



С.А. Изумнов

психотерапия и психокоррекция детей и подростков



Руб 20.00

5

Игумнов С. А.

Психотерапия и психокоррекция детей и подростков
— М.: Изд-во Института психотерапии, 2000. — 112 с.

В предлагаемой читателю книге систематически изложены основные понятия и методики клинической психотерапии и психологической коррекции в детском возрасте. Рассмотрены особенности и возможности групповой, игровой, гипносуггестивной психотерапии в детском и подростковом возрасте, а также методы семейной психотерапии. Особое внимание обращено на кризисную психотерапию у подростков.

Книга удачно сочетает в себе популярность изложения сложных понятий современной психологии и психотерапии со строгой научностью и детальностью в описании конкретных психотерапевтических методик. Эта книга необходима не только врачам, психологам, педагогам, студентам медицинских и педагогических учебных заведений, но и широкой читательской аудитории, особенно родителям, которым небезразличны проблемы душевного здоровья и гармоничного личностного развития их детей.

ISBN 5-89939-016-6

© Игумнов С. А., 2000

© Издательство Института психотерапии, 2000

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие.....	4
Глава 1. Слово — серебро...	
Диагностическое интервью в клинической психотерапии.....	6
Глава 2. Вся наша жизнь — игра...	
Ведущие направления игровой психотерапии.....	12
Глава 3. Трудно человеку, если он один...	
Групповая психотерапия.....	18
Глава 4. Наведение транса...	
Недирективные методы гипносуггестии и «направленного воображения».....	36
Примеры методов гипнотизации детей.....	41
Глава 5. Все пройдет, как с вешних яблонь дым...	
Гипноанальгезия в детском возрасте.....	55
Глава 6. Мой дом — моя крепость!	
Семейная психотерапия и семейное консультирование.....	62
Глава 7. Сколько их упало в эту бездну...	
Самоубийства у подростков и методы их предотвращения.....	75
Приложение 1	
Детско-подростковый вариант прогрессивной мышечной релаксации по Якобсону-Эверли.....	96
Приложение 2	
Рисунок семьи.....	101
Приложение 3	
Краткий словарь психологических и медицинских терминов.....	103
Литература.....	107

ПРЕДИСЛОВИЕ

Экономические трудности, неблагоприятная криминальная обстановка, последствия чернобыльской катастрофы, повышенный радиоактивный фон в некоторых регионах СНГ и другие сложности современной жизни нередко вызывают психосоциальные стрессы, которым подвергается каждая семья и, конечно, дети. Отсюда — возрастающее число невротических расстройств у детей и подростков. Количество случаев психологической дезадаптации, не попадающих в поле зрения психиатров и психотерапевтов, но требующих профессиональной помощи, чрезвычайно велико.

Как же помочь таким детям?..

Ответ на этот вопрос и дает книга опытного детского психотерапевта, доктора медицинских наук, заведующего курсом детской психиатрии и психотерапии Белорусского государственного института усовершенствования врачей С. А. Игумнова. В предлагаемой читателю книге систематически изложены основные понятия и методики клинической психотерапии и психологической коррекции в детском возрасте. Рассмотрены особенности и возможности групповой, игровой, гипносуггестивной психотерапии в детском и подростковом возрасте, а также методы семейной психотерапии. Особое внимание обращено на кризисную психотерапию у подростков и на особенности психологической диагностики и психотерапии у лиц, пострадавших в результате чернобыльской катастрофы.

Книга удачно сочетает в себе популярность изложения сложных понятий современной психологии и психотерапии со строгой научностью и детальностью в описании конкретных психотерапевтических методик. Эта книга необходима не только врачам, психологам, педагогам, студентам медицинских и педагогических учебных заведений, но и широ-

кой читательской аудитории, особенно родителям, которым небезразличны проблемы душевного здоровья и гармоничного личностного развития их детей.

Предлагаемые рекомендации одобрены Методическим советом при Минздраве Республики Беларусь.

Я. Л. Коломинский,
доктор психологических наук, профессор,
заслуженный деятель науки Республики
Беларусь, заведующий кафедрой общей и
детской психологии Белорусского государ-
ственного педагогического университета

ГЛАВА I

СЛОВО-СЕРЕБРО- ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Психотерапия — комплексное лечебное воздействие с помощью психических средств на психику больного, а через нее — на весь его организм с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде (Рожнов В. Е., 1971).

Клиническая психотерапия в детском и подростковом возрасте, как и у взрослых, разделяется на общую и частную (Кондратенко В. Т., Донской Д. И., Игумнов С. А., 1999).

Под общей психотерапией подразумеваются мероприятия, нормализующие социальную среду ребенка и подростка, формирующие психофизическую и эмоциональную нагрузку в соответствии с возрастными и индивидуальными возможностями, оптимизирующие процессы созревания психических свойств и личности, что уже само по себе может способствовать ликвидации психических нарушений и гармонизации личности в ходе ее дальнейшего развития.

Частная психотерапия — набор медицинских и психологических, представляющих собой адаптированные для детского и подросткового возраста психотерапевтические приемы и методики — суггестивные (связанные с внушением), рациональные и т. п., — используемые в работе со взрослыми, а также специально разработанные системы психотерапии, основанные на ведущих для определенного возраста онтогенетических формах деятельности, уровнях общения, способах мышления и саморегуляции (игровая, семейная и другие формы психотерапии).

Клиническая психотерапия осуществляется в разных формах в зависимости от конкретных условий ее проведения, задач, возраста пациента (ребенок, подросток, взрослый) (Карвасарский Б. Д., 1985).

...Великому режиссеру К. С. Станиславскому принадлежит выражение «Театр начинается с вешалки». Точно так же — с вестибюля, гардероба, приемной психотерапевта начинают формироваться впечатления клиента об учреждении, в котором ему предстоит «поведать свои душевные тайны» людям, которые совсем недавно были для него «посторонними» (а это нелегко!).

Представление психотерапевта о клиенте тоже начинает складываться из «мелочей». Ранний (за полчаса и более) приход клиента свидетельствует о его высокой тревожности и вместе с тем достаточно высоком уровне мотивации к работе.

Систематическое опоздание считается в классическом психоанализе одним из проявлений сопротивления клиента проводимому лечению.

Вместе с тем нельзя забывать, что «чувство времени» зависит от личностных и культуральных особенностей клиента.

Поздоровавшись с клиентом, следует спросить его имя, отчество (у взрослого), имя (у ребенка) и представиться ему. Важно запоминать (и не путать!) имена клиентов. «Помните, что имя человека — это самый сладостный и самый важный для него звук в любом языке» (Карнеги Д., 1990). Отметьте для себя, как клиент входит, на каком расстоянии от вас садится (это его «личная дистанция» по отношению к вам, которая может укорачиваться и удлиняться в ходе терапии). В процессе психотерапии важное значение имеет «подстройка» к тону, громкости и, конечно, темпу речи (отражающему скорости протекания ассоциативных процессов у клиента).

Целесообразно бывает вычленить специфические особенности речи (жаргонизмы, профессиональные обороты, неологизмы) и уяснить для себя их значение. Например, если подросток заявит: «Вчера завалили мы на флэт (в квартиру) и колес

наглопались», ясно, что речь идет отнюдь не о велосипедных колесах, а скорее всего о таблетках психотропного препарата). В процессе беседы можно «возвращать» клиенту отдельные «особенные» слова и фразы (Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж., 1994) — этим подкрепляется восприятие психотерапевта как внимательного и «понимающего» слушателя. Но перегружать свою речь жаргонизмами, особенно в беседе с асоциальными подростками, не стоит: принадлежа к иной субкультуре, психотерапевт вряд ли постигнет все «тонкости» постоянно меняющегося блатного жаргона, а разговор на ломаном либо устаревшем жаргоне настораживает подобных лиц.

Однозначно не следует копировать патологические особенности речи клиентов (заикание, дефекты звукопроизношения), навязчивые движения: многие из этих людей имеют психотравмирующий опыт «передразнивания» их окружающими и именно в этом ключе воспринимают подобную «подстройку».

Клиническая беседа обычно начинается с так называемого открытого вопроса (например, «Что привело вас (тебя) сюда? и т. п.»), этим мы избегаем преждевременного установления рамок беседы.

Но у детей ответом на подобный вопрос может быть удивленный взгляд, пожимание плечами, только ребенок побойчее скажет что-нибудь типа «Моя мама привела меня сюда, чтобы вы со мной поговорили!» В детском возрасте невербальный компонент общения преобладает над вербальным, лучшими способами «подстройки» к ребенку будут совместная игра, рисование (особенно полезны проективные рисуночные тесты).

В случаях недобровольного обращения (под давлением родителей и других членов семьи, администрации, в ситуации судебной психолого-психиатрической экспертизы и т. п.) мы можем столкнуться с негативным отношением к беседе, особенно у подростков (Личко А. Е., 1983).

Беспроегрывных способов установления контакта в этих случаях не существует. Часто помогает такой прием: в ответ на реплику подростка «у вас и так все обо мне написано!» можно

сказать: «Да, кое-что мне сообщили, но мне хотелось бы услышать об этом непосредственно от тебя (или от вас, так как некоторые старшие подростки предпочитают такой стиль обращения, как бы подчеркивающий их «взрослость»). В отличие от следователя для психотерапевта важны не столько «протокольные подробности», сколько характерная для клиента манера рассказывать. Даже заведомая ложь клиента может быть полезна для выявления его личностных особенностей.

Нецелесообразно уличать клиента во лжи, противоречиях, непоследовательности, пытаться с ходу изменить его убеждения, какими бы странными они нам ни казались. В отношении же бредовых идей следует помнить пословицу, гласящую что и «сто мудрецов не переубедят безумного».

Продолжительность первой (диагностической) беседы составляет в среднем 40 — 50 минут (Kaplan H. I., Sadock B. J., 1991).

Для психотерапевта важно четко структурировать свое рабочее время: ведь затянувшаяся до 3 — 4 часов клиническая беседа с одним словоохотливым клиентом приведет к срыву всего графика работы и бесцельному ожиданию остальных клиентов, которые могут уйти с чувством обиды и разочарования.

Поэтому за 5 — 10 минут до окончания консультации можно сказать клиенту: «К сожалению, время нашей сегодняшней беседы подходит к концу. Но, может быть, у вас остались ко мне вопросы?» или «Проблема, затронутая в ходе нашей беседы, очень сложна. Для того чтобы полностью в ней разобраться, нам потребуется еще одна или несколько встреч». После этого можно согласовать с клиентом время и место следующей консультации или сеанса.

Однако в ходе беседы недопустим и педантизм, при котором соблюдение расписания становится самоцелью. При нестандартных ситуациях (особенно при кризисных состояниях с наличием суицидальных намерений и т. п.) особенно важно дать клиенту закончить свой рассказ, проявить заинтересованность в его проблеме и наметить хотя бы начальные пути выхода из кризиса.

Глубина «проникновения в прошлое» зависит от того, сколько времени имеется в распоряжении психотерапевта, сколько встреч будет проведено (Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж., 1994). Если запрос клиента предполагает долговременную работу, то, как правило, необходим детальный анализ прошлого; при разовых консультациях и кратковременной психотерапии большее внимание обычно уделяется ситуации «здесь и теперь». Последнее, впрочем, зависит от теоретической ориентации психотерапевта.

Первая беседа с клиентом обычно позволяет составить лишь предварительное заключение о его проблемах — терапевтическую гипотезу. В ходе второй и последующих бесед происходит получение дополнительной информации о клиенте и тем самым уточнение гипотезы. Гипотеза не должна зашоривать мышление психотерапевта. На любом этапе психотерапии нужно иметь мужество отказаться от нее, если она противоречит реальности, в противном случае мы работаем не с клиентом, а с проекцией на него наших собственных проблем.

В начале второй беседы полезно узнать у клиента, что он (она) думает о первой встрече, о его (ее) реакции на эту встречу. Можно также спросить: «Часто после того, как человек уходит от врача (психолога), он припоминает еще целый ряд проблем, которые ему хотелось бы обсудить. Есть ли у вас подобные проблемы?»

Разговаривая с родственниками клиента, надо руководствоваться тремя важными правилами (Kaplan H. I., Sadock B. J., 1991):

- 1) психотерапевт должен лично увидеться с клиентом («заочная» психотерапия недопустима);
- 2) психотерапевт в ходе работы с клиентом должен общаться с членами его семьи, лишь получив на то согласие клиента;
- 3) психотерапевт обязан соблюдать конфиденциальность беседы, не обманывать доверие клиента ни прямо, ни косвенно.

Единственным исключением из третьего правила могут быть случаи, когда в опасности находится жизнь клиента или кого-либо еще.

Если психотерапевт не может добиться от клиента разрешения раскрыть его суицидальные намерения или одержимость манией убийства, если клиент при этом отказывается от госпитализации, необходимо поставить об этом в известность семью больного и настаивать на госпитализации.

Общие правила поведения психотерапевта в «особых ситуациях» изложены в табл. 1.

Таблица 1

Особые ситуации и виды собеседования
(адаптирована из Каплан Г. И., Сэдок Б. ДЖ., 1998)

Ситуации	Рекомендации к проведению беседы
Аутичный пациент	Будьте активны, направляйте беседу. Обращайте внимание на невербальные диагностические признаки, на телодвижения. Меняйте тему разговора, если у пациента возникают трудности с обсуждением того или иного предмета.
Пациент с симптомами депрессии	Выявите суицидальные мысли. Если они есть, то существует ли у пациента определенный план? Попытайтесь повысить самоуважение пациента, позитивно оценив его личность в конце беседы.
Агрессивный пациент	Не запирайте комнату. Сядьте рядом с дверью, чтобы можно было быстро выйти. Определите рамки, в которых будет проводиться беседа. Если пациент слишком возбужден, прекратите беседу немедленно.
Пациент с психосоматическими расстройствами	Не обсуждайте соматические симптомы по типу «Это лишь в вашем воображении». Убедите пациента в том, что его жалобы обоснованны (но стойкое улучшение может быть достигнуто лишь входе систематической психотерапии).
Пациент с бредовыми расстройствами	Не критикуйте ошибочные суждения пациента напрямую, вы можете сказать, что не согласны с его умозаключением, но понимаете его.
Пациент с маниакальным расстройством	Постарайтесь установить рамки, в которых будет проводиться беседа. Будьте твердым, но не воинственным.

ГЛАВА 2

ВСЯ НАША ЖИЗНЬ - ИГРА... **ВЕДУЩИЕ НАПРАВЛЕНИЯ** **ИГРОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

Игровая терапия — психотерапевтический метод, основанный на принципах динамики психического развития и направленный на облегчение эмоционального стресса у маленьких детей с помощью разнообразных выразительных и дающих пищу воображению игровых материалов (Webb, N. B., 1991).

СПЕЦИФИЧНОСТЬ ИГРОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Давно признано, что игра занимает значительное место в жизни ребенка. Еще в XVIII веке Жан-Жак Руссо очень верно подметил: для того чтобы узнать и понять ребенка, необходимо понаблюдать за его игрой. В отличие от взрослых, для которых естественным средством общения является язык, для ребенка естественное средство общения — это игровая деятельность.

Игровая терапия, безусловно, представляет собой трудную психотерапевтическую работу, облеченную в форму игры. Поскольку дети ведут себя и думают иначе, чем взрослые, метод работы с ними должен учитывать эту особенность.

Не многие дети с готовностью соглашаются, что «имеют проблемы», даже если их родители сходят с ума оттого, что детей мучают ночные кошмары, страхи, или от агрессивного поведения своих любимых чад. Обращение к детскому психотерапевту, как правило, — инициатива взрослых (родителей, педагогов и т.д.). Но в кабинете психотерапевта даже те немногие из детей, которые с самого начала могут признаться в своих страхах и несчастьях, в большинстве случаев не могут вести дискуссию о своих проблемах с кем-то из незнакомых взрослых.

Благожелательный, но неопытный психотерапевт, который задаст ребенку типичный «открытый вопрос», предназначенный для взрослых: «Скажи мне, что тебя привело сюда?» — должен подготовиться к удивленному взгляду, пожатию плечами или, в лучшем случае к ответу: «Мама сказала, что вы хотите поговорить со мной!». Со стороны ребенка это будет вполне искренний ответ.

Если даже взрослым бывает трудно искать помощи и обсуждать свои серьезные эмоциональные проблемы с психотерапевтом, представьте, насколько это тяжело для детей! К счастью, выручают методы игровой психотерапии, отвлекая ребенка, давая начальную «приманку» для вовлечения его в лечебную игру и поддерживая привлекательность этой игры в течение всего лечебного процесса.

Наблюдение за игрой ребенка и участие в ней позволяет понять, как он познаёт мир. Для ребенка игра — серьезное, полное смысла занятие, которое способствует его физическому, психическому и социальному развитию. В относительно безопасной ситуации игры, в состоянии раскованности ребенок позволяет себе опробовать различные способы поведения.

Помимо этого, игра предоставляет в распоряжение ребенка символы, которые заменяют ему слова. Жизненный опыт ребенка гораздо больше, чем он может выразить словами, поэтому он использует игру, чтобы выразить и ассимилировать то, что он переживает. Игра для ребенка — это также одна из форм самотерапии, благодаря которой могут быть отреагированы различные конфликты и неурядицы (Webb, N. B., 1991; Оклендер В., 1997).

КРАТКАЯ ИСТОРИЯ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ИГРОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Игра стала применяться в детской психотерапии приблизительно с начала 1920-х гг. терапевтами психоаналитического направления (Анной Фрейд, Мелани Клейн и Гермией Хаг-Гельмут).

Психоаналитики обнаружили, что дети не могут описывать свое беспокойство словами, как это с успехом де-

лают взрослые. В отличие от взрослых дети, как правило, не интересуются исследованием собственного прошлого, обсуждением ранних стадий развития; у детей «не работает» один из основных методов ортодоксального психоанализа — так называемый метод свободных словесных ассоциаций. Вместо него детские психоаналитики стали использовать наблюдение за игрой ребенка и исследование детских рисунков. Из психоанализа пришли такие важные методики исследования психической сферы ребенка, как тесты «Дом — дерево — человек», «Кинетический рисунок семьи» и т. д. Это стало *первым направлением* игровой психотерапии.

Второе крупное направление в развитии игровой психотерапии возникло в 1930-х гг. с появлением работы Дэвида Леви, в которой развивались идеи «терапии отреагирования» (abreaction therapy) — структурированной игровой терапии для работы с детьми, пережившими какое-либо психотравмирующее событие. Леви основывал свой подход на убеждении, что игра предоставляет детям возможности отреагирования психических травм.

Курс игровой психотерапии строится, по Д. Леви, в три этапа:

1-й этап — установление контакта: свободная игра ребенка, его знакомство с игровой комнатой и психотерапевтом;

2-й этап — введение в игру ребенка какой-либо ситуации, напоминающей психотравмирующее событие (с помощью специально подобранных игрушек). В процессе разыгрывания психотравмирующей ситуации ребенок управляет игрой и тем самым перемещается из пассивной роли пострадавшего в активную, деятельную роль;

3-й этап — продолжение свободной игры ребенка. Д. Леви рекомендует директивный принцип, в соответствии с которым инициатива в игровых ситуациях принадлежит врачу-психотерапевту. Важна тщательная техническая и методическая подготовка сеансов игровой психотерапии. Заранее составляется план ролевой игры с учетом возраста и особенностей психоэмоционального состояния ее участников, а

также конечной цели психотерапии; перед игрой распределяются роли среди детей и т. д.

Третье значительное направление в игровой психотерапии возникло с появлением исследований Джесси Тафт и Фредерика Аллена в 1930-х гг.

Это — игровая терапия отношений, основное внимание в которой уделяется лечебной силе эмоциональных отношений между терапевтом и пациентом. Аллен и Тафт подчеркивали необходимость отношения к ребенку как к личности.

Развивая эти принципы, Вирджиния Экслейн (1947) разработала систему недирективной игровой психотерапии у детей. В. Экслейн рассматривала игру как средство максимального самовыражения ребенка, позволяющее ему полностью раскрыть свои эмоции при невмешательстве взрослых в процесс его игровой активности. Изучая эмоциональные и поведенческие реакции ребенка в различных игровых ситуациях, психотерапевт старается понять его личностные особенности. Вместе с тем психотерапевт вводит определенные ограничения, если игровая активность ребенка выходит за рамки допустимого.

В процессе недирективной игровой психотерапии психотерапевт:

1) наблюдает за процессом игры ребенка (как тот играет, как подходит к игровому материалу, что выбирает, чего избегает? Каков основной стиль его поведения? Трудно ли ему переключиться? Хорошо или плохо организовано его поведение? Каков основной сюжет игры?);

2) рассматривает содержание игры (проигрываются ли темы одиночества, агрессии, воспоминания? Много ли «несчастливых случаев» происходит в ходе игры?);

3) оценивает навыки общения ребенка (чувствуется ли контакт с ребенком, пока он занят игрой? Оказывается ли ребенок вовлеченным в игру, или он не в состоянии во что-нибудь вовлечься?).

Иногда бывает полезным обратить внимание ребенка на сам процесс игры и установить контакт с ребенком по ходу игры. Если в игре повторяются одни и те же ситуации, мож-

но задавать вопросы, касающиеся реальной жизни ребенка («А дома ты любишь расставлять все по местам?»). Можно привлечь внимание ребенка к эмоциям, которые владеют им по ходу игры («Мне кажется, что эта кукла-папа очень недовольна своим сыном»).

В. Оклендер (1997) советует «возвращать ситуации к ребенку и событиям его жизни»: «А ты когда-нибудь дрался, как эти два солдатика?»

Психотерапевту не следует прерывать течения игры; ему лучше дождаться естественной паузы, чтобы задать свои вопросы или вмешаться с комментариями.

В настоящее время многие зарубежные психотерапевты используют комбинированный подход, сочетая в процессе игровой психотерапии принципы психодинамической, недирективной (клиент-центрированной психотерапии, в понимании К. Роджерса и В. Экслейна) и «терапии отреагирования», нередко в сочетании с медикаментозным лечением.

По словам Н. Б. Уэбб (1991), «комбинацию нескольких видов лечения следует в большинстве случаев рассматривать как лучшую программу, соответствующую сегодняшнему дню».

ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ ИГРОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Игровая психотерапия:

- помогает в установлении диагноза;
- помогает в установлении контакта между психотерапевтом и ребенком-пациентом;
- дает средства для работы с механизмами психологической защиты ребенка (играющими важную роль в развитии эмоциональных и поведенческих расстройств);
- помогает словесному выражению чувств;
- помогает ребенку выразить неосознаваемые конфликты и тем самым уменьшить эмоциональное напряжение;
- расширяет круг интересов ребенка.

