

Е.Д. Смоленко, А.Н. Дударев

**ЭРГОТЕРАПИЯ
И ФИЗИЧЕСКАЯ
РЕАБИЛИТАЦИЯ
В ПСИХИАТРИИ**

Курс лекций

2009

УДК 616(075)
ББК 53.57я73+53.58я73
С51

Авторы: доцент кафедры анатомии, физиологии и валеологии человека УО «ВГУ им. П.М. Машерова», кандидат медицинских наук **Е.Д. Смоленко**; старший преподаватель кафедры анатомии, физиологии и валеологии человека УО «ВГУ им. П.М. Машерова» **А.Н. Дударев**

Рецензент:

доцент кафедры анатомии, физиологии и валеологии человека УО «ВГУ им. П.М. Машерова», кандидат медицинских наук *Н.М. Медвецкая*

В предлагаемом курсе лекций освещены основные положения комплексной реабилитации психически больных людей с учетом современных достижений эрготерапии, физической культуры и медицинской науки. Рассмотрены цели, задачи и правила разработки программы восстановительного лечения в психиатрии. Описаны новейшие технологии трудотерапии и арттерапии. Особое внимание уделено вопросам интеграции физических и психотерапевтических методов реабилитации в психиатрической практике.

Учебное издание предназначено для студентов факультетов физической культуры и спорта и социальной педагогики и психологии со средним медицинским образованием, врачей-психиатров и всех, интересующихся вопросами реабилитации человека.

УДК 616(075)
ББК 53.57я73+53.58я73

© Смоленко Е.Д., Дударев А.Н., 2009
© УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2009

О Г Л А В Л Е Н И Е

ВВЕДЕНИЕ	4
Лекция № 1. Эрготерапия и реабилитация в психиатрии. Введение в специальность. Общие положения	6
Лекция № 2. История возникновения, становления и развития психиатрической эрготерапии. Философские и концептуальные основы дисциплины	16
Лекция № 3. Роль и функции эрготерапевта в психиатрии. Концептуальные модели и подходы практической деятельности	26
Лекция № 4. Инструментальные средства психиатрической эрготерапии	30
Лекция № 5. Эрготерапевтическая диагностика в психиатрии ..	35
Лекция № 6. Создание и развертывание программы эрготерапевтической помощи в психиатрии	43
Лекция № 7. Основные положения и принципы реабилитации больных с психическими заболеваниями и расстройствами. Реабилитационные технологии	49
Лекция № 8. Основы трудотерапии	53
Лекция № 9. Трудотерапия в психиатрической практике	59
Лекция № 10. Психотерапия как фактор лечебного воздействия. Психоаналитические и бихевиаристский методы ...	65
Лекция № 11. Взаимосвязь физической реабилитации и психотерапии в комплексном восстановительном лечении	73
Лекция № 12. Арттерапия. Спонтанное рисование и лепка	94
Лекция № 13. Музыкаотерапия. Хореотерапия	107
Лекция № 14. Библиотерапия. Игровая психотерапия	114
КРАТКИЙ ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ	121
ЛИТЕРАТУРА	157

ВВЕДЕНИЕ

Реалии сегодняшнего дня и данные статистики свидетельствуют о неуклонном росте психической заболеваемости населения экономически развитых стран. Четыре причины сокращения полноценной жизни из шести основных относятся к категории психических расстройств. Таковыми являются депрессия, шизофрения, биполярное психическое расстройство и зависимость от алкоголя.

В пресс-релизе пресс-конференции Министерства здравоохранения РБ, посвященной Всемирному дню психического здоровья (09.10.2007), приводятся следующие доказательства сказанного:

- раз в жизни серьезное психическое расстройство поражает каждого четвертого человека;
- психические и поведенческие расстройства в любое время имеются у 10% взрослого населения;
- почти 20% пациентов, получающих медицинскую помощь у врачей первичного медицинского звена, страдают каким-либо психическим расстройством;
- в каждой четвертой семье есть хотя бы один человек с психическим или поведенческим расстройством.

