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»

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СЕМЕЙНОГО ОТДЫХА

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ХАРЬКОВ 1990

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"

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СЕМЕЙНОГО ОТДЫХА

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Утверждено
Украинским республиканским
научно-методическим центром
по психотерапии

Харьков 1990

Психологические и психотерапевтические аспекты работы в учреждениях семейного отдыха : Методические рекомендации/ Сост. В.А.Скумин, Г.И.Кадук, Л.А.Бобина.- Харьков: Базовый санаторий "Березовские минеральные воды".- 40 с.

Научный консультант А.Т.Филатов, руководитель Украинского республиканского научно-методического центра по психотерапии и медицинской деонтологии, заведующий кафедрой психотерапии УИУВ, д-р мед.наук, проф.

В методических рекомендациях изложены общие принципы применения методов психологического и психотерапевтического воздействия в учреждениях семейного отдыха, приведено описание конкретных методик и приемов, которые могут использоваться с лечебной, профилактической и психогигиенической целями.

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

Методические рекомендации предназначены для психотерапевтов, психиатров, медицинских психологов, терапевтов, педиатров и врачей других специальностей.

В настоящее время большое внимание уделяется развитию семейных форм отдыха. Однако многие аспекты организации оздоровительных мероприятий остаются нерешенными. В этой связи наиболее важным представляется определение цели и конкретных задач, которые целесообразно и возможно осуществить в реальных условиях профильного санаторно-курортного учреждения в краткие, строго лимитированные сроки, с максимальной пользой для семьи в целом и для каждого из ее членов.

В литературе обсуждается вопрос о том, насколько оправданно в кабинетах психотерапии домов отдыха заниматься лечением неврозов, неврозоподобных состояний, т.е. пограничных нервно-психических расстройств с длительным течением. Можно ли успешно справиться в этой задачей за две-три недели? Имеются ли реальные предпосылки для качественной диагностики, психотерапии с определением эффективности, изучением катамнеза и т.п.?

Комплексную катогенетическую терапию осуществляют психиатры и психотерапевты, работающие в психоневрологических диспансерах, больницах, поликлиниках, и, полагаем, нецелесообразно домам семейного отдыха дублировать организационные структуры, созданные для оказания специализированной психотерапевтической помощи. А это, к сожалению, происходит с кабинетами психотерапии многих санаториев.

Тем самым упускается возможность иной, быть может, более важной работы, направленной на укрепление психического здоровья детей и взрослых, которая может осуществляться именно в учреждениях отдыха, причем не с отдельными пациентами, а с семьями в благоприятных условиях курорта.

Во главу угла следует поставить задачи психопрофилактики и психогигиены, коррекции межличностных отношений в семье и формирования в ней оптимального психологического климата, консультирования по вопросам воспитания детей и предупреждения у них неврозов, дезадаптивных форм поведения, повышения психологической культуры, формирования здорового образа жизни.

Поэтому вполне аргументированными представляются рекомендации В.Е.Рожнова и Ю.Л.Покровского (1985) бо́льшую часть времени уделять внекабинетной работе (беседам на психологические темы), повышению общепсихотерапевтического и деонтологического уровня медицинской помощи, совместной работе с физоргом и культорганизатором по проведению психотерапевтического опосредования и потенцирования физкультурно-спортивных и культурно-массовых мероприятий.

В основу оздоровительной деятельности учреждений семейного отдыха целесообразно положить принцип: "Здоровье - через культуру" (В.А.Скумин, 1987). Данный концептуальный подход базируется на том, что духовные, физические и телесные проявления жизнедеятельности человека неразрывно связаны. Поэтому, говоря о культуре здоровья как в личном, так и в социальном плане, следует иметь в виду три основных аспекта - физический, психический, духовный - в их гармоничном иерархическом единстве. Физическое (соматическое) здоровье обеспечивается оптимальной физической активностью, специальными физическими упражнениями, рациональным питанием, правильным режимом труда и отдыха, созданием наилучших условий окружающей среды. Поддержание и укрепление психического здоровья достигается соблюдением правил психогигиены и психопрофилактики, формированием навыков адекватной психологической защиты, овладением приемами психологической саморегуляции. Духовное здоровье (бездуховного индивида нельзя признать здоровым, полноценным) непосредственно зависит от раскрытия духовного, нравственно-этического потенциала человека, от его сознательной целеустремленности к реализации высших свойств личности, истинного предназначения.