В настоящее время игровая психотерапия нашла широкое применение не только в стационарной и амбулаторной психотерапевтической практике, но и в педагогической практике, а также в больницах общего профиля.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ИГРОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Игровая психотерапия оказалась эффективной при решении самых разнообразных детских проблем:

- при невротических и протекающих по типу соматических расстройствах у детей;
- для улучшения эмоционального состояния детей после развода родителей;
- для снижения тревоги у госпитализированных детей;
- для облегчения состояния при психосоматических заболеваниях (бронхиальной астме, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, неспецифическом язвенном колите, нейродермите и т. д.);
- для ослабления агрессивности в поведении;
- для улучшения успеваемости детей с затруднениями в обучении;
- для коррекции эмоционального состояния детей, подвергшихся насилию или живущих в условиях психической напряженности («заброшенные» дети) и т. д.

ИГРОВОЙ МАТЕРИАЛ

Игрушки и материалы, необходимые для игровой психотерапии, можно сгруппировать в три больших класса:

I. Игрушки из реальной жизни:

- кукольное семейство;
- кукольный домик;
- детская посуда;
- машины;
- «медицинский набор» и т.п.

II. Игрушки, помогающие отреагировать агрессию и страх:

- игрушечные солдатики;
- оружие;
- маски волка, бандита, чудовища и т. д.

III. Средства для творческого самовыражения:

- пластилин или глина;
- краски, карандаши и фломастеры;
- конструкторы, детская мозаика и т. д.

ГЛАВА 3

ТРУДНО ЧЕЛОВЕКУ, ЕСЛИ ОН ОДИН...

ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Психотерапия в детском и подростковом возрасте может проводиться в форме индивидуальных, групповых и бифокальных (предполагающих совместную работу детских и родительских групп) игровых занятий, органично включающих различные варианты психотерапевтического тренинга (тренинг разрешения проблем, тренинг коммуникативных навыков), сочетаться с детскими вариантами нервно-мышечной релаксации (расслабления) и аутогенной тренировки, элементами гипносуггестии.

Показаниями для групповой психотерапии в детском и подростковом возрасте А. И. Захаров (1979, 1982, 1995) считает характерологические и аффективные нарушения, возникшие или обострившиеся при длительном течении невроза, обуславливающие проблемы в межличностных отношениях и препятствующие выздоровлению в процессе индивидуальной психотерапии:

- неадекватный (не соответствующий ситуации) уровень притязаний;
- эгоцентризм;
- неустойчивость самооценки;
- излишняя застенчивость, скованность и неуверенность в общении;
- тревожно-мнительные черты характера;
- фобические реакции и т. д.

Противопоказаниями для групповой психотерапии считаются:

- отрицательное отношение к лечению ребенка (подростка) или его родителей;

- выраженные расторможенность и агрессивность;
- сниженный интеллект.

Цель групповой психотерапии состоит в восстановлении психического единства личности посредством нормализации ее межличностных отношений.

Собственно терапевтическая задача групповой психотерапии связана с эмоциональным отреагированием конфликтных ситуаций в группе и ослаблением угрожающих образов в сознании посредством их условного изображения в игре (т. е. групповая психотерапия по методике А. И. Захарова — одна из методик «терапии отреагирования»).

Клинико-психологические критерии формирования детско-подростковой группы:

1) разноплановость структуры группы при клинической и психологической совместимости ее участников (в группе воспроизводятся условия, напоминающие общение больных в жизни; включаются в состав дети с разной тяжестью заболевания, разными возрастом, полом, темпераментом и т. д., поскольку группа — модель жизненных отношений);

2) необходимое условие — закрытый характер группы и отсутствие повторных больных. При необходимости повторного лечения детей, прошедших первый цикл групповых занятий, целесообразно включать в состав «продвинутых» групп.

ПРИНЦИПЫ ПОДБОРА ДЕТЕЙ ДЛЯ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

В клиническом отношении совместимы отдельно и вместе дети и подростки с логоневрозом, неврастенией, неврозом навязчивых состояний. Несовместимы между собой больные с истерическим неврозом, так как группа из них практически неуправляема ввиду эмоциональной расторможенности и амбициозности ее членов.

Больные с тиками вне зависимости от механизма происхождения и выраженности тиков оказывают неблагоприятное индуцирующее действие на остальных больных, поэтому лучше заниматься с ними в отдельной группе.

В группе не должны преобладать больные с тяжелым течением невроза, массивными органическими наслоениями и повышенной активностью.

Желательно включить в группу нескольких хорошо курабельных больных, создающих благоприятный психотерапевтический климат в группе.

Основные нормативы, которыми целесообразно руководствоваться при проведении групповой психотерапии у детей и подростков.

Возрастные границы, отражающие примерно одинаковый уровень социализации детей, (лет)	4-5	5-7	7-9	9-11	11-14
Оптимальная численность группы, (человек)	4	4-6	6	6-8	8-10
Продолжительность групповых занятий, (минут)	45	45-60	60	60	90

ФАЗЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДЕТСКОЙ ГРУППЫ

Процесс групповой динамики в психотерапии состоит из ряда последовательных фаз.

В первой фазе — ориентации группы — происходит эмоциональное объединение детей и появление у них однородных устремлений. В этой фазе возможно возникновение критического периода в жизни группы — ее эмоционального расторможения.

Во второй фазе — дифференциации группы — оформляются статусные различия, симпатии и антипатии детей. В данной фазе возможно появление другого критического периода, обусловленного отражением в группе конфликтных позиций детей в жизни.

В третьей фазе — интеграции группы — отмечается стабилизация ее структуры, сплочение детей и развитие коллективных отношений (Захаров А. И., 1982).

В данной главе приводится примерный сценарий 10 групповых занятий. Упражнения рассчитаны на детей и подростков различного возраста (от 8 до 14—15 лет). Предложенная структура групповых занятий не должна быть совершенно неизменной. Перефразируя слова Устава Петра I. можно призвать начинающих психотерапевтов не держаться сценария, «яко слепой стены».

Психотерапевт должен чутко улавливать эмоциональное состояние группы, не допускать «натянутых пауз» между упражнениями, проводить занятия на высоком эмоциональном подъеме, что позволяет добиться положительной клинической динамики и способствует личностному росту участников группы.

Началу групповой психотерапии предшествует индивидуальная консультация каждого ребенка и членов его семьи (желательно обоих родителей) у детского психотерапевта, а также тщательный осмотр педиатром и детским невропатологом.

Детская групповая психотерапия должна проводиться в достаточно просторном помещении, где дети с различной степенью активности могли бы безопасно передвигаться. Пол не должен быть скользким; целесообразно иметь специальное покрытие, чтобы ребенок при необходимости мог расположиться на полу. В помещении не должно быть никаких потенциально опасных предметов. Комната должна быть светлой и уютной, с регулируемой яркостью освещения. Стены и мебель следует окрашивать в теплые, успокаивающие тона: светло-коричневый, зеленый и др.

ЗАНЯТИЕ 1

Цель занятия: знакомство с методом работы группы, объединение детей, обеспечение сотрудничества детей и родителей, создание высокого эмоционального подъема.

1. Беседа с родителями. Объясняются цели и задачи терапии, выясняются индивидуальные проблемы, ставится серьезный акцент на необходимость тесного сотрудничества с детьми. Раздается методика «Анализ семейных взаимоотно-

ношений» (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В., 1999). Предлагается при появлении вопросов подходить к терапевту без приглашения.

2. Вводная беседа с детьми. Начинать желательно с фразы «Каждого из вас привела к нам проблема...». Далее в общих чертах делается акцент на вегетативно-соматических проявлениях (боли в желудке, плохой сон и т. д.). На доступном уровне детям объясняется роль эмоциональных нарушений в происхождении этих проявлений. Предлагается при активном участии детей решить большинство проблем.

Согласно рекомендациям Ю. С. Шевченко и В. П. Добриденя (1998), «мишень» выступления психотерапевта, стоящего перед собравшимися вокруг него детьми и родителями, — анозогнозия и пассивность ребенка в отношении лечения, осознание значения терапевтического альянса.

«Никто не хочет быть больным, никто не хочет болеть, иногда даже признаться в том, что болен. Одни чувствуют свое состояние, свою болезнь как помеху в жизни, другие же не замечают, что больны, но *это* заметно для окружающих, для родителей, которые знают, что в будущем страхи, заикание, вредные привычки, плохое поведение сделают их ребенка несчастным. И родителям становится иногда больно и обидно за то, что у них такой ребенок. Родители начинают чувствовать себя виноватыми в том, что не доглядели, не додумали, упрекать себя в том, что они «плохие родители», и жалеть своего ребенка. Дети же не совсем понимают эти чувства, однако невольно начинают пользоваться привилегиями больного. И в семье начинает расти «тиран» или неприспособленный «неженка». Но это в семье, а вне семьи? В школе, на улице, в компании чужие недостатки не вызывают у окружающих чувства вины, и отношение их к таким людям такое же, как ко всем остальным. Ну а эти дети привыкли к другому обращению, иным формам общения. У них свои модели поведения — *домашние*, и в определенный момент возникает конфликтная ситуация. *Внешняя* — это драки и ссоры, *внутренняя* — обида, зависимость, плохое настроение, плохой сон, энурез, раздражительность, повышен-

ная слезливость, заикание, страх темноты и т. д. Крайне трудно понять, отследить, в чем причина этих детских проблем. Нередко бывает так, что в семье привыкают к такому поведению и считают, что у ребенка «такой уж характер». А ребенок стоит на пороге сложного заболевания, именуемого неврозом. Оно страшно тем, что ничего не болит, нет конкретных физических жалоб. А невроз, как тот червь в наливном яблоке, спит, дремлет, не проявляет себя, а потом просыпается и начинает грызть изнутри. Внешне яблоко наливное, красное, румяное, а внутри? Червь этот имеет название — «лень», «капризность», «трусость». Наша цель и задача — не допустить, чтобы болезнь питалась нами, пусть это не больно, пусть этого кто-то не замечает. Надо поверить своим папам и мамам, что следует лечиться, чтобы своим лечением и выздоровлением сделать родителей счастливыми. Но для этого мы должны знать своих внутренних врагов в лицо!»

3. Взаимное знакомство. Предлагается назвать свои имя и фамилию, затем:

а) построиться по алфавиту: имен, фамилий; по росту, по цвету волос. Это упражнение можно применять в течение всего группового занятия, особенно когда группа выходит из-под контроля вследствие психоэмоционального возбуждения;

б) в кругу бросают мяч (или любой предмет). Ведущий называет существительное и бросает мяч, а поймавший должен дать определение существительному или описать его действие (например: птица — летит, фонарик — светит).

4. Разминочные игры:

а) игра «жмурки»: с завязанными глазами необходимо поймать участника группы и назвать его имя. При этом разрушаются межличностные барьеры и на высоком эмоциональном подъеме детей происходит сплочение группы;

б) «хип-хоп»: если ведущий говорит «хип» — назвать имя соседа слева, если «хоп» — справа: тот, кто ошибся, становится ведущим;

в) «лишний стул» (модификация игры без проигравших): Участники игры ходят по внешнему кругу. Одного стула не

хватает. По хлопку ведущего надо успеть сесть на стул. Затем с каждым витком игры убирается один стул, но выбывающих игроков нет, так как можно садиться на колени другому и т. п. В конце концов остается «куча мала» на одном стуле (следить за техникой безопасности!);

г) «нож и масло»: группа сбивается «в кучу», ведущий пытается «разрезать» ее на части;

д) «плот»: группа плывет на корабле. Вдруг — кораблекрушение. Всем надо разместиться на маленьком плоту (коврик или квадратик, нарисованный мелом на полу).

Эти упражнения направлены на повышение сплоченности группы.

5. Ролевые игры-шутки («сборы в школу», «обед», «домашние уроки»). Ведущий выбирает предметы для совершения какого-либо действия, назначая на их роль всех членов группы, и разыгрывает выбранную миниатюру.

6. Построение скульптурных групп. Построение психоскульптур.

7. Упражнения на вербальную (от лат. *verbalis* — устный, словесный) и невербальную коммуникацию.

а) ситуация: «Шофер забрызгал прохожему костюм и вышел из машины извиниться». Тренировка адекватных коммуникаций;

б) передача воображаемого предмета. Необходимо принять, угадать и передать по кругу (или предложить свой).

Перед медитацией вырабатывается кодекс группы. Может быть предложена следующая модель:

— каждый член группы подчиняется ее законам;

— все неприятное и злое оставить за дверью, но если принес с собой, то обсудить со всеми;

— если кому-то больно, не делать еще больнее;

— помогать друг другу в тяжелых ситуациях, стараться понять того, кто рядом;

— не терять чувства юмора;

— не выносить за пределы группы происходящее в ней;

— не опаздывать;

— не бояться ошибок, не ругаться, не кусаться.

8. Вариант прогрессивной мышечной релаксации с элементами гетеросуггестии: «Я могу, я готов, я способен» (Everly G. S., Rosenfeld R., 1981), модифицированный для применения в детско-подростковом возрасте (см. приложение 1).

Домашнее задание:

1. Рисунок семьи — см. приложение 2.
2. Самоотчет о состоянии (что было трудного во время занятий, как себя чувствовал дома).

ЗАНЯТИЕ 2

Цель занятия: стимуляция личной активности ребенка в разных жизненных ситуациях. Знакомство с вербальными и невербальными техниками общения.

1. Разминка:

а) дети, держась за руки, по команде создают круг, квадрат, треугольник, восьмерку;

б) руки перед собой. В кругу по команде беспорядочно сплетаются пальцами, получается «путаница». Группа должна сама себя распутать.

2. Этюд «Ларингит». Ребенок заболел ларингитом, не может говорить, необходимо выполнить ряд действий (сходить в аптеку, магазин и т. д.), используя невербальные техники общения. Ведущий распределяет роли.

3. Упражнение «Лабиринт». Проводят парами. Необходимо, используя доверие и эмпатию, молча провести «слепого» (с завязанными глазами) через лабиринт мебели.

4. Функциональная тренировка поведения:

а) уговорить товарища сделать нелепое действие (постричься налысо, приходиться на занятия в валенках, ходить с серьгой в носу и т. д.). Он должен аргументировать свой отказ.

Тренировка умения сказать «нет» очень важна для застенчивых детей и подростков, так как пассивная подчиняемость нередко делает их объектами манипуляции со стороны более активных напористых сверстников и далее — жертвами насилия со стороны асоциальных элементов. В группе подростков можно проиграть ситуацию отказа со сторо-

ны девушки парню-«приставале», отказа от употребления спиртных напитков в компании и т. п.;

б) по очереди все участники объясняют причину опоздания, не оправдываясь.

5. Упражнение на снятие напряжения от предыдущего занятия:

а) по кругу, хлопая в ладоши, «сыграть» мелодию («В тра-ве сидел кузнечик», «Подмосковные вечера» и др.). Каждый делает только один хлопок;

б) погонять хлопки по кругу. Каждый участник последовательно по кругу делает хлопки в ладоши. Ведущий задает темп и ритм.

6. По кругу каждый предлагает одно предложение, чтобы получилась страшная история (веселая, фантастическая). За тем получившуюся историю разыгрывают в ролях.

7. Гипносуггестия с индивидуальными и общими внушениями, с переходом к медитации, ориентированной на самораскрытие, психосинтез и веру в силу и свободу своей личности.

Домашнее задание:

- Нарисовать несуществующее животное.
- Написать короткий рассказ на 2—3 минуты чтения к 4-му занятию.
- Составить самоотчет.

ЗАНЯТИЕ 3

Цель занятия: дальнейшее обучение навыкам общения. Развитие потребности в самонаблюдении. Стимуляция воображения.

1. Разминка со стульями:

а) участники ходят по внешнему кругу. Одного стула не хватает. По хлопку надо успеть сесть на стул. Затем убирается один стул. И так продолжается до тех пор, пока не останется один игрок. Победителя хвалят;

б) половина группы сидит на стульях, а сзади стоят партнеры. Один стул пустой. Ведущий стоит за пустым стулом и глазами, мимикой предлагает сидящим в кругу пересесть на

свободный стул. Стоящий сзади должен удерживать сидящего, не давая перебежать ему на свободный стул. Данное упражнение хорошо тренирует сосредоточение и концентрацию внимания.

2. «Путаница». Ведущий выходит за дверь, а дети сами запутываются. Ведущий должен их распутать.

3. Упражнение на невербальное общение:

— поздороваться, глядя в глаза друг другу;

— попрощаться, глядя в глаза.

Это упражнение проводить в начале и конце каждого занятия.

4. Разбор и анализ рисунков несуществующих животных.

Группе объясняется символическое значение этого теста, что помогает участникам более полно отрефлексировать свое самосознание.

5. Упражнение на воображение:

а) дается любой предмет. Каждый по кругу должен представить себе, что это может быть (например: палка, ружье, копьё и т. д.);

б) группа делится на две части. Друг другу дарят воображаемый подарок. Необходимо принять и, не прибегая к словам, поблагодарить;

в) следует мысленно задумать предмет и пантомимически показать его. Группа должна отгадать, что задумано.

6. Вживание в образ. Разбиться по парам и представить себя в образах: причал—корабль; мячик—стенка; червяк—рыбка; белье—веревка и т. д. Провести по парам диалоги между ними.

7. Каждый по кругу называет имя существительное, связанное с предыдущим словом по смыслу. Последний составляет рассказ. Затем по кругу пантомимически изображают эти слова, причем последующий ребенок отражает действия всех предыдущих.

8. Упражнение на самоанализ. Закончить предложение по кругу в группе из трех человек:

— «Раньше я был...»

— «На самом деле я...»

— «Скоро я...»

9. Медитация (релаксация по Джекобсону—Эверли, медитация на приятных визуальных образах). В конце — гетеросуггестия: «я свободный», «я сильный».

Домашнее задание:

1. Сделать рисунки на темы: а) каким я себя вижу; б) каким меня видят окружающие; в) каким я хочу себя видеть.

2. Написать самоотчет.

ЗАНЯТИЕ 4

Цель занятия: приобретение знаний о своих эмоциональных реакциях и способах их отреагирования.

1. Разминка:

а) хождение «над пропастью». Необходимо представить, что надо пройти по уступам скалы, под которой бесконечная пропасть. Группа наблюдает и оценивает, кто смог реально вжиться в образ;

б) «Восковая свеча». Ребенок с закрытыми глазами падает в круг на ладони участников группы, которые передают падающего друг другу. При этом производится проверка доверия, эмпатии и эмоциональной близости.

2. Беседа об эмоциональных реакциях, о роли их в нашей жизни, способах отреагирования отрицательных эмоций.

3. Игра «Кис-мяу». Ведущий — тот, кто лучше прошел вдоль пропасти. Ведущий становится спиной к группе, терапевт поочередно указывает на участников, спрашивая «Кис?» Ведущий отвечает: «Брысь» или «Мяу». Тем, на кого выпало «мяу», раздаются бумажные листки разного цвета. Каждому цвету дается задание. Например: красный — ползать, стоя на коленях; оранжевый — передать информацию через стекло; желтый — изобразить эмоцию; зеленый — сделать комплимент, абстрагируясь от внешности; голубой — установить невербальный контакт с участниками группы; фиолетовый — проявить агрессию к члену группы и т. д. Игра позволяет максимально задействовать несколько психотерапевтических техник.

4. Разбор рисунков (домашнего задания) некоторых членов группы.

5. Зачитать подготовленные рассказы (домашнее задание). Самые интересные проиграть в ролях.

6. Невербальное упражнение. Подойдя к членам группы (по очереди или по парам), глядя в глаза друг другу, попросить дать какую-либо вещь, используя оборот: «Ну, пожалуйста...».

7. Самоанализ в группах по 2—3 человека. Закончить фразу по кругу:

— «Я никогда не...»

— «Я хочу, но, наверное, не смогу...»

— «Если я действительно захочу...»

8. Медитация. Перед началом предлагается расслабиться самостоятельно. В конце занятия психотерапевт делает внушения, ориентированные на самораскрытие личности.

Домашнее задание:

Написать «письмо инопланетянину» (будет конкурс). Письмо должно содержать как можно больше информации о вашей личности, чтобы из миллионов жителей Земли инопланетянин нашел именно вас. Организовать к 5-му занятию чаепитие.

ЗАНЯТИЕ 5

Цель занятия: углубление знания о своих и чужих эмоциональных реакциях.

I. Разминка:

а) погонять хлопки по кругу;

б) «Японская машинка». Сидя в кругу, рассчитаться по числу участников. Ведущий хлопает ладонями по коленям, затем, щелкая пальцами правой руки, называет свой номер; щелкая пальцами левой руки, включает в игру любого участника группы (например, третьего). Третий продолжает вместе с ведущим, включает в игру следующего участника группы. И так до полного вовлечения всех участников группы. Упражнение на развитие активного внимания.

2. Используя ту или иную эмоцию, рассказать:

а) четверостишие (например: «Влесу родилась елочка...»).

б) в парах провести диалог: «Чирик-пырик, где ты был?».

Примеры эмоциональных пар: радость—печаль, удивление—страх, осуждение—злорадство, восторг—ненависть, любопытство—безразличие и т. д.

3. Разыгрывание сценок по ранее написанным рассказам.

4. Этюд «Сиамские близнецы». Два человека срослись боками (можно привязать их друг к другу бинтами), только головы свободны и можно глазами корректировать действия другого. Например: рука одного держит ложку, другого — хлеб. Разыгрывается этюд «Город сиамских близнецов». Пригласить друзей в гости, угостить их. Действия должны быть реальными, а не воображаемыми.

5. Конкурс писем к инопланетянину с их анализом и поздравлением победителю.

6. «Снежный ком». Ведущий говорит: «Если бы я поехал в Африку...» Следующий повторяет фразу, завершив ее. По кругу составляется рассказ и разыгрывается в образах.

7. Группа делится на две команды. Необходимо передать сложную информацию через стекло. Победителя награждают

8. Медитация, ориентированная на появление свободных ассоциаций.

Домашнее задание:

Написать брачное объявление (или объявление для приема на работу). Задание ориентировано на рефлексии и формирование «образа достижения».

ЗАНЯТИЕ 6

Цель занятия: создание фрустрационной напряженности для более глубокого сплочения членов группы и смещение агрессивности на терапевта. Тренировка навыков общения.

1. Разминка:

а) побросать мяч по кругу, используя определения и действия существительного;

б) «Зеркало». Группа разбивается на пары. Один совершает действие (умывается, ест, причесывается), а второй отражает. Делать медленно.

2. Беседа, направленная на создание эмоционального напряжения: «Если вы хотите чего-то достичь, надо работать активнее. Это не самоотчеты, а просто отписки для бабушки. У вас нет никакой взаимопомощи, каждый сам за себя. Вы невнимательно слушаете друг друга. Когда говорят о других думаете о себе. Сегодня вам дается шанс. Для того чтобы случилось чудо, надо работать в первую очередь над собой. Иначе вы будете прозябать в серости. Итак, сегодня ваш шанс».