Первичная психическая заболеваемость (в абсолютных и в относительных показателях) населения нашей страны с 2001 года имеет тенденцию роста во всех возрастных группах. В целом она возросла на 54,4 и 58,1% соответственно. Среди взрослого населения рост составил 72 и 73%. Заболеваемость детского населения возросла на 23 и 45,8% соответственно. Общая психическая заболеваемость населения республики также сохраняет тенденцию роста – с 2003 года абсолютные показатели увеличились на 11,4, а относительные на 22%. У взрослых эти цифры составили 13,5 и 14,2%, у детей – 10,5 и 39% соответственно.

Невозможно оспорить тот факт, что психические дисфункции отражаются на всех аспектах жизни человека: общем состоянии его здоровья, семейных отношениях, общественной жизни, карьере и социальном функционировании. Расстройства психической деятельности способны толкнуть на преступление и самоубийство, результатом чего зачастую оказывается социальная изоляция.

В этой связи возрастает потребность в совершенствовании существующих и разработке инновационных методов медицинского обслуживания больных, их лечения, реабилитации и абилитации, реадaptации и ресоциализации.

В настоящее время происходят существенные изменения в структуре и организации психиатрической помощи населению. Разработана и утверждена *Концепция развития психиатрической помощи в Республике Беларусь на 2007–2010 годы*. Реализация соответствующего плана должна стать *началом реформы психиатрической помощи* в нашей стране, позволяющей повысить качество оказания психиатрической помощи и авторитет белорусской психиатрии в международном сообществе.

На этом фоне *особую актуальность* приобретает проблема подготовки **специалистов** нового профиля – **эрготерапевтов**, способных решать вопросы улучшения качества жизни больных с психическими расстройствами.

На территории СНГ программа обучения русских врачей этой специальности впервые введена в 1999 году в Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова под эгидой шведской Ассоциации эрготерапевтов. В 2001 году состоялся первый выпуск квалифицированных специалистов.

Существует острая необходимость в профессионалах-эрготерапевтах и в нашей стране, в связи с чем на факультете физической культуры и спорта Витебского государственного университета с 2002 года проводится подготовка кадров (на базе среднего медицинского образования) на отделении заочной формы обучения по специальности «Физическая реабилитация и эрготерапия».

В соответствии с программными требованиями в процессе их университетской подготовки большое внимание уделяется изучению дисциплины «Эрготерапия в психиатрии». Целью преподавания является ознакомление будущих эрготерапевтов с основными проблемами и направлениями реабилитации и абилитации в современной психиатрии. Для ее осуществления решаются следующие задачи:

- знакомство с основными клиническими проявлениями психических заболеваний;
- формирование навыков оценки дезадаптации в психопатологии;
- усвоение навыков разработки индивидуальной программы реабилитации больных с психическими нарушениями;
- знакомство с особенностями эрготерапевтической помощи в психиатрии;
- становление научного понимания современных подходов к работе с лицами, имеющими психические расстройства;
- научение оптимальной системе методических установок по организации эрготерапевтической помощи;
- формирование навыков применения полученных знаний в практической деятельности.

ЭРГОТЕРАПИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПСИХИАТРИИ. ВВЕДЕНИЕ В СПЕЦИАЛЬНОСТЬ. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Теоретической основой медицинской реабилитации служит **концепция последствий болезни**, разработанная ВОЗ и представленная как дополнение к Международной статистической классификации болезней (МКБ 9-го и 10-го пересмотров) в виде «Международной классификации и номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности».

