые записи. В комнате должна быть предусмотрена возможность трансляции фонограмм занятий, функциональной музыки.

Эта же комната может быть использована для групповых бесед, лекций.

При отсутствии такой комнаты обучение отыкающих физи-  
там ЭВТ, АТ и экспресс-релаксации можно проводить и в актовом зале учреждения, однако это, как правило, связано с рядом трудностей, неудобств, связанных с неприспособленностью мебели и помещения.

2. Зал для проведения психофизической гимнастики и игровой психотерапии с детьми (60–80 м<sup>2</sup>).

По существу это небольшой спортивный зал с деревянными покрытиями на полу, 1–2 зеркальными стенками, скамьями вдоль стен.

Здесь также должна быть предусмотрена возможность трансляции специальной музыки, фонограмм занятий.

Большое значение имеет эстетическое оформление зала, наличие соответствующих наглядных пособий.

При отсутствии такого зала, психофизическая гимнастика и игровая психотерапия с детьми проводится в обычном спортивном зале учреждения, зале ЛФК.

#### Организационно-штатная структура кабинета.

Больше чем 25-ти летний опыт психотерапии на курортах профсоюзов республики показывает, что как правило, врач кабинета психотерапии на I ставку в состоянии обеспечить квалифицированной психотерапевтической помощью всех нуждающихся в здравнице на 500 коек.

Конечно в учреждении отдыха число нуждающихся в собственно лечебной психотерапевтической помощи будет меньше, чем в санатории, однако здесь возрастает объем психологической, психопрофилактической работы.

Поэтому на настоящем этапе представляется оптимальным следующее штатное расписание кабинета психотерапии, психогигиены и психопрофилактики учреждения семейного отдыха на 500 коек:

1. Врач – 1,0 ставки

2. Медсестра – 1,0 ставки

3. Санитарка (уборщица служебных помещений) 0,5–1,0 ставки (в зависимости от площади кабинета).

По возможности желательно также введение в штатное расписание ставок педагога-воспитателя (1,0 ставки), психолога (1,0 ставки), инструктора по физкультурной работе, если таковых нет в общем штатном расписании учреждения отдыха.

Если же они есть в штате учреждения, то должны активно сотрудничать с персоналом кабинета при проведении психогигиенической, психопрофилактической работы с родителями и детьми.

Врач кабинета должен иметь специальную подготовку по психотерапии, психиатрии, располагать необходимыми знаниями в области медицинской психологии, детской психиатрии, сексопатологии, хорошо знать так называемую психосоматическую патологию взрослого и детского контингента.

#### Организация работы кабинета.

Если в санаториях, курортных поликлиниках кабинет психотерапии является кабинетом закрытого типа, т.е. на консультацию к психотерапевту больного направляет лечащий врач-интернрист, исходя из имеющихся показаний, то для учреждений отдыха это положение становится неприемлемым. В учреждении отдыха лишь незначительная часть отдыхающих может быть направлена к психотерапевту врачом учреждения отдыха, если их жалобы и состояние, по мнению врача, требуют консультации психотерапевта.

Поэтому кабинет психотерапии здесь должен функционировать как кабинет открытого типа, т.е. пациенты должны иметь возможность самостоятельно обратиться за консультацией в кабинет. Для упорядочения приема на консультацию следует организовать предварительную самозапись или запись пациентов у медицинской сестры кабинета.

Нагрузка кабинета будет во многом зависеть от популяризации психотерапии, психогигиены в учреждении отдыха.

Этот вопрос нельзя отдавать на откуп "бывалым" отдыхающим, получавшим ранее психотерапию или что-то знающим о ней из литературы, от других.

Популяризации кабинета должны способствовать специальные стенды, посвященные значению психотерапии, психогигиены, психопрофилактики в укреплении здоровья, объявления о том, что в здравнице имеется специальный кабинет, где можно обучаться навыкам саморегуляции, получить консультативную, лечебную психотерапевтическую помощь, желающим могут помочь избавиться от таких вредных привычек, как курение, неумеренное употребление алкогольных напитков. Популяризации кабинета должны служить и регулярные встречи психотерапевта с отдыхающими на вечерах вопросов и ответов, лекции,

беседы.

При активной правильно построенной работе, направленной на популяризацию психотерапии, психогигиены, психопрофилактики в учреждении отдыха, кабинет психотерапии не будет испытывать недостатка в пациентах.

Однако работа врача кабинета отнюдь не ограничивается консультациями. Поэтому важно правильно распределить рабочее время. До настоящего времени не утратили актуальности рекомендации И.З.Бельковского (1968 г.) выделять 2 часа рабочего времени в день для врача кабинета психотерапии санатория на индивидуальный прием первичных и повторных больных, индивидуальную психотерапию, 2 часа - на работу с психотерапевтическими лечебными группами, а остальное время - на работу по малой психотерапии, учебу персонала, психогигиеническую, психопрофилактическую работу с больными.

Многолетняя практика подтверждает правильность такого деления рабочего времени врача кабинета психотерапии на 3 примерно равные части, т.к. это позволяет обеспечить широкий охват психотерапией (до 20-30%), организовать на достаточно высоком уровне лечебно-диагностический процесс в кабинете и психогигиеническую, психопрофилактическую работу.

Для учреждений семейного отдыха можно рекомендовать практически такой же порядок распределения рабочего времени, лишь с некоторыми корректировками за счет специфики учреждения семейного отдыха.

Собственно психотерапевтическая (лечебная) и психогигиеническая (профилактическая) работы в учреждении отдыха во многом переплетаются, между ними труднее провести грань.

Например, коллективно-групповая психотерапия с элементами игровой терапии с детьми, с одной стороны, является лечебным методом для детей, страдающих неврозами, с другой стороны, этот же метод является средством воспитательной, психогигиенической, психопрофилактической работы со здоровыми детьми.

То же можно сказать и о коллективно-групповой психотерапии с элементами психофизической гимнастики, проводимой со взрослыми в учреждении семейного отдыха.

Неоднозначным является и вопрос относить ли к лечебной или профилактической работу по оказанию помощи пациентам, желаящим избавиться от вредных привычек.

В конечном счете важно престроить работу таким образом, чтобы не страдала ни консультативная, ни лечебная, ни профилактическая работа.

Мы рекомендуем для этого следующий примерный недельный гра-

фик работы кабинета психотерапии, психогигиены, психопрофилактики учреждения семейного отдыха.

№п/п!	Дни недели	понед.	вторн.	среда	четверг	пят	субб	Всего
Виды работ								за
								не
1. Консультативный прием, индивидуальная и семейная психотер.	2	2	2	2	2	2	2	12
2. Рациональная гипносуггестивная психотерапия, АТ и др. со взрослыми	-	I	-	I	-	I	-	3
3. Коллективно-групповая психотерапия с элементами психофизической гимнастики, АТ и др. со взрослыми	I	-	I	-	I	-	I	3
4. Рациональная гипносуггестивная психотерапия, АТ и др. с детьми	I	-	I	-	I	-	I	3
5. Коллективно-групповая психотерапия с элементами игровой терапии и др. с детьми	-	I	-	I	-	I	-	3
6. Эмоционально-волевая тренировка	I	I	I	I	I	I	I	6
7. Университет психогигиены и психопрофилактики для родителей	I	-	I	-	-	-	-	2
8. Школа психогигиены для детей	-	-	-	-	-	I	-	I
9. Оказание помощи желающим избавиться от вредных привычек	0,5	I	0,5	I	0,5	0,5	0,5	4
10. Занятия с персоналом по деонтологии и малой психотерапии	-	0,5	-	0,5	-	0,5	-	1,5
Всего рабочих часов	6,5	6;5	6,5	6,5	6,5	6,5	6,5	38

Разумеется приведенный график-это лишь типовая схема, в зависимости от реальных условий в нее могут вноситься продиктованные обстоятельствами изменения. Например, консультативный прием во многом зависит от порядка поступления отдыхающих в учреждение отдыха.

При ежедневном пополнении дома отдыха, пансионата консультативный прием будет практически равномерным.

За 2 часа, отведенных на прием и индивидуальную психотерапию, врач может принять до 4-х первичных пациентов, т.е. за месяц около

100 человек, как показывает практика, примерно половина из них, т.е. до 50-ти человек нуждаются в специальных методах психотерапии, применяемых в кабинете, работа с остальными пациентами может ограничиваться 1-3-х кратными консультациями, обучением элементам психической и психосоматической саморегуляции, лекциями психогигиенического содержания и т.п.

Такой режим работы благоприятствует равномерному пополнению лечебных психотерапевтических групп, диктует необходимость формирования их открытыми, пополняемыми по мере необходимости.

По иному приходится строить работу кабинета при массовом заполнении учреждения отдыха заездами. В этих условиях равномерный консультативный прием становится невозможным, т.к. часть отдыхающих, остро нуждающихся в психотерапии, могут попасть на лечение лишь в конце срока пребывания в доме отдыха, пансионате.

При таком режиме врач кабинета вынужден первые 4-5 дней заезда полностью посвятить приему, консультируя до 12-15 человек в день, а в дальнейшем по мере укомплектования лечебных групп уменьшает первичный прием до 1-2 человек в день, соответственно увеличивая время на лечебную работу.

2 часа в день, отведенные на групповые формы психотерапии, позволяют провести 2 групповых занятия в день. Деятельность одного занятия (сеанса) может колебаться от 50 до 90 минут, зависит от количества и характера методов психотерапии, сочетаемых в одном занятии.

На практике чаще в одном занятии сочетаются рассудочная и гипносуггестивная психотерапия с переходом в гипнотический сон-отдых по К.И. Платонову; коллективно-групповая психотерапия и аутогенная тренировка; рассудочная психотерапия с последующим переходом от аутогенной тренировки к гипносуггестивной психотерапии; косвенная психотерапия с рефлексотерапией, заключающаяся аутогенной тренировкой или гипносуггестивной психотерапией; психофизическая гимнастика с элементами психической саморегуляции, самовнушением и другие.

Выбор сочетаний методов зависит как от характера патологии, возраста, интеллектуального уровня, внушаемости больных, так и личностных особенностей врача (авторитарность, эмпатическая емкость), его профессиональной квалификации.

В любом случае следует помнить, что групповое занятие, длившееся менее 45-ти минут, как правило, малопродуктивно, а более 105 минут - утомительно для больных, особенно для детей.

При групповых занятиях, когда тот или иной метод психотерапии направлен ко всем больным, чрезвычайно важно добиться, чтобы каждый больной почувствовал, что врач адресует свое воздействие непосредственно к нему, достичь эффекта индивидуализации группового метода.

Работая с группой, врач должен помнить, что в конечном счете его цель — получить не средне-статистический лечебный эффект в группе, а улучшение состояния каждого конкретного больного.

Да и больной ждет от врача не того, сколько человек в группе будет, например, погружено в гипнотический сон, а реальных положительных сдвигов в его самочувствии, состоянии здоровья.

Одним из средств индивидуализации групповых методов психотерапии является опрос больных непосредственно в группе в начале занятия, в процессе которого выясняется динамика основных, наиболее значимых для больного жалоб авторитетно подчеркивается малейшее улучшение, попутно даются рекомендации, которые могут быть полезными и другим больным. Такой опрос позволяет решить несколько задач.

Во-первых больной ощущает внимание персонально к нему, заинтересованность конкретно в нем.

Во-вторых он позволяет оперативно корректировать психотерапевтическую тактику, формулы внушений и т.п.

И наконец, в-третьих, он сам по себе является действенным психотерапевтическим фактором, т.к. в процессе опроса больных врач использует такие приемы как "психотерапевтический рикошет", "психотерапевтическое зеркало", потенцирует как саму психотерапию, так и другие оздоровительные факторы учреждения отдыха, в открытой группе использует эффект индукции положительных сдвигов в состоянии больных, заканчивающих лечение на новичков, а в закрытой группе на больных, у которых раньше наступило улучшение на остальных.

Другим средством индивидуализации является при обучении аутогенной тренировке обязательная рекомендация больному I-2 специально направленных, индивидуализированных с учетом жалоб больного, формул самовнушения. При гипносуггестивной психотерапии — обязательное использование помимо общих, индивидуальных, произносимых шепотом только для данного больного формул лечебных внушений.

Важно для индивидуализации групповых методов психотерапии и выяснение в конце занятия у части больных, особенно новичков, и у тех, у кого что-либо не получается, как они себя чувствуют, что ощущали во время сеанса, при этом врач вносит коррективы в свои действия дает необходимые советы, рекомендации больным на следующее

занятие.

С учетом вышеуказанных требований индивидуализации групповых методов психотерапии становится ясным, что психотерапевтическая лечебная группа должна быть небольшой, оптимально 12-15 человек и уж по крайней мере - не более 20 человек, т.к. при этом врач просто не в состоянии обеспечить индивидуализацию психотерапевтического процесса в группе, психотерапия вульгаризируется, превращается в поточный "отпуск" гипноза и аутогенной тренировки.

Естественно, что в учреждении семейного отдыха в ведении врача должны быть лечебные детская и взрослая группы, смешанные микрогруппы (семейная психотерапия), группа пациентов, получающих лечение по поводу вредных привычек.

Помимо этого в условиях учреждения отдыха, как уже указывалось в рамках психогигиенической, психопрофилактической работы целесообразно создание группы эмоционально-волевой тренировки. Занятия в ней проводятся ежедневно. Поскольку в этом случае врач имеет дело с пациентами, не нуждающимися в психотерапевтической коррекции и речь идет лишь об обучении навыкам психической, психосоматической саморегуляции, здесь не требуется особая индивидуализация, профилактическая группа в отличие от лечебной может комплектоваться из 40-50 человек.

Однако занятие с этой группой не должно ограничиваться только обучением навыкам психической и психосоматической саморегуляции, в структуру его могут включаться самомассаж биологически активных точек, зон, элементы психофизической гимнастики, в начале занятия врач обязательно должен провести короткую беседу психогигиенического, психопрофилактического содержания. Тогда занятие проходит живо, интересно, повышается его значимость для обучающихся, а следовательно уменьшается число отдыхающих, прекращающих занятия в доме отдыха, пансионате и после возвращения домой.

В учреждении семейного отдыха, как и в учреждениях санаторного типа 2-2,5 часа рабочего времени врача кабинета психотерапии в день отводится на обучение персонала здравницы основам медицинской деонтологии, приемам и навыкам малой психотерапии, т.е. на организационно-методическую и учебную работу с персоналом и на психогигиеническую, психопрофилактическую работу с отдыхающими.

Однако ввиду большей профилактической направленности учреждений отдыха и меньшей численности медицинского персонала в них большая часть времени из этих 2-2,5 часов в день должна использоваться на работу непосредственно с отдыхающими, что и предусмотрено в приведенном выше примерном графике работы кабинета.

### Учетно-отчетная документация.

Консультируя первичного пациента, врач кабинета психотерапии осуществляет диагностику нервно-психического состояния пациента, ориентируясь на жалобы, выясняя психоанамнез, анамнез жизни, заболевания, исследуя объективный психический и неврологический статус.

