

**УКРАИНСКИЙ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СОВЕТ ПО УПРАВЛЕНИЮ
КУРОРТАМИ ПРОФСОЮЗОВ
УКРАИНСКИЙ ИНСТИТУТ
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ МЗ СССР
УКРАИНСКИЙ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПО ПСИХОТЕРАПИИ
ХАРЬКОВСКИЙ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ СОВЕТ ПО УПРАВЛЕНИЮ
КУРОРТАМИ ПРОФСОЮЗОВ
БАЗОВЫЙ САНАТОРИЙ „БЕРЕЗОВСКИЕ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ“**

ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

УКРАИНСКИЙ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СОВЕТ ПО УПРАВЛЕНИЮ КУОРТАМИ ПРОФСОЮЗОВ
УКРАИНСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ МЗ СССР
УКРАИНСКИЙ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПО ПСИХОТЕРАПИИ
ХАРЬКОВСКИЙ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ СОВЕТ ПО УПРАВЛЕНИЮ
КУОРТАМИ ПРОФСОЮЗОВ
БАЗОВЫЙ САНАТОРИЙ "БЕРЕЗОВСКИЕ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ"

ПСИХОТЕРАПИЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
Методические рекомендации

Харьков 1987

Утверждено Украинским республиканским научно-методическим центром по психотерапии, протокол № 2 от 23.02.87.

Психотерапия детей и подростков: Методические рекомендации / Сост. В.А.Скумин. - Харьков: Санаторий "Берминводы", 1987. - 52 с.

Научный консультант А.Т.Филатов, проф., д-р мед. наук, зав.кафедрой психотерапии УИУВ, руководитель Украинского научно-методического центра по психотерапии при Укркурортсовете.

В методических рекомендациях изложены общие принципы применения методов психотерапевтического воздействия в детско-подростковом возрасте, приведено описание конкретных методик и приемов, которые могут использоваться с лечебной, профилактической и психогигиенической целями.

Представлена техника рациональной психотерапии, косвенной психотерапии, внушения наяву и в состоянии гипноза, самовнушения, аутогенной тренировки, саморегуляции мышечного тонуса, имаготерапии, семейной психотерапии, коллективно-групповой психотерапии и др.

Методические рекомендации предназначены для психотерапевтов, психиатров, медицинских психологов, детских и подростковых врачей различных специальностей.

Ответственный за выпуск Г.И.Кадук

Редактор Л.А.Доманская

Технический редактор Т.Ф.Рыжикова

Корректоры Е.Б.Бланк

Т.М.Плотникова

С.А.Шматко

Подп. к печ. 08.09.87. БЦ № 08567. Формат 60x84^I/16. Бумага тип. Печать офсетная. Усл. печ. л. 3,02. Усл. кр.-отт. 3,02. Уч.-изд. л. 2,98. Изд. № 1349. Тираж 1000. Зак. № 4211. Бесплатно.

Харьков, Санаторий "Берминводы".

Харьковское межвузовское полиграфическое предприятие.

310093, Харьков, ул. Свердлова, 115.

В решении важнейшей общественной задачи – воспитания здорового, гармонически развитого молодого поколения – немалую роль призваны сыграть психогигиена, психопрофилактика, психотерапия. Без них, этих истинно человеческих факторов здравоохранения, любые, пусть даже самые совершенные новшества фармакологии, хирургии, медицинской техники и т.п. останутся просто механическими, химическими или физическими способами влияния на организм.

Сколь безукоризненной ни представлялась бы некая лечебно-восстановительная, оздоровительная программа, качество и эффективность ее могут быть усилены должным применением методов психического воздействия.

Возможности психотерапии в комплексном лечении ряда психических и соматических заболеваний достаточно велики. Когда же речь идет о лечении детей и подростков, необходимость использования адекватных психотерапевтических методов и приемов несомненна.

Ленинский призыв "Все лучшее – детям!" применительно к медицинской практике предусматривает не только использование "лучших" химиопрепаратов, медицинской и хирургической техники, но и лучшие душевные качества каждого врача.

Затянувшееся в организационном и научном планах становление детско-подростковой психотерапии как самостоятельной научной дисциплины и в то же время важнейшего методологического подхода ко всей лечебно-оздоровительной работе не должно удерживать детских и подростковых врачей от овладения более высоким – назовем его душевным – уровнем своего профессионального мастерства, которое не может быть сведено лишь к медицинскому обслуживанию на ремесленном уровне.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Психотерапия (в переводе с греческого "лечение душой", "душевное лечение") является разделом медицинской науки и практики, который занимается изучением и применением методов психического воздействия на человека с лечебной целью.

В детско-подростковом возрасте систему психотерапевтических мероприятий следует строить на основе четырех ведущих принципов: онтогенетического, нозологического, личностного, социального.

Онтогенетический принцип психотерапии состоит в необходимости учета общих особенностей психической деятельности на том или ином этапе развития психики в онтогенезе, уровня нервно-психического реагирования. Соблюдение этого интегрального принципа, ставшего уже краеугольным в детской психиатрии (В.В.Ковалев), обеспечит реализацию соответствующего подхода при построении системы психотерапии, выбор адекватных методик и приемов психотерапевтического воздействия.

Именно этот основополагающий принцип придает качественное своеобразие каждому из методов психотерапии при работе с детьми и подростками.

Особо подчеркнем, что решающее значение для психотерапевта должны иметь не паспортный возраст пациента, а этап развития его психики в онтогенезе (моторный, сенсомоторный, аффективный, идеаторный), уровень нервно-психического реагирования (соматовегетативный, психомоторный, аффективный, эмоционально-идеаторный), наличие проявлений психического дизонтогенеза (ретардация, акселерация, сложная асинхрония развития).

Необходимо отметить, что до сих пор бытуют и достаточно устойчивы представления о неких четких возрастных границах применения того или иного метода психотерапии. Существует, к примеру, мнение, что гипнотерапия возможна лишь с 10-летнего возраста, так как якобы требуется сознательное критическое восприятие ребенком внушений. Говорится также о незначительных возможностях рациональной психотерапии в детском возрасте.

Но ведь сила гипнотического внушения именно в том и состоит, что воспринимается оно "минуя сторожа-критику", все действие гипнотического сеанса идет, прежде всего, на неосознаваемом уровне. Критическое же отношение будет только помехой при работе как со взрослыми, так и с детьми и подростками.

Вдумчивый психотерапевт не должен ограничивать свои возможности априорно установленными рамками. Его душевная чуткость, наблюдательность, глубокое знание детской психологии помогут разглядеть прообраз сеанса гипнотизации уже в материнской колыбельной — здесь есть и монотонная мелодия, и поглаживания-пасы, и вербальное успокаивающее воздействие, доброе внушение, и многое другое, что несет ребенку любящее сердце. И разве не находит та же мать ласковые разумные слова, чтобы успокоить испуг-

гавшегося малыша, обрывая в истоке зародыш невротической реакции (образ рациональной психотерапии).

Умозрительны позиции и тех, кто считает невозможным применение в детском возрасте методов психической саморегуляции. Нужно ли воздерживаться от обучения аутотренингу 10-летнего спортсмена-чемпиона или 12-13-летнего студента университета, дожидаясь, пока им исполнится 18 лет?

В свете сказанного надуманными выглядят дискуссии о том, с какого возраста (с 5, 7, 10 лет?) можно применять гипноз, аутотренинг (с 12, 14, 18?) и т.п. Правомочно ставить и решать вопрос об определении этапа развития психики, на котором целесообразно применение конкретного метода психотерапии. С позиций современной детской психологии едва ли приемлемы ссылки на некую "неразвитость" и "незрелость" детской психики. Ныне уже невозможно подменять подобными рассуждениями поиск соизмеримых душевному уровню юных пациентов приемов психотерапевтического воздействия, базирующихся на онтогенетическом принципе.

Вторым был назван принцип нозологический. Он заключается в учете характера и степени выраженности имеющихся у пациента болезненных нарушений — как нервно-психических, так и соматических в их диалектической взаимосвязи. При построении системы психотерапии необходимо располагать сведениями о специфике нарушений высшей нервной деятельности, их происхождении (они могут быть психогенными, соматогенными, резидуально-органическими, наследственными), степени выраженности, особенностями течения.

Весьма важно иметь подробные данные о телесном недуге, принимая во внимание тесную связь психики, центральной нервной системы со всеми другими органами и системами, особую роль нервно-психических факторов в этиологии, патогенезе, течении многих внутренних болезней, в частности так называемой психосоматической патологии, которая приобретает все больший удельный вес в структуре заболеваемости.

Врачи, курирующие психосоматических больных, нередко пытаются поставить во главу угла вопрос: какие расстройства возникают вначале — невротические или соматические? Иными словами, что первично — психическое или соматическое в генезе того или иного конкретного заболевания?

Проблема эта, истоками своими уходящая в давний и во многом

ставший схоластическим спор "психиков" и "соматиков", повидимому, на данном этапе развития науки не может иметь альтернативного решения — или-или. Рассматривая проблему на гносеологическом уровне, приходим к выводу, что с методологических позиций неправомерно противопоставлять психическое и соматическое, поскольку нельзя представить себе человека без психики, равно как и без тела. Поэтому всегда приходится иметь дело с комплексом психических и соматических факторов в их диалектическом единстве.

В рамках обсуждения нозологического принципа (и, соответственно, подхода) в психотерапии уместно коснуться и такого практического вопроса, как возможность лечения методами психотерапии (например, гипносуггестией) соматического или неврологического (органического) заболевания. Успешность таких случаев, подкрепленная научным анализом, сомнений не вызывает. Тем не менее практическому психотерапевту, в особенности начинающему, не следует забывать, что речь идет не об общем правиле, а именно о случаях, когда, образно выражаясь, психические возможности одаренного психотерапевта, сгармонизировавшись с психикой больного, дают толчок росткам здоровья, питаемым соответствующими силами организма самого пациента.

Задачей психотерапевта, курирующего соматического больного, является в первую очередь лечение сопутствующих пограничных психических нарушений, как психогенных, так и соматогенных. И успех в этом деле не замедлит благотворно сказаться на течении телесного недуга. Прежде всего потому, что дети и подростки с аномалиями психики обычно склонны к нарушениям установленного режима, невыполнению врачебных рекомендаций и назначений, конфликтам с персоналом, аггравации либо диссимуляции тех или иных соматических симптомов. Устранение или хотя бы смягчение психической составляющей телесного недуга несомненно повысит эффективность всего комплекса лечебно-восстановительных мероприятий.

Противопоставление возможностей методов психического воздействия другим методам лечения болезней может свидетельствовать лишь об амбициозности противопоставляющих. Правильнее будет, не умаляя значения существующих эффективных методов лечения, сказать, что для достижения здоровья все средства хороши, лишь бы

строго соблюдался канон "Не повреди!" во всем его глубоком значении. Нет необходимости доказывать, что не противопоставление, но именно комплексное воздействие правильно подобранных, иерархически объединенных лечебных методов даст наилучший терапевтический эффект.

Третий ведущий принцип состоит в учете индивидуальных черт формирующейся личности ребенка и подростка, включая наличие присущих конкретному пациенту типа внутренней картины болезни, характерологических и патохарактерологических реакций, акцентуаций характера, иерархии мотиваций, ценностей и других психологических особенностей. Все это открывает путь к реализации личностного, индивидуального подхода при проведении психотерапии.

Для формирования правильного алгоритма исследования особое значение имеет изучение внутренней картины болезни.

Наблюдения за детьми в динамике, беседы с ними, осуществляемые на основе эмпатического подхода, показывают, что дети больше чувствуют, чем осознают, свою болезнь, а скупые и возможно навязанные взрослыми вербальные характеристики состояния могут быть правильно интерпретированы лишь при анализе поведения и всей системы отношений с окружающим и окружающими.

Изучая, как преломляет жизнь юного пациента призма болезни, прежде всего правомочно задать далеко не риторическим вопросом: являет ли психология человека больного некое новое качество в сравнении с психологией человека здорового? И только ли однозначно негативно такое влияние? Практика показывает, что болезнь по-разному может трансформировать личность, выявляя порой ее изначальные потенции и изъяны.