3. Игры, направленные на развитие внимания:

а) игра: «Вам прислали 100 рублей, что хотите, то берите, черный-белый не берите, «да» и «нет» не говорите». Затем ведущий задает вопросы, пытаясь поймать участников группы. За неправильный ответ забираются фанты, которые потом разыгрываются с использованием различных психотерапевтических техник;

б) «Садовник» помогает расширить набор применяемых психотерапевтических техник и снять ответственность участников за выбор.

Дети распределяют между собой названия цветов (например: Роза, Фиалка, Ландыш, Незабудка, Колокольчик и даже... Кактус).

Ведущий: Я садовником родился, не на шутку рассердился. Все цветы мне надоели, кроме... Фиалки!..

Фиалка: Ой!

Ведущий: Что с тобой?

Фиалка: Влюблена...

Ведущий: В кого?

Фиалка: В Ландыш.

Ландыш: Ой!..

И так далее по кругу всем известная игра (пауза между вопросом и ответом на него задается самими участниками, но не превышает 10 секунд).

Игра направлена на развитие активного внимания; при ошибочном ответе (называние отсутствующего в игре, вышедшего или своего собственного цветка), а также при затягивании паузы участник выбывает из игры.

4. Упражнения на развитие зрительной памяти:

а) «Фотограф». Ведущий запоминает расположение группы и выходит за дверь. Группа проводит три изменения в своей композиции. Ведущий должен восстановить композицию;

б) «Скульптура». Ребенок «лепит» из одного или более человек скульптуру. После этого скульптура «оживает».

5. Упражнения на внимание.

а) применяют таблицу Шульте. Занятие надо провести 2 раза — в прямом направлении на победителя и обратном;

б) группа становится в полукруг, ведущий — спиной к группе. Члены группы, меняясь местами, изменяя тональность голоса, задают вопросы. Ведущий должен ответить, обращаясь по имени.

6. Упражнения на общение:

— в кассе нет билетов, попытаться купить билет у администратора;

— отговориться от контролера в автобусе и т. д.

7. Разбор брачных объявлений участников группы.

8. Разыгрывание сценок по некоторым рассказам из домашнего задания.

9. Медитация (релаксация по Джекобсону — Эверли). Затем необходимо представить себя в образе океана, неба, гор. В конце — общая суггестия: «Вы изменились, вы стали свободнее...»

Домашнее задание:

Описать 15 своих личностных качеств, отвечая на вопрос: «Кто я?», и составить самоотчет.

ЗАНЯТИЕ 7

Цель занятия: анализ личностных проблем каждого члена группы.

1. Разминка проводится в одной из техник по желанию участников группы.

2. Пантомима: «Я люблю», «Я не люблю». Члены группы показывают, остальные угадывают.

3. Тайным голосованием выбираются один или два лидера группы. Лидер «становится зеркалом». К нему по оче-

реди подходят участники группы и говорят: «Свет мой, зеркальце, скажи да всю правду доложи». «Зеркало» отвечает: «Ты прекрасен, спору нет, но тебе не хватает... (или: я желаю тебе; или: мне хотелось, чтобы ты...)» В конце упражнения всем членам группы дается положительная обратная связь

4. Анализ 15 качеств личности. Проводится самостоятельно. Предлагается выбрать 5 самых характерных качеств личности.

5. Составляется рассказ в группе, по которому потом разыгрывается сценка.

6. Участник группы как можно серьезнее читает стихотворение. Группа удивляется после каждой строфы: «Вот это да!» «Ничего себе!», «Не может быть!» — прекрасная функциональная тренировка для преодоления школьных фобий (страхов).

Домашнее задание:

1. Составить самоотчет.

2. Дома самостоятельно один раз в день проводить мысленную релаксацию по Джекобсону — Эверли с целевым внушением в конце.

3. Принести фломастеры и бумагу.

ЗАНЯТИЕ 8

Цель занятия: анализ личностных проблем каждого участника группы. Введение: «У каждого из вас есть проблемы, сложности, трудности. Многие из них вы решили на занятиях в группе, некоторые еще не решены. Сегодня хотелось бы услышать трудные случаи из вашей жизни или из жизни ваших друзей. И мы вместе подумаем, как найти выход из этих ситуаций».

1. Разминка. Двигательная техника по выбору группы.

2. Невербальная коммуникация «испорченный телефон», «разговор через стекло», «передача предмета», «психоскульптура».

3. Вербальная дискуссия по любой проблеме, выбранной группой.

4. Ролевая игра «Позднее возвращение», «Неприятный разговор с родителями», «Сборы на дискотеку».

5. Совместное рисование без слов. Сначала рисуют одним фломастером парами, затем всей группой по 1 — 2 штриха на общем рисунке. Производится анализ и интерпретация рисунка.

6. Медитация со свечой с предложением на фоне глубокой релаксации. Надо подумать о своей проблеме, при этом попытаться взглянуть на нее по-иному.

Домашнее задание:

1. Самоотчет (как я изменился за это время, каким я вижу себя теперь).

2. Сочинить письмо о себе своему другу, каким я буду через 5 лет (анонимно). В конце написать, можно ли зачитать его в группе.

3. К 9-му занятию пригласить родителей.

ЗАНЯТИЕ 9

Цель занятия: показать родителям структуру патологических взаимоотношений с детьми, а также как достичь лучшего эмоционального контакта. Первая часть занятия проводится вместе с родителями и детьми.

1. Зачитываются анонимно отдельные самоотчеты детей, письма. Родителям предлагается обменяться мнениями. Проводится небольшая обучающая дискуссия, в которую включается психотерапевт.

2. Вместе с родителями проводится психотехника «передача предмета — узнавание». Комментируется вовлеченность взрослых в занятие.

3. Построение «психоскульптур». Узнавание. Анализ спонтанного поведения взрослых и комментарии.

4. Ролевая игра («Приготовление уроков», «Опять двойка» и т. д.). Дискуссия о взаимных коммуникациях взрослых и детей.

5. Разбор результатов анализа семейных взаимоотношений и рисунков семьи. Проводится беседа о типах воспитания и даются рекомендации по взаимоотношению с детьми. Ответы на вопросы родителей.

Домашнее задание:

Принести чашки, печенье, свечи.

Цель занятия: подведение итогов групповой работы. Ориентация группы на ситуацию «там и тогда».

1. Последнее занятие проводится в затемненной комнате при свечах, что стимулирует откровенность и укрепляет чувство безопасности каждого члена группы. Накрывается «сладкий» стол, зачитываются самоотчеты (задание 8) и письма к друзьям (можно анонимно). Затем проводится свободная беседа о прошедших занятиях, рассказываются интересные истории, фантазии на тему «Летние каникулы». Получается обратная связь о состоянии здоровья. На высоте доверия и взаимопонимания предлагается устроиться для медитации.

2. Медитация. После достижения релаксации проводится позитивная суггестия: «Вы ждали от наших занятий чего-то необычного, чуда, и оно случилось... Психотерапевт смог раскрыть то, что вы не замечали в себе. Подобно Волшебнику Изумрудного города, он помог открыть то хорошее, что было в вас самих. И сейчас, взглянув на мир другими глазами, вы видите, что сами изменились и будете дальше познавать себя... Вы смелее среднего человека вашего возраста. Вспомните, как свободно вы вели себя в группе, со взрослыми... Вы стали умнее — это видно по вашим самоотчетам... Вы стали благороднее, потому что, придя в группу, вы страдали, а страдания облагораживают... Вы стали добрее, так как работали в группе не только на себя, но и на товарища... У вас сильная воля, это видно по вашей активности. Вы стремились достичь цели... А сейчас мысленно проследите с первого дня все наши встречи, затем представьте себя в ближайшем будущем. Какими вы себя представляете, что изменилось в вас? А затем снова медленно возвращайтесь сюда и открывайте глаза».

3. Прощание.

ГЛАВА 4

НАВЕДЕНИЕ ТРАНСА... НЕДИРЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ГИПНОСУГГЕСТИИ И «НАПРАВЛЕННОГО ВООБРАЖЕНИЯ»

Гипноз и гипносуггестивная психотерапия — два различных понятия.

Гипноз — «особое состояние сознания, предполагающее определенное изменение психофизиологической реактивности организма» (Шерток Л., 1982), которое может дать определенный лечебный эффект — такой как снятие внутреннего напряжения, но не ограничивается только этой задачей.

Гипносуггестивная психотерапия — лечебный метод, ставящий специфические лечебные цели и использующий специфические технические приемы во время нахождения пациента в состоянии гипноза (Игумнов С. А., 1999).

Гипнотерапевтическая практика в детском возрасте должна осуществляться специалистами, имеющими специальную подготовку для работы с детьми, — детскими психиатрами и психологами, а также, при необходимости, стоматологами, хирургами и другими специалистами.

Цель гипнотерапии — дать пациенту «установку надежды» на разрешение его проблемы, привлечь его к активному участию в процессе лечения, отыскать и использовать его внутренние ресурсы.

МЕТОДЫ ГИПНОТЕРАПИИ

Существуют следующие гипнотерапевтические методы.

1) поддерживающие (усиливающие функционирование «я») методы, главная цель которых — помочь пациенту почувствовать себя более здоровым, уверенным в разрешении

проблем и в собственном благополучии в будущем, усилить его чувство самоконтроля;

2) методы, ориентированные на устранение, изменение, облегчение специфических симптомов болезни (психогенного или органического генеза);

3) динамические методы, ориентированные на достижение инсайта («озарения»), направлены на помощь пациенту в осознании им истоков своих проблем, в проработке его внутренних конфликтов, в достижении более высокой степени личностной зрелости (в когнитивной, аффективной и социальной сферах).

Для многих пациентов детского и подросткового возраста гипнотерапия включает в себя комбинацию всех трех вышеуказанных методов.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГИПНОТЕРАПИИ

Ребенок является подходящим кандидатом для гипнотерапии, если:

1) ребенок адекватно реагирует на методы индукции гипнотического состояния;

2) проблема ребенка может быть разрешена путем применения гипносуггестии;

3) между ребенком и психотерапевтом устанавливаются позитивные взаимоотношения;

4) ребенок имеет хотя бы минимальную мотивацию к разрешению своей проблемы;

5) родители или другие лица, несущие ответственность за ребенка, согласны на применение данного метода лечения.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

К ситуациям, в которых гипнотерапия считается абсолютно противопоказанной, относятся болевые синдромы неясной этиологии, недостаточно полное обследование ребенка и неверная постановка диагноза. Вследствие этого «функциональные» расстройства могут оказаться в действительности проявлением органической патологии, требующей иных методов лечения.

Осторожность при применении гипнотерапии необходима в следующих случаях:

1) угроза аггравации (в данном случае — преувеличения) эмоциональных проблем (если, например, девушка-подросток, пережившая разрыв отношений с любимым, настаивает на том, чтобы психотерапевт «стер из ее памяти» психотравмирующие переживания: в таких случаях происходит лишь частичное «вытеснение» проблемы в область бессознательного. Происходит нечто обратное тому, о чем еще поэт В. В. Маяковский писал: «Резкая тоска стала ясною, осознанною болью...»). Подобное состояние чревато угрозой развития дезадаптивных реакций, таких как генерализованное тревожное расстройство или депрессия, что, безусловно, приводит лишь к углублению проблемы). Целесообразно будет «разбить» травматический опыт, выделив в прошлом моменты, «которые показали вашу способность к глубоким и сильным чувствам, и даже тягостные моменты обогатили ваш жизненный опыт...»;

2) стремление ребенка или подростка просто «позабавиться» (разницу между лечебным и эстрадным гипнозом можно пояснить так: «В цирке порой используют отдельные гипнотические эффекты, но лечиться больные люди ходят не в цирк...»);

3) в случаях, когда проблема успешнее поддается лечению другими методами («тренинг навыков общения» при коммуникативных затруднениях и т. п.).

Относительным противопоказанием к проведению гипнотерапии являются ситуации, в которых пациент получает «вторичную выгоду» (сочувствие и внимание окружающих, «поблажки» в учебе и т. п.) в результате проявления своих болезненных симптомов.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ГИПНОТИЗАЦИИ ДЕТЕЙ

При лечении детей применяется большое количество методов индукции гипнотического состояния, и каждый — с бесчисленным количеством вариаций.

Выбор подходящего метода зависит от нужд и предпочтений ребенка, а также от опыта и творческих возможностей -

тей терапевта. Успех, безусловно, будет недостаточен, если терапевт компетентен в использовании только одного или двух вводных методов для детей или пытается использовать методы, применяемые у взрослых, без дополнительных модификаций, которые могут быть необходимы для пациентов детского возраста.

Любой специалист, который использует методы гипнотерапии у детей, должен иметь необходимые знания в области возрастной психологии и опыт практической работы с детьми.

Необходимо также собрать сведения о социальном и культурном окружении ребенка, о том, что нравится и не нравится ребенку, и о темах, интересующих ребенка (любимых книгах, телевизионных программах, фильмах).

Часто неожиданное сопротивление применению одного метода сменяется быстрой податливостью и восприимчивостью по отношению к другому.

В сравнении со взрослыми дети более склонны вертеться на месте и двигаться, открывать глаза или отказываться их закрывать, делать спонтанные замечания в процессе введения в гипнотическое состояние. Такое поведение не обязательно означает сопротивление методу лечения. Чаще дети просто адаптируют вводный метод к своему стилю поведения, и опытный гипнотерапевт также учитывает особенности ребенка в процессе выбора вводного метода. Многие дети негативно относятся к необходимости «погрузиться в сон», так как отождествляют понятия «уснуть» и «умереть» (примечательно, что в греческой мифологии бог сна Гипнос и бог смерти Танатос — родные братья). Поэтому мы обычно избегаем употребления таких слов, как «сонный», «дремотный» и «усталый» во вводных инструкциях.

Точно так же, поскольку некоторые дети — особенно 4 — 5-летние — сопротивляются закрыванию глаз и могут быть даже напуганы этим, мы настаиваем на обязательном закрывании глаз, хотя в процессе вводной беседы говорим детям, что они смогут сосредоточиться лучше, если закроют глаза. В любом случае право выбора остается за ребенком.

Речь гипнотерапевта должна соответствовать уровню развития ребенка.

Описываемые далее вводные методы недирективны по своей природе, они способствуют активному участию детей в процессе обучения погружению в гипноз и использованию гипнотического состояния.

При введении ребенка в гипнотическое состояние желательно избегать авторитарных методов, широко распространенных в прошлом, включающих такие фразы, как «Ты должен...» или «Я хочу, чтобы ты сделал это сейчас». Подобные методы, при которых гипнотерапевт использует авторитарный, командный стиль поведения, могут быть успешными для индукции гипнотического состояния у некоторых детей, хотя и в меньшей мере, чем в прежние времена или в культурах, в которых дети ожидают от взрослых строгого и авторитарного стиля поведения.

Более того, если введение в гипнотическое состояние используется в контексте психотерапии, мы полагаем, что авторитарные методы противопоказаны, особенно использование «ситуаций без выбора» (например: «Ты не сможешь открыть свои глаза, как бы ты ни пытался»).

Цель психотерапии всегда состоит в том, чтобы усилить самоконтроль ребенка над своими чувствами и поведением, и любое внушение, снижающее ощущение самоконтроля, может только задержать терапевтический процесс.

Мы всегда подчеркиваем, что быть авторитетным и быть авторитарным — разные вещи.

Хотя далее мы опишем несколько специфических методов введения в гипнотическое состояние, приводимый перечень, безусловно, не является полным.

БЕСЕДА ПЕРЕД ВВЕДЕНИЕМ В ГИПНОТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

В зависимости от потребностей ребенка беседа, предшествующая вводу в гипнотическое состояние, может быть короткой или, наоборот, очень обстоятельной.

Беседа обычно включает обсуждение причин использования гипноза для решения имеющихся проблем, а также

разговор с ребенком в плане его представлений о гипнозе, устранение ошибочных представлений и обстоятельные ответы на вопросы. Если у психотерапевта еще не сложились детальные представления о симпатиях и антипатиях ребенка, его существенных переживаниях, страхах, надеждах и местах, где ребенок чувствует себя комфортно, все эти проблемы должны быть обсуждены в ходе предварительной беседы.

ПРИМЕРЫ МЕТОДОВ ГИПНОТИЗАЦИИ ДЕТЕЙ

А. МЕТОДЫ «НАПРАВЛЕННОГО ВООБРАЖЕНИЯ»

• МЕТОДЫ ЗРИТЕЛЬНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ

Любимое место. «Подумай о любимом месте, где ты бывал или хотел быть. Возможно, представить его будет легче, если ты закроешь глаза, но ты можешь держать их открытыми, если тебе хочется, или держать их открытыми, пока ты их не закроешь».

Детей, которые не могут представить реальное любимое место, можно попросить представить воображаемое место. Терапевт может подкрепить воображение ребенка путем добавления отдельных деталей. Часто при этом мы получаем важную информацию о ребенке, подобно информации, получаемой с помощью проективных психологических тестов, которые раскрепощают фантазию. Если ребенок предлагает более чем одно любимое место и предпочтений выявить не удастся, психотерапевт может усилить акцент внушением представлений о месте, более знакомом для ребенка.

Психотерапевт может также внушать более активное вовлечение пациента в ситуацию, особенно если цель лечения включает усиление компетентности и активное преодоление проблемы.

Представляемый образ не должен полностью относиться к проблеме. «Увидь себя, почувствуй себя в любимом месте, которое ты выбрал. Взгляни вокруг и посмотри на формы и

цвета, прислушайся к звукам. Позволь себе действительно оказаться там. Для каждого хорошо побывать временами в любимом месте, в месте, где тебе нравится быть, в месте, где ты хорошо себя чувствовал. Ты можешь испытать эти приятные чувства вновь. Задержись немного, чтобы почувствовать их. Когда ты почувствуешь, что ты действительно там, дай мне знать об этом поднятием одного пальца — это означает «да».

Если ребенок выглядит расстроенным, психотерапевту следует разобраться в причине расстройства. Можно сказать, что не все любят ходить в это место и предложить иной метод. Иногда ребенок, который успешно представлял любимое место, может дать неожиданную негативную реакцию — например, из-за того, что бабушка или дедушка, которым также нравилось это место, умерли.

В зависимости от целей лечения психотерапевт может перейти к другому методу введения в гипнотическое состояние или помочь ребенку выразить эмоциональную реакцию. Непосредственно перед началом гипнотизации ребенку следует сказать, что он может разговаривать в состоянии гипноза, в особенности если «гипнотическое интервью» является частью лечебного плана.

Множественные животные. «Ты любишь животных? Хорошо. Какое из них нравится тебе больше всего?.. Замечательно. Сейчас представь, что ты можешь видеть себя сидящим в очень приятном месте со щенком (или другим животным, которое выбрал ребенок). Хорошо будет, если ты закроешь глаза. Почувствуй мягкий мех щенка, вспомни, какого он цвета. А сейчас, просто для забавы, представь, что щенок стал другого цвета, или полосатым, или пятнистым. В любом случае тебе это приятно и твоему щенку тоже. Ты можешь изменить цвет в любое время по своему выбору... И ты можешь представить второго щенка, очень похожего на первого — того же цвета, с таким же мягким мехом. Два щенка, и ты можешь видеть себя играющим с ними. А сейчас ты можешь представить трех щенков и изменить их цвет на прежний, первый цвет, или на другой. Ты можешь рассказывать мне об этих щенках, если хочешь».

Цветник. «Ты говоришь, что любишь цветы. Представь себя в красивом большом цветнике, в котором растут все твои любимые цветы. Ты можешь взять с собой любимую игрушку или домашнее животное. Посмотри на яркие цвета. Вдохни ароматы цветов. Если ты хочешь, можешь потрогать лепестки и почувствовать, какие они мягкие. Вообрази, что ты можешь взять с собой из этого большого цветника столько цветов, сколько хочешь. Ты можешь взять их для себя. Или для кого-нибудь другого. Почувствуй, что твои руки расходятся все шире и шире вокруг все большего и большего букета, пока ты не возьмешь все, что захочешь. Если ты собрал этот букет для кого-то, представь, каким счастливым будет выглядеть этот человек, когда ты подаришь ему цветы. Ты тоже чувствуешь себя счастливым».

Любимое занятие. «Расскажи мне, что ты любишь делать. (Ребенок отвечает.) Хорошо... Сейчас представь, что ты можешь видеть себя делающим это. Позволь себе действительно наслаждаться этим...»

Этот метод подчеркивает необходимость активного участия, что было отмечено в методе «Любимое место». Некоторые дети вовлекаются в физическую активность, соответствующую содержанию фантазии, такую как брэнчание пальцами, как при игре на пианино.

Пристальный взгляд на облака. «Какие цвета тебе нравятся? (Ребенок отвечает.) Хорошо... Постарайся представить несколько красивых облаков в небе и как они окрашиваются в один из твоих любимых цветов. Хорошо... Теперь измени их цвет на другой. Или, возможно, на несколько красивых цветов. Облака также могут изменять форму, по мере того как ты продолжаешь наблюдать за ними. Будет интересно смотреть на то, во что они превращаются. Ты можешь быть частью этих облаков, если хочешь, почувствуй себя очень удобно, очень хорошо».

Этот метод не подходит для детей, которым было сказано, что смерть означает «вознесение на небо, чтобы жить там с Богом». Соблюдайте особую осторожность, если ребенок недавно пережил смерть члена семьи, друга, любимого до-

машнего животного, или если ребенок страдает болезнью, которая может привести к смертельному исходу.

Наблюдение за буквами. «Ты сказал мне, что любишь писать. Представь, что ты смотришь на доску или лист бумаги с буквой «А» на нем. Сейчас проследи, как «А» превращается в «Б». Теперь пусть «Б» превратится в «В». Ты увидишь столько букв, сколько тебе захочется. Когда ты почувствуешь себя очень удобно, очень хорошо, дай мне знать об этом, подняв один палец...»

Этот метод можно применять с использованием цифр. Если ребенок выглядит расстроенным, следует рассмотреть возможность того, что буквы и цифры могут иметь символическое значение (обозначение оценок, число прожитых лет). При использовании цифрового метода может происходить спонтанная возрастная регрессия или прогрессия, и это может быть желанным или нет в зависимости от терапевтической задачи.

Телевизионная фантазия. «Ты сказал мне, что любишь смотреть телевизор и что твоя любимая программа — ...». Детей, которые называют любимыми программы со сценами насилия, можно расспросить о других интересующих их темах или использовать иной метод. В таких случаях лучше осторожно расспросить ребенка о других интересующих его вещах, чем предлагать «ненасильственные» темы телепередач, поскольку последнее ребенок может интерпретировать как скрытое осуждение. «Теперь представь себе, что ты готовишься смотреть свою любимую телепрограмму. Где находится телевизор, который ты собираешься смотреть? (Ребенок указывает.) Хорошо. Сейчас устройся поудобнее и, когда будешь готов, включи телевизор. Прислушайся к щелчку, который раздастся, как только ты включишь выбранный тобой канал. Теперь ты можешь смотреть свою любимую телепередачу. Если ты отчетливо слышишь звук и видишь изображение, дай мне об этом знать, подняв один палец. Хорошо. Теперь продолжай смотреть и слушать, чувствуя себя очень удобно, очень хорошо». Если ребенок подвергается медицинской

процедуре, психотерапевт может использовать повторное внушение для продолжения «просмотра».