Полученные данные, отражающие состояние здоровья пациента, являются основой для решения вопроса о необходимости лечения, выбора оптимальной психотерапевтической тактики, дачи необходимых рекомендаций, а следовательно должны быть отражены в первичном медицинском документе пациента.

В учреждениях санаторного типа на каждого больного заводится история болезни, которая и является основным первичным документом. Так как история болезни находится постоянно в медицинском отделении, психотерапевт не имеет возможности работать с ней постоянно. Поэтому он, консультируя первичного пациента, вносит в историю болезни лишь краткие сведения о выставленном диагнозе и результатах консультации, отражая все полученные данные подробно в специальной карте-вкладыше к истории болезни, с которой работает постоянно в процессе психотерапии. Не позднее чем 1-2 дня до окончания срока пребывания врач-психотерапевт передает заполненную карту-вкладыш с результатами психотерапии основному куратору-лечащему врачу для включения карты в историю болезни и учета результатов психотерапии при решении вопроса об общей эффективности санаторно-курортного лечения.

В учреждении отца врача-интернист осуществляет в основном профилактические мероприятия, лечебная работа его ограничивается, как правило, оказанием экстренной помощи в необходимых случаях. Истории болезни на отдыхающих не ведутся.

В этих условиях врач кабинета психотерапии выступает уже не в качестве сокуратора, а собственно куратора, самостоятельно осуществляющего лечение пациента. Поэтому основным первичным документом в кабинете будет уже не карта-вкладыш, а специально разработанная нами частично формализованная для уменьшения затрат времени врача на ее заполнение индивидуальная карта пациента (приложение № 1).

Паспортная часть (графы 1-6) заполняется медсестрой. Врач на первичном консультативном приеме, выясняя же у пациента, собирая анамнез жизни и заболевания, определяя отношение к болезни, психотерапии, область значимых переживаний, исследуя внушаемость, пси-

хический и неврологический статус пациента, вносит полученные данные в соответствующие графы.

Жалобы, данные исследования психического и неврологического статуса, а также план лечения сведены в одну таблицу(графы 15-18). Степень выраженности имеющихся у пациента жалоб, симптомов, синдрома на первичном приеме, через каждые 5 дней и в конце лечения оценивается в соответствующих строках врачом по 5-ти бальной системе (чем более выражена жалоба, тем выше балл), рядом в примечании отмечаются по необходимости уточняющие данные(локализация, время, периодичность и т.п.). Каждая колонка представляет по сути дневник, отражающий состояния пациента в процессе психотерапии, с вытекающими из нее корректировками, вносимыми в план лечения(графа 19).

В каждой графе предусмотрены свободные строки, куда врач может внести имеющиеся у пациента жалобы, симптомы, не предусмотренные в приведенных стандартных наборах.

Сведение жалоб, данных объективного статуса пациента и плана лечения в единую пространственно-временную частично формализованную таблицу позволяет значительно сократить время врача на ведение документации и в то же время достаточно полно и наглядно отразить динамику состояния пациента в процессе лечения.

В графу 20 вносятся данные психологического исследования, проводимого в необходимых случаях в целях углубленной диагностики и объективизации эффективности психотерапии.

Причем исследование и первичную(цифровую) обработку его результатов может проводить по назначению врача медицинская сестра, врач же затрачивает время лишь на интерпретацию, оценку полученных данных.

Все более широкое использование в практике работы врачей-психотерапевтов психологических методов исследования является характерной чертой современного этапа развития психотерапии на курортах.

Однако учреждение отдыха - это не научно-исследовательский институт, не клиника, поэтому здесь речь может идти лишь о достаточно простых, доступных, не требующих больших затрат времени методах исследования, приведенных в методических рекомендациях "Психологические исследования в практике врача кабинета психотерапии"(Г.С.Трофимова, А.И.Сердюк, 1983 г.).

При исследовании детей рекомендуем использовать методики, приведенные в методических рекомендациях "Психологические методы исследования в педиатрической практике"(В.А.Скумин, 1986 г.).

Для отражения собственно психотерапевтического процесса, его объема, применяется: методов, динамики в карте предусмотрена таблица Г.13.

В начале каждого занятия при опросе больного врач проставляет дату и делает пометки в графах таблицы, соответствующих применяемым в процессе данного занятия методам.

В конце курса лечения подсчитывает, отмечает в соответствующих графах общее количество занятий с использованием тех или иных методов психотерапии.

Подспорьем для врача является рекомендуемый нами дневник самочувствия пациента (приложение № 2).

Данная форма также частично формализована; в 15-ти строках приведены наиболее часто встречающиеся жалобы невротического характера, в 3 свободные строки пациент может внести имеющиеся у него жалобы, не представленные в стандартном наборе.

Оценивая степень выраженности жалоб по пятибалльной системе в соответствии с инструкцией, приведенной на обратной стороне дневника, пациент ежедневно проставляет отметки в соответствующих строках.

И раз в 5 дней пациент, находящийся на лечении в кабинете, представляет дневник врачу. Таким образом врач в процессе индивидуальной беседы с пациентом получает довольно полную информацию о динамике его жалоб, затрачивая большую часть времени не на их выяснение, а на рекомендации.

Для учета консультируемых пациентов в кабинете должен вестись журнал регистрации консультаций. В журнал вносятся порядковый номер, дата консультации, ФИО пациента, срок пребывания в доме отдыха, пансионате, диагноз, установленный психотерапевтом, заключение (взят на лечение в группу ЭБТ, даны рекомендации и др.). Журнал заполняется медсестрой кабинета.

Кроме этого в кабинете должны быть заведены:

1. Журнал самозаписи или предварительной записи у медсестры на консультацию.
2. Журнал регистрации посещений занятий группы обучающихся эмоционально-волевой тренировке (ведется медицинской сестрой).
3. Журнал регистрации санитарно-просветительной психогигиенической, психопрофилактической работы.
4. Журнал регистрации мероприятий по внедрению в деятельность персонала малой психотерапии.
5. Журнал регистрации занятий с персоналом по медицинской деонтологии.
6. Папка с описанием применяемых методов психотерапии.
7. Папка с материалами для санитарно-просветительной работы.
8. Папка с ежемесячными статистическими отчетами кабинета.
9. План работы кабинета на год.

## ГЛАВА П.

### ОСОБЕННОСТИ МАЛОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СЕМЕЙНОГО ОТДЫХА.

Малая психотерапия в санаторно-курортных условиях, по мнению А. Т. Филатова, приобретает все более важное значение, что является одним из характерных признаков современного этапа развития психотерапии на курортах.

Существует неразрывная связь между медицинской деонтологией и малой психотерапией. Причем малая психотерапия, ее приемы и методы рассматриваются как инструмент, конкретная система воздействий любого медицинского работника на больного, благодаря которой на практике претворяются в жизнь высшие требования, предъявляемые медицинской деонтологией (А. Т. Филатов, А. А. Мартыненко).

А. Т. Филатов, А. А. Мартыненко, В. М. Паламарчук к методам малой психотерапии относят рациональную, косвенную психотерапию, ландшафтотерапию, переключение внимания и преформативно-репродуктивные варианты психотерапии.

Подробно, не останавливаясь на описании методов малой психотерапии, т. к. они достаточно полно освещены в монографии "Малая психотерапия на курорте" под редакцией проф. А. Т. Филатова (1983 г., Киев, "Здоров'я"), считаем необходимым подчеркнуть, что сущность малой психотерапии на курорте определяет прежде всего косвенная психотерапия, т. е. потенцирование и опосредование иных лечебно-оздоровительных факторов, санаторно-курортного режима, отдыха и другими методами психотерапии, преимущественно рациональной, в исполнении любого работника санаторно-курортного учреждения.

Следовательно, малое психотерапевтическое воздействие в санаторно-курортных условиях должно быть прежде всего комплексным, всеобъемлющим, системным.

В систему малой психотерапии в учреждении семейного отдыха входит первое знакомство со здравницей, организация приема и размещения отдыхающих (малая психотерапия в работе персонала приемного отделения), беседа руководителя с вновь прибывшими отдыхающими, малая психотерапия в работе персонала спальных корпусов, столовой, малая психотерапия в процессе культурно-массовой и физкультурно-оздоровительной работы, малая психотерапия в работе врача и среднего медицинского персонала здравницы и др.

#### Первое знакомство со здравницей.

Собственно воздействие на личность больного начинается с первого знакомства с санаторно-курортным учреждением. Территория здра-

ницы, ее эстетическое оформление, внешний вид корпусов, ландшафт являются важнейшим фактором косвенного, чрезпредметного психотерапевтического воздействия на больного, его установку.

В.М.Паламарчук считает, что "на каждого индивида", прибывшего в санаторий в первую очередь оказывают влияние следующие моменты:

А)Условия в пути следования и степень адаптации к широтным и другим факторам.

Б)Сезонные, климатические, погодные, ландшафтные условия в оценке больных.

В)Организация первой встречи на всех этапах (от вокзала до палаты).

То же можно сказать и об учреждениях семейного отдыха, пожалуй к последним это относится даже в большей мере, учитывая приезд и детей.

Если отдыхающий, попадая в здравницу, видит вокруг себя ухоженную, эстетически оформленную территорию, красивый ландшафт, обилие зеленых насаждений, цветов, светлые, красивые здания, если путь до приемного отделения не далек, четко обозначен, а по пути к приемному отделению он встречает улыбающихся, довольных отдыхом людей, то он вступает в приемное отделение уже с хорошим настроением, даже после длительной, утомительной дороги.

Следует помнить, что человек, попадая в новую обстановку, в ожидании неизвестного, эмоционально дестабилизирован, а следовательно, повышенно внушаем.

Поэтому первое знакомство с домом отдыха, пансионатом имеет огромное значение, здесь не может быть мелочей.

Чрезпредметное, косвенное психотерапевтическое воздействие на этом этапе во многом определяет установку больного на отдых в данном учреждении.

Особые требования должны предъявляться и к наглядной информации. Помимо ее смысловой (информационной) стороны, которая, конечно, является главной, большое значение имеет и эстетическая сторона плакатов, табличек, указателей и т.д.

Нельзя забывать об эмоциональной стороне восприятия информации.

Нередко информация категорического, запрещающего типа "Не курить!", "По газонам не ходить!" негативно воспринимается отдыхающими, вызывает у них чувство протеста.

Та же информация, выдержанная в уважительном тоне, например: "У нас не принято курить", или "Товарищи! Чистота и уют в здравнице во многом зависят от Вас!" и т.п., воспринимается отдыхающими

не как приказ, а как совет, подсказка. и чаще достигает своей цели.

Такие же требования предъявляются и к памяткам, которые либо вручаются отдыхающим по приезду, либо вывешиваются в приемных отделениях многих санаторно-курортных учреждений.

### Приемное отделение

Следующим звеном системы психотерапевтического воздействия является приемное отделение.

В условиях приемного отделения психотерапевтическое воздействие-это не только соблюдение правил медицинской деонтологии, что само по себе весьма важно, но и первичное потенцирование, опосредование, как собственно оздоровительных курортных факторов, так и санаторно-курортного режима, корпуса, куда направляется больной, его персонала и т.д.

На этом этапе необходимо знания персоналом основ медицинской психологии, психогигиены, умение учесть при размещении лечащихся их личностные, возрастные и другие особенности.

Медицинский регистратор - первый работник здравницы, с которым отдыхающий встречается при поступлении и от него многое зависит.

А.А.Васильев справедливо отмечает: "Переступив порог приемного отделения, больной должен почувствовать, что он вступает в атмосферу тишины, спокойствия, доброжелательности и внимания ко всем и, в частности, к нему лично".

Важны и интерьер приемного отделения, и наглядная агитация, направленная на пропаганду здорового образа жизни, оздоровительных факторов курорта и внешний вид, культура поведения речи медрегистратора, по которой отдыхающий составляет первое впечатление о всем дне отдыха, пансионате, его персонале.

Подробно вопросы медицинской деонтологии и малой психотерапии в работе персонала приемных отделений санаторно-курортных учреждений профсоюзов освещены в изданных нами в 1983 году методических рекомендациях.

### Беседа руководителя учреждения с вновь поступившими отдыхающими.

Первичная беседа руководителя (с участием врача-интерниста, культработника, желательно и психотерапевта) является тем звеном системы, где наиболее активно начинается коррекция установки отдыхающих на отдых и оздоровление.

Мы выделяем в первичной беседе с поступившими отдыхающими несколько аспектов:

- 1) информационный;
- 2) воспитательный;
- 3) корrigирующий установку;
- 4) санитарно-просветительный;
- 5) собственно психогигиенический, психопрофилактический.

Что мы подразумеваем под информационным аспектом беседы?

Директор, совместно с врачом, культработником во время беседы должен дать слушателям-отдыхающим необходимый минимум информации об истории здравницы, об основных оздоровительных факторах, возможностях для отдыха.

При этом выявляются, подчеркиваются достоинства, ценность не столько общеизвестных оздоровительных факторов данного курорта (море, климат и т.п.), сколько не менее важных, но нередко пользующихся меньшей популярностью, несмотря на безусловную целесообразность их в оздоровлении (двигательная активность, физкультура, рациональное питание и др.).

Из информационного аспекта вытекает корригирующий. Именно при дифференцированной даче соответствующей информации корригируется установка отдыхающих, сдвигаются ее аспекты в сторону активного отдыха.

У отдыхающих, приезжающих на курорт, еще нередко отмечается неадекватный тип отношения к своему здоровью и отдыху. Пассивная позиция в отношении сохранения и укрепления здоровья, стремление переложить ответственность за его сохранение и укрепление на плечи других (врачей, родственников, руководителей производства), нежелание приложить собственные усилия в этом направлении приводят у этой части отдыхающих к установке на пассивный отдых, нежеланию избавиться от вредных привычек, нарушениям санаторно-курортного режима.

В процессе правильно построенной беседы у этого контингента больных происходит определенная коррекция установки на пребывание на курорте, изменение ценностной ориентации.

Во время беседы решается соответственно и такой важный вопрос как борьба с вредными привычками, пропаганда здорового образа жизни (санитарно-просветительный аспект).

Естественно, что за короткое время беседы невозможно подробно рассказать о вреде курения, пьянства, нездорового образа жизни, о пользе рационального питания, физической культуры, следовательно, информация по этим вопросам должна быть лаконичной, тесно увязанной с санаторно-курортным режимом, подчеркивающей тот факт, что

вредные привычки сводят на нет результат действия оздоровительных факторов курорта.

Часть беседы должна посвящаться вопросам психогигиены, психо-профилактики, предупреждению конфликтов, суть этого аспекта отнюдь не сводится к увещеванию отдыхающих быть взаимно вежливыми с персоналом. Руководитель здравницы обязан честно и объективно рассказать о трудностях, которые могут возникнуть во время пребывания на курорте, подготовить к ним отдыхающих.