Хорошо известны факты (назовем Н.Островского, А.Маресьева, В.Титова, В.Красова, И.Триус), когда тяжкий телесный недуг служил толчком ко креативной перестройке личности, душевному подъему, обусловленному рациональным переустройством образа жизни, отказом от вредных привычек и т.п., а в каких-то случаях — даже к быстрому духовному и социальному росту. Но, уточняя свою позицию, заметим, что речь тут идет именно о случаях, а не о закономерности, к тому же об уже сформировавшихся характерах, преодолевавших кризисные ситуации, как правило с помощью тех, кто более подвинут в духовной области.

Насколько же оправдано рассчитывать на случай, когда речь идет о детях и подростках, нуждающихся в квалифицированной пси-

холого-психотерапевтической помощи? Ведь спонтанно процесс гармоничного формирования личности у данного контингента больных, как показали специальные исследования, не происходит.

Формирование внутренней картины болезни, которая начинает складываться на основе эмоциональной оценки своего состояния уже на аффективном этапе развития психики, лишь в 5-10 процентах случаев идет по гармоничному типу. У подавляющего числа детей на этом этапе психического развития наблюдаются негармоничные типы ВКБ - индифферентный, гиперпатичный, гипопатичный, лабильный.

А есть ли основания полагать, что на следующем, идеаторном этапе развития, когда сформируется уже возможность нозогнозии, обеспечиваемая интеллектуальной оценкой состояния, способностью к сложным суждениям, умозаключениям, к построению планов на будущее, вскрытию закономерностей, соотношение типов ВКБ изменится в благоприятную сторону естественным образом, без направленного саногенного воздействия?

Неоднозначно установлено, что оснований для оптимизма в данном вопросе нет. К подростковому возрасту число больных с гармоничным типом составляет лишь 3-7 %. Главенствующее место у них занимают усложнившиеся по своим проявлениям негармоничные типы отношений - неврастенический, сенситивный, тревожный, обсессивно-фобический, ипохондрический, эйфорический, анозогностический, эргопатический и др.

Приведенные сведения выдвигают важные практические вопросы: может ли подобная динамика ВКБ считаться естественной и вправе ли врач лишь наблюдать за процессом спонтанного формирования ВКБ?

Существенное значение имеет также изучение проявлений характерологических и патохарактерологических реакций оппозиции, отказа, имитации, компенсации, гиперкомпенсации, эмансипации, группирования со сверстниками, увлечения, реакций, обусловленных формирующимся сексуальным влечением.

При работе с подростками следует выявлять у пациентов акцентуации характера, которые могут формироваться по гипертимному, циклоидному, лабильному, астено-невротическому, сенситивному, психастеническому, шизоидному, эпилептоидному, истероидному, неустойчивому, конформному типам.

Заметим, что в психологической коррекции нуждаются не все проявления характерологических реакций и акцентуаций, но лишь те из них, которые мешают развитию творческого начала в пациенте, замыкают его в порочном круге болезненных переживаний, способствуют патологическому формированию личности.

Весьма важно, чтобы о психологических особенностях детей и подростков наряду с психотерапевтом знали также родители ребенка, врачи-интернисты. С сожалением приходится констатировать, что последние изучению психической сферы своих больных пока еще уделяют куда меньше внимания, нежели, к примеру, исследованию физиологических отклонений. Реалией сегодняшней медицинской практики является тот факт, что анализ мочи, к примеру, производится всем без исключения пациентам, необходимость же анализа их психологических функций у лечащих врачей обычно возникает лишь тогда, когда на повестку дня ставится вопрос о переводе больного в психиатрическое учреждение. Получается механистический, обезличенный подход к делу восстановления здоровья, что особенно нежелательно в детско-подростковой практике.

Четвертый принцип, социальный, заключается в учете прежде всего микросоциальных условий и положения курируемого ребенка, подростка в семье, школе, в сложившемся больничном либо санаторном коллективе, включая особенности воспитания, обучения.

Соблюдение этого принципа весьма важно при лечении любым методом психотерапевтического воздействия, но особенно - в процессе использования такого метода, как семейная психотерапия. Сюда же относятся и порой весьма важные вопросы вовлечения школьных педагогов, других представителей непосредственного микросоциального окружения больного в решение задач психотерапии, психопрофилактики, психогигиены, а также психолого-психотерапевтические аспекты профессиональной ориентации подростков.

Действительно, трудно ожидать высокой эффективности психотерапевтических мероприятий, если после окончания курса лечения в поликлинике, больнице, либо в санатории пациент вновь окажется в психотравмирующей ситуации, обусловленной дисгармоничными отношениями в семье, столкнется с массивной дидактогией в школе, тяжело перенесет фрустрирующие моменты, связанные с желанием приобрести недоступную по тем или иным причинам профессию.

Должны приниматься во внимание и некоторые условия жизни

современных детей и подростков, имеющие макросоциальный характер. Это прежде всего влияние на их психику психологических факторов, обусловленных атмосферой реальной угрозы мировой ядерной войны. Дети и подростки по-своему, а не так, как взрослые, интерпретируют информацию, получаемую из не предназначенных специально для них радио- и телепередач, из газет и журналов, разговоров старших.

Далеко не у всех детей и подростков вырабатываются нужные защитные механизмы, позволяющие им, как и взрослым, в значительной мере дезавуализировать ситуацию возможного глобального уничтожения. Достаточно предложить пациентам несложный психологический тест - нарисовать то, чего они боятся больше всего, чего хотели бы избежать, - чтобы убедиться в актуальности данной проблемы.

К макросоциальным, безусловно, следует отнести и некоторые психологические факторы, обусловленные экологическими проблемами, когда дети оказываются лишеными естественной потребности в постоянном общении с одухотворяющими красотами природы. Но ведь издревле формирование человека происходило в тесном соприкосновении с флорой и фауной и, скажем так, при ее участии.

Как макросоциальные следует рассматривать и проблемы, вызванные пьянством и алкоголизмом определенной части населения, изживаемыми ныне на общегосударственном уровне, а также небывалой доселе нестабильностью семьи, являющейся важнейшей ячейкой общества. Социологическим фактом является то, что большинство нуждающихся в психотерапевтической помощи лиц - выходцы из алкоголизированных или неполных семей. Заметим, что не в лучшем положении находятся и дети и подростки, воспитываемые "непостоянными", порой мелькающими как в калейдоскопе, отцами, а также в семьях, где царит губительный для психической эволюции культ бездуховности.

В завершении раздела подчеркнем, что соблюдение названных выше основных принципов даст возможность детско-подростковому психотерапевту достичь поставленных целей. Наряду с профессиональным овладением соответствующей техникой психотерапевтического воздействия, необходимо также уметь правильно и четко организовать свою деятельность.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ПСИХОТЕРАПИИ, ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Определяющая цель, которой призвана служить любая система психотерапевтических, психопрофилактических и психогигиенических мероприятий, состоит в использовании возможностей методов и приемов психического воздействия для достижения и укрепления психического здоровья, создания с их помощью оптимальных условий, способствующих гармоническому развитию личности детей и подростков.

Психотерапия в достаточной мере условно делится на общую, частную и специальную.

Общая психотерапия — это как бы душа медицины, общий универсальный метод врачевания, который наполняется конкретным содержанием в каждой медицинской специальности и объединяет их принципами милосердия, сострадания, гуманизма. В основе общей психотерапии лежат положения медицинской психологии, этики и деонтологии, детской и подростковой психологии, лечебной педагогики, а также медицинские аспекты психогигиены и психопрофилактики.

Частная психотерапия — это комплекс отдельных методов психотерапевтического воздействия: рациональной психотерапии, косвенной психотерапии, внушения наяву, гипносуггестивной психотерапии, самовнушения, аутогенной тренировки, имаготерапии, семейной психотерапии, коллективно-групповой психотерапии, психофизической гимнастики и пр.

Каждому методу присущ ряд приемов и модификаций. Например, к приемам косвенной психотерапии относятся опосредование и потенцирование, а к приемам рациональной — персуазия, аретепсихотерапия, психотерапия с помощью переключения внимания, обучающая психотерапия и т.д.

Под специальной психотерапией подразумевается применение средств психотерапевтического воздействия для лечения какого-то определенного заболевания. При этом на основе системного подхода специфически используются возможности как общей, так и частной психотерапии, для лечения, к примеру, невроза страха, неврозоподобного энуреза, функционального заболевания желудка и т.п.

Цель психотерапии в целом достигается путем решения ряда конкретных задач, которые можно сформулировать следующим образом.

Установление с больным и его родными психотерапевтического контакта, необходимого для успешного проведения психодиагностических и психотерапевтических мероприятий, равно как и всех других видов диагностики и лечения.

Психологическая подготовка к лечению в больнице, санатории, нивелирование нежелательных последствий госпитализации, адаптация к условиям пребывания в лечебно-оздоровительном учреждении, предупреждение явлений госпитализма.

Создание в медицинском учреждении оптимальной для конкретного контингента больных детей и подростков психогигиенической атмосферы.

Целенаправленное формирование гармоничного типа и коррекция негармоничных типов отношения к болезни и связанной с ней ситуацией, формирование психологической установки на выполнение врачебных назначений, соблюдение режима.

Психологическая подготовка к необычным и болезненным манипуляциям - электроэнцефалографии, фиброгастродуоденоскопии, ректороманоскопии и т.п.

Психотерапевтическое потенцирование и опосредование всех компонентов лечебно-восстановительных программ.

Коррекция характерологических изменений, присущих формирующейся личности (характерологические и патохарактерологические реакции, акцентуации характера), устранение вредных привычек.

Обучение адекватным способам психологической защиты, оптимальным приемам дезактуализации дистрессовых факторов, конфликтных ситуаций с целью направленной психопрофилактики и психогигиены личности.

Этиопатогенетическая терапия, вторичная и третичная профилактика психогенно обусловленных пограничных психических нарушений.

Симптоматическое и отчасти патогенетическое лечение соматогенных и резидуально-органических нервно-психических расстройств.

Удельный вес каждой из названных задач может существенно изменяться в зависимости от контингента больных, условий работы и специальности врача, однако к решению каждой из них он должен быть готов.

Деятельность врача-психотерапевта регламентируется приказом МЗ СССР № 750 от 31 мая 1985 г. "О дальнейшем совершенствовании психотерапевтической помощи населению". В соответствии с

этим приказом в номенклатуру врачебных специальностей включена специальность "61. Психотерапевт", а в номенклатуру врачебных должностей - должность "88. Врач-психотерапевт". Приказано организовать психотерапевтические кабинеты в детско-подростковых психоневрологических диспансерах (диспансерных отделениях), которым полагается 10 должностей врачей, ведущих амбулаторный прием. Предусмотрено рассмотреть вопрос о проведении циклов усовершенствования квалификации специалистов по детской психотерапии.

Определены расчетные нормы для врачей-психотерапевтов - 2,5 посещения в час, при проведении сеансов групповой психотерапии - 8 посещений в час.

В положении о психотерапевтическом кабинете, утвержденном данным приказом, говорится, что в психотерапевтическом кабинете проводится лечение больных с невротическими расстройствами (шифр 300), нарушениями физиологических функций психогенной этиологии (306), специфическими симптомами и синдромами (307), лиц с острыми реакциями на стресс (308) и адаптационными реакциями (309), а также с расстройствами личности ананкастического, истерического и астенического типов (шифры 301.4 - 301.6).

На лечение в психотерапевтический кабинет больных направляют врачи лечебно-профилактических учреждений. Окончательное решение о наличии показаний для лечения в кабинете принимает врач-психотерапевт, который подчиняется руководителю учреждения или его заместителю.

Для проведения лечебно-диагностических мероприятий необходимо иметь комнату врача для приема больных с картотекой историй болезни, гипнотарий на 10-12 мест, комнату для коллективных методов психотерапии, комнату психолога для экспериментально-психологического обследования, процедурный кабинет для проведения медикаментозной терапии.

Штатные нормативы кабинета: врач-психотерапевт - I должность, медицинская сестра - I должность, санитарка - 0,5 должности, психолог - в зависимости от объема работы.

