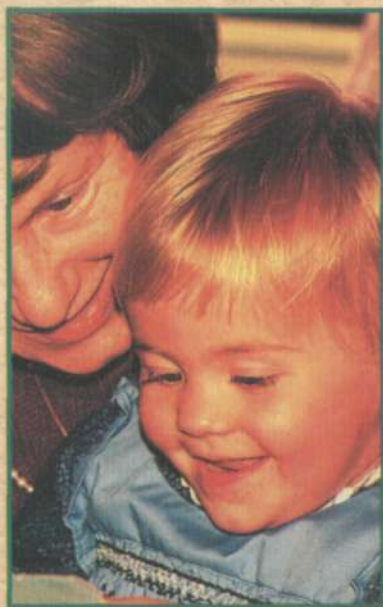




С.А. Изумнов

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, индивидальной, 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 гипносузвездия и «направленного воображения».....	36
Примеры методов гипнотизации детей.....	41
Глава 5. Все пройдет, как с вешней яблонь дым...	
Гипноанальгезия в детском возрасте.....	55
Глава 6. Мой дом — моя крепость!	
Семейная психотерапия и семейное консультирование.....	62
Глава 7. Сколько их тает 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 крими-нальная 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, гипно- и суггестивной 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. Колотилский,
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 (Рожков Ф. 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 нагрузки 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. Д.к., 1994) — этим подкрепляется восприятие психотерапевта как внимательного и «понимающего» слушателя. Но перерукая 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 рисунки и 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).

Беспроеигрышных 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 половицу, гласящую что и «сто мудрецов не переубедят безумного».

Продолжительность первой (диагностической) беседы составляет в среднем 40 — 50 минут (Карпан Ч. И., Sadock В. 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 проблеме — 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 самооценку 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 обещайте соматические симптомы по типу «Это лишь в вашем воображении». Убедите пациента в том, что его жалобы обоснованы (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.