Если психотерапевт намеревается дать гипнотическое или постгипнотическое внушение, оно может быть вставлено в контекст программы. Например, если ребенок отказывается глотать таблетки, психотерапевт может внушить, что герой и героиня телевизионной передачи с удовольствием принимают лекарство, которое излечивает болезни. Ребенка можно спросить также о любимой еде, затем внушить, что любимый ребенком персонаж телепередачи ест эту пищу и предлагает разделить ее с ребенком. Лекарство затем представляется в гипноидном состоянии как любимая еда.

Большинство детей без всякого труда «вливаются» в любимую телепередачу. Мы наблюдали тяжело больных детей, принимавших лечение только в контексте этих внушений.

В процессе психотерапии этот метод можно использовать для доступа к истокам психологических конфликтов и помощи детям в разрешении последних. В этом и практически во всех других методиках введения в гипнотическое состояние нет резкого различия между этапами погружения в гипноз и лечебного внушения.

• АУДИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ

Любимая песня. Ты говорил, что любишь петь. Где ты любишь делать это больше всего? (Ребенок отвечает.) Хорошо... Представь себя сейчас в этом месте поющим свою любимую песню. Пропой эту песню про себя. Ты радуешься, исполняя ее очень хорошо, выпевая каждый звук очень чисто. Когда песня закончится, дай мне знать об этом, подняв один палец. Или ты можешь пропеть ее снова, если тебе хочется...» Ребенок может также отбивать такт одним или несколькими пальцами. Когда отбивание такта кончается, психотерапевт знает, что пациент закончил песню.

Игра на музыкальном инструменте. Если пациент любит играть на музыкальном инструменте, психотерапевт может видоизменить метод «Любимая песня» соответствующим образом.

Слушание музыки. «Ты говорил мне, что любишь музыку. Какую музыку ты любишь слушать? Какое музыкальное произведение ты хотел бы услышать сейчас? (Ребенок отвечает.) Хорошо... Теперь представь, что ты очень внимательно слушаешь эту музыку, выбирая по своему желанию громкость звучания. Ты можешь также представить, что видишь музыкантов. Ты можешь дать мне знать, когда музыка закончится».

Для некоторых детей предпочтительнее реальное прослушивание магнитофонной записи. Можно попросить пациента приносить во время сеансов записи любимой музыки.

- КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ

«Ковер-самолет». Этот метод следует использовать с осторожностью у детей со страхом полета или высоты.

«Представь себе, что ты собрался на пикник и пришел с теми людьми, которых очень любишь, в свое самое любимое место. Ты принес с собой свои любимые кушанья и напитки. Ты можешь понюхать, как вкусно они пахнут, и попробовать их. Представь, что ты играешь со своими лучшими друзьями (подругами). Теперь, когда ты закончил еду, питье и игру со своими друзьями, ты видишь ковер, расстеленный на земле. Он окрашен в твой любимый цвет, он мягкий и красивый. Ты можешь сесть или лечь на него. Представь, что это — волшебный ковер-самолет, а ты — его пилот. Ты управляешь его движением. Ты можешь летать очень низко, чуть выше травы, или высоко — выше деревьев, если тебе так хочется. Ты — пилот и можешь лететь туда, куда захочешь, с той скоростью, с какой хочешь. Ты можешь приземляться и навещать друзей, приземлиться в зоопарке или любом другом месте, где тебе хочется побывать. Ты можешь лететь над деревьями и видеть птиц, сидящих в гнездах. Ты можешь ускорять и замедлять полет. Это так приятно — двигаться туда, куда хочешь. Все время полета ты чувствуешь себя очень удобно. Ты можешь найти удобное место для посадки и приземлиться туда на своем ковре-самолете. Когда ты приземлишься, дай мне знать об этом, подняв один палец».

Езда. «Ты любишь кататься на велосипеде или на лошади? Хорошо. Что тебе нравится больше? Хорошо... Представь себя в своем любимом месте. Сегодня — прекрасный солнечный день. Представь, что ты едешь туда, куда хочешь, с той скоростью, с какой хочешь. Ты постоянно можешь изменять скорость и направление движения, и это помогает тебе чувствовать себя удобнее. Когда ты почувствуешь себя очень удобно, ты можешь постепенно замедлить скорость. Найди удобное место для остановки и отдохни... Очень удобно...»

Для детей, которых пугает пассивность, лучше будет не использовать внушения, касающиеся замедления движения и остановки. Лечебные внушения могут даваться на фоне воображаемого движения.

Занятия спортом. «Ты сказал мне, что любишь играть в футбол. Представь себя в том возрасте, в котором ты находишься сейчас, или старше, играющим в составе своей любимой футбольной команды, одетым в красивую спортивную форму, играющим в той позиции, которая тебе нравится (защитник, нападающий, вратарь). Твоя команда выигрывает, и ты чувствуешь себя очень приятно. Ты помогаешь своей команде выиграть. Ты полностью контролируешь движения своих мышц в то время, когда бежишь или ударяешь мяч. Ты играешь в составе побеждающей команды, и это продолжается до тех пор, пока в игре не будет достигнут окончательный выигрыш. Дай мне знать поднятием одного пальца, когда игра закончится».

Этот метод особенно подходит детям, для которых терапевтической задачей является усиление самоконтроля движений, при условии, что у них нет резко выраженного негативного отношения к данному виду спорта.

Прыгающий мяч. «Иногда бывает хорошо представить себе, что ты можешь двигаться, куда захочешь. Представь, что ты — прыгающий мяч, большой мяч, и ты можешь быть того цвета, какого хочешь, даже полосатым или пятнистым. Это легче представить, если ты прикроешь глаза. Стань этим прыгающим мячом и скачи туда, куда пожелаешь. Прыг, прыг, прыг... Ты можешь скакать куда тебе угодно. Ты мо-

жешь вспрыгнуть на дерево и покататься по веткам. Ты можешь перепрыгнуть через свой дом или больницу. Ты можешь прыгать по дорожкам в лесу.

Если ты любишь плавать, ты можешь прыгать на волнах и плыть, прыгать и плыть. Продолжай прыгать, пока не найдешь удобное место, где ты смог бы остановиться, и, когда ты остановишься, дай мне об этом знать».

Б. МЕТОДЫ СУГГЕСТИВНОЙ СКАЗКОТЕРАПИИ

Для маленьких детей, у которых слишком трудно использовать иные методы погружения в гипнотическое состояние из-за выраженной боязливости, психотерапевт может использовать сказки, отражающие потребности и интересы детей.

Этот метод особенно полезен в работе с маленькими детьми, которые подвергаются болезненным или вызывающим чувство страха медицинским процедурам. Сказка может быть полностью построена на фантазии или быть вариацией телепрограммы на тему, по содержанию близкую ребенку.

Психотерапевт может сам сочинить сказку от начала до конца или расспросить ребенка об основных сюжетных линиях, которые, будучи расширены психотерапевтом, лягут в основу сказки. Метод основан на возможности для психотерапевта вовлечь ребенка в мир веселой, шутливой фантазии — прекрасного антипода состояний страха и тревоги. Например, психотерапевт может начать рассказывать ребенку знакомую сказку и затем заменить ее персонажи врачами, медсестрами и членами семьи ребенка.

Большинству маленьких детей нравятся такие приемы, хотя некоторые дети могут настаивать на том, чтобы сказку рассказывали «правильно». Хотя специалисты рассматривают сказкотерапию как метод отвлечения, отличный от методов гипнотизации, при использовании этой методики можно наблюдать сужение фокуса внимания и измененную чувствительность, которые типичны для гипнотического состояния. Психотерапевт может также «вплести» в сказку внушение комфортного состояния, анальгезии и покоя.

В. ИДЕОМОТОРНЫЕ ТЕХНИКИ

Эти методы отличаются от методов, основанных на представлении о движении, поскольку последние не обязательно включают реальные движения, хотя и могут наблюдаться.

Идеомоторные методы требуют от ребенка мысленного сосредоточения на представлении о движении какой-либо части тела; это движение затем совершается непроизвольно.

Применение этих методов особенно полезно в тех случаях, когда психотерапевт стремится внедрить в сознание ребенка мысль о том, что тот способен преодолеть боль и другие состояния, казавшиеся ему прежде непреодолимыми.

Применяются эти методы начиная с младшего школьного возраста, хотя в отдельных случаях их использование может оказаться полезным и у детей более раннего возраста.

Схождение рук. «Вытяни руки прямо вперед, ладони обращены друг к другу, расстояние между ними около 30 см. Хорошо... Теперь представь, что в каждой твоей ладони заключен сильный магнит. Ты знаешь, как магниты притягивают друг друга. Просто представь себе эти два сильных магнита, и ты сможешь заметить, что твои руки начали приближаться друг к другу сами по себе, без каких-либо усилий с твоей стороны. Хорошо... Заметь, что чем больше сближаются магниты, тем сильнее они притягивают друг друга. И чем сильнее они притягивают друг друга, тем ближе, теснее сходятся твои руки. Скоро они соприкоснутся. Когда это произойдет, просто освободись от этих воображаемых магнитов, придай своим рукам удобное положение, сделай глубокий вдох и полностью расслабься на выдохе».

Левитация руки. «Положи руки на подлокотники кресла, придай им удобное положение. Теперь представь веревочку, обернутую вокруг твоего запястья, и большой яркий воздушный шар, привязанный к другому концу веревки. Шар настолько легок, легче воздуха, что может взлетать сам по себе. Когда ты сосредоточишься на легкости этого шара, ты сможешь заметить, что эта рука тоже начинает становиться легкой». Смена выражения «твоя рука» на «эта рука» об-

легчает диссоциацию. «Скоро один из пальцев может начать становиться очень легким. Один из пальцев может начать подниматься».

Внимательно наблюдайте за движениями каждого пальца и комментируйте их соответствующим образом. «Хорошо, я вижу, что этот палец приподнялся. Интересно, какой палец поднимется следующим? Еще один палец приподнялся (целесообразно назвать — какой). Теперь — вся ладонь. Сосредоточься на воздушном шаре и чувстве легкости в руке. Чем выше рука поднимается, тем легче становится. Чем легче становится, тем выше поднимается. Просто плавает сама по себе.

Теперь представь легкий ветерок. Эта рука плывет вверх или вниз либо просто останавливается там, где находится сейчас. Очень приятное чувство расслабления, отдыха во всем теле. Ты можешь дать этой руке еще поплавать в воздухе или представить, что веревочка отвязалась и воздушный шар взлетает вверх, а рука медленно опускается и спокойно отдыхает в удобной позе. Очень легко. Никакого усилия». Если ребенок чувствует тяжесть в руке, психотерапевт может вызвать сначала каталепсию руки, и затем внушить дальнейшие движения.

Опускание руки. «Вытяни руку прямо перед собой — с ладонью, обращенной вверх». Следует помочь ребенку, если это необходимо. «Хорошо... Теперь представь, что я кладу тяжелую книгу на эту руку». Маленьким детям легче бывает представить камень. «Ты можешь заметить, что рука начинает становиться тяжелой. Теперь представь, что я кладу еще одну книгу сверху. Эта рука становится еще тяжелее. Скоро ей захочется опуститься. Когда ты почувствуешь тяжесть, просто дай ей опуститься. Тяжелее и тяжелее, ниже и ниже... Я вижу, как она опускается. Хорошо. Пусть она опустится». При необходимости можно увеличить число воображаемых книг, камешков и т. п.

С теми немногими детьми, которые сопротивляются проведению этого метода, можно плавно перейти к методам «ригидность руки» и «каталепсия руки».

Опускание пальца. Этот метод подходит для детей младшего возраста и может быть использован у более старших детей, для которых метод «опускание руки» труден вследствие резкой физической слабости. Психотерапевт помогает ребенку удобно разместить мизинец на кровати или подлокотнике кресла, в то время как остальные пальцы простираются в воздухе.

«Представь, что мизинец приятно отдыхает на подлокотнике кресла. Остальные пальцы тоже хотят отдохнуть. Наблюдай за ними. Сейчас они начнут опускаться все ниже и ниже, чтобы отдохнуть. Интересно, какой палец опустится первым? Смотри, этот палец опускается. Когда они все опустятся и начнут отдыхать, ты весь почувствуешь себя очень удобно. Ты можешь закрыть глаза, если хочешь. Становится все спокойнее и удобнее...»

Ригидность руки. «Вытяни одну руку прямо в сторону от туловища и напряги ее. Представь, что рука — очень сильная, она подобна прямой крепкой ветви дерева. Сильнее и сильнее. Такая сильная, что я не могу опустить ее вниз. Я не могу согнуть ее. Рука очень сильная. Она может стать такой сильной, мощной, как ей захочется». Далее следует провести внушения, направленные на повышение ребенком собственной самооценки, уверенности в себе.

Могучий дуб. Этот метод очень эффективен в группе старших детей, но может также применяться у детей младшего возраста, которые не могут сидеть спокойно.

«Встань прямо, высокий и стройный, как сильный дуб. Хорошо... Пусть твои руки станут ветвями и потянутся к небу. Твои ноги становятся корнями и прорастают сквозь пол. Почувствуй, каким сильным ты стал. Очень сильным!.. Тебя невозможно сдвинуть с места. Почувствуй, как солнечные лучики и капельки дождя проникают в твои ветки и корни и делают тебя еще сильнее...» По мере углубления гипнотического транса ребенок сохраняет то положение в пространстве, которое ему придал психотерапевт (состояние каталепсии).

Каталепсия руки. «Ты не возражаешь, если я подниму эту руку? Хорошо. Просто позволь ей расслабиться».

Если ребенок активно поднимает руку, следует указать ему, что сознательная память не нужна, и повторить движение уже без активного участия ребенка.

«Хорошо. Просто дай руке отдохнуть. Я сам подниму ее. Прекрасно. Сейчас взгляни на эту руку как будто на часть скульптуры или манекена, которая покачивается сама по себе». По мере достижения состояния каталепсии (ощущаемого как «застывание» поднятой руки) психотерапевт постепенно отпускает руку ребенка. «Хорошо. Эта рука как бы плавает сама по себе. Теперь сознательно подними другую руку и почувствуй разницу. Ты уже можешь понять, что в тебе существует огромная бессознательная сила, которая помогает тебе стать таким, каким ты хочешь».

Г. МЕТОДЫ ПРОГРЕССИВНОЙ РЕЛАКСАЦИИ

Эти методы используются как у детей, так и у взрослых. Они часто используются в качестве метода индукции гипнотического состояния у подростков и порой у детей более младшего возраста.

Основная разница в процессе мышечной релаксации у детей и взрослых заключается в том, что дети порой быстро достигают расслабления всех мышц тела. Психотерапевт должен следить за реакциями ребенка и быть готовым к тому, чтобы закончить вводную часть простым внушением полного расслабления. Некоторым детям бывает необходимо подробно разъяснить работу отдельных мышечных групп; другие будут испытывать скуку, что может помешать восприятию дальнейших внушений.

Расслабление на выдохе. «Сосредоточь свой взгляд на нижней части своего живота или на том, на чем хочешь, и внимательно следи за своими выдохами. Чувство, возникающее на выдохе, и есть расслабление. Когда ты выдыхаешь, ты расслабляешь мышцы груди. С каждым выдохом это расслабление идет все дальше и дальше. Расслабь мышцы животика. Со следующим выдохом почувствуй, как приятное расслабление переходит на мышцы ног... до колена и ниже...»

Расслабь ступни и почувствуй, как по всему телу, от груди до пальцев ног, прокатилась волна расслабления, освобождения, отдыха. Ты расслабляешься постепенно, с той скоростью, с какой хочешь.

Когда ты будешь готов, сосредоточься на мышцах нижней части спины... Убираем напряжение с мышц верхней части спины... Волна расслабления охватила твои плечи, постепенно опускается на руки... опускается до самых пальцев... Если ты готов, позволь расслабиться мышцам твоей шеи, чтобы они удерживали голову в очень удобном положении... Позволь волне расслабления охватить твои подбородок, щеки, веки, лоб, все мышцы головы. Когда наступит состояние удобства, приятного расслабления всего тела, дай мне знать об этом легким наклоном головы или поднятием пальца. Если какая-то часть твоего тела еще не готова к тому, чтобы расслабиться, скажи мне об этом после сеанса».

Родители, братья и сестры могут быть приглашены к изучению самогипноза, методов релаксации и к участию в групповых занятиях.

ВЫБОР МЕТОДА ГИПНОТИЗАЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Принято различать следующие уровни развития и. соответственно, методы гипнотизации к ним:

I. Доречевой (0 — 2 года):

- тактильная стимуляция: поглаживание;
- кинестетическая стимуляция: укачивание;
- аудиальная (слуховая) стимуляция: колыбельная песенка;
- визуальная стимуляция: подвесные игрушки и другие объекты, которые изменяют свои форму, цвет или расположение.

II. Ранний речевой уровень (2 — 4 года):

- рассказывание сказок;
- любимое занятие;

— разговор с ребенком от имени куклы или домашнего животного.

III. Дошкольный и младший школьный возраст (4 — 8 лет):

- любимое место;
- множественные животные;
- цветник;
- рассказывание сказок;
- счет букв;
- «телевизионные фантазии»;
- прыгающий мяч;
- любимое занятие.

IV. Средний школьный возраст (9—11 лет):

- любимое место;
- любимое занятие;
- пристальный взгляд на облака;
- «ковер-самолет»;
- езда на велосипеде;
- опускание руки;
- любимая музыка;
- схождение рук;
- ригидность руки (каталепсия руки).

V. Подростковый возраст (12 — 18 лет):

- любимое место;
- занятия спортом;
- каталепсия руки;
- вождение автомобиля;
- левитация руки;
- практический любой метод гипнотизации, применяемый у взрослых.

ГЛАВА 5

ВСЕ ПРОЙДЕТ, КАК С ВЕШНИХ ЯБЛОНЬ ДЫМ... **ГИПНОАНАЛЬГЕЗИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

В работе с детьми, страдающими от боли, целесообразно использовать следующие принципы, сформированные в ходе многолетней практики отечественных и зарубежных гипнотерапевтов (Рожнов В. Е., Мацанова А. К., 1985; Gibson M., 1984; Williams D. T., Singh M., 1976):

- При обучении детей гипноанальгезии следует сосредоточить внимание на позитивных моментах, выражая уверенность в силах детей, давая детям выбор того, когда и как они хотят заниматься, какие внушаемые образы им особенно близки.

- Психотерапевт должен проанализировать свое собственное отношение к боли. Поскольку многие из нас с детства имеют достаточный негативный опыт болевых ощущений, мы можем проецировать его на наших пациентов. Психотерапевт, который не верит в способность детей преодолеть боль, вряд ли поможет в этом детям.

- Следует учитывать ожидания и установки родителей.

- Следует получить согласие на применение гипноанальгезии других участников лечебного процесса (в первую очередь лечащих врачей хирургического профиля).

Вводная беседа, предшествующая применению гипноанальгезии, должна проводиться с учетом сферы интересов и уровня развития ребенка, характера и степени тяжести его заболевания, пожеланий родителей.

Некоторые подростки нуждаются в детальном разъяснении, включающих описания строения нервной системы и ее проводящих путей.

Для детей младшего возраста более предпочтительны краткие объяснения.

Детям школьного возраста может быть понятно представление о том, что сходные звуковые сигналы могут по-разному восприниматься нашим мозгом. Например, одинаково звучат слова «лук» (со стрелами) и «лук» (растение). Аналогично укол кожи кончиком иглы тоже может восприниматься по-разному, и человек в состоянии научиться испытывать вместо боли другие ощущения.

Полезно узнать, как ребенок представляет себе свою боль. Если ребенок говорит «жжет» или «дергает», психотерапевт может предложить альтернативные представления: «горит огонь», «клюет птица». Такой образ может быть «вставлен» в формулу внушения, например: «если ты хочешь, мы можем затушить огонь» или «прогнать эту птицу». Конкретные образы предпочтительнее абстрактных слов. Бывает полезным дать задание ребенку «проранжировать» свою боль в цифрах. Например: 0 — боли нет, а 10 — очень сильная боль. Подобно взрослым, дети хорошо оценивают интенсивность боли в разные моменты времени и бывают довольны, если «цифровые показатели» боли уменьшились.

В процессе обучения ребенка гипноанальгезии целесообразно по мере достижения состояния релаксации включать формулы внушения, направленные на снятие чувства боли. Исследования показывают, что релаксация сама по себе способна снижать болевые ощущения, в особенности если существенным компонентом боли является тревога, но более надежное устранение боли достигается путем внушения анальгезии (Hilgard E. R., Hilgard J. R., 1975).

Гипнотерапия, направленная на контролирование чувства боли, имеет ряд позитивных побочных эффектов, особенно в случае хронических, угрожающих жизни ребенка заболеваний: уменьшение тревоги, усиление чувства уверенности и надежды, укрепление внутрисемейных взаимоотношений и сотрудничества с лечащими врачами.

Некоторые дети с трудом верят тому, что боль можно облегчить с помощью гипноза. В таких случаях бывает по-

лезно продемонстрировать ребенку другие гипнотические феномены — такие как каталепсия или левитация руки, которые поражают воображение ребенка и повышают доверие к возможностям психотерапии.

В процессе психотерапии лучше не использовать точные указания того, когда и как пройдет боль, например: «Боль пройдет через десять минут» или «Болезненное жжение прекратится, «два я сосчитаю до пяти», так как если «предсказание» не осуществится, психотерапевт может утратить доверие ребенка-пациента и все последующие внушения окажутся бесполезными.

Во время вводного сеанса допустимо (а часто и необходимо) присутствие родителей и других членов семьи больного ребенка.

ТЕХНИКИ ГИПНОАНАЛЬГЕЗИИ

Обычно они используются в комбинации. Каждая методика включает диссоциативное внушение — прямо или косвенно. Заметьте, как фраза «эта рука» отличается от фразы «твоя рука».

ПРЯМЫЕ ВНУШЕНИЯ

Възывание чувства онемения. «Ты знаешь, что бывает чувство онемения. Как ты представляешь его себе? (Ребенок отвечает.) Хорошо, теперь пусть эта часть твоего тела, которая болит, онемевает. Она онемела, как кусок льда или иней (образ, который ребенок способен представить)».

Локальная анестезия. «Представь инъекцию обезболивающего вещества в эту часть тела. Почувствуй, как лекарство распространяется по твоему телу, заметь, как эта часть тела становится онемевшей».