В положении о враче-психотерапевте, утвержденном приказом МЗ СССР от 31.05.1985 № 750, говорится следующее:

врач-психотерапевт имеет специальную подготовку по психиатрии и психотерапии;

организует работу психотерапевтического кабинета в соответствии с действующими положениями и законодательством;

в соответствии с задачами кабинета обеспечивает и несет непосредственную ответственность за:

проведение психогигиенических и психопрофилактических мероприятий, выявление, лечение и динамическое наблюдение за больными с пограничной психической патологией;

разработку и проведение организационно-методических мероприятий по улучшению качества диагностики и обследования больных с пограничной психической патологией;

консультации больных с психическими расстройствами по направлениям врачей других профилей;

внедрение принципов медицинской деонтологии в работу всего персонала лечебно-профилактического учреждения;

проведение мероприятий по повышению квалификации медицинского персонала в области психотерапии.

Врач-психотерапевт обязан:

своевременно и качественно вести медицинскую документацию, установленные учетно-отчетные формы и составлять отчеты о деятельности кабинета;

руководить деятельностью медицинской сестры и психолога кабинета;

анализировать результаты лечения больных в кабинете с целью оценки эффективности проводимых лечебно-профилактических мероприятий;

своевременно направлять больных с психическими расстройствами, требующих лечения и диспансерного наблюдения у врачей-психиатров, к указанным специалистам;

постоянно повышать свою квалификацию и овладевать современными методами и средствами лечения пограничных психических расстройств.

МЕТОДЫ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Необходимо учесть, что отечественная детско-подростковая психотерапия находится на этапе становления и многие вопросы, включая методические, еще не решены. Формирование набора методов психотерапевтического воздействия - результат творческого поиска каждого детско-подросткового психотерапевта. В настоящих рекомен-

даниях представлены методики, которые были сформированы и опробованы составителем на основе собственного опыта работы и достижений других авторов. Все они названы в списке литературы.

Метод установления психологического (психотерапевтического контакта)

Разработанный методический подход (В.А.Скумин) включает два уровня контактов: 1) поверхностный (легкий) психологический; 2) глубокий (прочный) психологический (психотерапевтический).

Первый предусматривает налаживание доброжелательных, но достаточно формальных, функциональных взаимоотношений. Этого, как правило, достаточно при однократном либо многократном непродолжительном общении с больным, например, сотрудников специализированных лечебно-диагностических кабинетов, представителей администрации и т.п. Для достижения контакта данного уровня достаточно соблюдения известных деонтологических принципов, учета общих психологических особенностей детско-подросткового возраста, а также актуального психического состояния пациента.

Прочный контакт, необходимый психотерапевту, психиатру, лечащему врачу, предусматривает формирование доверительных, эмоциональных, партнерских отношений, в которых врач выступает преимущественно в роли авторитетного руководителя (чаще при работе с детьми) или старшего друга-наставника (чаще при работе с подростками). Диапазон и эмоциональная гамма их строятся с учетом индивидуальных особенностей пациентов. Этот процесс продолжается и совершенствуется на протяжении всего периода лечения.

Формирование прочного контакта с больным предполагает предварительное (или параллельное) установление конструктивных отношений с членами семьи пациента, прежде всего с теми (тем), кто пользуется у него наибольшим авторитетом.

К сожалению, спонтанно необходимые отношения между лечащим врачом и родными больного складываются далеко не всегда. Исследования (В.А.Скумин) показали, что чаще наблюдаются неконструктивные отношения с наличием выраженных элементов конфронтации, недружелюбия, недоверия, постоянными попытками со стороны родителей к доминированию, навязыванию собственных представлений о лечении, его способах, продолжительности и пр., включая жалобы и даже угрозы.

Такое психологическое давление на врача обычно вызывает у него защитное поведение, которое в одних случаях бывает активным, с соответствующей ответной личностной реакцией, а в других — пассивным, проявляющимся в формировании своеобразного комплекса вины за болезнь ребенка с характерным как бы извиняющимся, оправдывающимся стилем поведения, стремлением удовлетворить требования родителей, а не постепенно целенаправленно корректировать их поведение.

И здесь очень важно установить конструктивные отношения, добиться понимания общности основной целевой установки родителей и врача — восстановления здоровья ребенка, — понимания сложности процесса лечения и большой роли родителей, психологической атмосферы в ней в деле оздоровления ребенка, предупреждения рецидивов и осложнений заболевания.

Хорошим подспорьем в успешном решении данной задачи является методика контактного взаимодействия (Л.Б.Филонов). Использование ее позволяет организовать конструктивное взаимодействие с родителями с учетом факторов, способствующих либо препятствующих развитию общения, признаков и показателей адекватного общения, оценки его результатов, тактических принципов инициатора контакта (т.е. врача), приемов, используемых инициатором контакта, а также открывающихся специфических диагностических возможностей.

Методика предусматривает шесть стадий налаживания общения:

- 1) накопление согласий;
- 2) поиск общих или совпадающих интересов;
- 3) принятие личностных качеств и принципов, предлагаемых для общения;
- 4) выявление качеств, опасных для общения;
- 5) способы индивидуального воздействия и адаптации к партнеру;
- 6) построение действий, согласованных с правилами, установленными в ходе общения.

При налаженном взаимодействии с родителями больного и наличии гармоничных отношений между родителями и детьми в семье установление прочного психотерапевтического контакта непосредственно с детьми и подростками значительно облегчается и упрощается благодаря влиянию на них авторитетного мнения родных по принципу: друг моего друга — мой друг. Чем младше пациент, тем меньше требуется для этого усилий. Для налаживания прочного психотерапевтического контакта с подростками также можно пользоваться упомянутым способом контактного взаимодействия.

Для части детей и подростков притягательным моментом, обеспечивающим быстрое установление с ними прочного психотерапевтического контакта, оказывается сам факт направления на психотерапию, при условии соответствующего опосредования его лечащим врачом. Добровольными помощниками в формировании необходимой психологической установки спонтанно становятся пациенты, уже являющиеся членами психотерапевтической группы. Благоприятное мнение сверстников о психотерапевте и применяемых им необычных методах лечения, окруженных определенным таинственным ореолом, в то же время безболезненных и даже приятных, значительно облегчает достижение прочного психотерапевтического контакта.

Неоспорима также важность помощи психолога, медицинской сестры, санитарки, работающих в психотерапевтическом кабинете, надлежащее эстетическое оформление последнего.

Метод рациональной психотерапии

Основными приемами рациональной (рассудочной) психотерапии в детско-подростковом возрасте являются аретепсихотерапия, персуазия (убеждающая психотерапия), разъяснительная психотерапия, обучающая психотерапия, активизирующая психотерапия, психотерапия с помощью отвлечения внимания. Применяются они с целью лечения и предупреждения психопатологических отклонений, для коррекции характерологических и патохарактерологических реакций, акцентуаций характера, развития негармоничных типов внутренней картины болезни и формирования гармоничного.

Последнее особенно важно. Исходя из изложенных выше четырех принципов психотерапии, следует пересмотреть еще бытующий во врачебной среде тезис: "Ребенок ничего не должен знать о своей болезни". Соблюдение этого деонтологического канона прошлого вполне уместно, когда речь идет о моторном или сенсомоторном этапах психического развития, однако совершенно неоправдано и даже вредно на последующих.

Природное детское любопытство, инстинкт самосохранения побуждают ребенка уже на аффективном этапе развития психики, не говоря об идеаторном, интересоваться тем, что с ним происходит. Отсутствие понятных удовлетворяющих сведений неизбежно приводит к формированию негармоничных типов отношения к болезни. Положение усугубляется при получении искаженной или неправильно интерпретируемой информации от соседей по палате, родственников, из

научно-популярных радио- и телепередач и изданий.

Реальным фактом является то, что многие дети и подростки знают о своем заболевании. Дефицит же удовлетворяющей информации о нем, особенно при избытии свободного времени, подталкивает их к фантазированию, к построению собственной, порой весьма причудливой и крайне нежелательной с учетом будущего, внутренней картины болезни. Случается, что некоторые пациенты, особенно с истерическими, гиперимными, ипохондрическими чертами, преднамеренно "просвещают" других, индуцируя их соответствующим образом.

Исключительно негативно воспринимаются детьми и подростками те врачи, которые, проводя "рациональную психотерапию" пытаются убеждать пациентов в том, что у них, мол, ничего нет, что они полностью здоровы, а в то же время требуют неукоснительно соблюдать режим, назначают лечебно-диагностические мероприятия, утверждая, что им необходимо лечиться. Подобный двойственный подход порождает недоверие и неприязнь к медикам.

В результате дети и подростки начинают отождествлять свои страдания с теми, кто их врачует, считая последних главным источником ограничений, связанных с пребыванием в больнице, санатории и с процессом лечения. Подобные эмоции легко передаются другим пациентам и даже взрослым.

Применение приемов рациональной психотерапии должно не порождать, а предупреждать и нивелировать указанные реакции.

Одним из ведущих факторов успешного лечения является взаимопонимание и взаимное расположение между ребенком, его родителями и врачом. Этому способствует и добрый взгляд врача, и ласковая улыбка, и приветливое обращение. Главное - создать у больного убеждение в том, что смысл всех действий медицинских работников заключается в избавлении его от неприятностей, обусловленных заболеванием и пребыванием в лечебном учреждении (убеждающая психотерапия). Необходимо дать ребенку доступную его пониманию информацию о причинах недуга, о целях и задачах лечения, диагностических исследований (разъяснительная психотерапия).

Предписывая неприятные манипуляции, не следует полностью скрывать эту их сторону, иначе доверие больного, уважение будут утрачены надолго, если не навсегда. Поэтому при таких назначениях разъясняется, что некоторая боль, например, непродолжи-

тельна и нестрашна, зато данный вид лечения поможет скорее выздороветь. Всякий раз при этом следует подчеркивать, что терпение, выдержка при неприятной процедуре послужат выработке стойкости, мужества, закалят силу воли, осуществляя таким образом аретепсихотерапию. Данный прием рациональной психотерапии имеет особое, доминирующее значение. Аретэ – основное понятие древнегреческой этики, означающее совокупность достоинств человека. Обращение к героике и даже пафосу вполне пригодны для оказания оздоравливающего психоэмоционального воздействия на душу юного пациента.

Эмоционально насыщенные сеансы аретепсихотерапии с группой детей и подростков должны включать яркие рассказы об известных или малоизвестных людях, близких больным по их судьбам, мужественно преодолевавших свой недуг, сложнейших жизненных коллизиях. По-новому начнут они воспринимать свои переживания, узнав о наполненных трагическим героизмом конкретных эпизодах из реальной жизни таких стойких людей, как В.Титов, Ю.Власов, В.Брумель и др.

Проводя рациональную психотерапию, следует избегать назидательности, нравоучений. Попытки заставить ребенка мыслить и рассуждать по меркам взрослых обречены на неудачу. У детей и подростков свои мотивации, ценности, свои понятия о жизни и происхождении, они по-своему чувствуют и страдают. Понять их можно скорее сердцем, нежели интеллектом взрослого. Поэтому любой прием рациональной психотерапии будет эффективен только при условии эмоционально-стрессовой (по В.Е.Рожнову и сотр.) его окраски в сочетании с наглядностью, конкретностью.

На сенсомоторном этапе психического развития лечебная информация будет более действенной, когда исходит не только от врача, но и от героя сказки, близкого и понятного ребенку (например, Буратино, доктора Айболита).

Психотерапевтическая роль образа сказочного персонажа сводится к тому, чтобы запрещать что-либо, отвлекать ребенка от вредных привычек, предупреждать совершение тех или иных нежелательных действий. Детей, скажем, убеждают, что врачу помогает добрый волшебник, который очень любит малышей. Он готовит лекарства, избавляющие их от всех неприятных ощущений и делающие их здоровыми.

Данный подход к рациональной психотерапии зиждется на трех принципах: полном убеждении ребенка в реальности сказочного вымысла; доступности для его понимания психотерапевтической

информации; обеспечения максимальной активности и эмоциональной заинтересованности пациента в ходе всего психотерапевтического процесса (А.М.Власова).

Метод косвенной психотерапии

Приемами косвенной психотерапии являются психотерапевтическое потенцирование и опосредование.

Смысл первого заключается в усилении с помощью прямого и скрытого внушения действия реальных лечебных факторов — медикаментов, физиопроцедур, ЛФК и т.п.

Содержание второго приема состоит в придании с помощью психического воздействия на пациента целебных свойств мероприятиям, не обладающим таковыми, например, диагностическим исследованиям.

Сюда относится и плацеботерапия, когда применяется лекарственная форма, приготовленная из индифферентного вещества, а больному сообщается, что назначен мощный препарат, устраняющий неприятные ощущения, переживания.