Привести конкретные примеры конфликтных ситуаций, проанализировать причины их возникновения, показать оптимальные пути выхода из конфликта.

Собственно выделение указанных аспектов является в какой-то мере условным, поскольку все они тесно связаны между собой, вытекают друг из друга. Но каждое из направлений беседы должно нести в себе психотерапевтический потенциал. Без психотерапевтической нагрузки беседа во многом теряет свою ценность.

В последующем, уже в процессе отдыха, малая психотерапия, являясь мощным орудием в руках персонала, должна быть направлена на решение тех же задач, что и первичная беседа.

Например, культработники должны потенцировать, подчеркивать важность, полезность не только культурно-массовых мероприятий, но и физической активности, физкультурно-оздоровительных мероприятий, санаторно-курортного режима, рационального питания и т.д.

В свою очередь физкультурные работники должны потенцировать культурно-массовые мероприятия и др.

Малая психотерапия в деятельности медицинского персонала учреждений отдыха, и прежде всего врачебного (терапевтов, педиатров, стоматологов и др.), помимо указанных выше аспектов, должна включать также выяснение вопроса получал ли ранее пациент назначаемые процедуры, как их переносил, дезактуализацию опасений возможных побочных действий, объяснение на доступном пациенту уровне механизма их действия, ожидаемого лечебно-оздоровительного эффекта, значения возможных ощущений и т.п.

Информация должна быть лаконичной, четкой, точно рассчитанной на возраст, интеллектуальный уровень, личностные особенности пациента.

Организация малой психотерапии в здравнице во многом зависит от врача-психотерапевта. На него возлагается обучение персонала приемам, навыкам малой психотерапии и контроль за их применением на практике.

Для этого, помимо проведения занятий с персоналом, психотерапевт должен периодически, по плану, участвовать в обходах в столовой, спальных корпусах, проводить совместные приемы пациентов с врачами-интернистами, осуществлять наблюдение за работой регистраторов приемного отделения, выборочно присутствовать во время культурно-массовых, физкультурно-оздоровительных мероприятий, отпуска физиотерапевтический процедур.

При этом он отмечает положительные и отрицательные факты в деятельности персонала с точки зрения медицинской деонтологии и малой психотерапии, а затем, проводя разбор занятия, дает советы, практические рекомендации.

Это позволяет обеспечить качественное, системное применение методов малой психотерапии в комплексе лечебно-оздоровительных мероприятий в учреждении семейного отдыха.

### ГЛАВА III.

#### МЕТОДЫ БОЛЬШОЙ ПСИХОТЕРАПИИ, РЕКОМЕНДУЕМЫЕ К ПРИМЕНЕНИЮ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СЕМЕЙНОГО ОТДЫХА.

Применение методов большой психотерапии в учреждениях семейного отдыха, имеет свои характерные особенности, обусловленные рядом указанных выше факторов.

Это прежде всего необходимость работы как со взрослым, детским, так и смешанным (семейная психотерапия) контингентом отдыхающих и другие.

Специфические условия санаторно-курортной практики создают возможности для решения с помощью методов психотерапевтического воздействия следующих основных задач:

1. Ускорение психологической адаптации детей и взрослых к условиям курорта, особенностям конкретной здравницы, к коллектиvu отдыхающих.

2. Своевременная коррекция и предупреждение пограничных психических нарушений, сопутствующих соматической патологии.

3. Потенцирование и опосредование оздоровительных природных факторов, режима, рационального питания, физкультуры и др.

4. Мобилизация личностных резервов, формирование психологической установки на четкое выполнение рекомендаций, режимных ограничений.

5. Влияние на определенные этиопатогенетические и клинические проявления телесного недуга.

6. Формирование установок на здоровый образ жизни (в т.ч. антиалкогольных, антиникотиновых установок).

В отношении детей инициативную психотерапевтическую тактику следует строить на основе трех ведущих принципов, выдерживаемых в процессе клинического применения любого из методов большой психотерапии.

1. Этап развития психики с учетом асинхронии развития (акселерация, ретардация).

2. Характер соматической и нервнопсихической патологии.

3. Особенности формирования личности, тип воспитания в семье, присутствие родителей по месту лечения ребенка.

В подростковом возрасте, так же как и у взрослых, необходимо также учитывать и тип отношения к состоянию здоровья (по А.Т.Филатову-И) бережно активное; 2) бережно-пассивное; 3) индифферентное; 4) отрицательное. Для первого типа характерно активное стремление к укреплению здоровья, ограждение от действия неблагоприят-

ных факторов. При втором типе люди, в основном, стараются избежать различных вредных, по их мнению, воздействий (мороз, сквозняки, жара и т.п.), активно не добиваясь повышения резистентности организма путем закаливания, физкультуры и т.п. Отношение третьего типа проявляется беспечностью, безразличием к состоянию своего здоровья. И, наконец, лица с четвертым типом <sup>на</sup> носят явный ущерб собственному здоровью (курение, употребление спиртных напитков и другие факторы).

### Внушение наяву.

Под внушением (суггестий) наяму подразумевается прямое психическое воздействие, осуществляющееся с лечебной целью пациентам, находящимся в бодрствующем состоянии и воспринимаемое ими пассивно, без критической оценки. обладать

Суггестивным влиянием могут обстановка психотерапевтического кабинета, общая психологическая и эстетическая атмосфера здравницы, манера поведения и внешний вид врача. Очень велики возможности словесного (верbalного) внушения, осуществляющегося с помощью речевого воздействия на больного.

Для эффективного внушения наяму должно быть присущее сочетание направленности, директивности, необычности, экспрессивности, динаминости, информативности, убедительности (А.И.Захаров).

Направленность – это конкретный характер суггестии, ее цель и задачи.

Директивность – категоричность, обязательность, безоговорочность внушения, выражение его в форме повелительного наклонения. Это монолог врача, не предусматривающий обратной вербальной связи к пациентам.

Необычность – специфика осуществления суггестии, ее новизна, неожиданность для больного.

Экспрессивность – выразительность речи врача, эмоциональная насыщенность.

Динамичность – энергетическая характеристика внушения, его темп. В заключительной части сеанса необходимо увеличить силу звука, завершать внушение при максимальной фиксации на нем внимания больного. Сюда же относится ритм внушения, расстановка эмоциональных и смысловых акцентов, композиция сеанса.

Под информативностью понимается оптимальная мотивационно-смысловая насыщенность при минимальной продолжительности фразы.

Убедительность – обрамление подаваемой информации соответствующей манеры поведения, жестикуляцией, тембром голоса, тоном об-

ращения, взглядом и т.п.

Внушение наяму целесообразно применять в тех случаях, когда у пациента имеются высокая внушаемость, сформированная установка на лечение, отсутствует ригидная ориентация на собственную точку зрения. Ибо, в своей сущности внушение одномоментно, то есть оно действует сразу или не действует вообще. Это обусловлено тем, что механизм действия лечебного внушения состоит в частичной либо полной замене патологической доминанты лечебной, активирующей функционирование здоровых нейродинамических систем организма. Все же последующие внушения направлены на подкрепление и усиление достигнутых изменений (А.И.Захаров).

Внушение наяму может применяться в любом возрасте, но более эффективно, обычно у дошкольников и младших школьников. Курс состоит, как правило, из 2-4 сеансов, каждый из которых продолжается 5-15 минут. М.И.Буянов и соавт. рекомендуют трехэтапную структуру сеанса. Первый этап - введение ребенка в состояние повышенного спокойствия. Второй этап - проведение суггестии, направленной на ликвидацию или уменьшение того или иного расстройства. И третий этап - выведение пациента из состояния повышенного спокойствия. При этом рекомендуется каждую фразу повторять несколько раз. При обычной суггестии - спокойным, тихим, уверенным голосом. При императивной суггестии - громко, отрывисто, в приказном тоне.

На кафедре психотерапии Украинского института усовершенствования врачей применяется следующая форма проведения суггестивного внушения наяму (по А.Т.Филатову). Занятие проводится не индивидуально, а в группе из 5-7 больных. Это повышает внушаемость каждого, а следовательно и результаты лечения. Внушение лучше проводить в положении стоя, расположив детей в одну шеренгу. Вначале врач внушает напряжение мышц, предлагает внимательно смотреть ему в глаза. Затем проводят императивные внушения, устранивая неприятные ощущения, боли, спазмы, нарушения движений, чувствительности, речи; результат повышается, если врач внушения сопровождает тактильными воздействиями (пассами, поглаживанием, точечным массированием биологически активных точек и т.п.), сопровождая это соответствующей суггестией.

Целесообразно вначале проводить внушение более внушаемым пациентам, а потом перейти к менее внушаемым.

С помощью данного психотерапевтического метода можно добиваться успеха при невротических реакциях, в особенности системного характера, возникающих после действия сильных психотравмирующих факторов, либо условнорефлекторному механизму.

Внушение наяву можно применять при невротических реакциях страха, нарушениях сна, зажикании, мутизме, зафиксированных соматических реакциях, патологических привычках, тиках. Важное значение имеет фактор времени. Чем меньший временной интервал отделяет от действия психогенного раздражителя, вызвавшего невротическую реакцию, тем выше эффективность суггестии.

В качестве примера, демонстрирующего технику сеанса внушения, приведем следующие наблюдения (В.А. Скумин).

У Светланы Т., 8 лет, страдающей язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, в фазе ремиссии, на третий день после поступления в санаторий гастроэнтерологического профиля проводилось исследование желудочной секреции с помощью зонда. При введении зонда у девочки возникли болезненные ощущения в области шеи, она пыталась рассказать медицинской сестре, проводимой исследование. Та же ответила: "Не выдумывай, глотай быстрее" и продолжала манипуляцию. Светлана пыталась что-то говорить, у нее возник приступ кашля, рвоты. Схватившись одной рукой за свое горло, другой она выдернула зонд и с рывком выбежала из кабинета.

После этого случая у ребенка в ситуациях, связанных с психоэмоциональным напряжением всякий раз стало возникать зажикание. Через две недели, когда стало ясно, что зажикание само по себе не проходит, а лечащий врач заявил о своей некомпетентности в данной области, родители забрали девочку из санатория и обратились за психотерапевтической помощью в специализированное учреждение.

Во время беседы выяснилось, что накануне проведения зондирования у ребенка возникли легкие катаральные явления — сухость, першение в горле. При введении зонда появились неприятные болевые ощущения, показалось, что "раздирает дыхательное горло", возник страх, кашель, рвота, "все скжалось". В тот же день окружающие и сама девочка заметили, что она стала зажикаться. Одни из старших ребят высказал предположение, что зонд повредил голосовые связки.

Этот момент зафиксировался в сознании ребенка.

Для лечения невротического зажикания было решено применить директивное внушение наяву. Во время сеанса, состоявшегося через 3 дня, после соответствующей психологической настройки на успешное излечение, осуществленной родителями девочки, психотерапевт произносил примерно следующие фразы: "Ты должна внимательно слушать меня. Смотри мне в глаза. Смотри прямо в мои глаза и слушай. Сейчас я избавлю тебя от нарушения речи. Ты будешь говорить спо-

койно, плавно, красиво. Будешь говорить правильно, хорошо. Сейчас я сосчитаю до трех и когда скажу "три" твоя речь полностью восстановится. Смотри прямо в мои глаза. Один (психотерапевт кладет левую ладонь на лоб пациента, лишь слегка касаясь ее. Вздерживается пауза за 10-12 секунд). Два (ладонь правой руки касается кожи шеи. Пауза 10-20 секунд). Три (слегка надавливает на лоб и шею пациента своими руками). Нарушения речи исчезли. Ты будешь говорить легко, уверенно, правильно. Отвечай, как тебя зовут? (следует ответ). Где ты живешь? (следует ответ). Теперь твоя речь восстановилась."

При рассмотрении данного случая нельзя не отметить, что во-первых, невротическая реакция возникла вследствие сорригации - психотравмы, нанесенной медицинской свастой санатория. Этого бы не случилось, если бы соблюдались должным образом правила медицинской этики и деонтологии, а при подготовке и в процессе диагностических манипуляций применялись методы малой психотерапии, описанные в соответствующем разделе методических рекомендаций.

Во-вторых, возникшую у ребенка невротическую реакцию, в данном случае, легко можно было копировать в самом начале методами большой психотерапии и частности внушением наяву. Это предупредило бы возникновение конфликтной ситуации, связанной с преждевременной выпиской и вполне закономерными претензиями родителей пострадавшего ребенка.

Вместе с тем, необходимо подчеркнуть, что при неврозоподобных, соматогенно обусловленных психических нарушениях, включая системные, психопатоподобных и выраженных невротических расстройствах, в особенности сопровождающихся астенизацией психической деятельности, внушение наяву в большинстве случаев неэффективно и может вызывать лишь временное улучшение состояния, способствуя непродолжительной компенсации психопатологических проявлений.

При подобных нарушениях показано применение других методов большой психотерапии.

#### Гипносуггестивная терапия.

Под гипнозом понимают психотерапевтический метод, проводимый в состоянии торможения центральной нервной системы, при котором посредством внушения врач добивается лечебного действия.

Во время гипноза отмечается качественно особое состояние психики, возникающее под влиянием направленного психологического

воздействия, отличающееся как от сна, так и от бодрствования, сопровождающееся значительным повышением восприимчивости к психологическим факторам при резком понижении чувствительности к действию всех других природных факторов (Б.Е.Рожнов).

С физиологических позиций гипноз представляет собой естественное переходное состояние от сна к бодрствованию, своеобразное защитное торможение (И.П.Павлов). Иногда высказывается ошибочное мнение о том, что гипнотерапия - это устаревший метод, что следует чаще применять новые методы. Такие высказывания свидетельствуют о недостаточной компетенции их авторов. Ошибка чаще всего зависит от неумения дать глубокую оценку сравниваемых методов. Согласно классификации А.Т.Филатова условно выделяются методы психотерапии, в большей степени осуществляющие биологическую коррекцию (гипноз, аутогенная тренировка, косвенная психотерапия) и методы, корректирующие личность в социальном аспекте (коллективно-групповая психотерапия). Методы психотерапии не следует противопоставлять, им необходимо сочетать в стройную систему. Главное заключается в умении правильно и обоснованно применить тот или иной метод.

В санаторно-курортной практике возрастных ограничений для применения гипнотерапии нет.

Этот метод рекомендуется применять с целью мобилизации психофизиологических ресурсов, укрепления эмоционально-волевых процессов, устранения конкретных симптомов заболевания посредством суггестий направленного характера.

Гипнотерапия показана при психогенных и соматогенных астенических расстройствах, т.к. способствует укреплению нервных процессов, повышению тонуса, выравниванию настроения, нормализации сна, уменьшению раздражительности, улучшению вегетативной регуляции организма.

Целесообразно использование гипнотерапии в комплексе лечения детей и взрослых, страдающих так называемыми психосоматическими заболеваниями: бронхиальной астмой (без воспалительного процесса в легких), хроническим ангикохолециститом, гастродуоденитами, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, спастическими колитами и др.

