

пой (250 детей). Получен клинико-статистический материал, позволяющий оценить относительный риск формирования широкого спектра психических и поведенческих расстройств у данных детей. Доказано отсутствие закономерной взаимосвязи между относительным риском заболевания психическими и поведенческими расстройствами, показателями интеллектуального развития детей, основными типами биоэлектрической активности головного мозга и величинами индивидуальных доз облучения радиоизотопами, а также сроками внутриутробного развития в момент максимальной дополнительной лучевой нагрузки.

Основную роль в учащении эмоциональных расстройств и нарушений социального функционирования в облученной группе детей играли неблагоприятные психологические и социально-демографические факторы, такие как низкий образовательный уровень родителей, дефицит информации об окружающем мире, разрыв микросоциальных контактов и трудности адаптации, возникшие в процессе переселения из пострадавших районов. Автором разработана структура концепции организации психотерапевтической и психосоциальной помощи таким детям.

Книга удачно сочетает в себе популярность изложения сложных понятий современной психологии и психотерапии со строгой научностью и детальностью в описании конкретных психотерапевтических методик, что делает ее доступной как для опытных, так и для начинающих специалистов в области детско-подростковой психиатрии, психотерапии, возрастной, клинической и социальной психологии.

*Заведующий кафедрой
детско-подростковой психиатрии,
психотерапии и медицинской психологии
Российской медицинской академии
последипломного образования,
доктор медицинских наук,
профессор Ю. С. Шевченко*

Глава I

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮ В ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ 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, 1971, 1975).

Клиническая психотерапия в детском и подростковом возрасте, как и у взрослых, разделяется на общую и частную (Кондрашенко, Донской, 1997).

Под общей психотерапией подразумеваются мероприятия, нормализующие социальную среду ребенка и подростка, формирующие психофизическую и эмоциональную нагрузки в соответствии с возрастными и индивидуальными возможностями, оптимизирующие процессы созревания психических свойств 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 мероприятий 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).

С. А. Рожнов, - д. е. н., проф. и доц. - Моск.: Дет. псих.
2001. 190 с. [1] с илл.; 616 89-053.2-085.851(075.8)-
ISBN 5-85-08-0174-2

Рожнов С. А. "Клиническая психотерапия в детском и подростковом возрасте"

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

Великий режиссер К. С. Станиславский сказал: «Театр начинается с вешалки». Точно так же — с ресепшн-бюро, гардероба, приемной психотерапевта — начинают формироваться представления пациента об учреждении, в котором ему предстоит поведать свои душевные тайны «посторонним» людям (а это нелегко!).

Представление психотерапевта о пациенте тоже начинается складываться из мелочей. Ранний (за полчаса и более) приход на прием свидетельствует о его забывчивости проблемой и вместе с тем о достаточно высоком уровне мотивации к работе. Систематическое опоздание считается в классическом психоанализе одним из проявлений сопротивления проводимому лечению. Однако нельзя забывать, что чувство времени зависит от личностных и культуральных особенностей пациента.

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

Целесообразно выделить 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 наглоотались», ясно, что речь идет отнюдь не о велосипедных колесах, а скорее всего о таблетках психотропного препарата. В процессе беседы можно «возвращать» пациенту отдельные особенные слова и фразы (Каплан, Сэдок, 1991) — 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 подростков (заикание, дефекты звукопроизношения), навязчивые движения: многие из этих людей имеют психотравмирующий опыт передразнивания их окружающими и именно в этом ключе воспринимают подобную «подстройку».

Работа психотерапевта требует умения задавать вопросы. Условно можно выделить закрытые, открытые, косвенные, невербальные и смешанные вопросы (Смил, 1993).

Закрытые вопросы применяются для получения конкретных сведений и обычно предполагают ответы типа «да — нет» или ответы в очень краткой форме.

Открытые вопросы как бы приглашают пациента к взаимодействию. Их разновидностью являются **косвенные вопросы**, которые задаются утвердительным предложением: «Расскажи об этом подробнее» и т. п.

Психотерапевтическая беседа обычно начинается с открытого вопроса, например: «Что привело Вас (тебя) сюда?» и т. п. Таким образом мы избегаем преждевременного установления рамок беседы.

Но у детей ответом на подобный вопрос может быть удивленный взгляд, пожимание плечами, только ребенок побойчее может сказать: «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, 1983).

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

Нецелесообразно уличать подростка в лжи, противоречиях, непоследовательности, пытаться изменить его убеждения, какими бы странными они Вам ни казались. В отношении же бредовых идей следует помнить пословицу: «И сто мудрецов не переубедит сумасного».

Продолжительность первой (диагностической) беседы составляет в среднем 40—50 минут (Каплан, Сэдок, 1991).