В большинстве случаев нецелесообразно оставлять детей в полном неведении относительно проводимого им лечения, так как это порождает у них преувеличенные опасения, недоверие, нежелательные характерологические реакции. Психотерапевтическое потенцирование и формирование позитивной психологической установки на лечение у младших детей может вестись примерно в такой манере:

"Эти таблетки — твои друзья, верные и надежные помощники. Когда ты примешь таблетки, они, как маленькие солдатики, станут сражаться за твоё здоровье. Потом им надо будет послать пополнение. Когда потребуется, дадим тебе ещё нужные лекарства, которые тоже хорошо будут действовать".

Либо: "Такие вот лекарства принимают космонавты (или моряки, летчики, путешественники), чтобы не болеть. Ты ведь хотел бы стать таким, как космонавты? И станешь обязательно, только нужно быть крепким и здоровым".

Старшим детям, подросткам при проведении психотерапевтического потенцирования целесообразно конкретно пояснять, что, скажем, назначенные им капли помогут лучше работать печени, порошок успокоит боль в животе, отвар из лекарственных трав будет избавлять от запоров, таблетки вызовут крепкий сон и т.п.

В русле косвенной психотерапии пациентам необходимо давать информацию об общих целях и задачах лечения, диагностических исследований. Отправляя, к примеру, ребенка, страдающего язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, на фиброгастроскопию, дуоденальное зондирование, необходимо предварительно разъяснить в адекватной форме важность и полезность назначенного мероприятия (психотерапевтическое опосредование), подчеркнув, что в подобных случаях оно выполняется и другим детям. Эффект косвенной психотерапии усилится, если создать условия, чтобы дети, готовящиеся к сложной манипуляции, могли побеседовать с теми ребятами, которым она уже успешно осуществлена.

В подростковом возрасте психотерапевтическое потенцирование различных лечебных средств следует осуществлять в соответствии со схемой, предложенной А.Т.Филатовым и включающей в себя следующие восемь основных моментов:

1. Изучение оценочных суждений больного о препарате (методе лечения), который врач намерен назначить.
2. Психоэмоциональную настройку на соответствующее лекарственное средство.
3. Формирование у пациента "реакции ожидания".
4. Прямое и косвенное потенцирование целебного воздействия конкретного препарата - до его назначения и во время лечения.
5. Дезактуализацию побочного действия - до назначения медикамента и во время лечения им.
6. Проводимую лечащим врачом и средним медицинским персоналом аксиологическую переориентацию значимости для больного побочного действия препарата - до его назначения и во время лечения.
7. Изучение возможных эгротогений и их психотерапевтическую коррекцию.
8. Формирование у пациентов лечебной перспективы.

Не менее важно использовать приемы косвенной психотерапии в процессе проведения лечебной физкультуры.

Полагаем, каждому приходилось наблюдать за занятием утренней гигиенической гимнастикой. Вот и скажите, куда во мгновение ока исчезают радостные улыбки, бодрость, энергия прибежавших на спортплощадку или на берег моря детей, едва они услышат первую команду: "Руки в стороны, ноги на ширину плеч"? Откуда

берутся вдруг кислое выражение лица, вялые движения, игнорирование указаний инструктора?

Возможно, механическое исполнение упражнений и окажет непосредственное положительное влияние на локомоторный аппарат, но вряд ли зародит стремление к систематическим занятиям лечебной физкультурой. Совсем иной станет картина при умелом применении психотерапевтического потенцирования и опосредования, которое в полной мере использовалось еще в древнеиндийской Йоге и широко применяется в основанных на ней современных методиках психофизической гимнастики.

Метод игровой психотерапии

Данный метод позволяет организовать игру ребенка как психотерапевтический процесс, обеспечивающий устранение невротических расстройств, развитие навыков адаптированного взаимодействия с окружающими, самостоятельного разрешения конфликтных ситуаций.

Игровая методика используется как самостоятельно, так и в рамках индивидуальной, групповой, семейной психотерапии и может успешно сочетаться со многими другими методами психотерапевтического воздействия (внушение наяву, аутотренинг, косвенная и рациональная психотерапия, имаготерапия и др.). Используются самостоятельные и ролевые игры, импровизации, осуществляемые в директивной и недирективной формах.

Наиболее широко игровая психотерапия применяется на сенсомоторном этапе психического развития в онтогенезе, являя обычно ведущий метод психотерапевтического воздействия.

В комнате для игровой психотерапии должны быть ковер и стеллажи с разнообразными игрушками. Целесообразно подбирать игрушки, соизмеримые в пропорциях по форме и размерам, безукоризненные в эстетическом отношении. Последнее требование, к сожалению, трудно выполнимо, однако в любом случае кабинет психотерапии — не место для убогих поделок и привития детям дурных вкусов.

Игровые сеансы проводятся 1-3 раза в неделю, каждый продолжается около получаса.

Одним из важных психотерапевтических механизмов игры (в особенности спонтанной) является эмоциональное отреагирование. Характерно, что степень выраженности эмоционального расторможения ребенка в ходе сеанса прямо пропорциональна степени накладываемых на него в семье запретов и ограничений.

Игровые ситуации дают возможность показать пациенту способы решения конфликтных ситуаций, корригировать неблагоприятные черты характера, дезактуализировать фобические проявления.

Психотерапевтические задачи реализуются поэтапно (А.И.Захаров). В первой, диагностической, фазе, к примеру, устанавливается характер страха, изображаемого в процессе игры врачом. По существу это означает воспроизведение ситуации, вызывающей эмоциональное напряжение, т.е. происходит актуализация имеющегося страха.

Во второй, терапевтической, фазе достигается десенсибилизация к страху посредством перемены ролей и эмоционального отреагирования в процессе вживания в угрожающий образ (скажем, волка, собаки и пр.), в то время как врач поведением своего персонажа (например, зайца, котенка) подчеркивает прежний страх пациента. Характерно, что дети при этом проявляют агрессивность, обычно выраженную в той же степени, в какой они раньше испытывали чувство страха. Больной, следовательно, отреагирует свой страх.

В третьей фазе используются обучающие модели поведения посредством повторной смены ролевых позиций. Теперь уже изображение психотерапевтом угрожающего образа не сопровождается реакцией страха у ребенка. Таким образом, пациент в этой фазе игровой психотерапии закрепляет достигнутые результаты.

В дальнейшем детям предоставляются роли смелых и отважных людей – космонавта, разведчика, пожарного, командира, разыгрывание которых позволяет развивать уверенность в своих силах, способность к принятию решений, смелость.

Несколько более сложная техника используется в таком приеме игровой психотерапии, как ролевая коррекция поведения. Она применяется в случаях, когда необходимы достаточно глубокая перестройка системы отношений больного и изменение неблагоприятно сложившихся черт характера.

На первом этапе пациенту предлагаются роли персонажей, в поведении которых отражены подлежащие коррекции черты характера, – боязливого зайца, упрямого ослика, плаксивого ежика, забияки-петушка. Врач реализует роли положительных героев, демонстрируя модели надлежащего поведения.

На следующем этапе характер разыгрываемых ролей диаметрально изменяется – психотерапевт контрастно и в деталях отражает особенности прежнего реагирования пациента.

Наконец, на третьем этапе оба участника игры воспроизводят модель гармоничного общения в реальных условиях.

Метод коллективно-групповой психотерапии

В детско-подростковом возрасте для коллективно-групповой психотерапии показаны такие отклонения, 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. Противопоказания обусловлены отрицательным отношением к лечению, агрессивностью, снижением интеллекта.

К проведению сеансов коллективно-групповой психотерапии следует привлекать педагога, воспитателя, предварительно проинструктировав их. Группа формируется в соответствии с такими критериями - разноплановостью ее структуры при клинической и психологической совместимости участников, закрытым характером группы и отсутствием повторных больных. Длительность занятия - от 45 мин до 1,5 часа. Курс лечения - 20-25 сеансов при двух-трех-кратном посещении в неделю.

Процесс коллективно-групповой психотерапии складывается из взаимно перекрывающихся этапов: объединения детей в группу; рассказа; игры; обсуждения (А.И.Захаров).

Первый этап - объединение детей - начинается интересной для них совместной деятельностью, например экскурсией, прогулкой, поездкой в музей, в театр на детский спектакль. Объединению детей способствуют совместные развлечения, сопровождающиеся движениями, экспрессивным выражением эмоций ("палочка-выручалочка", "ручеек"; "жмурки", "кошки-мышки" и т.п.). Показателем успешного объединения детей в группу является их совместная деятельность без стимулирования 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 выступить другим. Рассказы позволяют судить о наклонностях, значимых переживаниях детей, способствуют развитию их воображения, навыков общения, умения руководить группой. После выступлений всех участников группы

обсуждается содержание рассказов и совместно отмечаются лучшие из них.

Третий, основной этап коллективно-групповой психотерапии - игры на темы, предлагаемые детьми и врачом. В них воспроизводятся рассказы, сказки, условные и реальные ситуации. Вначале проигрывается рассказ на не связанную с состоянием больных тему. Автор его напоминает содержание, распределяет роли и затем наравне со всеми участвует в игре. Она основывается на общей фабуле рассказа, готовые реплики для исполнителей ролей отсутствуют. Ролевые игры строятся в определенной последовательности - от терапевтически направленных до обучающих. Главное в игре - ее эмоциональная атмосфера, сыгранность участников, их спонтанная активность.

Четвертый, заключительный этап - обсуждение. Цель его - закрепление результатов лечения, дальнейшее расширение кругозора и развитие самосознания детей. В доступной форме обсуждаются такие вопросы, как отношение к себе и к окружающим, автономия и независимость, ответственность и чувство долга, потребности и возможности, дружба и т.д.

Коррекция в процессе лечения эмоциональных нарушений и перестройка отношений участников группы представляют необходимое условие сплочения детского коллектива.

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

Групповая динамика имеет три последовательные фазы: ориентации, дифференциации, интеграции.

В первой фазе - ориентации группы, происходит постепенное объединение детей и появление у них однородных устремлений. Возможно возникновение критического периода эмоционального расторможения группы. Во второй фазе - дифференциации группы, оформляются статусные различия, симпатии и антипатии детей. Здесь возможен другой критический период, обусловленный отражением в группе конфликтных позиций детей в жизни. В третьей фазе - интеграции группы, отмечаются стабилизация ее структуры, сплочение детей и развитие коллективных отношений.

Тактика руководства группой со стороны врача тесно связана с описанными фазами групповой динамики. С самого начала он ор-

ганизует 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 он совместно со всеми разрешает конфликтные ситуации, способствуя изнутри интеграции лечебной группы на коллективном уровне отношений.

Метод психической саморегуляции

В системе психотерапии детей и подростков с успехом могут быть использованы различные методики – самовнушение, саморегуляция мышечного тонуса, аутогенная тренировка, имаготерапия.

При обучении детей и подростков психической саморегуляции целесообразно придерживаться следующих этапов (В.А.Скумин):

1. Предварительный отбор пациентов для лечения определенным методом психической саморегуляции, формирование психоэмоциональной установки на овладение им.

2. Целенаправленное и последовательное обучение больных необходимым и адекватным элементам техники избранного метода психической саморегуляции.

3. Контролируемое (психотерапевтом, родными пациента) и самостоятельное применение метода психической саморегуляции для решения конкретных психотерапевтических и психопрофилактических задач.

Первый этап является наиболее ответственным и сложным. Чем младше больной, тем в меньшей мере осознает он свой дефект и тем сложнее вызвать у него и затем поддерживать интерес к упражнениям психотренинга. В то же время, не обеспечив соответствующего психологического настроя на систематические занятия, невозможно добиться заметных успехов.

Не следует способствовать возникновению у детей чувства собственной неполноценности, ущербности, что рекомендуется сторонниками психоаналитического направления, даже если бы это могло стимулировать интерес к занятиям. Для усиления интереса к психической саморегуляции необходимо использовать косвенное психологическое влияние, эмоциональное воздействие с учетом сформированных прежде установок и особенностей актуального психического состояния.

Для младших детей (на аффективном этапе развития психики) особенно эффективны поощрение в разных его формах, использование игровой ситуации, в особенности связанной с оказанием помощи любимым куклам и их лечением, в том числе и на вербально-идеаторном уровне. У старших (на идеаторном этапе) на первый план выдвигается апеллирование к потребности быть самостоятельными, сильными, волевыми, здоровыми, заслужить признание сверстников.