Согласно этой концепции, воздействие заболеваний на организм человека рассматривается на трех уровнях:

1) *последствия на органном уровне* – морфофункциональные изменения со стороны отдельных органов или систем («нарушения или дефект»);

2) *последствия на организменном уровне* или ограничения жизнедеятельности – нарушение интегративных функций целостного организма или его способностей (к передвижению, самообслуживанию, ориентации, труду), позволяющих индивидууму адаптироваться к окружающей среде и не зависеть от посторонних лиц;

3) *последствия на социальном уровне* – социальная недостаточность или дезадаптация (невозможность выполнения общественной роли, определяемой возрастом, воспитанием, образованием, профессией и конкретными условиями среды).

Концептуальная модель последствий болезни позволяет наметить три цели и три точки приложения реабилитации:

– воздействие на первый уровень последствий – восстановление функций;

– воздействие на второй уровень – восстановление критериев жизнедеятельности;

– воздействие на третий уровень – социальное восстановление больного.

Инвалидизирующие последствия могут развиваться одновременно на трех уровнях.

Учитывая многоплановость решения задач в процессе реабилитации, в настоящее время принято выделять **шесть основных реабилитационных аспектов:**

– *медицинский* – включает вопросы лечебного, лечебно-диагностического и профилактического плана и в основном направлен на оказание медикаментозной помощи;

– *физический* – включает вопросы, относящиеся к применению физических факторов в реабилитации: кинезотерапия, лечебная физкультура, механотерапия, трудотерапия, эрготерапия, физиотерапия, гидротерапия, оксигенобаротерапия и др., а также физические методы диагностики и функциональные исследования (ЭКГ, ПКГ, РВГ, РЭГ, ЭЭР, УЗИ, магниторезонансная томография и др.);

– *психологический* – изучает вопросы узнавания процессов психологической адаптации к сложившейся жизненной ситуации и включает в себя психодиагностику, психокоррекцию и лечение патологических психических состояний;

– *профессиональный* – включает вопросы восстановления трудоспособности, подбор новой профессии и адаптацию к ней, дальнейшую профилактику возможного снижения трудоспособности;

– *социальный* – включает вопросы влияния различных социальных факторов на развитие и последующее течение болезни, решение вопросов социального обеспечения, а также решение вопросов взаимоотношений «больной–общество», «больной–семья», «больной–производство»;

– *экономический* – включает изучение затрат на проведенную реабилитацию и подсчет экономического эффекта.

Сегодня в теории реабилитации принято выделять несколько фаз оказания помощи больным или инвалидам.

Выделяют следующие **фазы реабилитации**:

1. *Ранняя реабилитация* – это комплекс мероприятий медицинской реабилитации, предусматривающий дальнейшее устранение последствий заболеваний или травмы во время пребывания больного в остром периоде или следующий непосредственно за завершением курса активного лечения в стационаре. Ранняя реабилитация должна начинаться уже в острой фазе заболевания путем пассивной лечебной физкультуры, дыхательной гимнастики и других лечебно-реабилитационных мероприятий. Если врач предполагает, что у пациента будут иметь место остаточные явления травмы или болезни, то необходимо думать о самых *ранних возможностях реабилитации*. По мере улучшения состояния больного удельный вес реабилитационных мероприятий увеличивается.

Если у больного после выписки из стационара остаются последствия в виде нарушений, приводящих к ограничениям жизнедеятельности, то такой больной нуждается в продолжении ранней медицинской реабилитации в специализированном стационарном реабилитационном отделении или в отделении реабилитации дневного стационара или в условиях поликлиники. При этом реабилитация должна быть обширной и многоплановой.

2. *Поздняя реабилитация* – осуществляется тогда, когда болезнь вызвала последствия и реабилитация является основным методом ве-

дения на амбулаторном этапе или последующих стационарных этапах. Поздняя комплексная медицинская реабилитация подразумевает комплекс реабилитационных мероприятий, которые осуществляются больному после лечения и реабилитации в стационаре, проведение активной ранней медицинской реабилитации, лечения в домашних и амбулаторно-поликлинических условиях.

3. *Реабилитация инвалидов* – когда болезнь проявляется уже на социальном уровне и параллельно проводятся мероприятия медицинской, социальной (возможно профессиональной) реабилитации. В данном случае речь идет не только о медицинской реабилитации, но и о комплексной реабилитации в целом – «*реабилитация личности*» (для определения той или иной группы инвалидности).