Под влиянием гипнотерапии отмечается улучшение в течении таких заболеваний, как хроническая и рецидивирующая пневмония, бронхит, экзема, экссудативный диатез, пеориаз. Улучшается самочувствие и у пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми

заболеваниями. Особое значение имеет гипнотерапия при лечении больных, перенесших операции на сердце, либо готовящихся к ним.

Важным подспорьем может стать данный психотерапевтический метод при лечении на курсорте лиц, страдающих ожирением, эндокринными расстройствами.

Весьма успешна гипносургестия при болевом синдроме, который часто встречается у пациентов, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническим гепатитом, гастритом, дуоденитом, при ревматизме, бронхологических и других соматических заболеваниях.

Гипнотерапия противопоказана при наличии асоциальных установок, страхе перед гипнозом, психомоторном возбуждении, в остром периоде соматического заболевания. Гипнотерапия обычно неэффективна при диффузной тревожности, многих невротических страхах (танатофобия, мизофобия, лиссофобия), агрессивности, невротических и патохарактерологических развитиях, психопатоподобных синдромах. При неврозоподобных состояниях действенность гипнотерапии повышается, если она сочетается с аутогренингом и другими методами лечения.

Учитывая то, что результат гипнотерапии во многом зависит от степени внушаемости пациентов, остановимся подробно на анализе последней, излагая результаты научных разработок, проведенных по изучению внушаемости на кафедре психотерапии Украинского института усовершенствования врачей и в санатории "Берминводы".

А.Т.Филатовым было предложено рассматривать внушаемость как сложное свойство психики, состоящее из ряда компонентов. Последние могут быть распределены на несколько групп:

I. По источнику внушения.

А. Аутовнушаемость. Б. Гетеровнушаемость.

П. По воспринимающему внушения анализатору:

А. Интерорецептивная. Б. Экстерорецептивная.

I. Сердечно-сосудистая      I. Тактильная

2. Дыхательная      2. Обонятельная

3. Желудочно-кишечная      3. Вкусовая

4. Мочевыделительная      4. Слуховая

5. Зрительная

В. Проприорецептивная

Г. Двигательная

Ш. По содержанию внушения

А. Активизирующая, напр.      Б. Парализующая, направленная на

равленная на проявление физиологических реакций.

торможение физиологических реакций.

Под аутовнушаемостью понимается способность успешно проводить внушения самому себе. Гетеровнушаемость—способность реагировать на внушения другого лица.

Следующие компоненты определяются направленностью на тот или иной вид реакции. Вся информация вначале воспринимается слуховым анализатором, отражаясь во всех его составных частях и осознаваясь в кортикальной его части. В последующем импульсация передается на кортикальные участки других анализаторов.

Приведенная система позволяет проводить структурно-функциональный анализ внушаемости.

Новые данные о механизмах гипнотического действия были получены в нейрофизиологической лаборатории санатория "Березовские минеральные воды" (научный руководитель проф. А.Т. Силатов). Преследовалась цель изучить на какие церебральные структуры во время гипноза можно оказать наиболее значительное воздействие. Сравнивалась реализация различных внушений. Оказалось, что большей чем другие откликаемостью отличается двигательный анализатор. На основании этого можно полагать, что передняя центральная извилина является структурой наиболее откликаемой на психотерапевтические воздействия. При этом по-разному реализуются внушения в различных мышечных группах: лучше в мышцах верхних конечностей, чем в нижних, что объясняется большим кортикальным представительством первых. Однако выявленная закономерность в основном проявляется у взрослых и старших школьников. Что же касается детей младшего возраста, то у них в большей степени реализуются внушения, касающиеся мимической мускулатуры. Они при внушении склеивания век не могут открыть глаза, внушении склеивания губ не могут открыть рот. В то же время внущенные движения рук или не выполняются совсем, или частично. Установленные различия объясняются большей откликаемостью кортикальных структур координирующих тонус мимической мускулатуры у детей младшего школьного возраста.

Новые данные были получены также при изучении реализации внушений, адресованных кортикальным отделам внутренних органов. Оказалось, что успешнее реализуются внушения, адресованные сердечно-сосудистой системе, несколько хуже дыхательной и менее успешно пищеварительной системе. Выявленные различия можно также объяснить различным кортикальным представительством перечисленных систем. Известная большая реактивность сердечно-сосудистой системы и несомненная инертность по сравнению с ней пищеварительной

системы.

Выявленные закономерности внушаемости позволили А.Т.Филатову обосновать концепцию о психотерапевтическом воздействии на определенные физиологические системы, которые позволили осуществлять патогенетическую психотерапию, предусматривающую коррекцию звеньев патогенеза болезни.

Основные положения концепции следующие:

1. Внушения реализуются тем лучше, чем больше кортикоизирована данная физиологическая система, данный орган.

2. Реализация внушений зависит от степени жесткости закрепления функций системы. Чем жестче закрепленная в своих функциях система, тем хуже реализуются адресованные указанным функциям внушения.

3. В большей степени реализуются те внушения, которые потенцируют физиологические реакции, имеющие защитный для организма характер (боль, тепло и т.д.).

4. Внушения больше отражаются в тех кортикальных структурах, которые под влиянием физиологических или патологических доминант претерпели функциональную перестройку. Так в том участке, в котором пациент ранее испытывал сильные болевые ощущения легче вызвать внушенную боль.

5. Активирующая и парализующая внушаемость проявляется в разных анализаторах по-разному, в зависимости от их физиологических особенностей. Так в зрительном и слуховом анализаторах больше выражена парализующая, чем активирующая внушаемость, в то время как в двигательном и тактильном анализаторах, примерно в одинаковой степени выражены два рассматриваемых компонента внушаемости.

Итак, при решении вопроса о том, проводить или не проводитьльному гипнотерапии, необходимо учитывать не только клинические показания, так как успех данного метода зависит не столько от нозологической формы, сколько от восприимчивости нервной системы к внушению, т.е. от степени внушаемости. Поэтому перед выбором метода психотерапии мы рекомендуем исследовать внушаемость. С этой целью во время исследования неврологического состояния следует провести несколько проб на внушаемость.

Наиболее показательными являются следующие приемы:

I прием В.Е.Рожнова: психотерапевт пристально смотрит в глаза больного, предлагает плотно переплести пальцы рук в замок, внушает невозможность разжать руки.

Прием В.Е.Рожнова: пациенту дают три чистых сосуда (пробирки, стаканы, флаконы), врач внушает, что в одну пробирку ранее были налиты духи, во вторую - бензин, в третью - вода и просит определить в какой сосуд какая была налита жидкость.

I прием Куэ и Бодуена: врач и больной стоят лицом друг к другу на расстоянии примерно 50 см. Врач подносит свои ладони к вискам пациента, не касаясь их, и внушает: "Сейчас я буду забирать свои руки, и вы будете чувствовать, что вас мои руки притягивают как магнит."

П. прием Куэ и Бодуена: врач становится сзади больного, подносит руку к его затылку, слегка касается кожи затылка и внушает: "Сейчас я буду отнимать свою руку, и вы почувствуете как вас тянет назад".

I прием А.Т.Филатова: пациент может находиться в положении сидя. Руки положены на бедра, глаза закрыты. Врач внушает: "Ваша правая рука легкая, невесомая. Ваша правая рука начинает подниматься вверх без ваших усилий".

П прием А.Т.Филатова: в положении стоя или сидя исследуемый располагает руки ладонями к груди и закрывает глаза. Врач внушает: "Руки начинают сами по себе отходить вперед от груди. Вы ничего не делаете, а руки сами по себе все больше и больше отходят от груди".

Ш прием А.Т.Филатова: больной находится в позе Ромберга, закрывает глаза. Врач внушает: "Правая рука становится тяжелой, а левая легкой". Определяется диапазон изменения уровня рук. После этого иное внушение: "Теперь наоборот, левая рука становится тяжелой, а правая легкой".

IV прием А.Т.Филатова: врач и больной стоят напротив, лицом друг к другу. Больной закрывает глаза, врач внушает: "Ваши веки склеились, как смазанные kleem. Сейчас будете пытаться открывать глаза и почувствуете как они склеились".

У прием А.Т.Филатова: в положении стоя больной сгибает правую руку в локтевом суставе, чтобы волнистая поверхность кисти находилась на уровне лица. Врач предлагает больному внимательно смотреть в центр своей ладони и внушает: "Ваша правая рука напряжена и вы чувствуете как пальцы вашей руки сами по себе расходятся веером". Затем таким образом внушается расхождение пальцев левой руки".

Прием Е.С.Каткова: поза такая же как и при предыдущей проблеме. Врач внушает: "Средние пальцы рук сами по себе отталкиваются друг от друга, между пальцами появляется зазор. Вы ничего

не делаете. Пальцы отталкиваются друг от друга автоматически".

Прием С.Н.Астахова: внушение сокнущия век при надавливании на надбровные точки.

Прием В.А.Скумина: пациент стоит с опущенными руками. Врач внушает: "Сейчас вы возьмете в опущенные вдоль тела руки шнур (он должен быть неэластичным) и попытаетесь его растянуть (расстояние между кистями 40-50 см). По моей команде отпустите шнур, после этого руки за счет "внутреннего напряжения" разойдутся во все стороны сами собой без ваших усилий и застынут. При этом появится ощущение парения рук".

Изучению внушаемости следует придавать большое значение, т.к. успех гипнотерапии, в основном, зависит от того насколько внушаем больной. Если же пациент оказывается маловнушаемым, то следует применить не гипнотерапию, а другой психотерапевтический метод.

Количественную оценку можно проводить по методике В.А.Скумина по 5 бальной системе: +3 быстрая и полная реализация внушения; +2 - хороший эффект; +1 - слабый результат суггестии; 0-отсутствие эффекта; -1 - реакция противоположная внушаемой.

Последнее обычно свидетельствует об отрицательном отношении пациента к гипнотерапии. Это нередко проявляется у подростков, желающих чем-либо выделиться, прослыть "неподдающимся гипнозу". Таких пациентов брать на гипнотерапию не следует, т.к. они не только отнимают время психотерапевта, но и негативно влияют на других пациентов группы.

Техника проведения сеансов гипноза для взрослых и детей описана в вышедших отдельным изданием методических рекомендаций "Гипносуггестивная психотерапия", утвержденных Украинским республиканским научно-методическим центром по психотерапии (Харьков, 1983г.).

Следует подчеркнуть, что гипнотическое торможение центральной нервной системы может быть различной степени глубины. При их описании авторы нередко смешивают такие понятия, как глубина гипнотического сна и степень внушаемости. Проявления этих двух характеристик могут совпадать, но могут и различаться. Нередко приходится наблюдать пациентов с хорошей внушаемостью. Им достаточно закрыть глаза и внушения сразу же хорошо реализуются. Но в то же время пациент улавливает и другие сигналы, исходящие не только гипнолога. В других случаях наблюдается недостаточная внушаемость при быстром наступлении глубокого гипнотического сна, который может переходить в обычный сон, в случае потери rapporta.

Различают три степени глубины гипнотического состояния.

I степень (малый гипноз или гипнотическое очарование); пациент не может самостоятельно двигаться, не может *открыть* самопроизвольно глаза. Однако, несмотря на это не утрачивается связь с окружающей средой. Загипнотизированный воспринимает сигналы, исходящие не только от психотерапевта; он улавливает другие звуки (стук, звонки, посторонние разговоры и др.).

II степень (гипотаксия): в связи с более глубоким торможением нервной системы появляются симптомы восковой гибкости (пациент застывает в неудобных позах). Однако после выведения пациента из гипнотического сна, у него сохраняется память на сигналы, отражение в состоянии гипноза (содержание внушения, свои реакции).

III степень (сомнамбулизм). Она характеризуется появлением амнезии на период гипнотического сна и наиболее полной реализацией внушений.

На основании собственного опыта проведения психотерапии, А.Т. Билатов предлагает разделить степени реализации внушений на четыре градации: нулевая, малая, средняя, выраженная.

При первой реализации отсутствует, при второй возникают лишь субъективные реакции на внушение. Так, при внушении движений последние не реализуются, но возникает ощущение движения. При средней степени реализации движения реализуются в небольшом объеме (при внушении подъема руки, последняя поднимается на 1-5 см...). При выраженной - реализация внушений наступает быстро и явно. Гипнотические сеансы в большинстве случаев проходят благоприятно. В отдельных случаях могут быть следующие осложнения:

1. Истерические реакции (плач, рыдания и другие эмоциональные нагрузки), которые могут быть только у подростков и взрослых. У детей младшего возраста они не возникают. Указанные реакции обусловлены спонтанными воспоминаниями о прежних переживаниях. При их появлении не следует выводить пациента из гипнотического состояния. Указанные реакции можно успешно копировать императивным внушением спокойствия, расслабления, наступления глубокого гипнотического состояния.

2. Замедленный выход из гипнотического состояния. После счета "три" пациент пытается открыть глаза и не может этого сделать. Врачу следует спокойно, уверенным голосом несколько раз повторить дегипнотизацию.

3. Головная боль, слабость, разбитость после гипноза может

возникнуть у больных, перенесших нейроинфекции с гипоталамическим синдромом, у страдающих гиптонической болезнью. В этих случаях следует изменить методику гипнотизации: не вызывать выраженной релаксации мышц, при гипнозизации внушать чувство прохлады в области лба.

В санаторно-курортной практике не всегда имеется возможность проводить индивидуальные сеансы всем нуждающимся в гипнотерапии. Да, в этом обычно и нет необходимости. Групповые занятия дают возможность использовать эффект психологической взаимоиндукции пациентов, способствуют гипнабельности. И, естественно, позволяют оказать психотерапевтическую помощь гораздо большему числу больных за одинаковый промежуток времени.

В.А.Скумин для лечения соматически больных детей, страдающих сопутствующими пограничными формами нервно-психических расстройств, предлагает сочетанное применение гипноза к музыкотерапии, описание которого проведено в упомянутых методических рекомендациях "Гипнотическая психотерапия".

При проведении гипнотикотерапии основная сложность заключается в проведении лечебных внушений. Нередко врачу удается довольно легко ввести пациентов в гипнотическое состояние. Гораздо труднее добиться с помощью гипноза устранения патологической симптоматики. Успешность последнего нередко зависит от умения психотерапевта составить лечебные внушения. Внушения в гипнозе должны быть разносторонними, а не только симптоматическими. Для обеспечения разносторонности А.Т.Филатовым предложено осуществить три вида коррекции: биологическую, психологическую, социальную.

Первая направлена на восстановление нарушенных болезнью физиологических функций (артериального давления, дыхания, деятельности желудочно-кишечного тракта и т.д.); вторая - на исправление нарушений сфер психики (восприятия, мышления, эмоций и т.д.). Социальная коррекция предназначена для оптимизации межличностных отношений в семье и трудовом коллективе, совершенствования навыков общения, предупреждения конфликтов.