Вне зависимости от возраста обязательно установление тесного взаимопонимания и психотерапевтического контакта с ребенком и его родителями. Авторитет врача для них должен быть несомненным.

Задача первого этапа считается выполненной, когда ребенок начинает проявлять повышенный интерес к психотерапевту, "тянется" к нему, испытывает потребность в общении с ним. Тестовым контролем успешности служит охотное выполнение пациентом различных заданий, в том числе и тех, реализация коих связана с выполнением определенных непривычных, необычных и даже в чем-то неприятных для него лично действий.

При полном успехе на первом этапе добиться реализации задач второго и третьего этапов гораздо легче, так как в этих случаях с особой силой срабатывает "феномен веры". Не меньшее значение при обучении психотренингу имеет и "феномен подражания".

При освоении детьми элементов психотренинга им необходимо в деталях продемонстрировать, как выполняется конкретное упражнение. Очень важно, чтобы показ осуществлялся самим врачом, а также пациентами, уже приобретшими соответствующие практические навыки.

Например, при формировании навыка произвольной релаксации пациентам предоставляется возможность наблюдать, как выполняется это 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 демонстрация диапозитивов, кинолент, схем, рисунков облегчает овладение приемами психической саморегуляции. Способствует этому, особенно на первых сеансах, присутствие и участие в занятиях родных при условии положительного отношения к этому ребенка и предварительного инструктажа взрослых.

Разработаны (В.А.Скумин) и особые приемы - "научи куклу" и "помоги новичку".

При обучении младших детей ребенку предлагается обучить упражнению, которое осваивает он сам, его любимую куклу. Врач наблюдает за поведением ребенка в данной ситуации, помогает проводить обучение, 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 учетом этого составляются и лечебные формулы индивидуальных самовнушений.

Близкие этим цели преследует и прием "помоги новичку". Суть его состоит в том, что ребенку или подростку, уже хорошо овладевшему соответствующими навыками, поручаются помощь кому-либо из начинающих и контроль за освоением им определенного элемента психической саморегуляции.

Обучаясь психотренингу, дети и подростки становятся более организованными, дисциплинированными, четче выполняют врачебные назначения, предписанный режим, что позитивно влияет на процесс саногенеза.

Методика самовнушения

Под самовнушением в психотерапевтической практике понимается использование психического воздействия, оказываемого пациентом с лечебно-профилактической целью на себя самого.

Поскольку самовнушение - процесс активный, целенаправленный, данной методике обучаются лишь пациенты, у которых сформировалось осознанное критическое отношение к болезненным расстройствам и которые стремятся избавиться от них. Это возможно уже на аффективном этапе развития психики в онтогенезе, хотя и проявляется, естественно, в иной, чем у взрослых, форме.

Если маленький пациент способен децентрироваться, т.е. поставить себя на место другого, значит он критически относится (по-детски, понятно, прежде всего через эмотивный компонент психики) к своим действиям и его можно попытаться научить управлять ими. Когда старшие, например, поясняют ребенку, что нельзя ломать деревцо или тянуть кошку за хвост, так как им больно, и он перестает совершать подобные поступки, экстраполируя чувство боли на других, значит он обладает способностью к децентрации, может уже

оценивать свои поступки, контролировать поведение, отказываясь от неодобряемых взрослыми действий, которые и для него самого становятся неприемлемыми.

В то же время практика показывает, что младшие дети в подавляющем большинстве и при наличии упомянутого условия неспособны к самостоятельному неконтролируемому систематическому применению самовнушения с лечебно-профилактической целью даже после того, как под руководством психотерапевта они овладевали несложной его техникой, т.е. по завершении второго этапа обучения психической саморегуляции.

Указанные выше моменты были учтены при разработке специальной методики самовнушения (В.А.Скумин). Одним из ее элементов является использование во время занятий определенного ритуального положения тела. Это дисциплинирует детей, необычностью своей психотерапевтически опосредует сеанс, подчеркивая его направленное воздействие, способствует сосредоточению мыслительных процессов на проведении лечебного самовнушения.

Методом проб было найдено оптимальное, достаточно удобное положение тела, когда пациент стоит с соприкасающимися внутренними боковыми поверхностями ступнями и выпрямленным позвоночником. Руки со сложенными вместе ладонями располагаются спереди либо за спиной, предплечья параллельны полу, глаза закрыты. Поза может быть усложнена – правая нога как бы обвивает слегка согнутую в колене левую ногу, стопа которой становится единственной опорой.

Действенность статической позы объясняется следующим. Во-первых, внимание ребенка поневоле сосредоточивается на том, чтобы удержать равновесие в этой непривычной и необычной позе (в любом из вариантов), что создает и поддерживает новую доминанту – удержать равновесие. И, во-вторых, для поддержания активного внимания в детском возрасте, по данным специалистов, необходим достаточный мышечный тонус.

Лечебное самовнушение осуществляется в ритме со спокойным, нефорсированным диафрагмальным или полным дыханием. Например, на выдохе "я", на вдохе "успокаиваюсь" или "моя голова" – "легкая, свежая", "я наполняюсь" – "радостью, силой", "чувствую себя" – "здоровым, крепким" и т.п.

Формулы строятся по принципу максимальной лаконичности, конкретности, абсолютной понятности ребенку.

Он должен проникнуться полной уверенностью в том, что его собственная сосредоточенная мысль, направленная против болезненного проявления, и есть самое мощное лечебное средство. Подобной уверенностью, понятно, ребенка предварительно должны наделять окружающие его взрослые — родители, врач, которые с полной серьезностью, исключая всякую возможность сомнения либо двоякого толкования, столь чутко улавливаемого детьми, утверждают действительность метода.

Созданию положительной психологической установки в отношении этой методики способствует предварительное применение способов, позволяющих на деле продемонстрировать силу мысли. В этом плане наиболее эффективны проба "самораскачивание груза" и задание представить себе, что во рту находится сочный ломтик кислого лимона.

Занятия по обучению самовнушению осуществляются индивидуально или с группой из 3-5 больных. Присутствие врача (в дальнейшем психолога или медсестры) является обязательным дисциплинирующим фактором. В домашних условиях самовнушение полагается выполнять в присутствии взрослых членов семьи. Со временем дети, у которых навык закрепляется и становится привычным, могут осуществлять отработанные самовнушения и без непосредственного контроля.

Методика саморегуляции мышечного тонуса

В качестве основы для создания методики саморегуляции мышечного тонуса (В.А.Скумин) использован способ прогрессивной релаксации Джейкобсона, который высокоэффективен у взрослых при состояниях страха, тревоги, "неврозах внутренних органов", психосоматических расстройствах.

Методика саморегуляции мышечного тонуса может применяться, начиная с аффективного этапа развития психики. Она включает в себя 4 основных упражнения, выполняемые в исходном положении лежа на спине (на кушетке или ковре) в строго определенном ритме. Фаза А — нарастающее напряжение соответствующей группы мышц на счет 1, 2, 3, 4, 5 (что занимает по времени около 10 с); фаза Б — фиксация напряжения мышц на счет 1, 2, 3, 4, 5 (10 с); фаза В — быстрое расслабление по команде "раз", отдых и анализ различных ощущений напряжения и релаксации (20-30 с).

Во время выполнения упражнения дыхание может быть свободным

(в частности вначале обучения) либо осуществляться в предлагаемом ритме: в фазе А — ребенок вдыхает (экскурсия грудной клетки составляет примерно $1/2 - 2/3$ максимальной), в фазе В задерживает дыхание, в фазе В выдыхает и далее дышит произвольно.

Приводим описание техники выполнения упражнений.

У п р а ж н е н и е 1. Направлено на овладение саморегуляцией тонуса мышц ног. Выполняется вначале с правой ногой, затем с левой.

Часть 1. Фаза А. На счет 1, 2, 3, 4, 5 выпрямленная нога медленно поднимается вверх на высоту 15–25 см. Напряжение мышц постепенно нарастает. В это же время осуществляется вдох.

Фаза Б. Нога удерживается на счет 1, 2, 3, 4, 5 в том же положении в состоянии максимального напряжения. Задержка дыхания на вдохе.

Фаза В. По команде "раз" осуществляется быстрое расслабление ноги, которая свободно падает на пол. После этого предлагается почувствовать и запомнить различие состояний напряжения и расслабления, быстро улавливаемое детьми.

Часть 2. Фаза А. Нарастающее по силе надавливание пяткой выпрямленной ноги на пол. Фазы Б и В — аналогичны вышеописанным.

У п р а ж н е н и е 2. Направлено на овладение саморегуляцией тонуса мышц рук. Выполняется вначале с правой руки, затем с левой.

Техника выполнения данного упражнения аналогична описанной в упражнении 1 за исключением того, что рука в фазе А первой его части поднимается под углом 90° к поверхности пола.

У п р а ж н е н и е 3. Направлено на овладение саморегуляцией тонуса поперечно-полосатой мускулатуры туловища.

Часть 1. Фаза А. Максимальное сокращение мышц брюшного пресса и грудной клетки. При этом плечи слегка приподнимаются, голова запрокидывается. В фазах Б и В осуществляются соответственно фиксация положения и расслабление.

Часть 2. Фаза А. Постепенное напряжение мышц-разгибателей с опорой преимущественно на пятки ног и затылок. Во время фаз Б и В — фиксация положения и последующее расслабление.

У п р а ж н е н и е 4. Направлено на овладение саморегуляцией тонуса мышц шеи и головы.

Часть I. Фаза А. Максимальный поворот головы вправо с постепенным нарастанием напряжения мышц без отрывания левого плеча от пола. Фазы Б и В – фиксация напряжения, а затем полное расслабление соответствующих мышц. Аналогично выполняется поворот головы влево.

Часть 2. Фаза А. Перед началом упражнения под голову (при необходимости) подкладывается небольшая подушка или свернутое полотенце. На счет 1, 2, 3, 4 голова постепенно приподнимается, с тем, чтобы на счет 5 подбородком упереться в грудину. Одновременно с мышцами шеи напрягается мимическая мускулатура (лоб, глаза, щеки, жевательные мышцы, мускулатура полости рта). Во время фаз Б и В осуществляются фиксация и расслабление.

Разработан также (В.А.Скумин) и более простой прием, названный контролируемым чередующимся расслаблением и включающий выраженный игровой элемент. Дети обучаются в этом случае расслаблению мышц рук и плечевого пояса. Им предлагают поднять вверх выпрямленные руки и закрыть глаза. По звуковому сигналу (например, хлопок в ладони) они должны расслабить последовательно мускулатуру кисти, затем предплечья, а затем плеча и плечевого пояса.

После овладения этим навыком методика усложняется. Вводится дифференциация звукового сигнала. Например, сигналом для расслабления правой руки служит хлопок, а левой – стук. При этом сигналы (число их суммарно составляет шесть) чередуются в любой последовательности.

При работе с группой больных, уже освоивших контролируемое чередующееся расслабление, им поочередно поручается руководство (подавание команд) при выполнении упражнения другими детьми, что еще более усиливает игровой момент.

Упражнения, включенные в методику саморегуляции мышечного тонуса, приводят к психическому успокоению, временной дезактуализации фобических расстройств, включая неврозоподобные. Данная методика используется и в ходе непосредственной подготовки к манипуляциям (дуоденальное зондирование, ректороманоскопия и т.п.) вызывающим боязнь, тревожные опасения и требующим известной мышечной релаксации.

Седативный эффект методики саморегуляции мышечного тонуса связан, безусловно, не только с физиологическим действием мышечной релаксации, но и с психологическими факторами – переключением внимания на эмоционально приятный вид деятельности, игровой ха-

рактер проведения занятия, сосредоточение внимания на сокращении и расслаблении мышц.

Данная методика может применяться и в качестве подготовительной перед проведением гипносуггестивной терапии. В связи с этим необходимо отметить, что у части пациентов после выполнения комплекса из 4 упражнений возникает сонливость.

В необходимых случаях методику саморегуляции мышечного тонуса целесообразно использовать и в ходе обучения больных аутогенной тренировке.

Методика аутогенной тренировки

Суть аутотренинга состоит в том, что первоначально путем самовнушения достигается расслабление поперечно-полосатой мускулатуры, затем в этом состоянии проводятся дальнейшие самовнушения, направленные на регуляцию тех или иных функций организма, коррекцию психического состояния.