Анестезия по типу «перчаток». «Во-первых, сосредоточь внимание на своей руке. Заметь, что ты можешь почувствовать легкое покалывание в этой руке. Затем пусть она онемевает. Когда она совсем онемевает, прикоснись этой рукой к своему подбородку (или другой части тела), и пусть чувство

онемения перейдет с руки на челюсть (перед проведением стоматологических процедур)».

ВНУШЕНИЯ ДИСТАНЦИРОВАНИЯ

Удаление боли прочь из своего тела. «Представь на минутку, что эта рука (или другая часть тела) не принадлежит тебе. Думай о ней как о части скульптуры или игрушки или представь картину, что она просто плавает сама по себе».

Перенос боли на другую часть тела. «Представь, что неприятные ощущения от спинальной пункции (или пункции щитовидной железы) перешли на мизинец твоей правой руки. Скажи мне, насколько больно мизинчику? Хорошо... Теперь пусть боль уплывает...»

Удаление прочь от боли. «Ты говорил, что любишь бывать в горах. Представь себя там сейчас. Позволь себе действительно быть там. Просто оставь все неприятности и будь в горах. Смотри на деревья и цветы. Взгляни, как играют белочки. Ты можешь покормить их, если захочешь. Вдохни свежий воздух, напоенный сосновым ароматом. Почувствуй дуновение нежного ветерка. Прислушайся к журчанию ручья».

ВНУШЕНИЕ ЧУВСТВ, ПРОТИВОПОЛОЖНЫХ БОЛИ

Комфорт. «Вспомни время, когда ты чувствовал себя очень удобно, очень хорошо. Теперь перенеси эти приятные чувства в настоящее. Ты можешь дать приятным чувствам наполнить все твое тело и сознание полностью, чтобы не осталось места для неприятных чувств. Ты можешь чувствовать себя совершенно удобно, и ты можешь сохранить эти приятные чувства надолго — настолько, насколько захочешь».

Смех. «Смех помогает прогнать боль. Подумай о самом смешном кино, которое ты когда-либо видел, или о самой забавной проделке, которую устроили ты или твой друг. С каждым мгновением, когда ты представляешь, чувствуешь смех и веселье, твоя боль становится все меньше и меньше. Ты можешь действительно засмеяться и почувствовать себя очень хорошо».

Расслабление. «Сосредоточься на выдохе, это помогает расслабиться. Если ты полностью расслабишься на выдохе,

то сможешь уменьшить боль. Прислушайся к ритму своего дыхания. Расслабляйся все глубже с каждым выдохом. Ты можешь убедиться, что уменьшил свою боль наполовину. А затем еще наполовину... Используй свою энергию, чтобы она помогла тебе почувствовать себя лучше».

ТЕХНИКИ ОТВЛЕЧЕНИЯ

Сосредоточение на нейтральных представлениях. Дети младшего возраста часто испытывают облегчение боли, если психотерапевт рассказывает им сказку или в ее привычной форме, или с забавными изменениями, такими как замена персонажей («Жили-были три маленьких волчонка и большая гадкая свинья») или их ролей.

Детей старшего возраста можно отвлечь, заняв их разговором об увлечениях — таких как спорт или музыка.

Сосредоточение на самой процедуре. Этот метод особенно полезен для детей, основной защитный механизм которых — осознание угрозы. Психотерапевт в случае болезненной процедуры описывает различные инструменты и просит ребенка помочь подержать инструменты, перевязочные материалы, сосчитать число швов.

Сосредоточение на «меньшем из двух зол». Если ребенок испытывает одновременно боль и чувство холода, психотерапевт может сосредоточить его внимание на холоде. Если ребенку предстоят одновременно, например, спинальная пункция и внутривенная инъекция, психотерапевт сосредотачивает его внимание на инъекции...

ВНИМАНИЕ, ОБРАЩЕННОЕ НА САМО ЧУВСТВО БОЛИ

По различным причинам некоторые дети отказываются или неспособны сосредоточить внимание на чем-либо, кроме чувства боли. Психотерапевт может использовать подобные реакции с пользой для ребенка. Присоединяясь к ребенку и прося его в деталях описать боль, психотерапевт дает косвенные внушения, направленные на облегчение чувства боли. Помогает также техника «путаницы».

Светящийся шар. «Представь, что ты находишься внутри светящегося шара и можешь видеть себя ходящим по карте своей боли. Сосредоточь внимание на этой боли. Представь ее в цвете — в своем самом нелюбимом цвете. Я скажу тебе проверить это позже. Заметь, какого она размера. Она может быть размером с виноградину или с лимон. Даже булавочная головка имеет свой размер. Мы проверим размер позже. И обрати внимание на форму. Какой формы она теперь? И что она говорит тебе сейчас? Как громко?..

Вгляни снова. Какого она цвета? Это интересно. Похоже, она меняет свой цвет. Удивительно, как тебе удалось этого добиться. А размер ты тоже можешь изменить? Намного меньше она стала?..

Ты хороший картограф. Ты можешь сделать все, чего захочешь. Можешь чувствовать все, что захочешь. Какой формы сейчас эта боль? Ты еще слышишь ее?..»

Дети старшего возраста часто добиваются облегчения боли, сосредоточившись на дыхании, затем перенеся внимание на болезненную область, делая акцент на том, что боль изменяется. В дальнейшем психотерапевт может попросить ребенка сосредоточить внимание на любимой мелодии или на запахе (например, держа открытую бутылочку духов перед носом ребенка) и одновременно — на чувстве боли. Ребенок постепенно учится пониманию того, что восприятие одного из двух стимулов блекнет, когда внимание смещается на другой.

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ, РАБОТАЮЩИХ С ДЕТЬМИ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (OLNESS K., 1981)

- Специалисты, работающие в детской онкологии, должны изучить и уметь применять методы аутотренинга и самогипноза для самих себя, поскольку это способствует повышению устойчивости к стрессу, неизбежно возникающему в процессе профессиональной деятельности. В некоторых случаях медики могут участвовать в групповых занятиях с пациентами и их семьями.

- Гипнотерапевты должны проводить как можно больше времени со своими пациентами-детьми, стремясь постигнуть их индивидуальные особенности и в соответствии с этими особенностями строить план лечения. Использование шаблонных подходов обычно приводит к провалу, поскольку не существует «стандартных» пациентов.

- Если гипнотерапия — подходящий лечебный метод в комплексе медицинской реабилитации детей с онкологической патологией, она должна применяться сразу же после установления диагноза. У детей, имеющих вторичные эмоциональные проблемы или закрепивших негативные условные рефлексы за месяцы и годы приобретенных страхов перед медицинскими процедурами и лекарствами, эффект достигается медленнее и с гораздо большим трудом.

- Сеансы гипнотерапии в течение первых недель после установления диагноза должны проводиться часто, и детей следует поощрять заниматься самогипнозом и аутотренингом самостоятельно. Детей с хроническими заболеваниями следует приглашать для участия в групповых психотерапевтических занятиях, чтобы предотвратить утрату ими навыков самогипноза и релаксации в течение длительных периодов ремиссии (улучшения).

- Каждый сеанс гипнотерапии должен строиться с использованием внушений, повышающих уверенность ребенка в своих силах; формулы внушения должны соответствовать возрасту ребенка. Не следует чрезмерно форсировать усилия ребенка.

- Следует внимательно учитывать психологические установки родителей в отношении болезни ребенка и проводимого лечения, а также состояние их психического здоровья.

Родители, братья и сестры могут быть приглашены для изучения самогипноза, методов релаксации и участия в групповых занятиях.

ГЛАВА 6

МОЙ ДОМ - МОЯ КРЕПОСТЬ! **СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ** **И СЕМЕЙНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ**

Семейная психотерапия — комплекс психотерапевтических приемов и методов, направленных на лечение пациента в семье и при помощи семьи, а также на оптимизацию семейных взаимоотношений (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В., 1999). Исходя из данного определения, можно говорить о трех аспектах понимания семейной психотерапии: 1) оптимизация семейного окружения; 2) психологическое воздействие на пациента, страдающего психическими и поведенческими расстройствами, с использованием группового семейного эффекта; 3) нормализация семейных взаимоотношений психически здоровых лиц. Третий аспект выходит за рамки традиционной медицинской проблематики и обозначается как семейное консультирование.

Здоровье человека, понимаемое экспертами ВОЗ как «полное физическое, душевное и социальное благополучие», безусловно, немислимо при отсутствии психологического комфорта в семейном окружении.

Хотя, как утверждает великий классик литературы Л. Н. Толстой, все несчастливые семьи несчастливы по-своему, можно выделить ряд типичных ситуаций, в которых возможность развития «кризиса семьи» наиболее вероятна. К «нормативным» психосоциальным стрессам, воздействию которых подвергаются на различных этапах своего существования большинство семей, относятся следующие события.

Во-первых, вступление в брак. Известное изречение Л. Н. Толстого о том, что окончить роман свадьбой героев равносильно тому, чтобы прерывать его в том месте, где

главное действующее лицо попадает в руки разбойников (Л. Н. Толстой. Дневники...), можно расценить как грустную шутку, отражающую негативный жизненный опыт самого писателя. Проза повседневной семейной жизни заставляет молодоженов снять «розовые очки», через которые они видели друг друга в фазе привлечения. Как правило, вступление в брак приводит к изменению образа жизни, к смене социального статуса; для женщин немалое значение имеет также перемена фамилии, нередко приводящая к «кризису идентичности» (Эриксон Э., 1996). С рождением ребенка во многих молодых семьях возникает ситуация «напряженного треугольника»: мужа нередко воспринимают ситуацию так, как будто ребенок отнял у них внимание и заботу жены.

С появлением двух и более детей к этому добавляется так называемое сиблинговое соперничество, когда каждый из детей бессознательно или осознанно «одеяло» родительской заботы и внимания тянет на себя. Сиблинговое соперничество проявляется в разном возрасте. Как-то к психотерапевту обратилась женщина 42 лет, 17-летний сын которой — курсант авиационного училища — после рождения своего «позднего» братишки заявил матери: «Ты меня больше не любишь, тебе нужен только этот орущий кусок мяса, а я — не нужен! Когда у нас начнутся тренировочные полеты, я прыгну с парашютом и не раскроюсь!..»

С помещением ребенка в детский сад и школу возникает проблема распределения обязанностей родителей по отношению к ребенку. Если стирка пеленок и уход за младенцем традиционно считается «женским делом», то по мере роста ребенка возрастает воспитательная роль отца, к чему, однако, не все отцы оказываются морально готовыми.

При вступлении детей в «бунтарский» подростковый возраст группа сверстников как бы оспаривает родительские авторитет и власть, при этом изменение ценностных ориентаций детей приходится на возраст «переоценки ценностей» самих родителей (кризис 40-летних).

Подобное сочетание резко повышает степень угрозы развития у родителей психосоматических заболеваний.

В ходе семейного консультирования мы в подобных ситуациях нередко приводим выдержку из полушутливых воспоминаний М. Твена: «Когда мне было 15 лет, — писал М. Твен, — мне казалось, что нет никого на свете глупее моего отца. По возвращении же в отчий дом спустя несколько лет я поразился: насколько же мой отец поумнел за это время!»

Однако подобная трансформация отношений родителей с возмужавшими подростками происходит лишь в тех случаях, когда родители способны изменить патронажный стиль воспитания на отношения равноправного партнерства со своими взрослеющими детьми.

Следующим критическим этапом в жизни семьи является профессиональная ориентация подростков. Связано это как с увеличением сложности получения образования в условиях экономического спада и возрастания конкуренции в обществе, так и с тем фактом, что родители зачастую представляют будущее своих детей исходя из собственных чаяний, опасений и несбывшихся надежд. Эти родительские проекции могут оказаться и путеводной нитью (недаром З. Фрейд говорил о безграничной материнской любви, дающей человеку на всю его оставшуюся жизнь чувство победителя), и прокрустовым ложем, в которое молодой человек должен вписаться, исходя из семейной традиции или из соображений «престижности», без учета его личностных особенностей.

Выход супругов на пенсию — один из заключительных этапов развития семейных отношений. Особенно тяжел он для людей стеничных, с лидерскими наклонностями, привыкших отождествлять себя со своей профессиональной ролью. Если они не находят для себя подходящего замещающего занятия (уход за внуками, дача и т. д.), этот этап чреват возникновением чувства неудовлетворенности жизнью, ощущения собственной бесполезности, что в сочетании с пониманием того, что ничего уже не изменить, приводит к формированию состояния, образно и точно названного «психологическими фантомными болями». Возможно, здесь кроется одна из причин широкого распространения депрессивных состояний и большой частоты суицидальных попыток в пожилом возрасте.

Помимо «нормативных» стрессов, общих для большинства современных семей, многие семьи на различных стадиях своего существования подвергаются воздействию таких психосоциальных стрессоров, как вынужденное переселение, безработица, болезни и т. д. Переселение приводит к перемене местожительства, разрыву привычных микросоциальных контактов, ставит людей перед необходимостью заново обрести социальный статус и «место под солнцем», приводит к значительному росту расстройств адаптации, психических расстройств, суицидальных попыток и самоубийств.

Одним из главных современных направлений семейной психотерапии является системная (структурная) терапия, основные принципы которой сформированы американским психотерапевтом Сальвадором Минухиным (Minuchin S., 1978):

- семья представляет собой дифференцированное целое, подсистемы которой составляют отдельные члены или несколько членов семьи;
- каждая семейная подсистема (детская, супружеская, мужская, прародительская и т. п.) имеет специфические функции и предъявляет определенные требования к своим членам;
- психотерапия изменяет структуру семьи и приводит к изменениям поведения ее членов;
- психотерапевт, работая с семьей, временно «присоединяется» к семье, вследствие чего возникает «терапевтическая система».

Каждая из семейных подсистем имеет определенную степень свободы и автономии от других подсистем, в свою очередь, семья в целом имеет общую «внешнюю границу», отделяющую ее от внесемейного окружения (Эйдемиллер Э. Г., 1996).

В дисгармоничных семьях, как правило, отмечаются крайности: избыточная ригидность или размытость (диффузность) границ семейных подсистем, а также нарушения внешних границ семьи в виде «закрытости» семьи (девизом таких семей могло бы служить выражение «Мой дом — моя

крепость») либо, напротив, в ее хаотичности (наподобие «богемных» семей, в которых никто не знает, кто, где и с кем находится).

Для дисгармоничных семей характерны также нарушения процессов общения на вербальном и невербальном уровне. С. Минухин (1971) подчеркивает, что для получения правильной картины семейных взаимоотношений психотерапевт в своем анализе должен полагаться на невербальную информацию.

Семейная психотерапия представляет собой непрерывный процесс, в котором, по А. С. Кочаряну и С. С. Кочаряну (1994), можно выделить следующие этапы:

- 1) психодиагностики (установление «семейного диагноза»);
- 2) осознания психотерапевтических механизмов семейной дисгармонии;
- 3) реконструкции межличностных отношений;
- 4) реализации вновь сформированных межличностных отношений в функционировании семьи.

В процессе установления «семейного диагноза» происходит «объединение» психотерапевта с семьей, присоединение его к предъявляемой семьей структуре ролей (Minuchin S., 1978, Эйдемиллер Э., 1996).

Уже при входе членов семьи в консультативный кабинет, во время их свободного рассаживания опытный взгляд психотерапевта позволяет нередко выявить внутрисемейные «коалиции», «противоборствующие группировки», «козла отпущения» и т. п. Например, в случае конфликта родителей с подростком можно наблюдать картину, когда подросток «забивается в угол», либо, напротив, демонстративно усаживается подальше от родителей. Конфликтующие супруги часто занимают места в разных концах кабинета и т. п. Степень удаленности тех или иных членов семьи от психотерапевта нередко отражает их готовность или неготовность к вступлению в контакт, уровень доверия к психотерапевту.

Таким образом, свободное расположение членов семьи по отношению друг к другу и к психотерапевту способствует

установлению конструктивной дистанции в начале психотерапевтического взаимодействия.

Важным тактическим приемом является присоединение психотерапевта к тому члену семьи, который заявляет проблему — к заявителю проблемы, с использованием приемов мимезиса (Minuchin S., 1974, 1978), т. е. прямого и непрямого «отзеркаливания» позы, мимики и жестов, а также синхронизации дыхания (психотерапевт следит за дыхательными движениями заявителя проблемы и вставляет реплики в момент его выдоха, что зачастую воспринимается собеседником как озвучивание и продолжение собственных мыслей).

Следует, однако, предостеречь от «отзеркаливания» патологических изменений речи собеседника (заикание, дефекты звукопроизношения), навязчивых движений — всего того, что составляет помеху на осознанном уровне: копирование подобных недостатков, как правило, негативно воспринимается партнером по разговору.

В качестве иллюстрации позвольте привести американский анекдот. В бар на Диком Западе вваливается заикающийся ковбой: «Мне, п-пожалуйста, ...п-пива!» Услужливый бармен мгновенно отвечает: «П-п-пож-жалуйста, с-сэр!» Подобревший ковбой дружески хлопает по плечу «собрата по несчастью» и усаживается пить пиво. В это время приходит другой, нормально говорящий ковбой, и бармен отвечает ему без всяких признаков заикания. Взбешенный ковбой-заика подлетает к стойке: «Т-так т-ты м-меня п-п-передразниваешь?!» Бармен невозмутимо отвечает, указывая на второго собеседника: «Н-нет, эт-то я его передразниваю!»

По мере сбора информации о семье психотерапевт анализирует тип семейных взаимоотношений. С. Минухиным (1978) разработана остроумная и не лишенная юмора типология семей, состоящая из ряда типов:

1. Семья «па-де-де», состоящая из матери и ребенка, в такой семье часто формируются симбиотические взаимоотношения. Угроза разлуки, связанная, например, с госпитализацией ребенка, может явиться основой для формирова-

ния тревожно-фобических расстройств как у ребенка, так и у матери («фобия утраты» — Эйдемиллер Э. Г., 1990).

2. Семья из 3-х поколений, в которой родители являются как бы «старшими детьми» и продолжают находиться «под опекой». Кризисы в таких семьях возникают тогда, когда «старшие родители» в силу возраста и болезней уже не способны оставаться семейными лидерами и решать все накопившиеся проблемы; «старшие дети» (уже имеющие собственных детей) при этом испытывают чувство покинутости и беспомощности.

3. «Семья с делегированием обязанностей»: в такой семье (как правило, многодетной) старшие по возрасту дети выполняют часть родительских обязанностей по уходу за малышами, оставаясь при этом в рамках «детской подсистемы». Это порождает конфликты типа «когда надо пеленки стирать — я уже большая, а как на дискотеку сходить — так «сиди дома, мала еще!»

4. «Семья с призракoм», в которой чрезвычайно значимый член семьи умер или покинул семью, но образ его «незримо присутствует» в виде высшего морального авторитета: «Твой покойный отец осудил бы это!..». Являясь сильным моральным регулятором в традиционных обществах, культ предков одновременно может быть источником формирования чувства вины и комплекса неполноценности («Да, были люди в наше время — не то, что нынешнее племя...»).

5. «Флюктуирующие семьи» — обычно это семьи военных, которых судьба перебрасывает из одного гарнизона в другой и вынуждает быстро устанавливать социальные контакты «по горизонтали». Следует помнить, что для детей внезапная перемена местожительства, отрыв от привычной группы сверстников могут быть источниками психической травматизации. Подростки-переселенцы нередко испытывают неприятие и отвержение со стороны местных подростковых группировок.

6. «Семья-аккордеон» — к этому типу относятся семьи моряков, артистов-гастролеров и т. д. В таких семьях один из ее членов (чрезвычайно значимый как источник матери-

ьного благополучия) подолгу отсутствует^ оставшиеся члены семьи приучаются жить без него. Возвращение «Одисея», перекраивающее привычный жизненный уклад, приводит к росту внутрисемейного напряжения.

Последователи С. Минухина выделяют еще несколько типов семей. В «семье амазонок» имеется зримый перевес «женской подсистемы», вследствие чего мужчина может стать «козлом отпущения», что приводит к уходу в работу, к развитию внесемейных отношений или алкогольной зависимости.

Напротив, в «семье джентльменов» численно преобладает «мужская подсистема», что приводит к полуосознанному соперничеству между мужчинами за внимание единственной женщины.

В семьях, построенных по типу «чья возьмет», возникают конфликтные отношения между пасынком (падчерицей) и мачехой (отчимом), либо сводные братья и сестры «тянут одеяло» на себя.

В семьях типа «замещение» старшая дочь, например, как бы замещает роль умершей матери: ведет домашнее хозяйство, готовит, стирает вещи отца и т. д. При намерении отца повторно жениться может возникнуть острый конфликт.

Важным этапом семейной психотерапии является «формулирование терапевтического запроса» (Эйдемиллер Э. Г., 1996).

Инициатор обращения предъявляет психотерапевту, как правило, манипулятивный запрос, который сводится к следующему: «Мой ребенок имеет симптом, мой ребенок плохо учится, мой ребенок непослушный. Сделайте так, чтобы он был другим». Такое формулирование позволяет инициатору обращения дистанцироваться от бессознательного или осознаваемого чувства вины, снять с себя ответственность за происходящее в семье и перенести ее на ребенка и психотерапевта.

Приемы метамоделирования и психотерапевтические метафоры позволяют перевести запрос с поверхностного манипулятивного уровня на уровень осознания родителями себя как неэф^"ших в родительской роли. Иссле-

дование членами семьи себя как неэффективных родителей позволяет им перейти к осознанию своих супружеских проблем.

Параллельно с формулированием запроса психотерапевт исследует ресурсные состояния у членов семьи. «Был ли в вашей жизни момент, когда вы были вместе успешны? Как вы это делали?»

На этапе формулирования терапевтического запроса важно исследовать цели, которые поставлены каждым членом семьи и которых члены семьи хотят достигнуть в ходе психотерапии. В этот момент важно перевести психотерапевтическую работу из плоскости изучения прошлого в плоскость «здесь и теперь». Экскурсии в прошлое совершаются лишь для поиска ресурсных состояний у членов семьи. Формулирование целей каждого члена семьи приводит к формированию семьи как единого психологического организма (Эйдемиллер Э. Г., 1996).

О выходе на этап реконструкции семейных отношений в семейной психотерапии свидетельствуют открытость членов семьи, изменение их расположения во время сеанса, предоставление друг другу неискаженной обратной связи и желание ее принимать.

Работа психотерапевта способствует установлению границ между подсистемами, усилению функционирования одних и, соответственно, связанному с этим ослаблению функционирования других подсистем. Если ранее супруги большую часть времени занимались неосознанным смешением родительского и супружеского контекстов, что приводило их, с одной стороны, к неудовлетворенности супружеством, а с другой — к появлению проблем или симптомов у ребенка, то в процессе психотерапии разделение родительского и супружеского контекстов способствует повышению их эффективности и как супругов, и как родителей.