Главное - организовать работу так, чтобы каждый взрослый и ребенок стали не примитивными потребителями благ семейного отдыха с обильным питанием, бездумным лежанием на пляже, игрой в карты в табачном дыму, традиционными телевизором, танцами, как это зачастую бывает, а получили реальную возможность под руководством специалистов приобрести практические навыки укрепления здоровья применительно к конкретным условиям жизни своей семьи. Скажем, овладеть комплексом психофизической гимнастики той или иной сложности, самим научиться готовить здоровую пищу с пониманием ее значения, научиться предупреждать возникновение наиболее типичных конфликтных ситуаций, самостоятельно разбираться в жизненных проблемах,

прежде всего семейных, сознательно преодолевать дистрессовые состояния.

Н.К.Рерих выводил значение слова "культура" из двух составляющих его корней: "культ" - поклонение, почитание и "ур" - свет. Таким образом, культура подразумевает служение высшим идеалам, развитие светлых, творческих начал. Именно психотерапевт способен придать направленный импульс к самопознанию и самосовершенствованию, который может впоследствии получить должное развитие в повседневной жизни каждого человека.

Естественно, с учетом профиля оздоровительного учреждения, а также того,что чаще всего психотравмирующие ситуации, приводящие к невротическим и психосоматическим расстройствам, возникают в семье, деятельность психотерапевта должна базироваться преимущественно на принципах семейного подхода и осуществляться поэтапно. Принято выделять четыре стадии психотерапии: диагностическую, ликвидации семейного конфликта, реконструктивную и поддерживающую.

Наиболее важной и ответственной задачей является постановка семейного диагноза, то есть определение типа семьи, ее биографии, выяснение особенностей внутрисемейных отношений, конфликтов между членами семьи, установление связи между внутрисемейным конфликтом и психическими особенностями пациентов, определение степени дисгармоничности семьи.

К основным типам дисгармоничных семей относятся деструктивная, распадающаяся, распавшаяся, неполная, ригидная псевдосолидарная (Э.Г.Эйдемиллер, 1980).

Деструктивная семья отличается отсутствием 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 назрел или его риск постоянно высок либо фактически разрыв уже произошел, но юридически развод еще не оформлен,и супруги продолжают жить вместе.

Распавшейся считается семья, которую покинул один из родителей, чаще отец. Он живет отдельно или создал новую семью, но

2-4179

в какой-то мере сохраняет контакт с прежней семьей и исполняет некоторую часть родительских функций.

В неполной семье отсутствует кто-либо из родителей. Наиболее патогенной становится она в тех случаях, когда распад семьи был предопределен длительной конфронтацией между родителями и дети были участниками конфликтов.

Ригидная псевдосолидарная семья на первый взгляд может производить впечатление благополучной. В ней, однако, царит безоговорочная диктатура одного из членов с зависимым пассивным положением других, жесткой регламентацией 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 рамках семейной психотерапии используется комплекс разнообразных приемов рациональной, косвенной, коллективно-групповой, гипносуггестивной, аутогенной психотерапии, эмоционально-волевая тренировка и др. Их общая цель - максимально приблизить отношения в семье к гармоничным. В гармоничной семье отсутствуют стойкие конфронтирующие 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. Конечно, за сравнительно непродолжительный период пребывания в доме отдыха не во всех случаях психотерапевт сможет полностью устранить проявления семейной дисгармонии, особенно тогда, когда обусловлена она невротическими нарушениями, стойкими аномалиями личности. Однако даже в запущенных случаях возможно провести соответствующую коррекцию отношений, рекомендовав продолжить наблюдение у психотерапевта и невропатолога, если это необходимо, по месту постоянного жительства семьи.

При совместном лечении матери и ребенка необходимо учитывать сложившийся тип воспитания, основную линию поведения матери, которая непосредственно зависит от особенностей ее личности. Для практических целей психотерапевтической работы в условиях учреждений семейного отдыха весьма удобна схема, разработанная Д.Кревеленом. В соответствии с нею тип личности матери сопоставляется с

основной линией поведения ее по отношению к ребенку следующим образом: корыстный - "ребенок принадлежит только мне"; властный - "делай, как тебе говорят"; непреклонный - "у тебя должно быть все в порядке", тщеславный - "ты должен чего-либо достичь"; превосходный - "ты можешь сделать еще лучше"; сенситивный - "сегодня это хорошо, а что будет с тобой завтра"; озабоченный - "только бы с тобой ничего не случилось"; ненадежный - "а что скажут о тебе окружающие"; инфантильный - "у меня есть любимая подруга"; нарцистический - "он станет таким же прелестным, как я"; удовлетворяющий -"несмотря ни на что, я дам тебе любимое"; садистический - "у меня нет детей"; благодушный -"я не знаю, что поделать с ребенком".