Не следует повторять при каждом сеансе одни и те же фразы. В начале внушения следует направить на устранение наиболее значимых для больного симптомов, а затем переходить к коррекции второстепенных внушений. Содержание каждого последующего сеанса должно логически вытекать из предыдущего. С этой целью необходимо составить программу внушений.

Так как формулы внушений для взрослых описаны в литературе боль-

ше, мы остановимся подробнее на примерных формулах внушений в детской практике.

Приводимые ниже формулы вербального воздействия, составленные В.А.Скуминым для детско-подросткового возраста, могут, естественно, рассматриваться лишь как образцы для построения конкретных лечебных сuggестий.

1. При алгическом синдроме внушения должны быть императивными, краткими: "Боль успокаивается. Неприятные ощущения проходят. Начинаешь чувствовать здесь (врач касается своей рукой "больного места") приятную легкость. Я забираю боль. Боль уходит. Остается приятное ощущение легкости, свежести. Стало хорошо. Ты выздоравливаешь. Становишься крепким, здоровым, сильным".

2. При кардиофобическом синдроме: "Ты находишься в состоянии полного внутреннего покоя. Сердце укрепляется. Сердце работает четко, ровно, ритмично. Приятное тепло разливается по грудной клетке. В области сердца - ощущение легкости, тепла, покоя. Проходят боли и неприятные ощущения в области сердца. С каждым днем твое самочувствие будет улучшаться. Пульс ритмичный (врач нашупывает пульс пациента). Ты спокоен за состояние своего сердца. Ты не чувствуешь свое сердце, как не чувствует свое сердце каждый здоровый человек".

3. При синдроме раздражительной слабости: "С каждым сеансом будет улучшаться твое самочувствие. Твоя нервная система успокаивается. С каждым сеансом ты становишься все спокойнее и спокойнее. Спокойнее становится каждая нервная клеточка. Ко всему происходящему вокруг можешь относиться спокойнее, чем раньше. Чувствуешь себя в обстановке полного спокойствия. Дома, в школе, на улице ты всегда выдержан, уравновешен, спокоен. Внутреннее спокойствие сопровождает тебя всюду, где бы ты ни находился, в какую бы ситуацию не попал. Душевное равновесие всегда с тобой".

4. При диссомниях: "Твой ночной сон постепенно наrmализуется. Гипноз обладает целебным свойством восстанавливать способность нервной системы затормаживаться, успокаиваться. Сейчас твоя нервная система заторможена. Вечером в твоей нервной системе у тебя будет наступать такое торможение. Поэтому, когда ты ляжешь в постель, тебя неудержимо будет тянуть ко сну. Сон придет сам по себе, без каких-либо усилий с твоей стороны. Погружению в сон не будут мешать ни широхо, ни шумы, ни звуки. Ты сможешь крепко спать до самого утра."

5. При цефалгии: "Постепенно, с каждым сеансом головные боли будут уменьшаться. Боли уходят. С течением времени они тебя полностью покинут. Голова становится легкой, свежей, ясной. Утром после

ночного сна будешь просыпаться хорошо отдохнувшим, с ощущением бодрости, ощущением легкости и свежести во всем теле и в голове. С каждым днем самочувствие будет улучшаться".

6. При астеническом синдроме: "Отдыхает нервная система. Нервная система восстанавливает свои функции. Улучшается деятельность каждой нервной клеточки. Ты спокойнее реагируешь на все раздражители. Под влиянием лечения восстанавливается функции нервных клеток. Нервная система работает более экономно. Накапливается запас энергии в каждой нервной клеточке. Нервная система становится сильнее и здоровее. Сильнее и здоровее становится весь организм. С каждым сеансом ты все больше и больше ощущаешь прилив сил и энергии. Всегда будешь чувствовать себя сильным и смелым, спокойным и уверенным".

Описанной методики можно придерживаться при гипнотерапии всех возрастных детских контингентов. Следует, однако, учитывать, что чем младше дети, тем большим должен быть удельный вес влияния на чувственную сферу при адекватном сокращении и упрощении вербального компонента.

#### Аутогенная тренировка.

Суть аутогенной тренировки (аутотренинга, AT) состоит в том, что первоначально путем самовнушения достигается расслабление по-перечно-полосатой мускулатуры, затем в этом состоянии проводятся дальнейшие самовнушения, направленные на регуляцию тех или иных функций организма, на коррекцию психических реакций. После того как И. Шульц предложил AT, в методику проведения последней были внесены различные изменения, пересмотрены отдельные рекомендации, которые давались ее автором. В частности, пересмотрены и возрастные показания.

В настоящее время разработаны многие варианты и модификации аутотренинга, предназначенные для различных контингентов больных. Ниже приводятся методики аутогенной тренировки, которые могут использоваться в санаторно-курортной практике в комплексе лечения различных соматических и нервно-психических нарушений у взрослых и детей в возрасте 10 лет и старше.

AT с успехом применяется при лечении больных, страдающих заболеваниями, обусловленными нарушениями кортикальной регуляции: гипертонической болезнью, бронхиальной астмой, гастритами, язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки, дискинезиями желчевыводящих путей, спастическими колитами, эзофагоспазмами, аэрофагией.

При обучении аутотренингу детей целесообразно придерживаться техники, разработанной В. А. Скуминым.

Обучение проводится индивидуально или в группе, не превышающей 8-10 человек. Занятия могут быть успешными при условии, что детям предварительно разъяснены на доступном для них уровне устройства организма, расположения органов.

При обучении детей аутотренингу нужно соблюдать принцип индивидуального творческого подхода, условно выделяя три общих этапа: 1) формирование психологической установки на овладение АТ; 2) освоение необходимых и адекватных элементов техники АТ; 3) целенаправленное применение АТ для достижения лечебных результатов.

В детстве с особой силой срабатывает "феномен веры". Не меньшее значение в обучении АТ принадлежит к "феномену подражания". При освоении детьми элементов АТ необходимо в деталях продемонстрировать, как выполняется конкретное упражнение. Очень важно, что показ осуществляется самим врачом, а также пациентами, уже приобретшими соответствующие практические навыки АТ. При формировании навыка произвольной релаксации детям должна предоставляться возможность наблюдать, как выполняется то или иное упражнение другими, пальпировать их мышцы в состоянии напряжения и расслабления, поднимать релаксированные конечности. Обучение по принципу "делай как я" наиболее эффективно. Любая форма наглядной помощи, в том числе демонстрации диапозитивов, кинолент, облегчает овладение АТ. Способствуют этому, особенно на первых сеансах, присутствие и участие в занятиях родных при условии положительного отношения к данному факту ребенка и предвербального инструктажа взрослых. В учреждениях семейного отдыха указанную возможность необходимо использовать как можно шире.

При обучении младших детей можно применять прием "научи куклу", когда ребенку предлагается "обучить" упражнению, которое осваивает он сам, куклу. Врач наблюдает за игрой, помогает проводить ее, фиксируя одновременно характерные речевые обороты и действия пациента, с тем, чтобы впоследствии использовать их по отношению к нему самому, формируя таким образом и собственный стиль психотерапевтического общения с данным ребенком.

Близкие цели преследуют прием "помоги новичку". Суть его состоит в том, что старшим детям поручается помочь и контролировать освоение определенного элемента АТ начинающими.

Обучаясь АТ, дети становятся более организованными, дисциплинированными, четко выполняют врачебные назначения, что позитивно влияет на процесс самогенеза.

Приводим описание рекомендуемых вариантов аутотренинга.

## Н е и р о с о с у д и с т ы й в а р и а н т (по И.М.Перекрестову).

Занять положение для аутогенной тренировки! Сделать глубокий вдох, закрыть глаза. Дышать спокойно. Очень внимательно слушайте каждое мое слово. Повторяйте мои слова шепотом, однократно. Их содержание старайтесь прочувствовать всем телом. Создайте о них яркое, образное представление.

Я СОВЕРШЕННО СПОКОЕН

(Шепотом повторите мои слова. Постарайтесь вспомнить приятное ощущение покоя, которое всегда появляется во время отдыха. Вспоминайте это ощущение).

МЕНЯ НИЧЕГО НЕ ТРЕВОЖИТ.

(Повторите шепотом мои слова. Вдумайтесь в сказанное. Не отвлекайтесь! Вспоминайте. Это ощущение Вам каждому знакомо!.  
ВСЕ МОИ МЫШЦЫ ПРИЯТНО РАССЛАБЛЕНЫ ДЛЯ ОТДЫХА.

(Шепотом повторите мои слова...Прочувствуйте приятное расслабление мышц, сделать это не трудно: вы удобно сидите (лежите), удобная поза способствует расслаблению мышц).

ВСЕ МОЕ ТЕЛО ПОЛНОСТЬЮ ОТДЫХАЕТ

(Шепотом повторите мои слова. Вспомните ощущение сладостного покоя, безмятежного отдыха, пережитого когда-либо вами полного отдыха).

Теперь переходим к второй задаче: мысленному представлению тяжести в правой руке).

Я ЧУВСТВУЮ ПРИЯТНУЮ ТЯЖЕСТЬ В ПРАВОЙ РУКЕ

(Шепотом повторите мои слова. Вспомните ощущение тяжести в правой руке, когда вы держите в правой руке ребенка. Вспомните, что вы ощущали, прижимая к груди младенца).

ПОСЛЕ СЕАНСА ОЩУЩЕНИЕ ТЯЖЕСТИ ПРОЙДЕТ

(Шепотом повторите мои слова. Продумайте сказанное. Вспоминайте пережитое ощущение тяжести в правой руке).

ПРАВАЯ РУКА ПРИЯТНО ОТЯЖЕЛЕЛА

(Шепотом повторите мои слова. Пусть рука лежит спокойно! Мысленно представьте, будто она тяжелеет. Представьте, что вы держите в правой руке приятную покупку, дорогой вашему сердцу подарок. Вспоминайте! Рука, действительно, тяжелеет).

Переходим к решению третьей - главной задачи на мысленное представление о тепле в правой руке.

Я ЧУВСТВУЮ ПРИЯТНОЕ ТЕПЛО В ПРАВОЙ РУКЕ

(Шепотом повторите мои слова. Мысленно представьте, будто рука погружена в теплую воду. Вспоминайте ощущение тепла в правой руке, когда она согрета ласковым солнцем).

КРОВЕНОСНЫЕ СОСУДЫ В ПРАВОЙ РУКЕ СЛЕГКА РАСШИРИЛИСЬ

(Шепотом повторите мои слова. Осознайте сказанное! Сосуды рефлекторно расширились и вы ощущаете тепло).

ЗДОРОВАЯ ГОРЯЧАЯ КРОВЬ СОГРЕЛА ПРАВУЮ РУКУ

(Шепотом повторите мои слова. Прочувствуйте, как тепло волнами распространяется по расширенным сосудам, согревая руку вплоть до кончиков пальцев).

ПРАВАЯ РУКА ВПЛОТЬ ДО КОНЧИКОВ ПАЛЬЦЕВ СТАЛА ГОРЯЧЕЙ

(Шепотом повторите мои слова. Вспомните ощущение тепла в правой руке, когда вы протягиваете руку к теплому предмету).

ПРИЯТНОЕ ТЕПЛО РАЗЛИЛОСЬ ПО ПРАВОЙ РУКЕ

(Шепотом повторите мои слова. Вы чувствуете это тепло. Вспомните приятное тепло в правой руке, согретой ласковым солнцем).

**Я РАСШИРЯЮ СОСУДЫ В ПРАВОЙ РУКЕ**

(Шепотом повторите мои слова, продумайте сказанное!)

Я СМОГУ ЭТО СДЕЛАТЬ С ЛЕЧЕБНОЙ ЦЕЛЬЮ В ЛЮБОМ ОРГАНЕ

(Шепотом повторите мои слова, продумайте сказанное!)

### Вариант при заболеваниях желудочно-

#### кишечного тракта

Я совершенно спокоен

Меня ничто не тревожит

Все мои мышцы приятно расслаблены для отдыха

Все мое тело полностью отдыхает

Я чувствую приятную тяжесть в правой руке

Правая рука приятно отяжедела

Приятно отяжелела и моя левая рука

Отяжелели мои ноги

Все мое тело приятно расслабилось и отяжелело

Я чувствую приятное тепло в правой руке

Кровеносные сосуды правой руки расширились

Здоровая горячая кровь согрела мою правую руку

Правая рука, вплоть до кончиков пальцев стала горячей

Приятное чувство тепла разлилось по правой руке

Кровеносные сосуды правой руки и солнечного сплетения расширились

Исчезло болезненное напряжение сосудистых стенок

Создались условия для снятия болевых и неприятных ощущений

Кровеносные сосуды солнечного сплетения расширились

Мое солнечное сплетение излучает приятное тепло

Приятное чувство тепла из области солнечного сплетения струится

в правое подреберье

В животе ощущение тепла и покоя  
 Я чувствую приятную прохладу в области лба  
 Кожу моего лба овеивает приятная прохлада  
 Мой лоб приятно прохладен  
 В голове ясность и свежесть мысли  
 Я совершенно спокоен  
 Это внутреннее спокойствие сопровождает меня повсюду  
 В любой ситуации я чувствую себя сильным  
 Мое целевое хладнокровие никогда не покидает меня  
 Я спокоен, уравновешен, выдержан  
 Я спокоен.

#### Цефалгический вариант

Я совершенно спокоен  
 Меня ничто не тревожит  
 Все мои мышцы приятно расслаблены для отдыха  
 Все мое тело полностью отдыхает  
 Я чувствую приятную тяжесть в правой руке  
 Правая рука приятно отяжелела  
 Приятно отяжелела и моя левая рука  
 Отяжелели мои ноги  
 Все мое тело приятно расслабилось и отяжелело  
 Я чувствую приятное тепло в правой руке  
 Кровеносные сосуды правой руки расширились  
 Здоровая горячая кровь согрела правую руку  
 Правая рука вплоть до кончиков пальцев стала горячей  
 Приятное чувство тепла разлилось по правой руке  
 Кровеносные сосуды правой руки и солнечного сплетения расширились  
 Исчезло болезненное напряжение сосудистой стенки  
 Создались условия для снятия болевых и неприятных ощущений  
 Кровеносные сосуды солнечного сплетения и мозга расширились  
 Мое солнечное сплетение излучает тепло  
 Кровеносные сосуды моего мозга слегка расширились  
 Улучшается питание нервных клеток  
 Исчезает болезненное напряжение сосудистых стенок  
 Сосуды мозга расширились  
 Создались условия для исчезновения неприятных ощущений в голове  
 Кожу моего лба овеивает прохлада  
 Мой лоб приятно прохладен  
 В голове появляется свежесть и ясность мысли

Моя голова свежая, чистая, ясная  
Никакие неприятные ощущения в голове меня не тревожат.

Итак, все задачи выполнены, цели достигнуты. Ощущение теплоты и потяжеления в правой и левой руке, и возможно, во всем теле, быстро начинает проходить. Ощущение покоя остается. Остается также чувство свежести и ясности мыслей в голове. Вы чувствуете себя хорошо.