На всем протяжении сеансов семейной психотерапии используются следующие приемы:

— сбалансированность в исследовании негативного и позитивного опыта;

- использование двухуровневой обратной связи;
- психоскульптура, семейная психодрама.

О завершении психотерапии свидетельствует достижение сформулированных целей. Важным является соблюдение оговоренного временного контекста. После этапа присоединения, на который уходит, как правило, 1 — 2 сеанса, продолжительностью по 2 часа, участники психотерапии оговаривают границы временного контекста, необходимого для достижения психотерапевтических изменений. Минимальное время для реконструкции семейных отношений составляет 8 часов — 4 сессии, а максимальное время семейной психотерапии составляет 16 часов — 8 сессий (Эйдемиллер Э. Г., 1996).

Семейное консультирование является разновидностью семейной психотерапии, имеющей свои отличительные признаки, границы и объем психотерапевтического вмешательства. Семейное консультирование развивалось параллельно с семейной психотерапией, и эти два вида психотерапии взаимно обогащали друг друга.

Семейное консультирование ставит своей целью совместное с консультантом изучение запроса (проблемы) члена (членов) семьи для изменения ролевого взаимодействия в семье и обеспечения возможностей личностного роста.

Принципиальное отличие психологического консультирования от психотерапии заключается в отказе от концепции болезни, акценте на анализе ситуации, на аспектах ролевого взаимодействия в семье, в поиске личностного ресурса субъектов консультирования и обсуждении способов разрешения ситуации — «веера решений» (Мишина Т. М., 1983; Карабанова О. А., 1991).

Многообразие приемов и методов семейного консультирования обусловлено различными теоретическими концепциями, среди которых ведущими в настоящее время являются когнитивно-поведенческая психотерапия (Д. Н., в том числе рационально-эмотивная терапия (RET) Альберта Эллиса, системное направление (Минухин С, Фишман Ч., 1998), эмпирическое (Napier A. Y., Whitaker C. A., 1978; Satir V, 1988).

Интегрируя практические приемы проведения семейного консультирования представителями вышеперечисленных школ, можно сформулировать следующие основные принципы и правила семейного консультирования:

1. Установление раппорта и присоединение консультанта к клиентам. Достигается с помощью соблюдения конструктивной дистанции, помогающей оптимальному общению, а также с помощью приемов мимезиса, синхронизации дыхания консультанта и заявителя проблемы, использования предикатов речи, отражающих доминирующую репрезентативную систему того, кто делает сообщение о семейной проблеме.

2. Далее следует сбор информации о проблеме пациента с использованием приемов метамоделирования и терапевтических метафор (Гордон Д., 1994). Субъективизации психотерапевтической цели способствовали такие вопросы, как: «Чего вы хотите?», «Какого результата вы хотите достигнуть?», «Пожалуйста, попробуйте сказать об этом без отрицательной частицы «не», а в выражениях положительного результата».

3. На этом этапе консультирования идет обсуждение психотерапевтического договора. Эта часть проведения консультирования признаётся многими специалистами как одна из самых важных. Обсуждается распределение ответственности — консультант обычно отвечает за условия безопасности консультации, технологии доступа к разрешению проблемы пациента, а пациент отвечает за собственную активность, искренность, желание осуществлять изменения своего ролевого поведения и др. Затем участники консультирования обсуждают продолжительность работы (в среднем общее время консультирования 3 — 6 часов) и длительность одного сеанса консультирования. Также следует обсудить периодичность встреч. В практике семейного консультирования используется постепенное урежение сессий: вначале одна сессия в неделю, а потом один раз в 2 — 3 недели.

Важной стороной в консультировании является обсуждение условий оплаты либо предоставление пациенту ин-

формации о том, какова она может быть, если консультирование осуществляется в хозрасчетном муниципальном учреждении. Такое обсуждение способствует усилению мотивации пациентов к терапевтическим изменениям. Наконец, важно оговорить возможные санкции за нарушения сторонами условий договора.

4. Следующий шаг в процедуре семейного консультирования — уточнение проблемы пациента с целью максимальной ее субъективизации и тестирование ресурсов семьи в целом и каждого ее члена в отдельности. Этому помогают вопросы типа: «Как раньше вы справлялись с трудностями, что вам помогло?», «В каких ситуациях вы были сильными, как вы использовали свою силу?».

5. Пятый шаг — проведение собственно консультации. Необходимо укрепить веру пациентов в успешность и безопасность процедуры консультирования с помощью утверждений такого содержания: «Ваше желание осуществить изменения, ваш прежний опыт, активность и искренность в сочетании с желанием консультанта сотрудничать с вами, его профессиональные качества и опыт будут надежной гарантией успешности работы».

С участниками консультирования обсуждают положительные и отрицательные стороны сложившихся стереотипов поведения. Здесь возможны вопросы: «Что в сложившихся обстоятельствах является для вас самым плохим?», «Что самого хорошего есть в обсуждаемой ситуации?».

Затем проводится совместный поиск новых шаблонов поведения — «веера решений». Консультант предлагает следующие вопросы: «Чего вы еще не делали, чтобы решить проблему?», «Как вели себя значимые для вас люди, оказавшись в похожей ситуации?», «А вы так смогли бы поступить?», «Что вам поможет совершить такой же поступок?».

Возможно использование приемов визуализации: нахождение в трансе, а этому способствует «точное следование по ршруту проблемы заявителя», создают образ новой ситуации и фиксируют возникающие при этом ощущения.

6. Шестой шаг процедуры консультирования называется «экологической проверкой». Консультант предлагает членам семьи представить себя в сходной ситуации через 5—10 лет и исследовать свое состояние.

Приближаясь к завершению консультирования, консультант предпринимает усилия по «страхованию результата». Это связано с тем, что иногда пациенты нуждаются в некоторых действиях, способствующих обретению ими уверенности, осваивая новые шаблоны поведения. Они могут получить от консультанта какое-нибудь домашнее задание, приглашение прийти на повторную консультацию спустя какое-то время для обсуждения полученных результатов.

В ряде случаев необходимо произвести процедуру «отсоединения». Она может произойти автоматически при сравнении клиентами заявленной цели и обретенного результата, но в ряде случаев консультант вынужден стимулировать отсоединение. Джей Хейли с этой целью часто использует парадоксальные задания, точное выполнение которых приводит к результату, прямо противоположному основному заданию. К примеру, двум молодым супругам, которые консультировались по поводу конфликта как выражать свои чувства — открыто или сдерживая их, он в конце консультации предложил такое задание: «На протяжении недели ссорьтесь по одному часу в сутки с целью проверки своего эмоционального реагирования». Дж. Хейли исходил из знания человеческой природы, что никто сознательно не будет делать себе и другому что-то плохое. У супругов, которые попробовали выполнять это задание и бросили его, наоборот, укрепилось желание ценить друг друга, и они согласованно приняли решение отказаться от услуг «странного» консультанта.

В настоящее время семейное консультирование является одним из наиболее востребованных видов психотерапевтической помощи. Помимо системы здравоохранения семейные консультанты появляются в системе образования: в психологических центрах, непосредственно в школах, а также в специализированных семейных консультациях.

ГЛАВА 7

СКОЛЬКО ИХ УПАЛО В ЭТУ БЕЗДНУ... САМОУБИЙСТВА У ПОДРОСТКОВ И МЕТОДЫ ИХ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ

Самоубийство (суицид) — осознанное лишение себя жизни человеком.

Исторически первыми формами самоубийств были так называемые «ритуальные самоубийства». Это установили археологи, изучавшие гробницы древних царей Шумера и Аккада (III тысячелетие до н.э., территория современного Ирака). В последний путь властителя сопровождали воины его личной охраны, принимавшие смертельный яд и навеки заставлявшие у врат Вечности...

В древней Индии жестокий обычай предписывал женщинам высших каст бросаться в погребальный костер своего мужа...

У древних кельтов, населявших во II—I тысячелетиях до н.э. значительную часть современной Западной и Центральной Европы, доживание до немощной старости считалось позором для воина. Одряхлевшие кельтские воины бросались в пропасть со скал...

История античного мира рассказывает нам о ряде самоубийств знаменитых людей того времени: Катон Утический (46 г. до н. э.) в знак протеста против единовластия Юлия Цезаря и гибели Римской республики; Марк Юний Брут, организатор убийства Цезаря, после поражения в битве при Филиппах (42 г. до н. э.); Марк Антоний, сокрушенный в гражданской войне Октавианом Августом (30 г. до н. э.), бросились на собственные мечи — «и что ж осталось от ■ильных, гордых сих мужей, столь полных волею страстей?» (А. С. Пушкин. Полтава).

Помимо причин политического характера, история повествует о самоубийствах как реакции на катастрофический стресс (престарелый римский император Гордиан покончил с собой, узнав о гибели единственного сына-наследника (238 г.), а также вследствие явных проявлений психопатологии (греческий философ Эмпедокл, по словам Диогена Лаэртского, бросился в огнедышащее жерло вулкана Этны — «этим он хотел укрепить молву, будто он сделался богом»).

Немалую роль в широкой распространенности самоубийств в Римской империи сыграл обычай, согласно которому провинившиеся должностные лица своей добровольной смертью как бы «искупали вину», и судебное преследование уже не грозило их семьям (Булацель П., 1912).

С распространением христианства отношение к самоубийствам резко изменилось. Самоубийство всеми христианскими конфессиями рассматривается как тяжкий грех, вызов Божественному правосудию. Самоубийц запрещалось хоронить в освященной кладбищенской земле, их родственники подвергались всеобщему моральному осуждению. Эти взгляды проникли как в народный фольклор (самоубийцы, не находя вечного покоя, превращаются в оборотней, вампиров, русалок и т.п.), так и в классику раннего Возрождения. Данте Алигьери повествует об участии самоубийц в «Божественной комедии» (песнь тринадцатая):

Когда душа, ожесточась, порвет

Самоуправно оболочку тела,

Минос ее в седьмую бездну шлет

(т. е. в седьмой круг Ада, где томятся «насильники над собою»). Самоубийцы в Аду не найдут покоя и после воскресения мертвых:

Пойдем и мы за нашими телами,

Но их мы не наденем в Судный день:

Не наше то, что сбросили мы сами.

Мы их притащим в сумрачную сень,

И плоть повиснет на кусте колючем,

Где спит ее безжалостная тень.

Ряд других религиозных конфессий — ислам, иудаизм — также гневно осуждают самоубийство. Особенно преуспел в «профилактике самоубийств» ислам: в мусульманских странах (Египте, Иране, Пакистане, среднеазиатских странах СНГ и др.) уровень самоубийств один из наиболее низких в мире.

В средневековой Японии ритуальное самоубийство — сэппуку — являлось одним из способов смыть нанесенное оскорбление в случаях, когда невозможно было ответить противнику мечом. Оскорбленный самурай, нередко на глазах недостижимого противника, вспарывал мечом свой живот. Его оруженосец для облегчения мук несчастного отрубал ему голову. Последний самурай — японский писатель Юкио Мисима — покончил с собой таким традиционным способом в 1970 году, после неудавшейся попытки военного переворота с целью свержения «продажного проамериканского правительства». Японский генерал, захваченный Мисимой в заложники, тщетно пытался отговорить своего похитителя от столь «бесчеловечного поступка».

Необходимость углубленного изучения причин самоубийств, покушений на самоубийство и разработки действенных мер их профилактики в настоящее время не подожит сомнению как с точки зрения социальной значимости проблемы, так и в свете статистических данных.

По данным ВОЗ (1998) ежегодно в мире кончают жизнь [самоубийством более 820 тыс. человек, из них около 20% приходится на подростковый и юношеский возраст. Число суицидальных действий значительно больше и исчисляется миллионами.

В последние 15 — 20 лет число самоубийств в возрастной группе от 15 до 24 лет увеличилось в 2 раза и в ряду причин смертности во многих экономически развитых странах оит на 2 — 3 месте. Во многих регионах мира отмечается язь роста самоубийств с повышением уровня урбанизации.

Стремление осмыслить природу суицидов, дать этомувлению какое-то теоретическое обоснование уходит своими корнями в глубокое прошлое (Булацель П., 1912). Но и в астоящее время нет единой теории, объясняющей природу

суицидов. Можно говорить только об отдельных теоретических концепциях этой проблемы (Кондратенко В. Т., 1988).

Условно выделяют три основные концепции: психопатологическую, психологическую и социальную.

Психопатологическая концепция исходит из предположения о том, что все самоубийцы — это душевно больные люди, а все суицидальные действия — проявление острых и хронических психических расстройств.

Делалась даже попытка выделить самоубийство в отдельную нозологическую единицу, а сама проблема изучалась привычными для медицины методами, т. е. с точки зрения этиологии, патогенеза, клиники заболевания. Предлагались различные методы медикаментозного и терапевтического лечения суицидомании (слабительные, кровопускания, холодные влажные обертывания и т. п.).

В настоящее время психопатологическая концепция представляет больше исторический интерес, хотя некоторые исследователи и в наши дни считают, что суицидальные действия являются одной из форм проявления психических заболеваний.

Согласно *психологической концепции* ведущим и основным в формировании суицидальных тенденций является психологический фактор. Эта концепция включает психоаналитическую, экзистенциалистскую и поведенческую теории.

3. Фрейд рассматривал самоубийство как проявление «инстинкта смерти», который может выражаться в агрессии и, как частный случай, в аутоагрессии. Психоаналитики считают, что самоубийство — это преобразованное (направленное на себя) убийство, а в подтверждение своей точки зрения ссылаются на обратное численное соотношение убийств и самоубийств, действительно существующее в ряде стран, а также на снижение числа самоубийств во время войн.

Распространено также толкование суицида как трансформированного любовного влечения, когда лица, совершающие самоубийство, надеются, что после смерти они воссоединятся с любимой или с умершими родственниками, либо уповают на то, что, умерев, они обретут ту любовь и сочув-

стве, на которые тщетно надеялись при жизни, либо как стремление снять напряжение, вызванное кризисным состоянием.

Экзистенциалисты считают, что основная причина самоубийств — «экзистенциальный вакуум», утрата смысла жизни.

Поведенческая теория исходит из понятия «рефлекса цели» (Павлов И. П., 1952). И. П. Павлов писал: «...рефлекс цели имеет огромное жизненное значение, он есть основная форма жизненной энергии каждого из нас... жизнь перестает призывать к себе, как только исчезает цель. Разве мы не читаем весьма часто в записках, оставляемых самоубийцами, что они прекращают жизнь потому, что она бесцельна? Конечно, цели человеческой жизни безграничны и неистощимы. Трагедия самоубийцы в том и заключается, что у него происходит чаще всего мимолетное и только гораздо реже — продолжительное задерживание, торможение рефлекса цели».

Каждая из этих теорий представляет значительный интерес, но все они страдают односторонностью.

Роль психологических факторов в формировании суицидального поведения велика, однако их необходимо рассматривать в совокупности с социальными и биологическими факторами (Амбрумова А. Г., 1983).

Основоположник *социологической концепции*, Эмиль Дюркгейм (1898, 1912), считал, что в основе суицидального поведения лежат «снижение и неустойчивость социальной интеграции». По мнению Дюркгейма, самоубийство во всех случаях может быть понято лишь с точки зрения взаимоотношений индивидуума с социальной средой, причем социальные факторы играют ведущую роль.

Современные суицидологи не отрицают того факта, что социальные факторы занимают видное место среди причины суицидального поведения, но объяснение всей проблемы самоубийств лишь с точки зрения влияния на человека социальной среды является односторонним и непродуктивным. Главный недостаток этой концепции — недооценка роли личности во взаимоотношениях с социальной средой.

Дальнейшим развитием социологической и психологической концепций являются работы отечественного психиатра профессора А. Г. Амбрумовой (1978 с соавт., 1981), которая предлагает свою концепцию суицидального поведения. Согласно этой концепции, суицидальное поведение есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею микросоциального конфликта. Основные положения этой концепции следующие.

Совокупность суицидентов представлена тремя основными диагностическими категориями:

- 1) больные психическими заболеваниями;
- 2) лица с пограничными нервно-психическими расстройствами;
- 3) практически здоровые люди.

Количественное соотношение 1,5:5:1.

У всех суицидентов, независимо от их диагностической принадлежности, обнаруживаются объективные и субъективные признаки социально-психологической дезадаптации личности. Объективно дезадаптация проявляется изменением поведения человека в среде ближайшего социального окружения, ограничением возможности успешно справляться со своими социальными функциями или в патологической трансформации поведения. Субъективно дезадаптация проявляется широким диапазоном — от психологических переживаний, негативно окрашенных (тревога, горе, обида, душевная боль и др.), до выраженных психопатологических синдромов (астения, депрессия, дисфория).

В динамике социально-психологической дезадаптации выделяют две фазы: первая — predisпозиционная; вторая — суицидальная (с момента зарождения суицидальных тенденций до покушения на жизнь). Для перехода predisпозиционной фазы в суицидальную решающее значение имеет конфликт. Конфликт образуется из двух разнонаправленных тенденций, одна из которых основная, актуальная в данный момент потребность человека, другая тенденция — препятствие ее удовлетворению. Исходя из этого различают:

— внутренний конфликт (интроперсональный) — обе стороны внутри личности (долг и совесть, желание и возможность);

— внешний (интерперсональный) — одна из составляющих находится вне личности (запрет и приказ);

— смешанный.

В плане диагностики, а следовательно, и в выборе адекватной коррекции, надо сказать, что конфликт может подвергаться генерализации, трансформации, переносу.

Генерализация конфликта — расширение круга лиц, связанных с локальным источником первоначального конфликта, в пределах тех же сфер.

Трансформация — на основе первичного конфликта в одной сфере возникает вторичный, производный от него конфликт в иной сфере.

Перенос конфликта — изменение направления конфликта с истинного агента на замещающий его объект из другой среды отношений.

Суицидогенный конфликт, как и дезадаптация, проходит две фазы. Первая — predisпозиционная — является лишь предпосылкой суицидального акта. Она может быть обусловлена разными причинами:

— реальными (у здоровых);

— психотическими при патологических переживаниях улиц, страдающих психотическими расстройствами (аффективными, бредовыми, галлюцинаторными).

Однако, несмотря на различие причин, в любом случае конфликт для субъекта имеет характер реальности, сопровождается крайне тягостными переживаниями и стремлением его ликвидировать.

Вторая — суицидальная — фаза конфликта представляет парадоксальный процесс его устранения за счет саморазрушения субъекта. Переход первой фазы во вторую идет через «критический пункт», представляющий собой:

— значительное ограничение (или сведение к нулю) количества известных субъекту вариантов разрешения данного конфликта;

— субъективную оценку различных вариантов решений как неэффективных или неприемлемых.

Для принятия окончательного решения о самоубийстве необходима личностная переработка конфликтной ситуации.

Таким образом, генез суицидального поведения определяется соотношением средовых, личностных и (при наличии психического расстройства) психопатологических факторов.

Классификация суицидальных проявлений. Отправной пункт этой классификации, разработанной в Суицидологическом центре Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР, определяет самоубийство как намеренное лишение себя жизни (Дюркгейм Э., 1898, 1912).

Суицидальным поведением называют любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни.

Внутренние формы суицидального поведения:

- мысли;
- представления;
- переживания;
- суицидальные тенденции: замыслы, намерения.

Возникновению осознанных суицидальных тенденций предшествуют так называемые антивитальные переживания, где еще нет четких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание жизни: «не живешь, а существуешь», «жить не стоит».

Различают три ступени перехода во внешние формы.

Первая ступень — пассивные суицидальные мысли-фантазии на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни («хорошо, если бы я умер»).

Вторая ступень — суицидальные замыслы (активная форма). Продумываются формы суицида, время и место действия.

Третья ступень — суицидальные намерения — присоединение к замыслу решения и волевого компонента. Суицидальные намерения приводят к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации называется пресуицидальным.

Выделяются два типа пресуицидального периода:

1. Аффективно-напряженный — время перехода от замыслов к действию короткое, высока интенсивность эмоциональных переживаний.

2. Аффективно-редуцированный тип, к которому относятся эмоционально «холодные», астенические разновидности, интенсивность эмоций низка, позиция личности пассивная, пресуицидальный период носит прогнозируемый характер — «пассивное согласие на смерть».

Внешние формы суицидального поведения:

1. Суицидальная попытка.
2. Завершенный суицид.

Суицидальная попытка — это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью. Соотношение суицидальных попыток и завершенных суицидов — 10:1 (Каштан Г. И., СэдокБ. Дж., 1994).

Выяснение истинных мотивов (побудительных сил) суицидального поведения — сложная задача. В силу ряда обстоятельств родственники суицидентов и окружающие их лица часто бывают незаинтересованы в разглашении причин суицидов, сами же суициденты не всегда адекватно оценивают причины своих поступков и зачастую выдвигают в качестве объяснений лишь непосредственный повод, ближайшие события или субъективно искаженные версии (мотивировки). Тем не менее их систематизация и анализ дают серьезный материал для суицидологической диагностики и профилактики.

Целесообразно классифицировать мотивы и поводы суицидальных поступков (в порядке последовательного уменьшения их удельного веса) на следующие группы (Амбрумова А. Г., 1983):

I. Лично-семейные конфликты

1. Несправедливое отношение со стороны родственников и окружающих.
2. Ревность, супружеская измена, развод.
3. Потеря значимого «другого».
4. Препятствие к удовлетворению актуальной потребности.
5. Неудовлетворенность поведением и личными качествами «значимых других».
6. Одиночество.
7. Неудачная любовь.

8. Недостаток внимания, заботы со стороны окружающих.

9. Половая несостоятельность.

II. Состояние психического здоровья

1. Реальные конфликты у здоровых лиц.

2. Патологические мотивировки (обусловленные расстройствами психической деятельности).

III. Состояние физического здоровья

1. Соматические заболевания, физические страдания.

2. Уродства.

IV. Конфликты, связанные с антисоциальным поведением суицидента

1. Опасение судебной ответственности.

2. Боязнь наказания или позора.

3. Самоосуждение за неблаговидный поступок.

V. Конфликты в профессиональной или учебной сфере

1. Несостоятельность, неудачи на работе или в учебе, падение престижа.

2. Несправедливые требования к исполнению профессиональных или учебных обязанностей.

VI. Материально-бытовые трудности.

VII. Другие мотивы и поводы.

При определении факторов суицидального риска необходимо учитывать личностные особенности подростков.

Согласно А. Г. Амбрумовой и Е. М. Вроно (1978, 1981), для подростков с суицидальным поведением характерны следующие черты:

— импульсивность;

— эксплозивность («взрывчатость») и эмоциональная неустойчивость;

— повышенная внушаемость;

— несамостоятельность мышления.