Таким образом, комплексная медицинская реабилитация должна интегрироваться в лечебную медицину и являться органической составной частью лечебного процесса (в фазе ранней медицинской реабилитации). Реабилитация является основным видом оказания помощи больному с целью достижения максимального восстановления функциональной независимости пациента на фоне лечебных мероприятий в фазе поздней реабилитации больного или в фазе реабилитации инвалида.

Основные отличия реабилитации от лечения

Лечение и реабилитация решают во многом схожие задачи, направленные на ликвидацию последствий заболевания или травмы с целью возвращения больного к труду и в общество. Зачастую реабилитация рассматривается либо как продолжение лечения или как восстановительное лечение, либо как процесс, охватывающий все виды воздействий на больного, в связи с чем лечение, профилактика и диспансеризация трактуются, как различные аспекты медицинской реабилитации (МР).

В то же время следует учитывать, что реабилитация имеет некоторые только ей присущие особенности, которые и позволяют *разграничить эти два понятия: лечение и реабилитация.*

1. Следует помнить, что лечение направлено на борьбу с болезнью, на этиотропные факторы, на устранение причины и сущности болезни. Реабилитация же, прежде всего, направлена на мобилизацию защитных механизмов организма.

2. Лечение всегда направлено на проявление болезни, в то время как реабилитация направлена на ее последствия и на их устранение.

3. Лечение – это то, что направлено на организм сегодня, направлено на настоящее, а реабилитация больше адресуется к личности и устремлена как бы в будущее.

4. В реабилитации определяется прогнозирование, определение реабилитационного потенциала, трудового прогноза. Лечение же направлено на конкретную ликвидацию или компенсацию заболевания.

5. Лечение может проводиться без участия больного и является в определенной мере пассивным методом, в то время как реабилитация требует активного участия больного в реабилитационном процессе.

6. Лечение и реабилитация базируются на различных темпах прогноза. Если лечение строится обычно на нозологическом и синдромологическом диагнозе, то реабилитация опирается на функциональный диагноз.

Эрготерапия – (лат. *ergon* – труд, занятие, греч. *therapia* – лечение) – раздел клинической медицины, изучающий методы и средства, направленные на восстановление двигательной активности людей с ограниченными возможностями. Дисциплина базируется на научных доказательствах того, что целенаправленная деятельность человека улучшает его функциональные возможности (двигательные, эмоциональные, когнитивные и психические). Ее отличительной особенностью является *междисциплинарность*, обобщение знаний нескольких специальностей (психологии, педагогики, социологии, биомеханики, физической терапии и др.).

Традиционно считалось, что эта дисциплина нацелена на развитие практических двигательных функций верхних конечностей. Эрготерапевтическую помощь широко применяют в педиатрии для лечения детского церебрального паралича, в неврологии и нейрохирургии у взрослых с поражением периферической и центральной нервной системы (обычно после травм спинного мозга и инсультов). С помощью игровых элементов и специально разработанных тренажеров эрготерапевт стремится научить пациента наибольшей самостоятельности в быту (одевание и раздевание, забота о личной гигиене, самостоятельный прием пищи, передвижение по дому и улице и др.).

Цель эрготерапии – максимально возможное восстановление способности человека к независимой жизни (самообслуживанию, продуктивной деятельности, отдыху), независимо от того, какие у него есть нарушения, ограничения жизнедеятельности или ограничения участия в жизни общества.

Понятие *Occupational Therapy* (эрготерапия) в переводе с английского означает «**лечение занятостью**». Термин «**занятость**» (*occupation*) в контексте эрготерапии характеризует различные виды деятельности, встречающиеся в жизни каждого человека и придающие ей смысл.

В эрготерапии **занятость** подразделяют на: повседневную активность, работу и продуктивную деятельность, досуг.