Поскольку учреждения семейного отдыха призваны прежде всего стать школой здорового образа жизни, задача психотерапевта - создание оптимальных условий для гармоничного формирования личности. Весь комплекс оздоровительных и культурных мероприятий должен быть тщательно продуман с позиций психогигиены и психопрофилактики, общей и медицинской психологии. Недоучет психологических факторов и тем более их игнорирование (что происходит не так уж редко) окажут выраженное негативное воздействие на конечную эффективность оздоровительной программы.

Во всех случаях необходимо принимать во внимание стремление детей и подростков к самостоятельности, реакции эмансипации, группирования со сверстниками и другие характерологические особенности, а главное, проводить психотерапевтическое потенцирование и опосредование процедур и мероприятий. В монографии "Малая психотерапия на курорте" под редакцией А.Т.Филатова (1983) и в коллективной монографии "Лечение детей на курортах Украины" (1988) содержатся подробные рекомендации по этим вопросам, разработанные сотрудниками кафедры психотерапии Украинского института усовершенствования врачей МЗ СССР.

С психотерапевтических позиций, хорошо было бы создать в каждой здравнице какой-нибудь оригинальный обряд. Учредить, скажем, праздник киевского каштана, харьковской березки, одесской акации. И, конечно, в каждом из учреждений семейного отдыха главным должен стать праздник семьи. Даже подбор кинофильмов, книг в библиотеке, тематические выставки, культпоходы в театр могут служить

целям укрепления семьи, формирования в ней гармоничных отношений, воспитания трезвеннических установок и традиций в семье.

Следует, кстати, отметить, что существует практика подмены семейного отдыха такой его формой, когда путевка выдается только матери и ребенку, а отец не приезжает вообще либо размещается на квартире. Понятно, что такой формализм в деле организации семейного отдыха способствует не укреплению семьи, а возникновению дополнительных разладов.

В плане санитарно-просветительной работы целесообразна организация в здравнице университета или лектория психогигиенических знаний для родителей и аналогичной школы для детей и подростков (А.И.Сердюк, В.А.Скумин, А.М.Фастовец, 1985). Они могут быть как самостоятельными, так и входить в рамки общей школы здоровья.

Для родителей может быть рекомендована следующая тематика:

Здоровье и культура.
Мы и наши дети.
Стресс - хорошо это или плохо?
Здоровье, движение, калории.
Психогигиена семейных отношений.
Психофизиология супружеской жизни.
Семья и школа - конфронтация или сотрудничество?
Алкоголь, мы и дети.
Что нужно знать о токсикоманиях?
Дымок от папиросы.
Здоровье, труд, долголетие.

Для детей и подростков:

Папа, мама, я - дружная семья.
В здоровом теле - здоровый дух.
Сигарета и красота.
В плену иллюзий (о вреде одурманивающих веществ).
Как укрепить силу воли?
Если хочешь быть здоров.
Что можно позаимствовать у йогов?
Поговорим о будущем (о половом воспитании).
Нетрадиционные методы самовоспитания.
Каким должен быть культурный человек? (дискуссия)

Целям пропаганды здорового образа жизни, психогигиены и психопрофилактики должны служить тематические, литературно-художественные вечера и другие формы санитарно-просветительной работы, в которой следует использовать различные наглядные пособия: стенды, плакаты, памятки, санбюллетени. Обязательным аспектом психопрофилактической работы в учреждениях семейного отдыха следует считать создание возможности получить специализированную консультацию и практическую помощь лицам, желающим избавиться от вредных привычек, прежде всего курения.

Особое место в работе врача-психотерапевта в учреждениях семейного отдыха занимает обучение пациентов навыкам психической саморегуляции. Наиболее приемлемой для этих целей при работе со взрослыми отдыхающими является эмоционально-волевая тренировка (А.Т.Филатов, 1983). Эмоционально-волевая тренировка - это метод психической саморегуляции здорового человека, направленный на повышение его психофизической надежности, отличающийся разносторонним и глубоким действием на организм и личность.