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

Поэтому за 5—10 минут до окончания консультации можно сказать пациенту: «К сожалению, время нашей сегодняшней беседы подходит к концу. Но, может быть, у Вас остались какие-то 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 договориться о времени и месте 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 пациенту закончить свой рассказ, проявить заинтересованность к 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 планируется встреч (Каплан, Сэдок, 1991). Если запрос пациента 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 пациентом обычно позволяет составить лишь предварительное заключение о его проблемах — «терапевтическую гипотезу». В ходе второй и последующих бесед происходит получение дополнительной информации о пациенте 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 пациентом, а с «проекцией» на него наших собственных проблем.

В начале второй беседы полезно узнать, 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 приходит еще целый ряд проблем, которые ему хотелось бы обсудить. Есть ли у Вас подобные проблемы?» (Каплан, Сэдок, 1991, 1998).

Разговаривая с родственниками пациента, надо руководствоваться тремя важными правилами (Каплан, Сэдок, 1991):

психотерапевт должен лично увидеться с клиентом («заочная» психотерапия недопустима);

психотерапевт в ходе работы с пациентом должен общаться с членами его семьи, лишь получив на то согласие пациента;

психотерапевт обязан соблюдать конфиденциальность беседы, не обманывать пациента ни прямо, ни косвенно.

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

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

Правила поведения психотерапевта в особых ситуациях приведены в табл. 1.

Т а б л и ц а 1. Особые ситуации и виды собеседования (адаптирована по Kaplan, Sadock, 1998)

Пациент	Рекомендации к проведению беседы
Аутичный	Будьте активны, направляйте беседу. Обращайте внимание на невербальные диагностические признаки, на движения. Меняйте тему разговора, если у пациента возникают трудности с возбуждением того или иного предмета.
С симптомами депрессии	Выявите суицидальные мысли. Если они есть, то выясните, существует ли у пациента определенный план. Попытайтесь повысить самочувствие пациента, позитивно оценив его личность в конце беседы.
Агрессивный	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.
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 в ходе систематической психотерапии).
С бредовыми расстройствами	Не критикуйте ошибочные суждения пациента напрямую, вы можете сказать, что не согласны с его умозаключением, но понимаете его.
С маниакальным расстройством	Постарайтесь установить рамки, в которых будет проводиться беседа. Будьте твердым, но не воинственным.

Общие правила психотерапии психических и поведенческих расстройств у детей и подростков (по Andreassen, 1991).

1. При обследовании детей и подростков используйте индивидуальный подход к каждому ребенку: играйте в игры, способствующие разрешению проблем и улучшению моторных навыков; используйте игры и игрушки, отражающие возрастной уровень развития детей.
2. Помните, что уровень нормального развития в детско-подростковом возрасте очень вариабелен.
3. Имейте в виду, что уровень развития познавательной сферы детей и подростков часто недостаточен для использования инсайт-ориентированных и интроспективных подходов, применяемых у взрослых.
4. Установить контакт с подростком нелегко, но это жизненно необходимо для создания «терапевтического альянса»: определите, чем интересуется подросток, общайтесь с ним через призму его интересов.
5. Не морализируйте, не осуждайте.
6. Помните, что основная задача подросткового периода заключается в том, чтобы постепенно стать независимым, отделиться от родительской семьи и определить свой собственный жизненный путь. Общение со сверстниками — важнейший источник эмоциональной поддержки подростка в этом переходном периоде.
7. Сохраняйте нейтральность — старайтесь не подвергать критике ни родителей, ни сверстников подростка.
8. Большая часть психотерапевтической работы с подростком неизбежно содержит в себе компонент переноса*, первая реакция подростка определяется тем, что он рассматривает психотерапевта как родителя.

* Перенос — это процесс, при котором больные бессознательно и ответственно ситуации переносят на окружающих лиц те образы поведения или эмоциональные реакции, которые берут начало от значимых для них с детства образов (Каплан, Сэдок, 1991).

9. Лучше всего — стараться, чтобы подросток воспринимал вас то как хорошего родителя, то как «своего парня», но это не должно достигаться за счет критики реальных родителей и реальных сверстников подростка.
10. В своем терапевтическом подходе к подросткам, их родителям и сверстникам вы должны учитывать разнообразие их характеров, быть гибким, прощающим и творческим.
11. Избегайте шаблонности в лечении психических расстройств у детей и подростков.
12. В лечении многих детей и подростков в будье готовы к комбинированному применению различных психотерапевтических методик и взаимодействию со специалистами смежных специальностей.

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ИГРОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Игровая психотерапия — 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, 1991).

СПЕЦИФИЧНОСТЬ ИГРОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Давно признано, что игра занимает значительную часть в жизни ребенка. Еще в XVIII век Жан-Жак Руссо очень верно подметил, что для того, чтобы узнать и понять ребенка, необходимо понаблюдать за его игрой. В отличие от взрослых, для которых естественной средой общения является язык, для ребенка естественная среда 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 отражать эту разницу.

Немногие дети с готовностью соглашаются, что у них есть проблемы, даже если родители сходят с ума от мучающих детей ночных кошмаров, страхов или от агрессивного поведения своих любимых чад). Обращение к детскому психотерапевту, как правило, — инициатива взрослых (родителей, педагогов и др.). Но в кабинете психотерапевта даже те дети, 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.