Сделать глубокий вдох! Открыть глаза!

### Кардиологический вариант (по В.А.Скумину)

Методика включает в себя 5 упражнений: "релаксация", "тепло", "парение, невесомость", "целевое самовнушение", "активация".

Обучение элементам АТ проводится вначале индивидуально (первые 2-4 сеанса) с подбором наиболее действенных формул. С первого же занятия выполняются все упражнения. Для последующих психотерапевтических занятий формируются группы (обычно около 10 чел.) с учетом особенностей психосоматического состояния тренирующихся. При групповых занятиях психотерапевт должен произносить только краткие руководящие формулы, к примеру: "Расслабление... Расслабляются... Расслабляются". Тренирующиеся же мысленно проговаривают весь индивидуально составленный набор самоприказов.

"Стандартные", по И.Шульцу, положения не применяются. Во время сеанса каждый располагается так, чтобы испытывать минимум неприятных ощущений, связанных с особенностями соматического статуса. На время занятия, продолжительность которого составляет около 30 мин. можно включить метроном с частотой 40 ударов в 1 мин.

Вербальное воздействие осуществляется по следующей примерной схеме (после каждого слова выдерживается краткая пауза, более продолжительная обозначена многоточием). Пациентам предлагается мысленно проговаривать приведенные ниже фразы.

I. Последовательно расслабляются все мышцы, которые не участвуют в поддержании равновесия...

Расслабляются мышцы ног - стопы,.. голени,.. бедра...

Расслабляются мышцы рук - пальцы,.. ладони,.. предплечья,..  
плечи...

Расслабляются мышцы туловища - живота,.. грудной клетки,..  
спины - снизу вверх...

Расслабляются мышцы шеи...

Расслабляются мышцы головы, лица - лоб,.. глаза,.. щеки,..  
подбородок...

Все мышцы расслаблены,.. спокойны...

(Мысленным взором самостоятельно рассматриваем все свое тело с ног до головы... Чувствуем, что некоторые мышцы еще напряжены... Расслабляем их...).

2. Постепенно во всем теле будет возникать ощущение приятного тепла... Тело словно погружено в воду... Как будто теплые солнечные лучи согревают его... (Каждый самостоятельно вызывает то представление, которое наиболее способствует возникновению чувства тепла...).

Теплыми становятся ноги... Согреваются стопы... В подошвах появляется ощущение легкого покалывания... Тепло переходит на голени,.. бедра... Теплыми становятся руки - кисти,.. предплечья,.. плечи...

Чувство приятного тепла появляется в туловище... Солнечное сплетение словно излучает тепло... оно струится... разливается по всем внутренним органам... Тепло в животе ,.. в груди... Тепло поднимается по спине...

Тепло распространяется на шею...

Ощущение тепла появляется в голове,..лице...

С каждым ударом метронома все отчетливее приятное чувство тепла в нужных участках тела ... Волны тепла струятся по всему организму...

3. Тело как будто теряет свой вес... оно словно наполняется легким теплым воздухом ... Появляется ощущение парения... Тело как будто превратилось в легкое облачко ,.. серебристо-белое невесомое облочко, ,.. которое парит в небе ,.. свободно и легко парит в чистом, прозрачном ... голубом небе... Словно легкий ветерок веет на это облако... и оно растворяется ,.. сливается с беспредельным светлым небом...

4. Формулы целевого самовнушения составляются индиви-

дуально, в зависимости от конкретных психолого-психотерапевтических задач.

Применяются формулы, направленные на коррекцию психопатологических отклонений, характерологических особенностей личности, интеллектуально-мнестических нарушений, на оптимизацию процессов высшей нервной деятельности работы сердечно-сосудистой системы и достижение иных необходимых целей.

Приводим примерный образец формулы целевого самовнушения для детей и подростков:

" Я спокоен... Наполнен целебным покоем ... Укрепляется все тело... Приятное легкое тепло в области сердца... Сердце набирается сил, здоровья... Сердце укрепляется, заряжается энергией, силой. В груди легко и свободно. Я становлюсь крепким , здоровым , сильным".

Формулы должны быть краткими, понятными для пациентов и по возможности строиться в форме прямых утверждений, без частицы "не".

5. Постепенно начинается выход из состояния лечебного погружения ... Расслабление уменьшается ... Во время занятия организм зарядился силой, энергией , которые будут способствовать укреплению здоровья .... Сознание переходит в обычное состояние... Появляется чувство бодрости, свежести, силы ... Глаза постепенно открываются... Сделаем несколько движений ногами,.. руками,.. туловищем... Выходим из лечебного психологического состояния.

Данный вариант может использоваться и при других соматических заболеваниях, сопровождающихся нарушениями со стороны сердечно-сосудистой и нервной систем. При этом , естественно, применяются адекватные формулы целевого самовнушения.

В последние годы в психотерапевтической практике шире стала применяться коллективно-групповая психотерапия. Разработаны различные ее приемы. В учреждениях семейного отдыха целесообразно применение методики, описанной А.И.Захаровым и В.К.Мяггер (1979), которая предназначена для детей, в частности, страдающих невротическими нарушениями с сопутствующей соматической патологией.

Помещением для групповых занятий может служить большой врачебный кабинет, зал для ЛФК. При наличии специального помещения, оно оформляется у школьников по типу игровой комнаты детского сада, а у школьников - учебного класса.

Для групповой терапии показаны такие нарушения, как неадекватный уровень притязаний, эгоцентризм, неустойчивость самооценки, неверие в собственные возможности, излишняя застенчивость, скованность и неуверенность в общении, тревожно-мнительные черты характера, страхи и т.п.

Во время проведения занятий с группой врач использует специальные приемы коллективно-групповой психотерапии: анонимное обсуждение, психотерапевтическое зеркало, коррекция масштаба переживаний, лечебная перспектива.

Противопоказания обусловлены отрицательным отношением к лечению, агрессивностью, снижением интеллекта.

Группа формируется в соответствии с двумя критериями. Во-первых, разноплановость структуры группы при клинической и психологической совместности ее участников. Во-вторых, закрытый характер группы и отсутствие повторных больных.

Рекомендуются такие возрастные граничицы групп: 4-5, 5-7, 7-9, 9-II, II-14 лет. Численность участников находится в пределах малой группы: 4 пациента 4-5 лет, 6 больных 5-II лет и 8 детей II-15 лет.

Длительность отдельных сеансов варьирует от 45 минут у дошкольников, до 1 часа в 7-II лет и 1;5 часа у подростков. Курс лечения 20-25 сеансов при 2-3 кратном посещении в неделю.

Процесс групповой психотерапии складывается из взаимно перекрывающих этапов: 1) объединение детей в группу; 2) рассказы; 3) игры; 4) обсуждения.

Первый этап, объединение детей, начинается совместной и интересной для них деятельностью. Например, экскурсией по территории здравницы, прогулкой к морю, поездкой в музей, либо в театр на детский спектакль. Также совместные развлечения, сопровождающиеся движениями, экспрессивным выражением эмоций: "палочка-выручалочка",

"ручеек", "жмурки", "кошки-мышки" и т.п.

Показателем успешности обединения детей в группу является их совместная деятельность без стимуляции со стороны врача.

Второй этап, рассказы-импровизации, состоит в том, что дети самостоятельно придумывают различные истории и по очереди рассказывают их в группе. Продолжительность рассказа ограничивается 10-15 минутами, что позволяет избежать слишком сложных сюжетов и предоставить возможность для выступлений остальным детям.

Рассказы дают возможность судить о наклонностях, значимых переживаниях детей, способствуют развитию их воображения, умения руководить группой.

После выступления всех участников проводится обсуждение содержания рассказов и совместно выбираются лучшие из них.

Третий, основной этап групповой психотерапии-игра, которая проводится на темы, предлагаемые детьми и врачом. В игре воспроизводятся рассказы, сказки, условные и реальные ситуации.

Данный этап начинается с проигрывания рассказа на тематику, не связанную с состоянием больных. Автор выбранного рассказа напоминает его содержание, распределяет роли и затем наравне со всеми участвует в игре. Игра основана на общей фабуле рассказа, отсутствуют готовые реплики для исполнителей роли.

Ролевые игры строятся в определенной последовательности от терапевтически направленных до обучающих игр. Главным в игре является ее эмоциональная атмосфера, сыгранность участников и их спонтанная активность.

Четвертый, заключительный этап - обсуждение. Цель его состоит в закреплении результатов лечения, дальнейшем расширении кругозора и развитии самосознания детей.

На этом этапе в доступной форме обсуждаются такие вопросы как отношение к себе и окружающим, автономия и независимость, ответственность и чувство долга, потребности и возможности, признание, дружба и т.п.

Коррекция в процессе лечения эмоциональных нарушений и перестройка отношений участников группы представляют необходимое условие для ее сплочения на качественно новом уровне коллективных отношений.

Для успешного осуществления коллективной групповой психотерапии необходимо учитывать такие вопросы, как групповая динамика и тактика руководства группой со стороны врача.

Групповая динамика имеет три последовательные фазы.

В первой фазе, ориентации группы, происходит эмоциональное

объединение детей и появление у них однородных устремлений. В этой фазе возможно возникновение критического периода — эмоционального расторможения группы.

Во второй фазе дифференциации группы, оформляются статусные различия, симпатии и антипатии детей. В данной фазе возможен другой критический период, обусловленный отражением в группе конфликтных позиций детей в жизни.

В третьей фазе, интеграции группы, отмечается стабилизация ее структуры, сплочение детей и развитие коллективных отношений.

Тактика руководства группой со стороны врача находится в тесной связи с описанными выше фазами групповой динамики.

В самом начале психотерапевт организует группу на выполнение поставленных перед ней задач и содействует эмоциональному объединению детей.

Затем в группе развивается спонтанная активность и врач переходит на положение одного из ее участников. В этой позиции психотерапевт совместно со всей группой разрешает конфликтные ситуации, способствуя изнутри интеграции группы на коллективном уровне ее отношений.

Необходимо отметить, что элементы коллективно-групповой психотерапии в условиях учреждений семейного отдыха с их ограниченными сроками пребывания могут применяться не как основной психотерапевтический метод, а дополнительно к гипносуггестивной, либо аутогенной психотерапии.

#### Семейная психотерапия.

В учреждениях семейного отдыха создаются условия для успешного применения семейной психотерапии, принципиальные основы которой с позиции советской психотерапии были разработаны сотрудниками Ленинградского института им. В. М. Бехтерева (А. Е. Личко, В. К. Мицер, Э. Г. Эйдемиллер и др.).

Под семейной психотерапией они понимают систему психологических воздействий, направленных на изменение межличностных отношений в семье, а также привитие детям и членам их семьи социально приемлемых навыков и способов личностного реагирования.

При этом основными этапами (ситуациями) семейной психотерапии являются: 1) диагностическая (стадия семейного диагноза); 2) ликвидация семейного конфликта; 3) реконструктивная; 4) поддерживающая.

На диагностической стадии главной задачей психотерапевта является ознакомление с анамнезом больного и биографией семьи в целом, установление связи между внутрисемейным конфликтом и психи-

ческими, психосоматическими нарушениями.

На второй стадии в ходе ряда односторонних встреч психотерапевта с членами семьи осуществляется ликвидация напряженных конфликтных отношений посредством, прежде всего эмоционального отреагирования каждого из них и установления контакта с врачом психотерапевтом.

Задачей третьей стадии является осуществление группового обсуждения семейных проблем с целью совместного отыскания наиболее приемлемых форм общения и взаимоотношений либо в рамках отдельно взятой семьи, либо в параллельных малых группах детей и родителей.

И, наконец, на заключительной стадии семейной психотерапии проводится консультирование с целью поддержания тех новых форм взаимодействия на семью.

Целью семейной психотерапии является устранение дисгармоничных отношений в семье. При этом необходимо учитывать типы негармоничных семей, к которым относятся деструктивная, распадающаяся, распавшаяся, неполная и ригидная псевдосолидарная семья (Э.Г. Эйденмиллер).

Деструктивная семья отличается отсутствием способности ее членов к взаимодополнению, солидарности в решении жизненных проблем, автономией отдельных членов, препятствующей принятию коллективных решений, неравномерностью или отсутствием взаимности в эмоциональных контактах.

К распадающимся семьям относятся те, в которых чрезмерно обострена конфликтная ситуация, уход одного из родителей из семьи назрел или его риск постоянно высок, либо фактически разрыв (развод) уже произошел, но юридически еще не оформлен, хотя супруги пока еще продолжают жить вместе.

Распавшейся считается семья, которую покинул один из родителей. Он живет отдельно, может иметь новую семью, но в какой-то мере сохраняет контакт с прежней семьей и еще исполняет часть функций ее члена.

Неполной считается семья, в которой отсутствуют кто-либо из родителей. Наиболее патогенной неполная семья является в тех случаях, когда семейный распад был предопределен длительным конфликтом между родителями, наличием у них личностных затруднений, когда свидетелями и участниками семейных конфликтов были дети.

Ригидная псевдосолидарная семья отличается безоговорочным

доминированием одного из ее членов с зависимым пассивным положением других, жесткой регламентацией всей семейной жизни, значительной фиксацией в определенных социальных ролях, отсутствием эмоциональной теплоты в коммуникациях ее членов.

Конечно, за сравнительно непродолжительный период пребывания в учреждениях семейного отдыха не во всех случаях психотерапевт сможет полностью устраниТЬ проявления семейной дисгармонии. Однако, даже в самых запущенных случаях возможно провести соответствующую коррекцию отношений, приблизив семью к модели гармоничной. Под нею подразумевается такая семья, в которой коммуникации ее членов эмоционально насыщены, социальные роли в семье дополняют друг друга, никто из членов семьи не usurпирует функций другого и не игнорирует собственных.

В рамках семейной психотерапии могут использоваться и опи-саные выше психотерапевтические методики. Их значимость особенно велика в тех случаях, когда негармоничные типы отношений в семье формируются вследствие наличия у ее членов невротических и неврозо-заподобных нарушений, хронических соматических заболеваний. В некоторых случаях возникает потребность в коррекции сексуальной дисгармонии супружеских, которая осуществляется с применением специальных приемов (по А. Т. Филатову, Д. Л. Буртянскому, В. В. Кришталю).

## МЕТОДЫ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ И ПСИХОГИГИЕНЫ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СЕМЕЙНОГО ОТДЫХА

Психогигиенической, психопрофилактической работе в деятельности врача-психотерапевта учреждения отдыха принадлежит важная роль, обусловленная самой сущностью учреждения отдыха, его задачами.

В этом разделе деятельности условно можно выделить следующие основные направления, виды работы:

1. Проведение санитарно-просветительной\* работы психогигиенического, психопрофилактического содержания со взрослыми и детьми.

2. Оказание консультативной и лечебной помощи лицам, желающим избавиться от вредных привычек.