При обучении психической саморегуляции детей и подростков целесообразно придерживаться следующих этапов (В.А.Скумин, 1986):

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 настроя на систематические занятия, невозможно добиться заметных успехов.

Не следует способствовать возникновению у детей чувства собственной неполноценности, ущербности, как рекомендуют сторонники психоаналитического направления, даже если бы это могло

3-4179

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) особенно эффективны поощрения в разных 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 аппелирование к потребностям быть самостоятельным, сильным, волевым, здоровым, заслужить признание сверстников.

Вне зависимости от возраста обязательно установление взаимопонимания и тесного 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 контрольное выполнение пациентом различных заданий, в том числе тех, реализация которых 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 в обучении психотренингу принадлежит и "феномену подражания".

При освоении детьми элементов психотренинга им необходимо продемонстрировать, как выполняется конкретное упражнение. Очень важно, чтобы показ осуществлялся самим врачом, а также пациентами, которые приобрели 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 действенно.

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 и особые приемы - "научи куклу" и "помоги новичку" (В.А.Скумин). 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 цели преследует прием "помоги новичку". Суть его состоит в том, что ребенку или подростку, хорошо уже 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 самого себя.

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 критическое отношение 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

3*

деревце 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 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 большинстве и при наличии упомянутого условия неспособны к самостоятельному неконтролируемому систематическому применению самовнушения с лечебно-профилактической целью даже после того, как они под руководством психотерапевта овладели 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, 1983). Одним из ее элементов является использование во время занятия определенного ритуального положения тела, заимствованного из стоической техники. Это дисциплинирует детей, своей необычностью 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 впереди 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.

Необходимость действенной 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 - удержание равновесия. И, во-вторых, для поддержания активного внимания в детском возрасте, по данным специалистов, необходим достаточный мышечный тонус.

Лечебное самовнушение может осуществляться в ритме со спокойным, нефорсированным диафрагмальным или полным дыханием. Например, на выдохе "я", на вдохе "успокаиваюсь" или "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 наделить окружающие его взрослые - родители, врач, которые с полной серьезностью, без всякой возможности сомнения либо двоякого толкования, столь чутко улавливаемого детьми, утверждают действенность 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 трех-пяти больных. Присутствие врача (в дальнейшем психолога или медсестры) является обязательным дисциплинирующим фактором. В домашних условиях самовнушение выполняется в присутствии взрослых. Со временем те дети, у которых навык закрепляется и становится привычным, могут осуществлять отработанные самовнушения и без непосредственного контроля.

МЕТОДИКА САМОРЕГУЛЯЦИИ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА

В основе методики саморегуляции мышечного тонуса (по В.А.Скумину) лежит способ прогрессивной релаксации, высокоэффективный у взрослых при состояниях страха, тревоги, "неврозах внутренних органов", психосоматических расстройствах.

Методика саморегуляции мышечного тонуса может применяться, начиная с аффективного этапа психического развития. Она включает в себя четыре основных упражнения. Все они выполняются в исходном положении лежа на спине (на кушетке или ковре) в строго определенном ритме. Фаза А - нарастающее напряжение соответствующей группы мышц на счет I,2,3,4,5 (что занимает по времени около I0 с); фаза Б - фиксация напряжения мышц на счет I,2,3,4,5 (I0 с); фаза В - быстрое расслабление по команде "раз", отдых и анализ различия ощущений напряжения и релаксации (20-30 с).

4-4199

Во время выполнения упражнения дыхание может быть свободным (в частности в начале обучения) либо осуществляться в предлагаемом ритме: в фазе А - ребенок вдыхает (экскурсия грудной клетки составляет примерно I/2 - 2/3 максимальной), в фазе Б задерживает дыхание, в фазе В выдыхает и далее дышит произвольно.

Приводим описание техники выполнения упражнений.

Упражнение I. Направлено на овладение саморегуляцией тонуса мышц ног. Выполняется вначале с правой ногой, затем с левой.

Часть I. Фаза А. На счет I,2,3,4,5 выпрямленная нога медленно поднимается вверх до высоты I5-25 см. Напряжение мышц постепенно нарастает. В это время осуществляется вдох. Фаза Б. Нога удерживается на счет I,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.