Предварительно пациентам разъясняют на доступном для них уровне суть метода и его возможности, устройство организма и основные принципы жизнедеятельности, наименование и расположение частей тела, внутренних органов и т.п.

Приводим описание специально разработанной (В.А.Скумин) для детей и подростков методики.

Занятие состоит из трех основных периодов: достижения состояния аутогенного погружения; проведения целевого самовнушения; выхода из состояния аутогенного погружения.

Курс обучения - 8-12 занятий. Первые три из них осуществляются индивидуально, остальные - с малой группой (5-9 чел.).

Занятия проводятся в одном из двух стандартных положений: лежа на спине с вытянутыми вдоль туловища руками или сидя на стуле с выпрямленной спиной и шеей, с ладонями, расположенными на дистальных отделах бедер.

Вначале обучения используется первое стандартное положение. Пациенты, не способные удержаться после выполнения I-го периода в активном состоянии вследствие нарастающей сонливости и наступления сна, осуществляют дальнейшие тренировки во втором стандартном положении, остальным же разрешается самостоятельный выбор предпочитаемой ими позы.

Формулы, примененные для достижения цели I-го периода, на-

правлены на расслабление мышц, установление спокойного ритма дыхания и работы сердца, вызывание ощущений теплоты и легкости, состояния спокойствия и сосредоточенности. Формулы 2-го периода направлены на усугубление и коррекцию психических изменений (психопатологических и не выходящих за рамки нормы психического здоровья; например неадекватных типов внутренней картины болезни), на улучшение функционального состояния внутренних органов, а также на решение некоторых психолого-педагогических задач (прежде всего в плане самовоспитания). Формулы 3-го периода обеспечивают активизацию пациентов, оптимальный выход из состояния аутогенного погружения.

Приводим примерный набор формул.

1-й период. Я становлюсь спокойным, сосредоточенным.

Ноги расслабленные, теплые, легкие.

Руки расслабленные, теплые, легкие.

Туловище расслабленное, теплое, легкое.

Голова расслабленная, теплая, легкая.

Сердце бьется ритмично, спокойно.

Дыхание плавное, ритмичное, спокойное.

Расслабление, теплота, легкость усиливаются.

Я совершенно спокоен, сосредоточен.

2-й период. Формулы составляются с учетом нозологического принципа. Приводим образцы кардиологического и гастроэнтерологического вариантов.

К а р д и о л о г и ч е с к и й в а р и а н т

Я могу управлять собой.

Я - хозяин своего организма.

В груди приятное тепло, легкость.

Сердце укрепляется, заряжается энергией.

Оно вбирает целительные силы.

Сердце становится крепким, здоровым.

Я уверен в надежности сердца.

Все неприятные ощущения проходят.

Энергия здоровья наполняет меня.

Г а с т р о э н т е р о л о г и ч е с к и й в а р и а н т

Я могу управлять собой.

Я - хозяин своего организма.

В животе появляется приятное тепло.
Солнечное сплетение излучает тепло.
Тепло разливается по всему животу.
В правом подреберье приятное тепло.
Живот расслабленный, теплый, легкий.
Все неприятные ощущения проходят.
Энергия здоровья наполняет меня.

3-й период.

Занятия аутотренингом мне нравятся.
Я стану здоровым, сильным.
Уверен в светлом, счастливом будущем.
Чувство радости наполняет меня.
Расслабление мышц постепенно уменьшается.
Легкость, спокойствие, уверенность остаются.
Нарастает прилив бодрости, свежести.
Настроение хорошее, жизнерадостное, веселое.
Чувствую себя сильным, здоровым.

Обучение вначале проводится по типу гетеротренинга. Пациенты в первое время шепотом, а потом мысленно произносят вслед за врачом каждое слово формулы, затем пять раз повторяют ее про себя. После того, как они твердо усвоят все формулы, занятия могут осуществляться ими самостоятельно.

Обучение данному варианту аутогенной тренировки проводится на идеаторном этапе развития психики.

Подчеркнем, что главная задача тренирующихся состоит не в мысленном механическом воспроизведении заученных формул, а в образно-чувственной реализации мысленного образа, с целью чего используются воображение, представление, оживление следовых реакций, эмоциональная память, а также столь свойственная юным пациентам склонность к фантазии.

Методика имаготерапии

Имаготерапия (по И.Е.Вольперту) — это лечение создаваемым в представлении пациента образом.

Методический подход, разработанный специально для детей и подростков (В.А.Скумин) позволяет использовать принцип "имаго" в отношении пациентов, психическое развитие которых достигло идеаторного этапа.

Данный психотерапевтический способ может быть эффективен для лиц с хорошо развитой способностью к воображению, фантазированию. Читая книги, смотря кинофильмы, они отождествляют себя с любимым героем, живо переживают и мысленно участвуют в разворачивающихся по ходу действия событиях. Какое-то время пытаются осознанно подражать поведению, манерам своего кумира, нередко являются активными участниками художественной самодеятельности, мечтают стать артистами.

Техника имаготерапии заключается в создании определенного мысленного образа, стиля поведения, формирование которых происходит под влиянием психотерапевта и которые предлагается воплощать вначале в течение 15, затем 30 минут, 1 часа и более, не смотря ни на какие возникающие обстоятельства.

Больному в необходимых случаях ставится задача стремиться воплотить моделируемый лечебный образ не только в обыденной жизни, но и в экстремальных ситуациях, связанных, в частности, с лечением и обследованием, — образ революционера Камо, например, при проведении сложных, болезненных манипуляций.

Для ускорения процесса "вживания" в лечебный образ детей и подростков созданы (В.А.Скумин) два приема: выработка паттернов поведения и написание и обсуждение самоотчетов.

Первый прием заключается в создании ситуаций, когда больной понимает, что его поведение контролируется и оценивается психотерапевтом и другими лицами. Например, пациента, входящего в роль спокойного, невозмутимого человека, окружающие (члены семьи, медработники), зная слабые стороны его характера, пытаются преднамеренно вывести из равновесия, как бы сбить на прежний (исправляемый) стереотип поведения. Больной, заведомо предупрежденный о готовящемся провоцировании, постепенно привыкает вырабатывать адекватные формы реагирования.

Второй прием заключается в написании дневников-самоотчетов о периоде выполнения психотерапевтического задания с последующим их вербальным дополнением, объяснением и обсуждением.

Эти приемы развивают у детей и подростков способность к децентрации, дисциплинируют их, приучают давать оценку своему поведению, анализировать его с позиций других лиц, с которыми они вступали во взаимодействие, сознательно и творчески избирать и вырабатывать стиль своего поведения, т.е. вступить на путь сознательного самосовершенствования.

Суггестивный метод

Внушение в силу универсального характера его действия, а также сфер и возможностей применения в детско-подростковом возрасте, достаточно широко может использоваться для решения задач психотерапии. Осуществляются суггестии как в бодрствующем состоянии, так и в гипнотическом.

Методика внушения наяву

Под внушением наяву понимается прямое психическое воздействие, осуществляемое с лечебной целью на пациентов, находящихся в бодрствующем состоянии, и воспринимаемое ими пассивно. Данный метод целесообразно применять в процессе психотерапии больных, отличающихся очень высокой и высокой внушаемостью. Медицинскими показаниями являются острые невротические реакции, особенно системного характера, возникшие после действия сильных психотравмирующих факторов либо по условно-рефлекторному механизму, некоторые патохарактерологические реакции:

Эффективному внушению наяву присуще сочетание направленности, директивности, необычности, экспрессивности, динамичности, информативности, убедительности (А.И.Захаров).

Направленность – это конкретный характер суггестии, ее цель и задачи. Директивность – категоричность, обязательность, безоговорочность внушения, выражение его в императивной форме. Это монолог врача, не предусматривающий обратной вербальной связи с пациентом. Необычность – специфика осуществления суггестии, ее новизна, неожиданность для больного. Экспрессивность – выразительность речи, эмоциональная ее насыщенность. Динамичность – энергетическая характеристика внушения, его темп, ритм внушения, расстановка эмоциональных и смысловых акцентов. В заключительной части сеанса необходимо увеличивать силу звука, завершать внушение при максимальной фиксации на нем внимания больного. Под информативностью понимается оптимальная мотивационно-смысловая насыщенность при минимальной продолжительности фразы. Убедительность – обрамление подаваемой информации соответствующей манерой поведения, жестикуляцией, тембром голоса, тоном обращения, взглядом.

Разработанная структура сеанса (В.А.Скумин) включает четыре периода: I) формирование положительной психоэмоциональной

установки на проведение суггестии; 2) непосредственная подготовка к внушению; 3) психотерапевтическая суггестия; 4) завершающий период.

Задача I-го периода состоит в целенаправленном формировании положительной психоэмоциональной установки на проведение суггестии. Продолжительность данного периода составляет обычно 1-3 дня и находится в обратной зависимости от степени внушаемости - чем она выше, тем период короче. Но дату первого сеанса желательно указать сразу же после осмотра больного.

За это время с помощью родственников и медицинских работников осуществляется психологическая настройка больного на данный вид лечения и ожидание его успеха. Обуславливается необходимость безоговорочного подчинения и выполнения всех инструкций психотерапевта, актуализируется феномен веры. С этой целью ребенку многократно - как словно бы невзначай, так и нарочито подчеркнуто - говорят, что с помощью психотерапевта он освободится от мешающего ему расстройства.

Цель 2-го периода заключается в установлении особой напряженной психологической связи между психотерапевтом и пациентом. Для этого вначале в достаточно быстром темпе выполняются несколько проб на внушаемость. Их хорошая реализация, с одной стороны, подтверждает готовность больного к восприятию суггестии, а с другой, - предопределяет уверенность в ее успешном осуществлении.

Вслед за тем пациенту предлагают в положении стоя дышать в задаваемом психотерапевтом ритме с непродолжительной задержкой на выдохе, глядя ему в глаза. Когда возникают совершенно своеобразное ощущение некоего психического единения с пациентом, уверенность в возможности устранить имеющееся расстройство, состояние ненарушаемой сосредоточенности обоих, можно переходить к следующему периоду.

3-й период - психотерапевтической суггестии - направлен на ликвидацию либо коррекцию конкретного симптома, расстройства. Внушение осуществляется уверенным голосом в императивном, приказном тоне. Вербальные формулы должны составляться индивидуально. В качестве паттернов могут использоваться образцы построения текстов, приведенные при описании гипносуггестивного метода.

4-й, завершающий, период включает в себя перевод пациента в обычное состояние, контроль эффективности осуществленного психотерапевтического воздействия.

Курс лечения, как правило, не превышает 3-4 сеансов, проводимых с перерывами в 2-3 дня в течение 7-10-дневного срока. Форма проведения - индивидуальная или групповая. При индивидуальной пациент находится в положении стоя или сидя и смотрит в глаза сидящего напротив врача. Можно работать с группой страдающих однотипными нарушениями больных (3-5 чел.). Они располагаются стоя или сидя полукругом напротив врача и тоже смотрят ему в глаза. Осуществление суггестии начинается с более внушаемых больных. Эффективность внушения наяву нередко повышается при сочетании его с пассажами, поглаживанием, точечным массажем.

Методика гипносуггестии

Во время гипноза отмечается качественно особое состояние психики, возникающее под влиянием направленного психического воздействия, отличающееся как от сна, так и от бодрствования, и сопровождающееся значительным повышением восприимчивости к психическим факторам при резком понижении чувствительности к действию всех иных природных факторов (В.Е.Рожнов). С физиологических позиций гипноз представляет собой естественное переходное состояние от сна к бодрствованию, своеобразное защитное торможение.

Показаниями к применению служат прежде всего психогенно обусловленные невротические расстройства и болевой синдром. Используется гипноз и в комплексном лечении неврозоподобных нарушений, в частности астенических.

Для детей, психическое развитие которых соответствует аффективному этапу, разработана (В.А.Скумин) методика, включающая пять периодов: 1) психоэмоциональная настройка на сеанс; 2) погружение в гипнотическое состояние; 3) проведение лечебных внушений - общих и индивидуальных; 4) выведение из гипнотического состояния; 5) заключительный период сеанса.