Повседневная занятость:

- личная гигиена;
- одевание;
- прием пищи;
- прием медикаментов;
- функциональное общение;
- мобильность;
- удовлетворение сексуальных потребностей.

Работа и продуктивная деятельность:

- домашние обязанности;
- забота о других людях;
- получение образования;
- работа (оплачиваемая или волонтерская).

Досуг:

- отдых;
- игра;
- хобби.

Эрготерапия играет основную роль в реабилитационных программах многих стран мира, широко применяется в интернатах и специализированных санаториях. В 1999 году в Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова под эгидой шведской Ассоциации эрготерапевтов введена программа обучения российских врачей этой специальности, а в 2001 году состоялся первый выпуск квалифицированных специалистов.

Понятие «*психическое здоровье*» охватывает широкий спектр отношений, представляющих первостепенный интерес для эрготерапевтов, так как оно является необходимым компонентом адаптации индивидуума. В большинстве существующих сегодня определений психических расстройств встречается термин «функциональные нарушения». На протяжении многих веков *психически нездоровыми* и *психиатрически недееспособными* считались люди, которым не доставало способности организовать свои мысли, чувства, отношения и действия таким образом, чтобы это позволило им функционировать в обществе.

Эрготерапия, как и медицина, призвана служить восстановлению или поддержанию функций у больных людей и лиц с ограниченными возможностями. Ею занимаются конкретные личности, привносящие в практику собственные системы ценностей, потребности и способы восприятия, мышления, чувства и действия. Это объясняет имеющиеся в практике современной эрготерапии различия, особенно актуальные в психиатрии.

Эрготерапия в психиатрии

Холистический (целостный подход) представляет собою убеждение в том, что все человеческие существа целостны, разум и тело связаны между собой, а все влияния и воздействия на одного человека затрагивают также и других людей.

Один из основоположников эрготерапии Дантон (1922) утверждал: «первостепенные цели, которые должна охватить эрготерапия, можно разделить на две группы – *умственные и физические*, хотя разделить эти функции невозможно». Для восстановления функций клиентов с физическими ограничениями эрготерапевты полагаются на психологические аспекты, приписываемые процессу деяния. Стремясь к восстановлению функций, они используют движения, выполнение какой-либо деятельности, прикосновение и другие физические факторы. В процессе общения со всеми клиентами врач встречается со стрессом и чувством тревоги, напряжением и обучением, которым присущи как эмоциональные, так и физические составляющие.

В основу современной психиатрии и эрготерапии положены принципы *душевного (внутреннего) ухода*, резко изменившие в конце восемнадцатого века представления о методах работы и общения с психически больными людьми. Душевный уход основан на убеждении, что психическое заболевание является результатом психофизических, а не мистических факторов. Поскольку стресс был признан первопричиной психических расстройств, особое внимание стали уделять обстановке и эмоциональной атмосфере в окружении пациентов. Заведения для душевнобольных из своеобразных тюрем превратились в лечебные учреждения, обеспечивающие приятное окружение, мягкое поэтапное лечение и возможность для пациента быть занятым и приносить пользу. Сотрудники психиатрических клиник утверждали, что в личности каждого больного по-прежнему остаются здоровые места, поэтому в процессе лечения следует предусматривать возможность развития у него чувства собственного достоинства. Поскольку сроки пребывания больных в таких учреждениях были продолжительными (нередко и пожизненными), повседневная работа и обязанности разделялись пациентами и персоналом для общей пользы. Трудовая этика, доминировавшая в те годы в обществе, превращала работу в основное средство получения удовольствия и обретения смысла жизни для инвалидов.

В настоящее время понятие **ГРУППОВАЯ ТЕРАПИЯ** имеет несколько значений.