Упражнение 2. Направлено на овладение саморегуляцией тонуса мышц рук. Выполняется вначале с правой рукой, затем - с левой.

Техника выполнения данного упражнения аналогичная описанной в упражнении I, за исключением того, что рука в фазе А первой его части поднимается под углом 90^{0} к поверхности пола.

Упражнение 3. Направлено на овладение саморегуляцией тонуса поперечно-полосатой мускулатуры туловища.

Часть I. 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 Б и В - фиксация положения и последующее расслабление.

Упражнение 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 I,2,3,4,5 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 и более простой прием (В.А.Скумин), 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 ладоши) 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, для 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 (подача команд) выполнением упражнения другими детьми, что еще более усиливает игровой момент.

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

Седативный эффект методики саморегуляции мышечного тонуса связан, безусловно, не только с физиологическим действием мышечной релаксации, но и психологическими факторами: переключением внимания на эмоционально приятный вид деятельности, игровым характером

проведения занятий, сосредоточением 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 четырех упражнений возникает сонливость.

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

МЕТОДИКА АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ

Суть аутотренинга (АТ) 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 его жизнедеятельности, наименование и расположение частей тела, внутренних органов и т.п.

Приводим описание методики АТ по В.А.Скумину (1983), специально разработанной для детей и подростков 10-12 лет и старше. Занятие состоит из трех основных периодов:

достижение состояния аутогенного погружения;
проведение целевого самовнушения;
выход из состояния аутогенного погружения.

Примерный набор формул:

<u>I период</u>

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.

II период (формулы составляются с учетом нозологического принципа. Приводим образцы кардиологического и гастроэнтерологического вариантов)

Кардиологический вариант

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.

Гастроэнтерологический вариант

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.

III 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 жизнерадостное, хорошее, веселое.
Чувствую себя сильным, здоровым.

5 495

Обучение вначале проводится по типу гетеротренинга. Пациенты в первое время шепотом, а потом мысленно произносят 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. Курс обучения 8-12 занятий, проводимых через день.

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

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

МЕТОДИКА ИМАГОТЕРАПИИ

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

Методический подход, разработанный специально для детей и подростков, позволяет использовать принцип "имаго" в отношении пациентов, психическое развитие которых достигло идеаторного типа.

Данный психотерапевтический способ может быть эффективен у лиц с хорошо развитой способностью к воображению, фантазированию. Читая книги, смотря кинофильмы, они отождествляют себя с полюбившимися героями, 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 их происходит под влиянием психотерапевта), которые предлагается воплощать сначала в течение 15 мин, затем 30 мин, 1 ч и более, несмотря ни на какие возникающие обстоятельства.

Больному в необходимых случаях ставится задача - стремиться обратить 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 два приема: выработка паттернов поведения; написание и обсуждение самоотчетов (В.А.Скумин).

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 в подобных ситуациях. Больной, ранее предупрежденный о готовящемся провоцировании, постепенно научается адекватным формам 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. позволяют вступить на путь сознательного самосовершенствования.

СУГГЕСТИВНЫЙ МЕТОД

Внушение в силу универсального характера 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 пациентам, находящимся в бодрствующем состоянии и воспринимаемое ими пассивно. Данный метод целесообразно применять в процессе психотерапии больных, отличающихся очень 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.

Разработанная структура сеанса (В.А.Скумин, Г.И.Кадук, 1988). включает четыре периода:

формирование положительной психоэмоциональной установки на проведение суггестии;

непосредственная подготовка и внушение;

психотерапевтическая суггестия;

завершающий период.

Задача первого периода состоит в целенаправленном формировании положительной психоэмоциональной установки на проведение суггестии. Продолжительность данного периода составляет обычно один-три 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. Обусловливается необходимость безоговорочного подчинения и выполнения всех инструкций психотерапевта, актуализируется феномен веры. С этой целью ребенку многократно и словно невзначай, и нарочито подчеркнуто говорят, что с помощью психотерапевта он освободится от мешающего ему расстройства.

Цель второго 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.

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

Третий 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.

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

Курс лечения, как правило, состоит из трех-четырех сеансов, проводимых с перерывами в два-три дня в течение 7-10-дневного срока. Форма проведения индивидуальная или групповая. При индивидуальной пациент находится в положении стоя либо 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 пассами, 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. 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, 1981) 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 первого 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. Поэтому данный период совершенно необходим.