3. Оказание консультативной помощи супругам по вопросам психогигиены брачных отношений, воспитания детей.

4. Обучение отдыхающих навыкам психической, психосоматической саморегуляции.

В плане санитарно-просветительной работы целесообразна организация в здравнице лектория (университета) психогигиены и психо-профилактики для родителей и школы психогигиены для детей.

Они могут быть как самостоятельными, так и входить в рамки общей школы здоровья в здравнице.

Для родителей может быть рекомендована следующая тематика:

1. Алкоголь, мы и дети.

2. Хотите ли вы, чтобы ваши дети курили?

3. Дети, родители, бабушки.

4. Семья и школа.

5. Взрослеют дети.

6. Стress-хорошо или плохо?

7. Здоровье, движение, калории.

8. Психогигиена брачных отношений.

**И другие:**

Для детей:

1. Папа, мама, я - дружная семья.

2. В здоровом теле - здоровый дух, красота и здоровье.

3. Курение или сила, красота?

4. Что дает человеку алкоголь?

5. Учимся властвовать над собой.

И другие.

Целям санитарно-просветительной работы, пропаганды здорового образа жизни, психогигиены и психопрофилактики должны служить также наглядные пособия: стенды, санбуллетени, плакаты, памятки и т.п.,

а также тематические, литературные вечера и другие формы просветительской, воспитательной работы.

Обязательным аспектом психогигиенической, психопрофилактической работы в учреждениях отдыха следует считать создание возможности получить необходимую специализированную консультативную и лечебную помощь лицам, желающим избавиться от вредных привычек.

Подробно методы профилактики, психотерапии, рефлексотерапии и медикаментозного лечения никотинизма в санаторно-курортных условиях освещены в методических рекомендациях, изданных в 1985 году республиканским методцентром по психотерапии (В.П.Бугаенко, А.М.Морозов, А.И.Сердюк).

Оказание консультативной помощи супружам по вопросам психогигиены брачных отношений, полового воспитания детей требует от врача специальной подготовки, является делом весьма тонким, деликатным и сложным.

При этом в условиях учреждения отдыха основной акцент должен делаться в этом плане на консультации родителей по вопросам полового воспитания, психогигиены пола детей, что же касается оказания консультативной помощи супружеским парам по вопросам семейно-брачных отношений, то работа врача должна быть прежде всего направлена на формирование гармоничных отношений в семье, на коррекцию социального, психологического, социально-психологического компонентов сексуальной дисгармонии (по В.В.Криштalu и Н.К.Агишевой), не следует или иначе "физиологизировать" брачные отношения, ставить во главу угла психофизиологический, сексуально-поведенческий и физиологический компоненты.

Разумеется, эта работа может быть осуществлена лишь в тех случаях, когда в доме отдыха, пансионате отдыхают оба супруга.

Вопросы полового воспитания и психогигиены пола у детей достаточно полно описаны в монографии Д.Н.Исаева и В.Е.Когана "Половое воспитание и психогигиена пола у детей" (Л.: "Медицина", 1980 г.), а вопросы консультаций супружтов по проблемам психогигиены брачных отношений в работах Г.С.Васильченко, В.В.Криштала и др.

Важным разделом психопрофилактической, психогигиенической работы является обучение отдыхающих навыкам психической и психосоматической саморегуляции.

Наиболее приемлемой для этих целей является эмоционально-волевая тренировка, метод разработанный проф. А.Т.Филатовым.

## Эмоционально-волевая тренировка (ЭВТ)

ЭВТ - метод психической саморегуляции здорового человека, направленный на повышение его психофизической надежности.

От других методов психической саморегуляции ЭВТ отличается разносторонним и глубоким действием на организм и личность человека. ЭВТ представляет собой систему психопрофилактических воздействий состоящего из следующих 3 видов тренинга: биологического, психологического, социального. В указанной выше последовательности проводится освоение каждого из них, при этом в ходе тренировки повторяются все предыдущие упражнения.

Биологический тренинг состоит из трех составных частей: успокаивающей, мобилизующей, восстанавливющей.

Успокаивающая часть предназначена для обучения способности вызывать у себя не внешнее, а глубокое успокоение, касающееся всех физиологических функций организма. Она содержит пять первых упражнений И. Шульца: на усвоение каждого затрачивается неделя, при одном занятии проводимом психотерапевтом и при ежедневных самостоятельных тренировках. В эту часть не входит последняя формула классического варианта ("мой лоб приятно прохладен").

Мобилизующая часть преследует цель обучить человека способности мобилизовать себя для выполнения ответственной задачи. Она состоит из трех компонентов, направленных на повышение тонуса симпатической нервной системы. В начале вырабатывается способность вызывать у себя ощущения прохлады. Начинается такой тренинг с последней формулы низшей степени АТ: "Мой лоб приятно прохладен". Затем обучающийся вызывает ощущение прохлады во всех участках кожи в такой последовательности: лицо, шея, грудь, живот, спина, руки, ноги. Для усиления ощущения прохлады используются следующие самовнушения: "Чувствую себя как после прохладного душа", "Озоб разминяет мои мышцы", "Моя кожа становится нежной", "Воздух холодит мои ноздри" и т.д. На отработку ощущения прохлады затрачивается около одной недели. Следующее упражнение: отработка способности вызвать у себя ощущения легкости. Начинают самовнушение с правой руки: "Я очень хочу, чтобы моя правая рука стала легкой". Эта формулировка повторяется, уменьшаясь на первое слово. Затем легкость вызывается в следующей последовательности: левая рука, ноги, все тело.

Третий компонент мобилизации заключается в самовнушении "энергетического" характера: "чувствую прилив энергии. Я - весь как сжатая пружина. Все тело наполнено силой. Прилив энергии нарастает.

"Я готов действовать". На освоение каждого приема затрачивается одна неделя, а на всю мобилизующую часть - три недели.

Восстанавливающая часть направлена на выработку умения быстро восстанавливаться после напряженной физической, либо умственной работы. Она включает в себя тренировку способности вызывать расширение кровеносных сосудов в мышцах тела и в первую очередь тех мускулов, которые несли самую большую нагрузку, а также кровеносных сосудов головы, сердца, брюшной полости путем обучения пациентов возможности расширять кровеносные сосуды перечисленных частей тела. Она заключается в сочетании самовнушения с самомассажем для устранения утомления, а также в произвольном расширении кровеносных сосудов мышц, несущих главную нагрузку. На усвоение этой части отводится 2 недели.

Психологический тренинг заключается в потенцировании наиболее важных для успешной деятельности человека психических свойств, как эмоциональных, так и волевых. К тренировке эмоциональной сферы относится способность сохранять спокойствие и уверенность в своих силах в любых обстоятельствах. С работы над стабильностью спокойствия и начинается психологический тренинг. Для успешного овладения этим необходимо, чтобы компоненты указанной эмоции проявлялись в выражении лица, взгляде, речи, движениях, походке. На указанную тренировку уходит 1 неделя. Затем обучающийся начинает использовать сюжетные представления. Он представляет самого себя спокойным вначале в индиферентных ситуациях, затем в эмоционально-значимой обстановке, внушая себе, что его спокойствие постоянно, что оно стало частью его характера. Усвоение приемов психической саморегуляции с использованием сюжетных представлений занимает неделю.

Следующее упражнение - выработка состояния уверенности. Для формирования способности вызывать уверенность в себе во время саморегуляции также необходимо конкретно представлять все компоненты уверенности: взгляд, лицо, речь, движения, осанка, походка.

Указанное упражнение отрабатывается ежедневно (несколько раз в день) в течение недели. Затем уверенность закрепляется с использованием сюжетных представлений. Обучающийся ежедневно в течение недели представляет себя уверенным как в индиферентных, так и в эмоционально-значимых ситуациях. Затем обучающийся переходит к потенцированию волевых качеств. Одним из главных волевых качеств можно считать целеустремленность. Усиление ее начинается с выбора цели. Затем указанная цель должна быть выражена короткой формулой цели. Затем следует самовнушение успеха в достижении цели:

Пример формулы цели: "Я побьюсь..." "Я преодолею..."

Сроки усвоения формулы цели подбираются индивидуально в зависимости от задач, поставленных человеком перед собой.

Следующий этап заключается в составлении модели своего идеального "я". Обучающийся составляет образ такого человека, каким бы он желал стать и старается войти в эту роль, приобрести нужные качества, устранить нежелательные, усилить важные для успешного выполнения своей деятельности свойства. При этом можно использовать приемы имаготерапии.

Итак, в целом, на усвоение упражнений психологического тренинга уходит 9 недель.

Следующий этап ЭВТ – социальный тренинг состоит из 2 частей. Первая заключается в усвоении и совершенствовании навыков общения путем моделирования своего поведения с помощью скетчных представлений.

В начале обучающийся представляет себя и формы своего поведения в обстановке благоприятной для него (среди друзей, в компании людей, благожелательно настроенных к нему). Затем моделируется поведение в возможных конфликтных ситуациях.

Вторая часть заключается в составлении оптимальной психологической модели и входление в нее.

Социальным тренингом необходимо заниматься все время. Только при этом условии прочно усваиваются навыки общения в самых сложных ситуациях.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом психотерапия, психопрофилактика и психогигиена могут и должны занять важное место в комплексе профилактических, оздоровительных мероприятий в учреждениях семейного отдыха.

Много того, именно в учреждениях отъезда, и прежде всего семейного, по мнению авторов, кроется один из наиболее существенных резервов дальнейшего развития психогигиенического, психопрофилактического направления оздоровительных мероприятий на курортах республики.

Направление чрезвычайно актуального в век научно-технического прогресса.

Безусловно вопросы организации психотерапии, психопрофилактики и психогигиены в учреждениях семейного отъезда еще требуют детальной разработки. Установленного изучения в целях создания оптимальной стройной организационной структуры, оптимального выбора тех или иных комплексов методов психотерапии, психопрофилактики и психогигиены с учетом особенностей контингента отдающихся и конкретных условий здравницы. На решение этих задач должны быть направлены усилия всех заинтересованных лиц, как представителей науки, так и практических врачей санаторно-курортной системы.

УКРАИНСКИЙ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СОВЕТ ПО УПРАВЛЕНИЮ КУРОРТАМИ  
ПРОФСОЮЗОВ

УКРАИНСКИЙ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПО  
ПСИХОТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ

совет

Пансионат, дом отдыха \_\_\_\_\_  
КАБИНЕТ ПСИХОТЕРАПИИ, ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ И ПСИХОГИГИЕНЫ

Дата перв. приема \_\_\_\_\_ Путевка до \_\_\_\_\_ Группа \_\_\_\_\_

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА № \_\_\_\_\_

1. Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

2. Год рождения \_\_\_\_\_ 3. Образование \_\_\_\_\_

4. Профессия \_\_\_\_\_ 4. И.Должность \_\_\_\_\_

4.2. Место и условия работы \_\_\_\_\_

5. Домашний адрес \_\_\_\_\_

6. Семейное положение и отношения в семье \_\_\_\_\_

7. Диагноз, установленный психотерапевтом:

7.1. Предварительный \_\_\_\_\_

7.2. Клинический \_\_\_\_\_

7.3. Заключительный \_\_\_\_\_

8. Эффективность: знач. улучшение, без улучшения, ухудшение.

9. Рекомендации \_\_\_\_\_

" \_\_\_\_ " 19 \_\_\_\_ г. Врач \_\_\_\_\_

Х Х Х Х Х

10. Анамнез:

10.1. Давность жалоб \_\_\_\_\_

10.2. Характер и последовательность их появления \_\_\_\_\_

10.3. Психотравмы \_\_\_\_\_

10.4. Черепно-мозговые травмы, нейроинфекции \_\_\_\_\_

10.5. Другие перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

10.6. Вредные привычки \_\_\_\_\_

10.7. Предшествовавшее лечение, его эффективность \_\_\_\_\_

11. Отношение к болезни \_\_\_\_\_

12. Отношение к психотерапии \_\_\_\_\_

13. Внушаемость \_\_\_\_\_

14. Значимые переживания \_\_\_\_\_

15-18. ЖАЛОБЫ, ПСИХИЧЕСКИЙ, НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС И ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ В  
ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПИИ

! на первичн. приеме!" " 19 г.  
балл ! примечание ! балл ! примечание

15. ЖАЛОБЫ:

- 15.1. Раздражительность, несдержанность, вспыльчивость  
 15.2. Общая слабость, быстрая утомляемость  
 15.3. Неуверенность в своих силах, нерешительность  
 15.4. Безразличие, снижение интереса к окр. жизни  
 15.5. Тревожность, мнительность  
 15.6. Навязчивые мысли, движения, действия  
 15.7. Тоска, болезненно пониж. (повыш.) настроение  
 15.8. Страхи, ожидание чего-то плохого, приятн.

- 15.9. Плаксивость, повышенная обидчивость  
 15.10. Непереносимость шума, гр. звуков, ярк. света

- 15.11. Головные боли, шум, чувство тяжести в голове

- 15.12. Трудное засыпание, поверхн. сон

15.13.

16. ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС:

- 16.1. Синдром раздражительной слабости  
 16.2. Эмоционально: лабилен, уравновешен, торpidен

- 16.3. Наружение: болезненно пониж., повыш., нестаб.

- 16.4. Двигательно: заторможен, расторможен, неадекватен

- 16.5. Память, акт. внимание: ослаблены, сохранены

- 16.6. Синдром социальной, парадной гиперакт.

- 16.7. Волевой акт.: укорочен, удлинен, в норме

- 16.8. Эгоцентризм, демонстр. самолюбование

- 16.9. Замкнутость, нерешит. стремл. к уедин.

- 16.10. Сенестопатии, усилен. извр. интерорец.

- 16.11. Страхи, тревожность, навязчивости

16.12.

17. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС:

- 17.1. Кожная чувств. пониж., повыш., извращена

- 17.2. Сухож. рефлексы: пониж., повыш., извращены

- 17.3. Дермографизм красный, белый, стойкий, разлитой

- 17.4. В позе Ремберга: устойчив, неустойчив

- 17.5. Координаторные пробы: вып. уверенко, неуверенно

- 17.6. Гиперкинезы, трепор пальцев рук: мелкий, разм.

- 17.7. Влажность рук, тела: повыш., пониж., в норме

17.8.

18. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Подпись врача



## 19. ДИНАМИКА ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

м е т о д и к и	даты проведения сеансов	всего
Рассудочная: индив.		
групповая		
Коллективно-групповая		
Гипносуггестия: инд.		
групповая		
Автогенная трен.: инд.		
групповая		
Самовнушение		
Психотер. поср.		
искусства: леч. чтение, эстето-, музыкотерапия		
Рефлексотерапия: игл.		
массаж, прессура БАТ		
Психофиз. гимнастика		

## 20. РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

" \_\_\_\_ 19 \_\_\_\_ г.

Подпись врача

" \_\_\_\_ 19 \_\_\_\_ г.