Однако вышеперечисленные личностные особенности подростков-суицидентов в известной степени свойственны любому подростку, чем и объясняется высокий процент острых реакций на стресс и реактивных состояний, формирующих пресуицидальный период в подростковом возрасте.

А. Е. Личко (1983) указывает на определенную связь суицидального поведения подростка с типом акцентуации характера. По данным автора, при демонстративном суицидальном поведении 50% подростков оказались представителями истероидного, истероидно-неустойчивого и гипертимно-истероидного типов, 32% — эпилептоидного и эпилептоидно-истероидного типов и лишь 18% — представителями всех других типов. В то же время суицидальные покушения в большинстве случаев совершались представителями сенситивного (63%) и циклоидного (25%) типов.

К числу наиболее частых причин суицидов среди подростков А. Е. Личко относит следующие:

- потерю любимого человека;
- состояние переутомления;
- уязвленное чувство собственного достоинства;
- разрушение защитных механизмов личности в результате алкоголизма, наркомании и токсикомании;
- отождествление себя с человеком, совершившим самоубийство (этим частично объясняются эпидемии самоубийств);
- различные аффективные реакции по другим поводам.

Анализ мотивов, условий и причин суицидального поведения способствует определению факторов повышенного суицидального риска (Амбрумова А. Г., 1983; Бородин С. В., Михлин А. С., 1978).

При формировании суицидальных тенденций у подростков особо важную роль отводят таким факторам, как психопатологическая наследственная отягощенность (алкоголизм родителей, психопатия, органические заболевания головного мозга), распавшаяся семья, отсутствие родителей, многочисленные семейные конфликты, соматические заболевания, повторные психические травмы, тяжелые психические переживания.

Выделяют экстраперсональные и интерперсональные факторы повышенного суицидального риска (Амбрумова А. Г., 1983). Наиболее важными экстраперсональными факторами повышенного суицидального риска являются:

1. Психозы и пограничные психические расстройства
2. Суицидальные высказывания, повторные суицидальные действия, постсуицидальный период (до трех месяцев).
3. Подростковый возраст.
4. Экстремальные, особенно так называемые маргинальные условия (тюремное заключение, одиночество и т. п.).
5. Утрата семейного и общественного престижа, особенно престижа в группе сверстников.
6. Конфликтная и психотравмирующая ситуация.
7. Пьянство и употребление сильнодействующих психотропных средств.

К интерперсональным факторам повышенного суицидального риска относят:

1. Акцентуации характера, преимущественно эпилептоидного и циклоидного типов.
2. Сниженную толерантность к эмоциональным нагрузкам.
3. Неполноценность коммуникативных контактных систем.
4. Неадекватность самооценки и личностных возможностей.
5. Отсутствие или утрата установок, определяющих ценности жизни.

Однако при определении реального суицидального риска необходимо учитывать не только факторы, способствующие суициду, но и факторы, удерживающие человека от суицидального поведения.

Среди больных эндогенными психозами (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз) риск суицидального поведения более выражен:

- у молодых больных (в том числе подростков и юношей) с хроническим рецидивирующим течением заболевания;
- при высоком преморбидном (доболезненном) интеллектуальном и социальном уровне;
- при наличии высокого уровня притязаний;
- в случае панической реакции на болезнь;
- при восприятии будущего как полного безнадежности (Drako R. et al., 1984).

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ САМОУБИЙСТВ

Кризисная психотерапия — набор психотерапевтических приемов и методов, направленных на помощь людям, находящимся в состоянии социально-психологической дезадаптации, обусловленной реакцией на тяжелый стресс, и предназначенных для предотвращения саморазрушительных форм поведения, и в первую очередь попыток самоубийства (суицидальных попыток).

В подростково-юношеском возрасте кризисная психотерапия характеризуется:

- неотложным характером психотерапевтической помощи;
- нацеленностью на выявление и коррекцию неадаптивных психологических установок, приводящих к формированию суицидоопасного поведения;
- поиском и тренингом не опробованных ранее подростком способов разрешения актуального межличностного конфликта, повышающих уровень социально-психологической адаптации, обеспечивающих личностный рост и устойчивость индивида к будущим кризисам.

Кризисная психотерапия, по Г. В. Старшенбауму (1987), состоит из трех основных этапов (табл. 2):

- 1) кризисная поддержка;
- 2) кризисное вмешательство;
- 3) повышение уровня социально-психологической адаптации.

Таблица 2

Этапы и формы кризисной психотерапии у подростков

Этапы психотерапии	Предпринимаемые психокоррекционные меры
Кризисная поддержка	1. Установление терапевтического контакта. 2. Раскрытие суицидоопасных переживаний. 3. Мобилизация адаптивных навыков проблемно-решающего поведения. 4. Заключение терапевтического договора.

Кризисное вмешательство	<ol style="list-style-type: none"> 1. Рассмотрение не опробованных ранее способов разрешения кризисной проблемы. 2. Выявление неадаптивных психологических установок, блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса. 3. Коррекция неадаптивных психологических установок. 4. Активизация терапевтической установки.
Повышение уровня социально-психологической адаптации	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тренинг не опробованных ранее способов проблемно-решающего поведения. 2. Выработка навыков самоконтроля и самокоррекции в отношении неадаптивных психологических установок. 3. Расширение сети социальной поддержки подростка путем привлечения к психокоррекционной работе значимых лиц из его микросоциального окружения.
Формы кризисной психотерапии	<ol style="list-style-type: none"> 1. Индивидуальная. 2. Семейная. 3. Групповая.

ЭТАПЫ КРИЗИСНОЙ ПОДДЕРЖКИ

Установление терапевтического контакта требует, чтобы подросток-пациент был выслушан терпеливо и сочувственно, без сомнения и критики. Необходимо создать у подростка уверенность, что психотерапевт компетентен в вопросах терапии вообще, разобрался в особенностях индивидуального кризиса пациента в частности и готов применить адекватные виды помощи. В результате психотерапевт воспринимается как понимающий, чуткий и заслуживающий доверия, благодаря чему ликвидируются чувства эмоциональной изоляции и безнадежности.

Раскрытие суицидоопасных переживаний происходит при безусловном принятии подростка, что повышает его самовосприятие, сниженное в результате психологического кризиса. Сочувственное выслушивание облегчает отреагирование подростком подавляемых эмоций, что уменьшает аф-

фективную напряженность. Не имеющий прямого отношения к кризисной ситуации материал игнорируется с помощью избирательного выслушивания, что способствует кризисной ориентации психотерапии.

В процессе беседы следует обращать пристальное внимание на «факторы суицидального риска» (Каплан Г. И., Сэддок Б. Дж., 1994, 1998): одиночество, наличие хронических (в особенности инвалидизирующих) заболеваний, потерю близкого человека в недавнем прошлом, наличие предшествующих суицидальных попыток и т. п.

Нередко в таких случаях бывает целесообразно прямо спросить подростка, есть ли у него желание умереть. Бытовавшие в прежние годы опасения, что прямой вопрос может натолкнуть пациента на мысль о самоубийстве, малообоснованно: у пациента имеется масса возможностей натолкнуться на эту мысль и без нашей помощи.

В других ситуациях этот вопрос можно поставить в другом плане: «Что вас (тебя) удерживает в жизни?» Практика показывает, что лица со сформированными антисуицидальными представлениями отвечают четко и определенно (семья, близкие люди; могут выявляться представления о «позорности», «греховности» самоубийства и т. п.).

Замешательство пациента, уклонение его от ответа на поставленный вопрос могут свидетельствовать о непрочности антисуицидального барьера и повышенном риске самоубийства.

Мобилизация адаптивных навыков проблемно-решающего поведения производится путем актуализации антисуицидальных факторов и прошлых достижений в значимых для подростка областях повышения его самоуважения и уверенности в своих возможностях в разрешении кризиса. Проявления личностной несостоятельности подростка в кризисной ситуации не интерпретируются, чтобы не снижать его самооценку и не актуализировать тем самым суицидоопасные переживания.

Заключение терапевтического договора предусматривает локализацию кризисной проблемы, формулирование

ее в понятных подростку терминах, соглашение с ним о кризисной ориентации психотерапии и сроках лечения, разделение ответственности за результат совместной работы с признанием за подростком способности самостоятельно контролировать свои суицидальные тенденции и отвечать за принятие решений и их выполнение; оговаривается также посредничество психотерапевта в контактах с другими людьми: близкими, друзьями, должностными лицами.

Предупредительные меры и реакции лиц ближайшего окружения суицидоопасного подростка. К любому разговору на тему самоубийства и соответствующим действиям необходимо относиться серьезно и обращать на них внимание.

Если подросток находится в депрессии (расстройства настроения встречаются у 15% подростков и юношей) (Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж., 1994), не игнорируйте его состояние, не преуменьшайте и не отрицайте, а поддержите его эмоционально и похвалите за недавние успехи. Скажите, что чувства подавленности и тоски обычны для людей с серьезными эмоциональными проблемами, но со временем наступит облегчение (Вулис Р., 1998).

Если возникнет впечатление, что подросток готовится к самоубийству, постарайтесь выяснить, есть ли у него конкретный план действий. Чем острее ситуация, тем важнее:

— обратиться за профессиональной психотерапевтической помощью;

— постараться добиться от подростка обещания, что он не будет действовать под влиянием нахлынувших чувств, не поговорив с вами или по «телефону доверия»;

— спрятать опасные предметы (таблетки, бритвы, ножи и т. п.), которые могут быть использованы для реализации попытки самоубийства.

Планирование последующей психотерапевтической работы осуществляется в соответствии с уровнем терапевтической установки, без опережения готовности пациента к внутренним изменениям.

Задачи кризисной поддержки считаются выполненными, когда купируются аффективные расстройства, что зна-

чительно снижает актуальность суицидоопасных тенденций и позволяет перейти к когнитивной перестройке, осуществляемой на втором этапе кризисной психотерапии — этапе кризисного вмешательства.

Период выхода из острого кризиса является оптимальным для когнитивной перестройки потому, что в это время суицидальный риск сведен к минимуму, готовность к внутренним изменениям еще достаточно высока, и, кроме того, сохраняется характерная для кризисного состояния пластичность личностных структур, необходимая для подобной перестройки.

КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО имеет своей целью реконструкцию нарушенной микросоциальной сферы подростка, при этом решаются следующие задачи.

Рассмотрение неопробованных способов решения кризисной проблемы, как правило, включает поиск лиц из ближайшего окружения, с которыми подросток мог бы сформировать новые, необходимые ему высокосignимые отношения, облегчающие его микросоциальную адаптацию. Попытки подростка вернуться к обсуждению симптомов преодолеваются с помощью фокусирования на намеченной задаче. Терапевтический контакт обычно сохраняется благодаря тому, что на этапе вмешательства для подростка важна не столько мягкость психотерапевта, сколько его усилия по оказанию действенной помощи в скорейшем разрешении психологического кризиса.

Выявление неадаптивных психологических установок, блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса, имеет важное значение, поскольку данные установки являются одной из основных причин суицидоопасных реакций на кризисную ситуацию. Как правило, подобные установки формируются в раннем детстве под влиянием неблагоприятных условий воспитания, глубоко интериоризируются, что затрудняет для подростка осознание их неадаптивности и препятствует их психотерапевтической коррекции.

Коррекция неадаптивных психологических установок осуществляется прежде всего в отношении суицидогенной ус-

тановки — представления о большей, чем собственная жизнь, значимости той или иной ценности. Снизить значение доминирующих ценностей удастся путем актуализации антисуицидальных факторов. Необходимо отметить, что попытки прямой девальвации ценности, конкурирующей с ценностью жизни, могут привести к нарастанию аффективной напряженности и психологического сопротивления психотерапевтическому вмешательству. У подростков с акцентуацией характера, приводящей в условиях межличностного конфликта к развитию суицидоопасных реакций, оказывается необходимой выработка мотивации к перестройке коммуникативной сферы.

Активизация терапевтической установки необходима для переключения усилий подростка с попыток разрешения кризисной ситуации не оправдавшими себя методами на повышение собственных возможностей по ее разрешению. Одновременно с поощрением успехов подростка в выполнении терапевтического плана и других проявлений зрелости его внимание обращается на его недостаточную подготовку в достижении последующих целей. Таким образом подготавливается переход к третьему этапу кризисной терапии — этапу повышения докризисного уровня адаптации.

Кризисное вмешательство в этой ситуации направлено на анализ практических проблем, возникающих в результате утраты высокозначимых взаимоотношений и поиск способов решения проблем. Повышается значимость взаимоотношений с лицами из ближайшего окружения с целью ликвидировать страх расставания, связанный в представлении кризисного индивида с одиночеством. Выявляется роль неуверенности в своей привлекательности, и формируется терапевтическая установка на тренинг необходимых навыков.

ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ АДАПТАЦИИ осуществляется тогда, когда решение кризисной проблемы требует расширения адаптационных возможностей индивида.

Этап тренинга навыков адаптации начинается после того, как пациент принял определенное решение об изменении своей позиции в конфликте. На данном этапе осуществля-

ется опробование и закрепление новых способов решения проблемы и коррекция ряда неадаптивных личностных черт, таких как потребность в чрезвычайно тесных эмоциональных взаимоотношениях, доминирование любовных отношений в системе ценностей, недостаточная роль профессиональной сферы, низкая способность к компенсации в ситуациях фрустрации и т. д.

Основными методами терапии на данном этапе являются коммуникативный тренинг с использованием проблемных дискуссий, ролевого тренинга, психодрамы и аутогенной тренировки. Проигрывание роли значимого «другого» помогает подростку лучше понять мотивы поведения партнера и исходя из этого строить отношения с ним; тренировка в лучшем исполнении собственной роли способствует изменению стиля общения пациента на более адаптивный. В процессе ролевого тренинга развиваются также навыки поло-ролевого поведения, подкрепляется представление о собственной привлекательности.

Поскольку опробование новых способов адаптации проводится на заключительном этапе кризисной психотерапии, когда суицидальный риск сведен к минимуму, снижение самооценки во время возможных неудач не приводит к усилению чувства личностной несостоятельности, а лишь способствует реалистической оценке собственных возможностей и укрепляет терапевтическую мотивацию к дальнейшему тренингу навыков адаптации.

Окончание кризисной психотерапии является короткой, но весьма важной фазой лечения. На заключительном этапе работы суммируются достижения подростка, составляются реалистические планы на будущее и обсуждается, каким образом опыт выхода из данного кризиса может помочь в преодолении будущих кризисов. Определяется потребность в долговременной терапии, и в случае необходимости вырабатывается мотивация к ее проведению. Окончанию кризисной психотерапии посвящаются 1 — 2 беседы, так как преждевременное начало этой работы может усилить тревогу подростка по поводу предстоящего прекращения лечения. Если тре-

вога все же нарастает, необходимо разделить это чувство, подчеркнуть выполнение намеченной в начале лечения программы, выяснить причины тревоги, обсудить их обоснованность.

Этап **кризисного вмешательства** посвящен поиску оптимального способа разрешения кризиса. В процессе проблемных дискуссий достигается распознавание подростком у себя неадаптивной установки, препятствующей использованию им необходимых способов разрешения кризисной ситуации.

Особенности психотерапии при отдельных видах критических ситуаций. При наличии конфликта подростка с родителями и другими родственниками психотерапевт в фазе установления контакта выполняет функции посредника, избегая роли «третьей стороны» и тем более принятия чьей-либо стороны в конфликте (этим психотерапевт в корне отличается от благожелательных родных и знакомых, тщетно пытающихся направить «заблудшую овечку» на путь истинный).

В ходе индивидуальных бесед проводится оценка точек зрения членов семьи на суть и причины конфликта, реагирование подавляемых ими негативных чувств по отношению друг к другу. Затем проводятся «семейные диспуты» с целью формирования общей позиции семьи в подходе к кризисной ситуации.

В ситуации смерти любимого человека психотерапевт при помощи семьи и друзей обеспечивает подростку сочувственное разделение эмоций горя и тревоги; при разрыве любовных отношений — также чувств обиды и унижения.

Профилактика суицидального поведения у подростков и юношей, страдающих психотическими расстройствами и пограничными расстройствами непсихотического уровня, помимо обеспечения режимных мер профилактики суицидов в условиях стационара, заключается также в сочетании эмоциональной поддержки со стремлением к эмпатическому восприятию и последующей коррекции не всегда осознаваемых психологических установок и фантазий, способствующих реализации суицидального поведения. (Например, подросток может представлять смерть как «временный

сон», «долгожданный покой» либо воспринимать суицид как продолжение диалога с людьми, с которыми он находится в конфликтных отношениях, вследствие чего суицид предстает в его мыслях как способ «отомстить обидчику» и т. п.)

При проведении психотерапии с суицидоопасными клиентами в амбулаторных условиях (при категорическом отказе от госпитализации) важно создание атмосферы, в которой психотерапевт, психолог чувствовал бы себя свободным как от суицидального шантажа со стороны пациента, так и от соответствующего давления со стороны его родственников.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВЫЙ ВАРИАНТ ПРОГРЕССИВНОЙ МЫШЕЧНОЙ РЕЛАКСАЦИИ ПО ЯКОБСОНУ - ЭВЕРЛИ

Обучение мышечной релаксации необходимо проводить в позе, благоприятствующей расслаблению. Одно из наиболее удобных положений — сидя в мягком кресле с подголовником и подлокотниками, на которые дети кладут расслабленные руки (усадив детей в такие «авиационные» кресла, можно создать в группе атмосферу «подготовки к воздушному путешествию» и т. п.) (Желдак И. М., Игумнов С. А., 1997; Игумнов С. А., 1999).

Наиболее доступной для занятий в любой ситуации является так называемая «поза кучера». Чтобы принять ее, нужно сесть на стул прямо, распрямить спину, а затем расслабить все мышцы. Голова опущена на грудь, глаза закрыты, ноги слегка расставлены и согнуты под тупым углом, руки лежат на коленях, не касаясь друг друга, локти немного округлены — поза, характерная для извозчика, дремлющего в ожидании седока.

Для детей не лишним будет рассказ об основных группах мышц (мышцах бедер, живота, плеч, шеи, лица), наглядно показать работу мышц-антагонистов (сгибателей — разгибателей). Это облегчит усвоение методики.

Ниже приводится текст, используемый в процессе работы с детьми. В процессе работы проводится обращение в 1-м лице, что усиливает суггестивный эффект.

Вводная инструкция.

...Сейчас ты готов к тому, чтобы расслабиться для достижения состояния полного отдыха. Откинься, пожалуйста, назад в кресле (или — приляг на кушетку) и устройся очень,

очень удобно. Закрой, пожалуйста, глаза (для маленьких детей можно применять формулу: «Во время нашей работы твои глаза закроются на маленькие, невидимые замочки и будут закрыты до тех пор, пока я не скажу тебе открыть их»; при этом можно слегка прикоснуться к векам ребенка).

Сначала обрати, пожалуйста, свое внимание на дыхание. Почувствуй, как струя свежего воздуха входит через ноздри и поступает дальше в легкие, как твои грудь и живот расширяются на вдохе и опадают на выдохе. Сосредоточься на дыхании (здесь дайте паузу около 30 секунд).

Я всегда буду подробно описывать упражнение на расслабление до того, как ты приступишь к его выполнению. Поэтому не начинай упражнение, пока я не скажу: «Готов? Начали».

(1) Начнем с груди. По моему сигналу, но не раньше, сделай глубокий вдох. Постарайся как бы вдохнуть весь воздух, находящийся вокруг тебя. Делаем это сейчас. Готов? Начали. Сделай глубокий вдох... глубже, глубже, задержи... и расслабься. Просто выдохни весь воздух из легких и возобнови обычное дыхание. Заметил ли ты напряжение в области груди на вдохе и расслабление на выдохе? (Повторяем упражнение.) Смог ли ты в этот раз почувствовать напряжение? А расслабление? Постарайся сосредоточиться на этом различии, когда мы будем выполнять следующие упражнения. (После каждого упражнения выдерживается пауза в 5 — 10 секунд.)

(2) Теперь поставь, пожалуйста, обе стопы всей поверхностью на пол. Чтобы выполнить упражнение, оставь носки на полу и в то же время приподними обе пятки как можно выше. Готов? Начали. Подними обе пятки очень, очень высоко. Подержи так... Расслабь. Просто дай им мягко опуститься на пол. При расслаблении ты, может быть, почувствуешь тепло и приятное покалывание. (Повторяем упражнение.) Икроножные мышцы становятся теплыми, мягкими, расслабленными.

Теперь подними, пожалуйста, оба носка очень, очень высоко, оставляя пятки на полу. Готов? Начали. Подними

носки очень высоко... еще выше. Подержи так и расслабь ноги.

Следующая группа мышц, на которой мы будем сосредоточиваться, — это мышцы бедер. Упражнение простое. По моему сигналу вытяни, пожалуйста, ноги прямо перед собой. Не забывай держать икры свободными, не напрягай их. Давай сделаем сейчас это упражнение. Готов? Начали. Выпрями обе ноги перед собой. Очень прямо. Еще прямее. Подержи так и расслабь. Просто дай ногам мягко опуститься на пол. Ощущал ли ты напряжение в верхней части бедер? Повторим это упражнение. Чтобы проработать противоположную группу мышц, представь себе, что ты находишься на пляже и зарываешься пятками в теплый сухой песок. Готов? Начали. Зарой свои пятки в песочек. С большим усилием. Сильнее. Еще сильнее и расслабься. Прочувствуй расслабление в верхних частях ног. Сосредоточься на этом ощущении. (Пауза около 20 секунд.)

(3) Сейчас переходим к рукам. Сожми, пожалуйста, одновременно обе руки в кулаки. Сожми кисти рук в кулаки как можно крепче. Готов? Начали. Представь, что ты сжимаешь в кулаке все свои болезни, трудности, невзгоды. Еще крепче сожми кулаки — и раздави свои болезни! Теперь расслабь руки. Чувствуешь приятное тепло, покалывание, пульсацию в кистях рук? Это отличное упражнение для тех, кто много пишет в школе. Теперь давай повторим. (Повторяем 1 раз.) Расслабься. Чтобы проработать противоположные мышцы, просто растопырь пальцы как можно шире... еще шире. Подержи и расслабь. Теперь давай повторим это упражнение. Готов? Начали. (Повторяем упражнение 2 раза.) Сосредоточься на чувстве приятного тепла и покалывания в кистях рук. Такое ощущение возникает, когда приходишь домой с мороза после игры в снежки и кладешь руки на теплую батарею или печку. (Выдерживаем паузу около 20 секунд.)

(4) Теперь давай поработаем с плечами. Мы храним массу напряжения и стресса в плечах. Недаром говорят, что наши беды и тревоги «давят на плечи». Представь, что ты пытаешься коснуться плечами мочек ушей. Давай сделаем это уп-

ражнение. Готов? Начали. Потяни плечи вверх. Очень высоко. Еще выше, выше. Подержи так и расслабь. Сосредоточься на чувстве тепла и приятной тяжести в плечах. Одновременно расслабились мышцы шеи, затылка... (Повторяем упражнение 2 раза, затем пауза около 20 секунд.)