Размещаются пациенты в кабинете так, чтобы со своих мест они не видели друг друга. Достигается это 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", "Шехерезада", "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 третьего периода. Созданию нужного психологического настроя 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 второго периода - погружения ребенка в нужную стадию гипноза. Для этого применяется 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 маятниковый счет (I...5...I или I...I0...I).

После достижения требуемой стадии гипнотического сна (легкой, средней, глубокой) начинается третий период - проведение лечебных внушений. Формулы их строятся индивидуально в соответствии с

поставленными психотерапевтическими 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, 1973) для пациентов детско-подросткового возраста, могут, естественно, рассматриваться лишь как образцы для построения лечебных суггестий в каждом конкретном случае.

1. Болевой синдром. Внушения должны быть императивными, краткими: "Боль успокаивается. Неприятные ощущения проходят. Начинаешь чувствовать здесь (врач касается рукой "больного места" и в дальнейшем держит ее над ним) приятную легкость. Я забираю боль. Остается приятное ощущение легкости, свежести. Стало хорошо. Ты выздоравливаешь. Становишься здоровым, крепким, 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 энергии и сил. Всегда будешь чувствовать себя сильным, смелым, спокойным, уверенным".

3. Диссомнический синдром: "Ночной сон постепенно нормализуется. Гипноз обладает целебным свойством восстанавливать способность нервной системы успокаиваться, уравновешиваться. 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 в области сердца больного). Биение 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 два-три 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 поесть, сопровождая прием пищи аналогичными внушениями 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, появится хороший аппетит, и ты 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 контактов.

В этом деле важны также помощь 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, негармоничных типов внутренней картины болезни и формирования гармоничного типа (последнее особенно важно).

Исходя из изложенных выше четырех принципов психотерапии, следует пересмотреть все 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 не оправданно и даже вредно на последующих этапах.

Природное детское любопытство, инстинкт самосохранения побуждает 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 соседа по палате, родственников, из научно-популярных изданий, радио- и телепередач.

Реальным фактом является то, что многие дети и подростки знают о своем заболевании. Дефицит же удовлетворяющей информации о нем, особенно при изобилии свободного времени, подталкивает их к фантазированию, построению собственной, порой весьма причудливой

и крайне нежелательной с учетом будущего внутренней картины болезни. Случается, что некоторые пациенты, особенно с истерическими, гипертимными, ипохондрическими чертами, преднамеренно "просвещают" других, индуцируя их соответствующим образом.

Исключительно негативно воспринимаются детьми и подростками те врачи, которые, проводя "рациональную терапию", 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 и тех, 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 между ребенком, его родителями и врачом, их взаимное расположение. Этому способствует 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 их неприятный характер. Если это удастся, то лишь в первый раз, а доверие, уважение будут утрачены надолго, если не навсегда. В таких случаях разъясняется, что некоторая боль непродолжительна и не страшна, зато данный вид лечения поможет скорее выздороветь. Всякий раз при этом надо подчеркивать, что терпение, выдержка при неприятной процедуре послужат выработке стойкости, мужества, закалят силу воли, осуществляя таким образом аретепсихотерапию.

Кстати, данный прием рациональной психотерапии имеет особое, доминирующее значение. Арете - это основное понятие древнегреческой этики, означающее совокупность достоинств человека, его

доблесть, добродетель. Героика и даже пафос 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, но близких по судьбе людях, мужественно преодолевавших свой недуг, сложнейшие жизненные коллизии. По-новому начнут воспринимать они 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 назидательного тона,абстрактных,отвлеченных нравоучений. Попытки заставлять ребенка мыслить и рассуждать по меркам взрослых обречены на неудачу. У детей и подростков свои мотивации, ценности, свои понятия о жизни и происходящем, своеобразные чувства и страдания. Понять их, а следовательно, помочь, можно скорее сердцем, нежели интеллектом взрослого.

На сенсомоторном этапе психического развития более действенной будет лечебная информация, исходящая не только от врача, но и от героя сказки, близкого и понятного ребенку (например Буратино, доктор Айболит).

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 терапии зиждется на трех принципах:

полное убеждение ребенка в реальности сказочного вымысла;

доступность для его понимания психотерапевтической информации;

обеспечение максимальной активности и эмоциональной заинтересованности пациента в ходе всего психотерапевтического процесса (Л.М.Власова).