Групповая терапия *как совместная деятельность* пациентов в лечебных целях, направленная на их активизацию, преодоление неконструктивной фиксации на болезненном состоянии, активное вовлечение пациентов в лечебный процесс, расширение круга интересов и сферы контактов, развитие коммуникативных навыков. Применяет-

ся в профилактике (особенно вторичной и третичной) и комплексной системе восстановительного лечения широкого спектра нарушений психического здоровья.

Основные ее формы:

- трудотерапия;
- двигательная и спортивная терапия;
- музыкотерапия;
- арттерапия (терапия искусством);
- различные виды терапии занятостью;
- «клубы бывших пациентов» и др.

Групповая терапия *как психотерапия*, использующая отдельные психотерапевтические методы в группе больных (гипноз, аутогенная тренировка, разъяснение, убеждение и др.).

Позиция психотерапевта аналогична таковой в индивидуальной психотерапии. Врач является основным инструментом психотерапевтического воздействия, не использует в лечебных целях возникающие между участниками группы взаимоотношения. Групповая индукция учитывается.

Групповая терапия *как вид групповой психотерапии*. Большинство авторов различают эти понятия, рассматривая в качестве групповой психотерапии лишь процесс, основанный на групповой динамике. Основным инструментом психотерапевтического воздействия является психотерапевтическая группа.

Физическая реабилитация занимает одно из ведущих мест в системе восстановительного лечения для ликвидации последствий и остаточных явлений после острых и хронических заболеваний, восстановления нарушенных функций организма, трудоспособности, активной жизнедеятельности и возможности самообслуживания. Она представляет собой сложный процесс, в результате которого у больного создается активное отношение к нарушению его здоровья и формируется осознанная положительная мотивация к самооздоровлению.

Физическую реабилитацию следует рассматривать как неотъемлемую составную часть систем охраны здоровья, воспитания и образования. Это лечебно-педагогический и воспитательный процесс, или правильнее сказать, *образовательный процесс*.

Основным средством физической реабилитации являются физические упражнения (ФУ) и элементы спорта. Физические упражнения дают положительный эффект при проведении реабилитации, когда они:

- адекватны возможностям больного или инвалида;
- оказывают тренирующее действие;
- повышают адаптационные возможности организма при соблюдении ряда методических правил и принципов физической тренировки.

Социальная реабилитация – система мероприятий, обеспечивающих улучшение уровня жизни инвалидов, создание им равных возможностей для полного участия в жизни общества. Реабилитация проводится как в период временной нетрудоспособности, так и после установления инвалидности.

Воздействие на среду обитания. Это, безусловно, не столько медицинская, сколько социальная цель реабилитации. Она должна развиваться за счет комплекса мер экономического, юридического характера на государственном уровне.

В конечном итоге, *цель реабилитации как государственной задачи* заключается не только в достижении выздоровления индивидуума, но также и в том, чтобы помочь ему развить профессиональные способности в соответствии со спецификой заболевания или дефекта, обеспечить его необходимыми вспомогательными средствами и приспособлениями – реинтегрировать реабилитанта в общество.

Многие реабилитанты с временно сниженной трудоспособностью могут по состоянию здоровья оставаться на прежнем рабочем месте с ограничением времени работы и нормы выработки. За счет этого можно уменьшить число нетрудоспособных, усилить чувство радости труда, избежать рецидивов болезни и исключения из трудового процесса. Комплекс реабилитационных мероприятий не заканчивается формальным восстановлением функции пострадавшего органа или снижением тяжести имеющихся ограничений жизнедеятельности. Он включает в себя также адаптацию, приобщение к общественно полезному труду и максимальное снижение социальной недостаточности.

Реабилитация в психиатрии

Положения «общей реабилитологии», несомненно, оказали влияние на концепцию реабилитации психических больных, имеющую свою историю развития и специфику. Эта специфика обусловлена, в первую очередь, большим значением социальных факторов в психиатрии, послужившим основанием для употребления понятия «социальная психиатрия». До настоящего времени существует различное понимание сущности реабилитации, которая многими специалистами рассматривается как совокупность различных воздействий и мероприятий, проводимых обычно после окончания соответствующего лечения.