Задача I-го периода - успокоение ребенка, принятие им нужного положения, психологическая подготовка к лечебному воздействию. Как показывают наблюдения, дети, в отличие от взрослых и подростков, в большинстве случаев самостоятельно настроиться на сеанс не в силах. Одни буквально вбегают в кабинет, резвятся, увлеченные еще неоконченной игрой, перебрасываются репликами. Другие бывают смущены, иногда испуганы. Третьи - инертны, пассивны. Четвертые - настроены иронично. Поэтому данный период совершенно необходим.

Размещаются пациенты в кабинетах так, чтобы со своих мест они не видели друг друга. Это достигается с помощью ширм, легких перегородок и т.п.

Нивелировать особенности психоэмоционального состояния детей помогает музыка. Подбираются фрагменты с успокаивающим, завораживающим, волшебным звучанием из произведений Чайковского - "Лебединое озеро", "Щелкунчик", Римского-Корсакова - "Садко", "Шехеразада", "Золотой петушок", Мусоргского - "Ночь на Лысой горе", Дебюсси - "Послеполуденный отдых фавна", Вагнера - "Зигфрид". С течением времени музыка постепенно приглушается и звучит как фоновая до окончания 3-го периода. Созданию нужного психологического настроения способствует подсветка с использованием неярких зеленых, синих, фиолетовых тонов. Врач помогает детям принять нужное положение, успокаивает их - большей частью взглядом, жестом, легким прикосновением.

Подобная подготовка в значительной мере способствует реализации цели 2-го периода - погружения ребенка в нужную стадию гипноза. Для этого применяются дифференцированное в зависимости от возраста словесное воздействие, а также невербальная техника, имеющая в детском возрасте особое значение. Широко используются пассы (сверху вниз), фиксация взора, метроном (частота - 40 ударов в минуту), вызывание эмоционально-протопатических рефлексов с положительной окраской, мысленный маятникообразный счет (I...5...I или I...10...I).

После достижения требуемой стадии гипнотического сна (легкой, средней, глубокой) начинается 3-й период - проведение лечебных внушений. Формулы их строятся индивидуально в соответствии с поставленным психотерапевтическим и психопрофилактическими задачами и запасом знаний пациентов. Чем младше ребенок, тем проще и конкретнее должны быть суггестии.

Производятся они убежденным, спокойным, размеренным тоном. После каждого слова выдерживается короткая пауза, после фразы - более продолжительная. Приводимые ниже формулы вербального воздействия, составленные (В.А.Скумин) для пациентов детско-подросткового возраста, могут, естественно, рассматриваться лишь как образцы для построения лечебных суггестий в каждом конкретном случае.

И. Б о л е в о й с и н д р о м. Внушения должны быть императивными, краткими: "Боль успокаивается. Неприятные ощущения про-

ходят. Начинаешь чувствовать здесь (врач касается рукой "больного места" и в дальнейшем держит ее над ним) приятную легкость. Я забираю боль. Боль уходит. Остается приятное ощущение легкости, свежести. Стало хорошо. Ты выздоравливаешь. Становишься крепким, здоровым, сильным".

2. Астенический синдром: "Отдыхает нервная система. Она восстанавливает свои функции. Улучшается работа каждой нервной клеточки. Ты спокойнее реагируешь на все раздражители. Нервная система работает более экономно, становится сильнее, здоровее. Накапливается запас энергии в каждой нервной клеточке. Сильнее и здоровее становится весь организм. С каждым сеансом ты все больше и больше ощущаешь прилив сил и энергии. Всегда будешь чувствовать себя сильным, смелым, спокойным, уверенным".

3. Диссомнический синдром: "Ночной сон постепенно нормализуется. Гипноз обладает целебным свойством восстанавливать способность нервной системы успокаиваться, уравниваться. Сейчас все нервные процессы уравновешены. Вечером перед сном будет наступать такое же приятное состояние. Поэтому когда ты ляжешь в постель, тебя неудержимо потянет ко сну. Сон придет сам по себе, без каких-либо усилий. Погружению в ночной сон ничто не помешает. Посторонние звуки, шумы будут только еще больше успокаивать, усыплять. Крепко сможешь спать до самого утра".

4. Цефалгический синдром: "Головные боли с каждым сеансом будут уменьшаться. Боли уходят. Со временем они совсем тебя покинут. Голова становится легкой, свежей, ясной. Утром после ночного сна будешь просыпаться хорошо отдохнувшим, с ощущением легкости, свежести в голове и во всем теле. С каждым днем самочувствие будет улучшаться".

5. Синдром раздражительной слабости: "Постепенно будет улучшаться твое самочувствие. Нервная система успокаивается. С каждым занятием становишься более спокойным. Ко всему происходящему вокруг можешь относиться спокойнее, чем прежде. Дома, в школе, на улице, в любой обстановке чувствуешь себя спокойным, жизнерадостным человеком. Всегда выдержан, уравновешен, доброжелателен. Внутреннее спокойствие сопровождает тебя повсюду, где бы ты ни находился, в какую бы ситуацию ни попал. Душевное равновесие всегда с тобой".

6. Кардиофобический синдром: "Ты находишься сейчас в состоянии полного внутреннего покоя. Приятное тепло разливается по грудной клетке. В области сердца ощущение легкости, тепла, покоя. Сердце укрепляется, наполняется энергией здоровья (врач прикасается рукой к области сердца больного). Битение сердца ровное, четкое, ритмичное. Ты спокоен за состояние своего сердца. Твое сердце работает хорошо, надежно. Сердце укрепляется, становится сильным, здоровым".

7. Боли и неприятные ощущения при глотании пищи. Врач 2-3 раза медленно проводит рукой по направлению от глотки к эпигастрию ребенка. Затем следует вербальная суггестия: "Там, где я провожу рукой, появляются приятное ощущение, теплота, легкость. Приятное ощущение усиливается. Оно всегда будет возникать при глотании. Глотай! Глотание легкое, свободное. Пища проходит легко и вызывает приятное ощущение (врач проводит рукой в прежнем направлении). Во время еды всегда будешь хорошо прожевывать пищу, и ощущения при глотании будут хорошими. Глотание свободное, приятное".

Для закрепления эффекта после сеанса ребенку можно дать поест, сопровождая прием пищи аналогичным внушением наяву.

8. Плохой аппетит, анорексия: "Ты хочешь стать сильным и крепким. Для этого нужно хорошо кушать. Тебе нравится все, что дают на завтрак, обед и ужин. Будешь съедать все с аппетитом. Еда очень вкусная, приятная. Эта пища приносит здоровье. Когда сядешь за обеденный стол, всегда появится хороший аппетит и будешь съедать свою порцию с большим удовольствием".

Время сеанса хорошо приурочивать к очередному приему пищи. Приведенный текст можно брать за основу для суггестий, направленных на психотерапевтическую переделку вкусового стереотипа, необходимость в которой часто возникает при назначении ряда диетических столов.

Аналогичным образом следует строить и прочие суггестии, направленные не только на коррекцию психических и соматических расстройств, но и на устранение реакции страха перед предстоящими лечебно-диагностическими манипуляциями, формирование установки на четкое выполнение режима, диеты, назначенных оздоровительных мероприятий.

Задача следующего, 4-го периода сеанса гипнотерапии - выве-

дение ребенка из состояния гипноза – осуществляется с помощью вербального воздействия тонизирующего характера, использования мобилизующих фрагментов музыкальных произведений Скрябина – "Поэма огня", "Прометей", Прокофьева – "Любовь к трем апельсинам", Баха – "Бранденбургские концерты", Вагнера – "Валькирия".

Цель 5-го периода – диагностика постгипнотического состояния, выяснение характера ощущений, возникающих в ходе занятия, устранение возможных неприятных и необычных ощущений, потенцирование последующих гипнотических сеансов.

Гипносуггестивная психотерапия пациентов с уровнем психического развития, соответствующим идеаторному этапу, может проводиться по упрощенной методике кафедры психотерапии Украинского института усовершенствования врачей (А.Т.Филатов и соавт.), разработанной для взрослых.

Продолжительность сеанса составляет 50–60 мин. В необходимых случаях следует пользоваться методикой "удлиненной гипнотерапии" (В.Е.Рожнов) и гипнозом–отдыхом (К.И.Платонов).

Метод семейной психотерапии

Под семейной психотерапией понимается система психических воздействий, направленных на изменение межличностных отношений в семье, а также привитие детям и членам их семей социально приемлемых навыков и способов личностного реагирования. Основными стадиями семейной психотерапии являются: 1) диагностическая; 2) ликвидация семейного конфликта; 3) реконструктивная; 4) поддерживающая (А.Е.Личко, В.К.Мягер, Т.М.Мишина, А.И.Захаров и др.).

Задачей первой стадии является постановка семейного диагноза, т.е. определение типа семьи, ее биографии, выяснение особенностей внутрисемейных отношений, конфликтов между членами семьи, установление связи между внутрисемейным конфликтом и психическими нарушениями у пациентов, определение степени дисгармоничности семьи.

Основными типами дисгармоничных семей являются: деструктивная, распадающаяся, распавшаяся, неполная, ригидная псевдосолидарная (Э.Г.Эйдемиллер).

Деструктивная семья отличается отсутствием у ее членов способности к взаимодействию, солидарности в решении жизненных проблем, автономией отдельных членов, препятствующей принятию

коллективных решений, неравномерностью или отсутствием взаимности в эмоциональных контактах.

К распадающимся относятся семьи, 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 и супруги продолжают пока жить вместе.

Распавшейся считается семья, которую покинул один из родителей, чаще это отец. Он живет отдельно либо создал новую семью, но в какой-то мере сохраняет контакт со своей прежней семьей и еще исполняет некоторую часть родительских функций.

В неполной семье отсутствует кто-либо из родителей. Наиболее патогенной неполная семья становится в тех случаях, когда семейный распад был предопределен длительной конфронтацией между родителями, когда дети были свидетелями и непосредственными участниками семейных конфликтов.

Ригидная псевдосолидарная семья на первый взгляд может производить впечатление благополучной. В ней, однако, царит безоговорочная диктатура одного из ее членов с зависимым пассивным положением другого, жесткой регламентацией всей семейной жизни, значительной фиксацией в определенных социальных ролях, отсутствием эмоциональной теплоты во взаимоотношениях.

Разрешение семейных конфликтов и перестройка сложившихся стереотипов взаимоотношений — дело весьма сложное и кропотливое. В особенности, когда негармоничные типы отношений в семье формируются вследствие наличия у ее членов невротических, неврозоподобных нарушений, психопатий, хронических соматических заболеваний и пр.

В рамках метода семейной психотерапии используются разнообразные приемы рациональной, косвенной, коллективно-групповой, аутогенной психотерапии и т.п. Их общая цель — максимально приблизить семью к модели гармоничной. В гармоничной семье отсутствуют стойкие конфронтрующие группировки (например, мать и дочь против отца, мать и отец против сына). Коммуникации ее членов эмоционально насыщены, отличаются теплотой, сопереживанием. Социальные роли в семье дополняют одна другую, никто не узурпирует функций другого и не игнорирует собственных. Члены такой семьи имеют совместные цели, общие культурные и духовные запросы.

Особые перспективы для семейной психотерапии открываются в учреждениях семейного отдыха, сеть которых в последние годы расширяется. Такие санатории и дома отдыха призваны стать школой семьи, школой здорового образа жизни. Все в них должно быть направлено на решение этих насущных задач. Даже подбор кинофильмов, книг в библиотеке, тематические выставки, культпоходы в театр могут служить целям укрепления семьи, формированию в ней гармонических отношений.

Следует отметить, что далеко не оправдана бытующая кое-где практика подмены семейного отдыха такой его формой, когда путевка выдается только матери и ребенку, а отец размещается на квартире. Подобное положение может способствовать не укреплению семьи, а возникновению разлада.

Другие методы психотерапии

В системе психотерапии при необходимости могут быть использованы и другие методы психотерапевтического воздействия.

Так, в поведенческой терапии широкое распространение получила методика систематической десенситизации (реципрокная терапия) для преодоления страхов, тревог, опасений. Составными элементами данного метода являются: 1) глубокое расслабление поперечно-полосатой мускулатуры, достигаемое с помощью специальных упражнений; 2) иерархическая презентация, заключающаяся в последовательном представлении ситуаций, вызывающих страхи, повышенное беспокойство, — от малозначительных до наиболее интенсивных; 3) собственно десенситизация, в результате которой пациент становится нечувствительным к патогенной для него ситуации.