МЕТОД КОСВЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Приемами косвенной психотерапии являются психотерапевтические 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 целесообразно 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 твое здоровье. Потом им надо будет посылать пополнение. Когда потребуется, дадим тебе еще 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 космонавт? И станешь обязательно, только нужно быть крепким и здоровым."

Старшим детям, подросткам при проведении психотерапевтического потенцирования целесообразно конкретно пояснить, 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, в адекватной форме нужно предварительно разъяснить важность и полезность назначенного мероприятия (психотерапевтическое опосредование), подчеркнув, что в подобных случаях оно выполняется и другим детям. При этом эффект косвенной психотерапии усилится, если создать условия, чтобы дети, готовящиеся к сложной манипуляции, могли побеседовать с теми ребятами, которым она уже успешно осуществлена.

У подростков и взрослых психотерапевтическое потенцирование различных лечебных средств следует осуществлять в соответствии со схемой, предложенной А.Т.Филатовым.

Весьма важно использовать приемы косвенной психотерапии в процессе проведения лечебной физкультуры.

Полагаем, каждому приходилось наблюдать за занятием утренней гигиенической гимнастикой. Вот и скажите, куда в 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 инструкций 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. Она 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. Здесь это обычный 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 один-три раза в неделю,каждый продолжается около получаса.

Одним из важных психотерапевтических механизмов игры (в особенности спонтанной) является эмоциональное реагирование. 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 страха.

Во второй (терапевтической) фазе достигается десенсибилизация к страху посредством перемены ролей и эмоционального реагирования 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 предлагаются 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 психотерапии, как игровая 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 меняется на противоположный психотерапевт контрастно 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, как разноплановость ее структуры или клиническая и психологическая совместимость участников, закрытый характер группы и отсутствие повторных больных. Длительность занятия - от 45 мин до I,5 ч. Курс лечения 20-25 сеансов при дву-, трехкратном посещении в неделю.

Процесс коллективно-групповой психотерапии складывается из взаимно перекрывающихся этапов: I - объединение детей в группу; II - рассказы; III - игры; IУ - обсуждения (А.И.Захаров).

Первый этап - объединение детей - начинается интересной для них совместной деятельностью, например экскурсией, прогулкой, поездкой в музей, 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 не более 10-15 мин, 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 совместно обсуждается содержание рассказов и определяются 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 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: I) ориентация, 2) дифференциация, 3) интеграция.

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

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

С самого начала врач организует группу на выполнение поставленных перед ней задач и содействует эмоциональному объединению детей. Затем в группе развивается спонтанная активность, и врач переходит на положение одного из ее участников. В этой позиции он совместно со всеми разрешает конфликтные ситуации, способствуя изнутри интеграции лечебной группы на коллективном уровне отношений.

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, тревоги, опасений. Составные элементы данного метода:

глубокое расслабление поперечно-полосатой мускулатуры, достигаемое с помощью специальных упражнений;

иерархическая презентация, заключающаяся в последовательном представлении ситуаций, вызывающих страхи, повышенное беспокойство, от малозначительных до наиболее интенсивных;

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 б и б л и о т е р а п и я - 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 м у з ы к о т е р а п и и детей и подростков. Природная тяга к ритму, гармонии звуков, музыке, не будучи с раннего возраста

заботливо направляема с помощью прекрасных образцов, увлекает в стихию эрзац-музыки. И, когда это случилось, очень трудно выработать иммунитет к какофонии.

Большие возможности для музыко- и эстетотерапии открываются в учреждениях курортного профиля. Особо тщательно следует продумать психогигиенические и психопрофилактические аспекты культурно-массовой работы, существующий уровень которой не может быть признан удовлетворительным. Порой даже взрослому человеку, обладающему позитивными эстетическими запросами, весьма сложно выдержать натиск низкопробной музыки, столь назойливо звучащей на территории санаториев, 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 воздействие (успокаивающее, активизирующее и т.п.) оказывают музыкальные произведения, вошедшие в сокровищницу русской и мировой классики, например произведения Чайковского, Римского-Корсакова, Мусоргского, Скрябина, Прокофьева, Вагнера, Баха, Бетховена, Онеггера.

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, запомнит ребенок кубанскую песню, в Прибалтике научится литовскому танцу.