(5) Давай перейдем теперь к лицу. Мы начнем со рта. Сначала улыбнись так широко, как только можно. Улыбка «до ушей». Готов? Начали. Очень широкая улыбка. Еще шире. Подержи так — и расслабься. (Повторяем 2 раза.) Теперь сожми губы, как бы пытаясь поцеловать кого-то. Готов? Начали. Собери губы вместе. Сожми их очень крепко... Еще крепче. Подержи так — и расслабь. (Повторяем 1 раз.) А сейчас перейдем к глазам. Как мы договорились, ты все время нашего сеанса держишь глаза закрытыми, но теперь зажмурь их еще крепче. Представь, что ты моешь голову и пытаешься не дать брызгам шампуня попасть в глаза. Готов? Начали. Зажмурь глаза очень крепко... Еще крепче... И — расслабь. (Повторяем 2 раза.) Это упражнение очень полезно при утомлении глаз, вызванном школьными уроками, чтением, помогает улучшить зрение при близорукости.

Последнее упражнение заключается просто в поднимании бровей. Помни о том, что глаза остаются закрытыми, а ты поднимаешь брови как можно выше, будто сильно-пре- сильно чему-то удивился. Готов? Начали. Подними брови высоко... Еще выше. Подержи так — и расслабь. (Повторяем 1 раз.) Теперь почувствуй полное расслабление своего лица. (Пауза 15 секунд.)

(6) Теперь снова направь свое внимание на дыхание, почувствуй, как с каждым вдохом (психотерапевт говорит синхронно с вдохами пациента) приятная свежесть, прохлада вливаются через твои ноздри, дыхательные пути в легкие принося с собой бодрость, энергию, здоровье... Грудная клетка расширяется, расправляется... А с каждым выдохом (эта фаза говорится частями, синхронно с выдохами пациента)... живот опускается... теплая воздушная струя выходит... через дыхательные пути, ноздри... ты можешь представить ее как облачко пара... которое отделяется от тебя... унося все бо-

лезни, тревоги... и тает, растворяется... Остается только чувство уверенности, приятного покоя...

(7) А сейчас перейдем к работе с внутренними органами. Сделай спокойный глоток слюны и проследи, как теплая волна проходит в глубине твоей шеи... груди... живота (с 5-секундными паузами). В верхней части живота появилось приятное тепло, и это тепло, подобно кругам от камня, брошенного в воду, расходится по всему животу, по всему телу... Живот прогрет приятным глубинным теплом.

Теперь ты расслабил основные мышцы своего тела. Для того чтобы убедиться в том, что они расслаблены, я вернусь назад и перечислю мышцы, которые мы перед этим напрягали и расслабляли. Когда я буду называть их, дай им расслабиться еще сильнее. (Вновь кратко называем основные группы мышц, предлагая ребенку представить, как будто волна сильного тепла охватывает их, на этом фоне произносим формулу внушения.)

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

РИСУНОК СЕМЬИ

Данная методика представляет собой процедуру, отражающую восприятие ребенком своего места в семье, его отношения к семье в целом и к отдельным ее членам (Беляускайте Р. Ф., 1987; Степанове. С, 1995).

Для исследования необходимы лист белой бумаги, набор цветных карандашей, резинка.

Инструкция, даваемая ребенку: «Нарисуй, пожалуйста, свою семью». Ни в коем случае нельзя объяснять, что означает слово «семья», так как этим искажается сама суть исследования. Время выполнения задания не ограничивается.

В процессе выполнения задания (если оно проводится в кабинете психотерапевта) следует отмечать: последовательность рисования; паузы более 15 секунд; стирание деталей; спонтанные комментарии ребенка; эмоциональные реакции и их связь с изображаемым содержанием.

После выполнения задания в процессе беседы следует задать ребенку следующие вопросы:

- Скажи, кто тут нарисован?
- Где они находятся?
- Что они делают? Кто это занятие придумал?
- Им весело или скучно? Почему?
- Кто из нарисованных людей самый счастливый? Почему?
- Кто из них самый несчастный? Почему?

Интерпретация рисунка условно подразделяется на три части:

- 1) анализ структуры рисунка;
- 2) интерпретация особенностей графической презентации членов семьи;
- 3) анализ процесса рисования.

Как правило, ребенок, испытывающий эмоциональный дискомфорт в семье, рисует полную семью. Искажение реального состава семьи заслуживает пристального внимания, так как за этим почти всегда стоит эмоциональный конфликт, недовольство семейной ситуацией.

Крайние варианты представляют собой рисунки, на которых:

- вообще не изображены люди;
- изображены только не связанные с семьей люди.

За такими реакциями чаще всего кроются:

- травматические переживания, связанные с семьей;
- чувства отверженности, покинутости;

- аутизм;
- высокий уровень тревожности;
- плохой контакт с исследуемым ребенком.

Чаше приходится сталкиваться с менее выраженными отступлениями от реального состава семьи:

- Уменьшение состава семьи. Дети «забывают» нарисовать тех членов семьи, которые для них менее эмоционально привлекательны, с которыми сложились конфликтные отношения. Не рисуя их, ребенок как бы «разряжает» неприемлемую эмоциональную атмосферу семьи, избегает связанных с ними негативных реакций. Наиболее часто в рисунке отсутствуют братья и сестры, что связано с ситуацией sibлингового соперничества. Ребенок таким образом в символической ситуации монополизирует недостающие любовь и внимание родителей.

- Иногда вместо реальных членов семьи ребенок рисует маленьких зверушек. Всегда следует выяснить, с кем ребенок их отождествляет (чаще всего так рисуются братья и сестры, чье влияние в семье ребенок стремится уменьшить).

- Случаи, когда ребенок не рисует себя или, наоборот, вместо семьи изображает только себя, свидетельствуют об отсутствии чувства общности в семье.

- Увеличение состава семьи — связано с неудовлетворенными в семье психологическими потребностями ребенка (часто встречается в рисунках единственных в семье детей).

- Рисование дополнительно к родителям (или вместо них) не связанных с семьей взрослых указывает на поиск ребенком человека, способного удовлетворить его потребность в близких эмоциональных контактах.

Расположение членов семьи на рисунке указывает на психологические особенности взаимоотношений в семье:

- индикаторы психологического благополучия в семье: сплоченность членов семьи, рисование их с соединенными руками, объединенность в общей деятельности;

- показатели низкого уровня эмоциональных связей: разобщенность членов семьи, их удаленность друг от друга.

Группировка членов семьи на рисунке иногда помогает выделить психологические микроструктуры семьи, коалиции. Индивидуальные особенности каждой нарисованной фигуры свидетельствуют об отношении ребенка к конкретным членам семьи. Хорошие эмоциональные отношения с человеком сопровождаются позитивной концентрацией внимания на его рисовании, что в результате отражается в большем количестве деталей тела, декорировании, использовании разных цветов. С другой стороны, негативное отношение к человеку ведет к явной схематичности его изображения.

О восприятии ребенком значимости членов семьи можно судить на основе сравнения величины фигур, поскольку для ребенка (как и в архаическом искусстве Египта и Вавилона) величина фигуры выступает средством выражения значимости.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

КРАТКИЙ СЛОВАРЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ

АДАПТАЦИЯ (лат. adaptatio — приспособление) — приспособление строения и функций организма к условиям существования в окружающей среде. В психотерапии различают адаптацию психологическую, под которой понимают приспособление психической деятельности человека к условиям окружающей среды; социальную — приспособление человека к определенным формам социальной деятельности.

АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА (от лат. accentus — ударение) — крайние варианты психической нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, отчего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного ряда психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим.

АСТЕНИЯ (греч. astheneia — бессилие, слабость) — психопатологическое состояние, характеризующееся слабостью, повышенной утомляемостью, эмоциональной неустойчивостью, повышенной чувствительностью к внешним раздражителям, нарушениями сна.

АУТИЗМ ДЕТСКИЙ (греч. autchos — сам) — психопатологическое состояние, характеризующееся наличием у ребенка:

- нарушения способности устанавливать отношения с людьми с начала жизни;
- крайней отгороженностью от внешнего мира с игнорированием раздражителей до тех пор, пока они не становятся болезненными;
- недостаточностью пользования речью как средством общения; нарушением употребления личных местоимений (дети старше трех лет продолжают говорить о себе в 3-м лице);
- монотонным повторением звуков и движений;
- страхом изменений в обстановке;
- монотонными механическими играми с неигровыми предметами и т. п.

БРЕД — расстройство мышления, представляющее собой совокупность болезненных представлений, рассуждений и выводов, овладевающих сознанием больного, искаженно отражающих действительность и не поддающихся коррекции извне.

Основные признаки бреда:

— бред является следствием душевной болезни и, таким образом, в корне отличается от заблуждений и ошибочных убеждений психически здоровых людей;

— бред всегда ошибочно отражает действительность;

— бредовые идеи непоколебимы и не поддаются коррекции (в старину говорили, что «и сто мудрецов не переубедят безумного»);

— бредовым идеям присущи ошибочные основания («кривая логика»).

ВНУШЕНИЕ (суггестия; лат. *suggestio* — внушение) — воздействие на психику человека, при котором путем преимущественно не осознаваемой психической активности создается установка на функциональное развертывание ее резервов. Внушение реализуется, если оно соответствует логическим построениям, присущим мышлению пациента, эмоционально и этически неприемлемые тезисы психотерапевтического воздействия отменяются.

ГАЛЛЮЦИНАЦИИ (лат. *hallucinatio* — видения) — расстройства восприятия, при которых кажущиеся образы возникают без реальных объектов.

ГИПНОЗ (греч. *hypnosis* — сон) — особое состояние психики человека, отличающееся и от бодрствования, и от обычного сна, характеризующееся повышенной способностью гипнотизируемого воспринимать внушения и снижением чувствительности, восприимчивости ко всем другим влияниям.

Традиционно выделяют следующие стадии гипноза:

— малый гипноз (сомноленция), характеризующийся дремотой, чувством отяжеления конечностей, приятного тепла и отдыха;

— средний гипноз (гипотаксия) — признаки его: легкий сон, «восковая гибкость» (застывание в положении, приданном клиенту гипнотизером), снижением болевой чувствительности и восприимчивости к внешним раздражителям (сохраняется лишь тесный контакт между гипнотизируемым и гипнотизирующим — раппорт);

— большой гипноз (сомнамбулизм) — глубокий сон, избирательность раппорта (восприятие лишь слов гипнотизирующего), восприятие внушенных образов, реализация постгипнотических внушений (за исключением внушений, категорически неприемлемых личностью пациента).

ДЕПРЕССИЯ — патологическое психическое состояние, характеризующееся пониженным настроением, снижением умственной и двигательной активности, инстинктивных побуждений (чувства голода, сексуального влечения, стремления к самосохранению), пессимистическими оценками себя и своего положения в окружающем мире.

ДИСФОРИЯ (греч. *dysphoria* — раздражение, досада) — расстройством настроения с преобладанием мрачности, угрюмости, раздражительности, агрессивности, которое может наблюдаться при многих психических заболеваниях.

НЕВРОЗЫ (от греч. *neuron* — нерв, *osis* — суффикс, означающий болезнь) — психогенные (как правило, конфликтогенные) нервно-пси-

хические расстройства, заболевания личности, возникающие в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека. Для неврозов характерны:

— обратимость патологических нарушений, независимо от их длительности;

— психогенная природа заболевания, которая определяется существованием связи между клинической картиной невроза, особенностями системы отношений, присущими личности больного, и наличием конфликтной ситуации;

— специфичность клинических проявлений, состоящая в преобладании эмоциональных и вегетативных расстройств.

НЕВРОЗ АСТЕНИЧЕСКИЙ — патологическое состояние, возникающее в связи с продолжительно действующей психотравмирующей ситуацией, умственным или физическим переутомлением и характеризующееся легкостью перехода от раздражения к слезам, повышенной возбудимостью и быстрой истощаемостью, нарушениями сна.

НЕВРОЗ НАВЯЗЧИВЫХ СОСТОЯНИЙ - патологическое состояние, характеризующееся преобладанием в клинической картине навязчивых состояний — воспоминаний, воспроизводящих психотравмирующую ситуацию, мыслей, страхов (фобий), действий.

НЕВРОЗЫ ДЕТСКИЕ — неврозы, наблюдающиеся в детском возрасте, характеризующиеся незавершенностью клинической симптоматики, преобладанием так называемых моносимптоматических неврозов (невротическое заикание, тики, расстройства сна, ночное недержание мочи (энурез), патологически привычные действия — сосание пальца, кусание ногтей, навязчивое выдергивание волос — трихостилломания и др.).

ПСИХОПАТИЯ (от греч. *psyche* — душа, *pathos* — страдание, болезнь) — расстройства личности, проявляющиеся:

— выраженностью патологических свойств личности, вызывающих нарушения социально-психической адаптации;

— тотальностью патологических особенностей, определяющих весь психический облик индивидуума;

— их относительной стабильностью, малой обратимостью.

ПСИХОТЕРАПИЯ (от греч. *psyche* — душа, *terapie* — лечение) — система лечебного воздействия на психику, а через психику — на весь организм и поведение больного человека. Понятие «психотерапия» имеет как узко медицинский смысл (метод лечения), так и более широкий (включая организацию труда и быта, профилактику психотравмирующих факторов).

СЕНСИТИВНАЯ (от лат. *sensus* — чувство) акцентуация характера — склад характера, для которого типичны повышенная чувствительность, ранимость, неуверенность в себе, преувеличенная совестливость, склонность к сомнениям, застревание на своих переживаниях.

ШИЗОФРЕНИЯ — прогрессивное психическое заболевание, характеризующееся разнообразными психопатологическими расстройствами (бред, галлюцинации и др.) и протекающее с обязательным развитием психического дефекта в эмоционально-волевой сфере (аутизация, эмоциональное отупение и т.п.). Заболевание шизофренией выше всего встречается в подростковом и юношеском возрасте.

ЭМПАТИЯ (греч. *empathia* — сопереживание) — постижение эмоционального состояния другого человека сопереживанием.

ЭПИЛЕПТОИДНАЯ (синоним — инертно-импульсивная) акцентуация характера — склад характера, проявляющийся сильной эмоциональной возбудимостью, приступами гнева, ярости, возникающими по сравнительно незначительному поводу, злопамятностью. При резкой выраженности подобных черт можно говорить об эпилептоидной психопатии (или расстройстве личности инертно-импульсивного типа).

ЛИТЕРАТУРА

- Амбрумова А. Г.* Непатологические ситуационные реакции в суицидологической практике//Научные и организационные проблемы суицидологии. М., 1983. С. 40 - 51.
- Амбрумова А. Г.* Роль личности в проблеме суицида//Актуальные проблемы суицидологии. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР, Т. 92. М., 1981. С. 35 - 49.
- Амбрумова А. Г., Вроно Е. М.* О ситуационных реакциях у подростков в суицидологической практике//Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1985. Т. 85, вып. 10. С. 1557 - 1560.
- Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А.* Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности//Актуальные проблемы суицидологии. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР, Т. 82. М., 1978. С. 6 - 28.
- Беляускайте Р. Ф.* Рисуночные пробы как средство диагностики развития личности ребенка//Диагностическая и коррекционная работа школьного психолога. М., 1987. С. 67 - 80.
- Бородин С. В., Михлин А. С.* Мотивы и причины самоубийств//Актуальные проблемы суицидологии. Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. Т. 82; М., 1982. С. 28 - 43.
- Булацель П.* Самоубийство с древнейших времен и до наших дней. М., 1900.
- Вулис Р.* Если ваш близкий страдает душевной болезнью: Руководство для членов семей, друзей и социальных работников. М.: Нолидж, 1998.
- Желдак И. М., Игумнов С. А.* Групповая психотерапия эмоциональных и поведенческих расстройств в детском возрасте: Методические рекомендации. Минск: МЗ Республики Беларусь, 1997.
- Захаров А. И.* Групповая психотерапия невротиков у детей: Методические рекомендации. Л., 1979.
- Захаров А. И.* Как помочь нашим детям избавиться от страха. СПб., 1995.
- Захаров А. И.* Психотерапия невротиков у детей и подростков. Л.: Медицина, 1982.
- Игумнов С. А.* Клиническая психотерапия детей и подростков. Минск: Белорусская наука, 1999.
- Каплан Г. И., Сэдок Б.Дж.* Клиническая психиатрия. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998.
- Карабанова О. А.* Работа с родителями//Основы возрастного-психологического консультирования: Учебно-методическое пособие. М.: Изд-во Московского университета, 1991. С. 63 — 76.
- Карвасарский Б. Д.* Психотерапия. М.: Медицина, 1985.
- Карнеги Д.* Как завоевывать друзей и оказывать влияние на людей... Минск: Беларусь, 1990.

- Кондратенко В. Т.* Девиантное поведение у подростков: Социально-психологические и психиатрические аспекты. Минск: Беларусь, 1988.
- Кондратенко В. Т., Донской Д. И., Изумнов С. А.* Общая психотерапия: Руководство для врачей. Минск: Высшая школа, 1999.
- Кочарян А. С., Кочарян С. С.* Психотерапия сексуальных дисгармоний. М.: Медицина, 1994.
- Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1983.
- Минухин С., Фишман Ч.* Техники семейной терапии. М.: Класс, 1998.
- Мишина Т. М.* Исследование семьи в клинике и коррекция семейных отношений//Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.: Медицина, 1983. С. 255-281.
- Оклендер В.* Окна в мир ребенка: Руководство по детской психотерапии. М.: Класс, 1997.
- Рожнов В. Е.* Гипносуггестивная психотерапия. М.: Медицина, 1975.
- Рожнов В. Е., Мацанова А. К.* Психотерапия в онкологии //Руководство по психотерапии/Под ред. В. Е. Рожнова. 2-е изд. Т.: Медицина, 1979. С. 559-571.
- Старшенбаум Г. В.* Формы и методы кризисной психотерапии: Методические рекомендации. М.: МЗ РСФСР, 1987.
- Шевченко Ю. СДобрیدنъ В. П.* Онтогенетически ориентированная психотерапия (методика ИНТЭКС): Практ. пособ. М.: Российское психологическое общество, 1998.
- Шертюк Л.* Гипноз. Л.: Медицина, 1982.
- Эйдемиллер Э. Г.* Методы семейной диагностики и психотерапии: Методическое пособие. М.: Форум, 1996.
- Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В.* Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 1999.
- Эриксон Э.* Идентичность: юность и кризис. М.: Прогресс, 1996.
- Drake R., Gates C, Cotton P., Whitaker A.* Suicide among schizophrenics. Who is at risk?//J. Nerv. Ment. Dis. 1984. № 172. P. 613 - 617.
- Everly G. S., Rosenfeld R.* The Nature and Treatment of the Stress Response. A Practical Guide for Clinicians. N.-Y. L.: Plenum Press, 1981.
- Gibson M.* Hypnosis with children//British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis. 1984. Vol. 12. P. 31 - 34.
- Kaplan H. I., Sadock B. J.* Synopsis of Psychiatry. 6th Edition. Baltimore: Williams and Wilkins. 1991.
- Minuchin S.* Families and Family Therapy. Cambridge: Harvard University Press, 1974.
- Olness K* Hypnosis in pediatric practice//Current Problems in Pediatrics. 1981. Vol. 12. P. 3 - 47.
- Webb N. B.* Play Therapy with Children. N.-Y., 1991.
- Williams D. T., Singh M.* Hypnosis as a facilitating therapeutical adjunct in child psychiatry//Journal of the American Academy of Child Psychiatry. 1976. Vol. 15. P. 326-342.

Обучающий семинар

ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

12.03 - 16.03.2001 г.

В программе:

- Общие закономерности психического развития. Особенности нормального и аномального развития в детском и подростковом возрасте.
- Начальные проявления нервно-психических нарушений. Психотерапия нарушений поведения. Методы психотерапии, используемые при работе с детьми и их особенности (телесно-ориентированная, психодрама, эриксоновский гипноз, арттерапия, НЛП)
- Психотерапия при синдромах раннего детского аутизма. Семейное консультирование.
- Психотерапия тревожных расстройств и страхов.
- Терапия энуреза, заикания, патологических привычных действий.
- Психотерапия и семейная терапия девиантного поведения подростков.
- Специфика психосоматических нарушений у детей и подростков. Психотерапевтические подходы в лечении психосоматических расстройств в детском и подростковом возрасте.
- Психотерапия в образовании. Интенсификация процесса усвоения знаний с помощью психотерапевтических методик.

тел./факс: (095) 474-25-41 (10-17 ч.)

Сергей Александрович Игумнов

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Директор издательства: Бурняшев М. Г.

Компьютерная верстка
и техническое редактирование:
Булицына Т. Ю.

Дизайн обложки: Куцин А. П.
Корректор: Иванова Н.В.

Сдано в набор 11.05.2000. Подписано в печать 17.07.2000

Формат 84x108/32. Бумага офсетная. Тираж 5000 экз.

Печать офсетная. Печ. л. 3.5

Заказ № 3318.

Лицензия ЛР № 065485 от 31.10.97 г.
ЗАО «ИНСТИТУТ ПСИХОТЕРАПИИ»
123336, Москва, ул. Таежная, 1.

Отпечатано с готового оригинал-макета в ГУП ордена «Знак Почета»
Смоленской областной типографии им. В. И. Смирнова
214000, г. Смоленск, пр-т им. Ю. Гагарина, 2.

Игумнов Сергей Александрович – доктор медицинских наук, доцент, заведующий курсом детской психиатрии и психотерапии Белорусского государственного института усовершенствования врачей, заместитель Председателя Белорусской ассоциации психотерапевтов, член Ассоциации Европейских Психиатров. Автор свыше 75 научных работ, охватывающих широкий спектр проблем детско-подростковой психиатрии и психотерапии.

В предлагаемой читателю книге систематически изложены основные понятия и методики клинической психотерапии и психологической коррекции в детском возрасте. Рассмотрены особенности и возможности групповой, игровой, гипносуггестивной психотерапии у детей и подростков, а также методы семейной психотерапии. Особое внимание уделяется коррекции кризисных состояний в подростковом возрасте.

Пособие удачно сочетает в себе популярность изложения сложных понятий современной психологии и психотерапии со строгой научностью и детальностью в описании конкретных психотерапевтических методик. Эта книга необходима не только врачам, психологам, педагогам, студентам медицинских и педагогических учебных заведений, но и широкой читательской аудитории, особенно родителям, которым небезразличны проблемы душевного здоровья и гармоничного личностного развития их детей.

ISBN 5-89939-016-6



Институт Психотерапии
✉ 123060 Москва-60, а/я 67
☎ (095) 492-6633, 497-1116
☎/факс: (095) 474-2541