Вторая модификация поведенческой терапии основана на оперантном обусловливании и ставит главной задачей стимулирование желаемого поведения с помощью применения разнообразных дозированных процедур поощрения либо наказания.

В основу третьей модификации положено использование своеобразных моделей поведения. Ребенок, страдающий, например, страхом перед животными, вначале наблюдает заснятые на пленку эпизоды радостного общения с этими животными других детей, затем наблюдает такие ситуации в реальных условиях и постепенно готовится к непосредственному общению с животными, перед которыми испытывает страх.

Возможности использования с лечебной целью литературы, искусства, музыки, различных видов творческой деятельности в детско-подростковой практике настолько же велики, насколько и мало исследованы. Безусловно одно – сила их воздействия (включая лечебное) на формирующуюся личность детей и подростков может быть гораздо большей, чем в старших возрастных группах.

Большое значение имеет **библиотерапия** – лечебное воздействие на больного с помощью чтения литературы в целях нормализации или оптимизации его психических, а через них физиологических и биологических процессов организма (А.Е.Алексейчик). Психотерапевтические процессы при библиотерапии условно подразделяются на неспецифические (успокоение, удовольствие, радость, чувство уверенности в себе, веры в свои возможности, повышение психической активности, общее постоянное психическое развитие личности) и специфические (контроль над психическими процессами, эмоциональная переработка, тренировка, разрешение конфликта).

Следует отметить, что одним из факторов, существенно затрудняющих библиотерапию детей и подростков, является навязываемый, увы, школой шаблонный подход к оценке сложной внутренней жизни литературных героев, а то и всего духовного мира великих писателей-мыслителей, с упрощенных, а порой и вовсе надуманных позиций. В результате ребенок занят поисками каких-то типичных черт безликих типичных представителей некоего времени, не различая истинных ценностей и не вникая в извечные вопросы бытия, которые и он призван решать в своей собственной жизни сегодня и в будущем.

Со специфическими затруднениями приходится сталкиваться и в ходе **музыкотерапии** детей и подростков. Природная тяга к ритму, гармонии звуков, музыке, не будучи с самого раннего возраста заботливо направляема с помощью прекрасных образцов, увлекает в стихию эрзац-музыки. И когда это уже случилось, очень трудно выработать иммунитет к какофонии.

Большие возможности для музыка- и эстетотерапии открываются в учреждениях курортного профиля. Особой тщательности требует продумывание психогигиенических и психопрофилактических аспектов культурно-массовой работы. В этом плане существующий ее уровень не может быть признан удовлетворительным. Порой даже взрослому человеку, обладающему позитивными эстетическими запросами, весьма сложно выдержать натиск низкопробной музыки, столь назойливо зву-

чащей на территории санаториев, на пляжах, в парках. Думается, что подбор музыкальных программ в детско-подростковых оздоровительных учреждениях должен проводиться с психотерапевтических позиций, а не отдаваться на откуп каждому, кто имеет доступ к звуковоспроизводящей аппаратуре.

Благотворное (успокаивающее, активизирующее и т.п.) воздействие оказывают музыкальные произведения, вошедшие в сокровищницу русской и мировой классики, например произведения Чайковского, Римского-Корсакова, Мусоргского, Скрябина, Прокофьева, Вагнера, Баха, Бетховена, Оннегера.

Продуманная музыкотерапия не только оказывает положительное влияние на психику детей, но и может сыграть не последнюю роль в формировании их общей культуры, служить целям патриотического, интернационального воспитания. Отдыхая, к примеру, в Краснодарском крае, ребенок запомнит кубанскую песню, в Прибалтике научится литовскому танцу.

Когда речь идет о санаторно-курортных учреждениях, с позиций общей психотерапии не следует чрезмерно увлекаться количественной стороной культурно-массовых мероприятий. Где, как не здесь, ребенок может так тесно соприкоснуться с гармонией родной природы, любоваться синевой неба, перевозданной прелестью цветов, вслушиваться в перезвон птичьих голосов, шелест листвы, морской прибой? Необходимо создать условия, чтобы дети и подростки научились внимательно всматриваться, познавать, вбирать в свои души красоту музыки и поэзию природы, важно помочь им полюбить все это (л а н д ш а ф - т о т е р а п и я). Может быть, тогда и лекций об охране понадобится меньше.

С психотерапевтической позиций хорошо бы также продумать и создать в каждой здравнице какой-нибудь особенный, оригинальный обряд, учредить, скажем, праздник русской березы, сибирского кедра, а в учреждениях семейного отдыха — праздник семьи.

Важной задачей детско-подросткового психотерапевта является использование психотерапевтических приемов, направленных на воспитание установки на трезвость. Вся атмосфера детско-подросткового учреждения должна быть для ребенка школой трезвого образа жизни. Воспитание антиалкогольных установок у детей — задача неотложная.

В последние годы все большее распространение получает метод психософической лечебно-профилакти-

ческой гимнастики, в котором психотренинг сочетается со статическими и динамическими упражнениями йоги. Данный метод доступен пациентам, психическое развитие которых соответствует идеаторному этапу. В более ранние периоды могут использоваться лишь отдельные элементы психофизической гимнастики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

О том, что необходимо лечить человека, а не болезнь, известно еще со времен Гиппократа и Авиценны. Однако, если взглянуть самокритично на нашу повседневную деятельность, то это уже ставшее привычным требование реализуется лишь на декларативном уровне, а нередко и попросту игнорируется. Хотя, казалось бы, современный врач, вооруженный знаниями в области медицинской психологии, способен анализировать психологическое состояние своих юных пациентов столь же глубоко, как он изучает функции их внутренних органов.

Каким бы узким ни был специалист, он должен иметь достаточно широкие познания в области психогигиены, психопрофилактики, психотерапии. Неправомочно психотерапию, истоки которой уходят в глубокую древность, равно как и рефлексотерапию, фитотерапию, причислять к так называемым нетрадиционным методам лечения, в какой-то мере противопоставляя ее современной химиотерапии. Именно последнюю скорее можно отнести к разряду нетрадиционных, так как она существует лишь десятилетия.

Психотерапия призвана пронизывать и обогащать дулевым потенциалом различные методы медицины. Это прежде всего эмоционально-стрессовое воздействие на человека (В.Е.Рожнов и сотр.). Заметим, что сведение воздействия на больного лишь к речевому (лечению словом) приводит к обеднению психотерапевтического арсенала врача. В результате потенциал методик не реализуется полностью.

По-видимому, именно понимание психотерапевтического процесса лишь как передачи речевой информации, могло привести к появлению в недалеком прошлом выкопченных приемов, не предусматривающих, либо сводящих к минимуму, непосредственный душевный контакт с пациентами.

Безусловно, — использование магнитофонных записей, грампластинок и других технических средств не следует исключать из

практики, однако в тех случаях, когда они являются ведущими, можно говорить об эрзац-психотерапии, так как при этом игнорируется истинная суть метода – "лечение душой". Слово – важнейший агент психотерапевтического воздействия, но не единственный. Если речевая психотерапия в настоящее время переживает период расцвета, детализации и унификации приемов, то невербальная техника разрабатывается гораздо менее интенсивно. Значение же ее очень велико, особенно в детско-подростковой практике.

Известно, что разнообразные внешние воздействия, включая речь, мимику, манеры и пр., отображают в той или иной мере внутренний мир человека. Дети и подростки способны тонко ощущать, когда слова и поведение врача не соответствуют его внутреннему состоянию. Выражаясь образно, слова психотерапевта лишь тогда способны зажечь очищающий огонь в душе пациента, когда они наполнены сердечностью, одухотворенностью, высокой мудростью. Используя новые достижения естественных, технических и прочих наук, всегда будем помнить, что психотерапия относится и к области духовного творчества.

Надеемся, что содержащиеся в методических рекомендациях сведения о психотерапии детей и подростков помогут врачам стать для своих юных пациентов истинными докторами ("доктор" по латински – "учитель"), т.е. учителями здоровой, правильной и радостной жизни. В этом и заключается смысл нашего труда.

Образец оформления акта внедрения данных рекомендаций показан в приложении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Психотерапия в детском возрасте: Метод. рекомендации / Сост. М.И.Буянов, В.Г.Катков, А.Е.Штеренгерц. – Одесса, 1982. – 32 с.
- Захаров А.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. – Л.: Медицина, 1982. – 216 с.
- Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – М.: Медицина, 1985. – 304 с.
- Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1979. – 608 с.
- Личко А.Е. Подростковая психиатрия. – Л.: Медицина, 1985. – 416 с.
- Лукьянова Е.М., Белоусов Ю.В., Филатов А.Т., Скумин В.А.

Использование психотерапии в комплексном лечении хронических заболеваний пищеварительной системы у детей: Метод. рекомендации. - К., 1986. - 19 с.

Руководство по психотерапии/ Под ред. В.Е.Рожнова.- М.: Медицина, 1974. - 315 с. (1-е изд.); Ташкент: Медицина, 1979. - 620 с. (2-е изд.); 1985. - 719 с. (3-е изд.).

Психотерапия, психогигиена, психопрофилактика в учреждениях семейного отдыха: Метод. рекомендации / Сост А.И.Сердюк, В.А.Скумин, А.М.Фастовец. - Харьков, 1985. - 70 с.

Психологические методы исследования в педиатрической практике: Метод. рекомендации / Сост. В.А.Скумин - Харьков, 1985. - 40 с.

Медицинская психология и психотерапия в системе реабилитации детей и подростков с хронической патологией органов пищеварения: Метод. рекомендации / Сост. В.А.Скумин - Харьков, 1985. - 27 с.

Гипносуггестивная психотерапия: Метод. рекомендации / Сост. А.Т.Филатов, В.А.Скумин, А.Д.Кобзарь, О.В.Черненко.- Харьков, 1983. - 21 с.

Филатов А.Т., Скумин В.А. Психопрофилактика и психотерапия в кардиохирургии. - К.: Здоров'я, 1985. - 72 с.

Психофизическая лечебно-профилактическая гимнастика. Информационно-методические рекомендации / Под ред. А.Т.Филатова. - Геленджик, 1985. - 136 с.

Филонов Л.Б. Психологические аспекты установления контактов между людьми (методика контактного взаимодействия). - Пушкино, 1982. - 40 с.

П р и л о ж е н и е

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель учреждения, в котором

проведено внедрение

19__ г.

Акт о внедрении

1. Наименование предложения для внедрения: Методы психотерапии детей и подростков.
2. Кем и когда предложено: В.А.Скумин, Украинский республиканский научно-методический центр по психотерапии при Укркурортсовете, 1986 г.
3. Источник информации: Методические рекомендации "Психотерапия детей и подростков". Харьков, 1986 г.
4. Где и когда внедрено _____

Общее количество наблюдений _____

5. Результаты применения метода за период с _____ по _____
положительные (количество наблюдений) _____
неопределенные (количество наблюдений) _____
отрицательные (количество наблюдений) _____
6. Эффективность внедрения (сокращение сроков пребывания в стационарах, повышение эффективности оздоровительных мероприятий, экономический эффект, другие показатели) _____

7. Замечания, предложения _____

Дата

19__ г.

Подпись _____

отв. за внедрение

Примечание: Пп. 4-7 заполняются организацией, внедрившей разработку, акт о внедрении высылается организации-разработчику.

СОДЕРЖАНИЕ

Основные принципы детско-подростковой психотерапии.....	3
Цель и задачи психотерапии, организация психотерапевтической помощи.....	11
Методы детско-подростковой психотерапии.....	14
Метод установления психологического (психотерапевтического) контакта.....	15
Метод рациональной психотерапии.....	17
Метод косвенной психотерапии.....	20
Метод игровой психотерапии.....	22
Метод коллективно-групповой психотерапии.....	24
Метод психической саморегуляции.....	26
Методика самовнушения.....	28
Методика саморегуляции мышечного тонуса.....	30
Методика аутогенной тренировки.....	33
Методика имаготерапии.....	35
Суггестивный метод.....	37
Методика внушения наяву.....	37
Методика гипносуггестии.....	39
Метод семейной психотерапии.....	43
Другие методы психотерапии.....	45
Заключение.....	48
Список литературы.....	49
Приложение.....	51

51

~~Бесплатно~~

Зак. 4211