Подпись врача \_\_\_\_\_

## 21. ОСОБЫЕ ПОМЕТКИ

---



---



---

# ДНЕВНИК САМОЧУВСТВИЯ

Ф.И.О.

.....Путевка с.....до.....

№ п/п/жалобы(болезненные проявления.) 10!1!2!3!4!5!6!7!8!9!10!11!12!13!14!15!16!17!18!19!20!21!22!23!24!

- 1.раздражительность, вспыльчивость
- 2.общая слабость, упадок сил, быстрая утомляемость
- 3.Неуверенность в своих силах, нерешительность
- 4.бездарлие, снижение интереса к окружающей жизни
- 5.тревожность, мнительность
- 6.навязчивые мысли, движения, действия
- 7.тоска, болезненно пониженное настроение
- 8.ожидание чего-то плохого, страхи
- 9.плаксивость, повышенная обидчивость
- 10.непереносимость громких звуков, шума, яркого света
- 11.головные боли, пух, чувство тяжести в голове
- 12.трудности при засыпании
- 13.неплубокий, беспокойный сон, просыпания ночью с трудным повторным засыпанием
- 14.отсутствие чувства бодрости после ночного сна
- 15.ухудшение памяти
- 16.

## И Н С Т Р У К Ц И Я

1. Впишите даты, соответствующие порядковым номерам дней пребывания в доме отпуска(пансионате), под номером "0" подразумевается день, предшествовавший приезду в санаторий.

2. Вспомните свое состояние в день, предшествовавший приезду в здравницу(графа "0"). В зависимости от степени выраженности указанных в перечне жалоб, болезненных проявлений(если какие-либо из имеющихся у Вас жалоб в перечне не указаны, допишите их в свободные строки), проставьте в каждой строке "балл самочувствия", исходя из того, что:

"5"-данная жалоба(болезненное проявление) выражена очень сильно, так что Вы были вынуждены прибегнуть к приему медикаментов или обратиться к врачу, либо не имея такой возможности. Вы были "выбиты из колеи", чувствовали себя "очень больным", с большим трудом справлялись со своим состоянием;

"4"-данная жалоба (болезненное проявление) выражена сильно, но не настолько, чтобы Вы не могли терпеть. Вы смогли воздержаться от приема медикаментов, к врачу не обращались, чувствовали себя больным, но не в такой степени как на "5";

"3"-данная жалоба(болезненное проявление) выражена не очень сильно, т.е. беспокоит ,но вполне можно терпеть,хотя это и стоит определенного труда;

"2"-данная жалоба(болезненное проявление) выражена слабо, беспокоит мало, терпеть можно без особых усилий;

"1"-данная жалоба(болезненное проявление) почти не выражена, слегка беспокоит,Вы легко справляетесь с этим состоянием, чувствуете себя удовлетворительно;

"0"-данная жалоба(болезненное проявление)отсутствует.

3.В дальнейшем, оценивая свое состояние за прошедший день,проставляйте в каждой строке "балл самочувствия" по вышеуказанной пятибалльной системе. Если указанная в строке жалоба(болезненное проявление) становится менее выраженной,т.е. Ваше самочувствие улучшается - балл снижается, если жалоба становится более выраженной,т.е. самочувствие ухудшается - балл повышается. Если Вы оценили какую-либо жалобу баллом "5", а в дальнейшем она усилилась;"7"-заметно усилилась";"8"-значительно усилилась" и т.д. до "10".

4.Порядковые номера или даты цикл,когда Вы посещали сеансы психотерапии, обводите.

5.Дневник сдайте врачу-психотерапевту в конце лечения.

Л и т е р а т у р а:

- 1.Бобров А.П.,Кадук Г.И. О принципах организации деонтологической, психопрофилактической и психогигиенической работы в домах отдыха- В кн.:Психотерапия и деонтология в комплексе лечения и реабилитации больных на курорте,Харьков,1979,с.186-187.
- 2.Борисенко Т.И.,Кадук Г.И. К вопросу об организации психотерапии в санаторно-курортных учреждениях для семейного отдыха и лечения-В кн.:Вопросы психотерапии, психопрофилактики и психогигиены. Харьков,1984, с.105-106.
- 3.Бугаенко В.П.,Морозов А.М.,Сердюк А.И. Профилактика ,психотерапия, рефлексотерапия и медикаментозное лечение табакокурефия в санаторно-курортных условиях-Методические рекомендации,Харьков, 1985.
- 4.Бушушенко А.С.,Минасенко Ю.И. Семейная психотерапия у больных сексуальными дисфункциями в условиях заводского профилактория- В кн.:Вопросы психологической реабилитации при соматических заболеваниях.Харьков,1982,с.7-8.
- 5.Вельвовский И.З.О психотерапии, как специфически человеком,личностном факторе в курортологии-В сб.:Тезисы докладов республиканской научно-практической конференции, посвященной 100-летию курорта "Березовские минеральные воды",Харьков,1964,с.80-81.
- 6.Вельвовский И.З.,Каневский Г.Л.,Мушер Я.М. Организационно-методические принципы построения психотерапевтической помощи в санаториях и курортных поликлиниках-В кн.Психотерапия в курортологии.Харьков,1968,с.5-16..
- 7.Вельвовский И.З.Психотерапия как система-В кн.:Психотерапия в курортологии.Харьков,1968,с.16-37.
- 8.Вельвовский И.З. Перспективы развития психотерапии и деонтологии в курортологии-В кн.:Психотерапия и деонтология в комплексе лечения и реабилитации больных на курорте.Харьков,1979 ,с.6-8.
- 9.Вельвовский И.З.Вопросы организации психотерапевтической помощи-В кн.:Руководство по психотерапии.Ташкент:Медицина,1979, с .125-137.
- 10.Зайцева Л.Н.,Воробейчик Я.Н.,Поклитар Е.А.К вопросу о задачах кабинета эстетотерапии - В кн.:Вопросы психологической реабилитации при соматических заболеваниях.Харьков,1962,с.8-9.
- 11.Зайцева Л.Н. Деятельность любительского обединения "Человек и природа" по пропаганде здорового образа жизни- В кн.:Вопросы психотерапии, психопрофилактики и психогигиены.Харьков,1984, с.98.

- 12.Исаев Д.Н.,Каган В.Е. Половое воспитание и психогигиена пола у детей-Л.:Медицина,1980.
- 13.Кадук Г.И. Принципы организации деонтологической, психо-профилактической работы в домах отдыха для семейных-В кн.: Вопросы психотерапии, психопрофилактики и психогигиены.Харьков, 1984,с.100.
- 14.Климович В.Н.,Чуманский Л.И.,Бараш Я.И.Опыт организации кабинета психотерапии в пансионате "Кастрополь"-В кн.:Вопросы психотерапии, психопрофилактики и психогигиены.Харьков,1984,с.108.
- 15.Колесник Э.А.,Филатов А.Т. Задачи дальнейшего развития психотерапии на курортах Украины-В кн.:Вопросы психотерапии, психопрофилактики и психогигиены.Харьков,1983,с.3.
- 16.Кришталь В.В.Системно-структурный анализ сексуальной гармонии у супружеской пары-В кн.:Психотерапия и деонтология в комплексе лечения и реабилитации больных на курорте.Харьков,1979, с.174-176.
- 17.Кришталь В.В.,Агишева Н.К. К вопросу диагностики и коррекции сексуальной дисгармонии-В кн.:Вопросы психотерапии, психопрофилактики и психогигиены.Харьков,1984,с.69.
- 18.Кутанин М.П.Психотерапия в санаторно-курортных условиях-В кн.:Вопросы психотерапии.М.:Медицина,1958,с.309-313.
- 19.Либих С.С.Теория и практика коллективной психотерапии-Автореф.докт.дисс.Л.;1969.
- 20.Любчик В.Н.,Корнева М.Н. Особенности деонтологической работы в санаториях для родителей с детьми-В кн.:Психотерапия и деонтология в комплексе лечения и реабилитации больных на курорте.Харьков,1979 ,с.203.
- 21.Мартыненко А.Н.,Филатов А.Т..Новые вопросы психогигиены на курорте-В кн.:Психотерапия и деонтология в комплексе лечения и реабилитации больных на курорте.Харьков,1979,с.206-207.
- 22.Мартыненко А.А..Этические проблемы психопрофилактики алкоголизма у здоровых-В кн.:Вопросы психотерапии, психопрофилактики и психогигиены.Харьков,1984,с.91.
- 23.Мейтина Е.Н. Методика психотерапевтического опосредования и потенцирования в общем комплексе лечения-В кн.:Психотерапия в курортологии.Харьков,1968,с.159-161.
- 24.Мушер Я.М.Организация "малой"психотерапии при лечении функциональных нервных расстройств в санаторно-курортных условиях-В кн.:Неврология и психиатрия,Рига ,1970.
- 25.Мушер Я.М.Основы организации психотерапии в комплексе санаторно-курортного лечения-Автореф.дис.Харьков,1972.

26. Мягер В.К., Мишина Т.М. Социально-психологические аспекты семейной психотерапии при неврозах-Тр.ин-та им.Бехтерева,Л.: 1974.
27. Паламарчук В.М. Некоторые актуальные вопросы психотерапии в курортных условиях-В кн.:Психотерапия и деонтология в комплексе лечения и реабилитации больных на курорте.Харьков, 1979, с.37-39.
28. Перекрестов И.М.Модификация аутогенной (психотонической) тренировки для учреждений санаторно-курортного типа-В сб.: Тезисы докладов республиканской научно-практической конференции, посвященной 100-летию курорта "Березовские минеральные воды", Харьков, 1964, с.88-89.
29. Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор-М.:Медгиз,1962.
30. Покровский Ю.Л.Опыт работы кабинета психотерапии дома отдыха"Зеленый курган"-В кн.:Психотерапия и деонтология в комплексе лечения и реабилитации больных на курорте.Харьков, 1979, с.216-217.
31. Полторанов В.В.,Слуцкий С.Я.,Мушер Я.М.Психотерапия и деонтология в комплексе санаторно-курортного лечения-В кн.:Психотерапия и деонтология в комплексе лечения и реабилитации больных на курорте.Харьков, 1979, с.3-6.
32. Рожнов В.Е.,Чаргейшвили Ю.П.Психотерапия,психопрофилактика,психогигиена-В кн.:Руководство по психотерапии.Ташкент: Медицина, 1979, с.70-76.
33. Рожнов В.Е.,Бараш Я.И. Психотерапия в санаторно-курортной практике-В кн.:Руководство по психотерапии.Ташкент:Медицина, 1979, с.571-595.
34. Сердюк А.И.,Шобухов Г.А. Малая психотерапия в комплексе санаторно-курортного лечения больных заболеваниями желудочно-кишечного тракта-Методические рекомендации,Харьков,1982.
35. Сердюк А.И. Выработка аверсионной установки на алкоголь у больных гастроэнтерологического профиля в санаторно-курортных условиях-В кн.:Вопросы психологической реабилитации при соматических заболеваниях.Харьков, 1982, с.12.
36. Сердюк А.И.,Шполянский Г.Б.,Репетун В.И.,Степанов Е.Г. Медицинская деонтология и "малая"психотерапия в работе персонала приемных отделений санаторно-курортных учреждений профсоюзов-Методические рекомендации.Харьков, 1983.
37. Сердюк А.И.Об организации психотерапевтической помощи

на санаторном этапе реабилитации соматических больных-В кн.: Вопросы клинической психотерапии.Харьков,1983,с.5.

38.Скумин В.А.Способ анализа психического статуса до и после психотерапии.-В кн.:Вопросы психологической реабилитации при соматических заболеваниях.Харьков,1982,с.19-20.

39.Скумин В.А.Способ изучения самооценки личности с применением количественных критериев-В кн.:Вопросы психологической реабилитации при соматических заболеваниях.Харьков,1982,с.23.

40.Скумин В.А.Психологические методы исследования в педиатрической практике -Методические рекомендации,Харьков,1985 г.

41.Сосин И.К.,Гусова А.Б.,Стрельцова Н.И.,Паламарчук В.М. Противоалкогольная пропаганда в структуре медицинской профилактики-Методические рекомендации,Харьков,1983.

42.Трофимова Г.С.,Сердюк А.И.,Психологические методы исследования в практике врача кабинета психотерапии-Методические рекомендации,Харьков,1983 .

43.Туревский М.А.К вопросу об оптимальной численности психотерапевтической группы.-В кн.:Психотерапия и деонтология в комплексе лечения и реабилитации больных на курорте.Харьков,1979,с.180-182.

44.Фастовец А.М.,Сердюк А.И..К вопросу об особой роли медицинской деонтологии в санаторно-курортных условиях-В кн.Вопросы психотерапии,психопрофилактики и психогигиены.Харьков,1984,с.5.

45.Филатов А.Т.Системный подход в психотерапии-В кн.:Вопросы психотерапии,психопрофилактики и психогигиены.Харьков,1983,с.4-5.

46.Филатов А.Т.,Мартыненко А.А.,Мартыненко В.И.,Паламарчук В.М., Кравцов А.Г.Малая психотерапия на курорте-Киев:"Здоров'я",1983.

47.Филатов А.Т.,Скумин В.А.,Кобзарь А.Д.,Черненко О.В. Гипносуггестивная психотерапия-Методические рекомендации,Харьков, 1988 г.

48.Филатов А.Т. Теоретические основы самоусовершенствования человека-В кн.:Вопросы психотерапии,психопрофилактики и психогигиены.Харьков,1984,с.3-4.

49.Шараков Ю.А.Индивидуальные и коллективно-групповые методы психотерапии пограничных нервно-психических нарушений-В кн.:Психотерапия и деонтология в комплексе лечения и реабилитации больных на курорте.Харьков,1979,с.163-166.

## О Г Л А В Л Е Н И Е

Введение(А.И.Сердюк,В.А.Скумин,А.М.Фастовец).....	I
Глава I Организация психотерапии,психогигиены и психопро- филактики в учреждениях семейного отдыха(А.И.Сердюк). б	
Задачи кабинетов психотерапии, психопрофилактики и психогигиены.....	7
Требования к размещению и оснащению кабинета.....	8
Организационно-штатная структура кабинета.....	11
Организация работы кабинета.....	12
Учетно-отчетная документация.....	18
Глава II Особенности малой психотерапии в учреждениях семей- ного отдыха(А.И.Сердюк).....	21
Глава III Методы большой психотерапии;рекомендуемые в учреж- дениях семейного отдыха(В.А.Скумин).....	27
Внушения наяву.....	28
Гипносуггестивная терапия.....	31
Аутогенная тренировка.....	41
Коллективно-групповая психотерапия.....	49
Семейная психотерапия.....	51
Глава IV Методы психопрофилактики и психогигиены в учреждениях семейного отдыха(А.И.Сердюк,В.А.Скумин,А.М.Фастовец) <sup>54</sup>	
Эмоционально-волевая тренировка.....	56
Заключение(А.И.Сердюк,В.А.Скумин,А.М.Фастовец).....	59
Приложения.....	60
Литература.....	66