Когда речь идет о санаторно-курортных учреждениях, с позиций общей психотерапии не надо чрезмерно увлекаться количественной стороной культурно-массовых мероприятий. Где, как не здесь, ребенок может тесно соприкоснуться с гармонией родной природы, любоваться синевой неба, первозданной прелестью цветов, вслушиваться в перезвон птичьих голосов, шелест листвы, морской прибой? Важно только создать условия, чтобы дети и подростки научились внимательно всматриваться, познавать, вбирать в свои души красоту музыки и поэзии 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 по охране природы понадобится меньше.

С психотерапевтических позиций хорошо бы 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 трезвеннических установок. Вся атмосфера детско-подросткового учреждения должна быть для ребенка школой трезвого, здорового образа жизни. Воспитание антиалкогольных установок у детей - задача неотложная.

В последние годы все большее распространение получает метод психофизической лечебно-профилактической 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.

В целом психотерапия призвана пронизывать и обогащать всю культурно-оздоровительную работу учреждений семейного отдыха. Это прежде всего саногенное эмоционально-стрессовое воздействие на человека. Заметим, что сведение воздействия на пациента лишь к речевому ("лечение словом") приводит к обеднению психотерапевтического потенциала врача. В результате потенциал методик не реализуется полностью. По-видимому, именно понимание психотерапевтического процесса только как передачи речевой информации, могло привести к появлению в недалеком прошлом выхолощенных приемов, не предусматривающих либо сводящих к минимуму непосредственный душевный контакт с пациентами.

Безусловно, использование магнитофонных записей, грампластинок и других технических средств, включая телевидение, видеомагнитофоны, не следует исключать из практики - они необходимы современному психотерапевту. Однако в тех случаях, когда они являются ведущими, можно говорить об эрзац-психотерапии, так как при этом игнорируется истинная суть метода - "лечение душой". Выражаясь образно, слова психотерапевта лишь тогда способны зажечь очищающий огонь в душе пациента, когда они наполнены живым огнем духовности, сердечности, высокой мудрости. Используя новые достижения естественных, технических и прочих наук, всегда будем помнить, что психотерапия относится и к области духовного творчества.

Слово "доктор" в переводе с латинского, как известно, означает "учитель". Психотерапевт, работающий в учреждении семейного отдыха, должен прежде всего быть учителем здорового образа жизни. Образец акта внедрения метода психотерапии в учреждениях семейного отдыха приведен в приложении.

Безусловно, вопросы организации психотерапевтической, психопрофилактической помощи в учреждениях семейного отдыха еще требуют более детальной разработки, углубленного изучения в целях созидания оптимальной стройной организационной структуры, оптимального выбора тех или иных методов с учетом особенностей контингента отдыхающих и конкретных условий здравницы. На решение этих задач должны быть направлены усилия всех заинтересованных специалистов.

ПРИЛОЖЕНИЕ

УТВЕРЖДАЮ

_____

руководитель учреждения, в котором

_____

проведено внедрение

_____ 199 г.

Акт о внедрении

1. Наименование предложения для внедрения: Психотерапия в учреждениях семейного отдыха.

2. Кем и когда предложено: В.А.Скумин и соавторы, Украинский республиканский научно-методический центр по психотерапии при Укркурортсовете, 1990 г.

3. Источник информации: Психологические и психотерапевтические аспекты работы в учреждениях семейного отдыха :Методические рекомендации /Сост.В.А.Скумин, Г.И.Кадук, Л.А.Бобина. - Харьков, 1990.

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 199 г Подпись _____

Отв.за внедрение

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

Учебное издание

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СЕМЕЙНОГО ОТДЫХА

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Составители: СКУМИН Виктор Андреевич
КАДУК Григорий Иванович
БОБИНА Людмила Анатольевна

Ответственный за выпуск Е.Т.Степанов

Редактор Н.М.Храмова

Технический редактор Т.Ф.Рыжикова
Корректор Е.Т.Хоруженко

Подп. к печ. 20.08.90. Формат 60x84 I/16. Бумага тип.№ 1
Печать офсетная. Усл.печ.л.2,32. Усл.кр.-отт.2,32. Уч.-изд.л. 2,02.
Изд.№ 1853. Тираж 500 экз. Зак. № 4179. Бесплатно.

Базовый санаторий "Березовские минеральные воды".

Харьковское межвузовское арендное полиграфическое предприятие.
310093, Харьков, ул.Свердлова, 115.