В настоящее время **реабилитация** понимается как система различных мероприятий (государственных, экономических, медицинских, психологических, социальных и других), направленных не только на оптимальное приспособление больного (инвалида) к жизни и труду, но и на предупреждение того или иного дефекта (инвалидно-

сти). Реабилитация как концепция, требующая синтеза (интеграции) различных знаний – медицинских, психологических, социальных, физических методов, открывает новые пути для пересмотра ряда теоретических положений психиатрии. Реабилитация определяется как динамическая система взаимосвязанных компонентов (медицинских, психологических, социальных), направленная на достижение конечной цели (восстановление статуса личности).

Современная концепция реабилитации начинает также оказывать влияние на разработку нового понимания клиники различных заболеваний. Концепция реабилитации, предусматривающая интегративный подход к больному с использованием всех параметров его жизнедеятельности, дает новый импульс для развития клинического направления, опирающегося на богатый опыт и детально разработанный материал многочисленных клинических исследований прошлых десятилетий.

В связи с задачами реабилитации вновь и в большем объеме поднимается вопрос о функциональном диагнозе в психиатрии (впервые поставленный в отечественной литературе в 30-х годах Т.А. Гейром и Д.Е. Мелеховым). Функциональный диагноз состоит из нозологической, психологической и социальной частей.

Врачу при реабилитационном подходе к больному важно знать не только «название» болезни (нозологический и синдромологический диагноз), но и у кого (какой личности) и в какой среде (имеется в виду социальная микросреда) эта болезнь возникает. Современные формы эрготерапии в психотерапии, как индивидуальной, так и групповой, не могут применяться адекватно без адресованности к личности больного; то же можно сказать и о современных формах социотерапии.

От традиционных терапевтических подходов реабилитация отличается требованием выработки совместными усилиями врача (и всего персонала) и больного (и его окружения, в первую очередь семейного) качеств, помогающих его оптимальному приспособлению к социальной среде. Представление о стадиях реабилитации дает деление процесса на последовательные этапы: восстановительное лечение, реадaptация и реабилитация в прямом смысле этого слова.

На первом этапе восстановительного лечения задача состоит в профилактике дефекта, инвалидности (или их компенсации); на последующих этапах задача заключается в приспособлении индивидуума к жизни и труду, в рациональном бытовом и трудовом устройстве, в создании благоприятной психологической и социальной микросреды (что, конечно, служит задачам профилактики).

Реабилитация – это не только оптимизация лечения, как это иногда полагают, хотя бы потому, что ее мероприятия направлены не

только на самого больного, но и на его окружение, в первую очередь на семью. Отсюда громадное значение групповой психотерапии, семейной терапии, терапии средой (milieu therapy). Таким образом, понятие «лечение» в свете концепции реабилитации также наполняется новым содержанием. Еще в 30-е годы В.Н. Мясищев сближал психотерапию, которой отводится огромная роль в комплексе реабилитационных воздействий, и медицинскую педагогику.

Мы отличаем «групповую терапию» (использование влияния группы при любой работе с больными – например, при занятиях лечебной физкультурой) от «групповой психотерапии», с которой сближается и «семейная психотерапия». Но это различие носит очень часто условный характер.

В связи с меняющимися представлениями о сущности лечения становится иным значение этических аспектов в медицине, особенно в психиатрии. Этико-деонтологические положения до настоящего времени в психиатрии разработаны слабее, чем в каких-либо других областях медицины. В связи с рядом обстоятельств, среди которых определенное значение имеет и концепция реабилитации, этические требования являются сейчас не только гуманным принципом, но и становятся своего рода терапевтическим инструментом.

Перечисленные положения свидетельствуют о меняющейся тактике и стратегии врача-психиатра в диагностике и лечении. Необходимо создание иных форм подготовки специалистов – психиатров, медицинских психологов, социальных работников, инструктора-методиста по эрготерапии. Причем особенно важно отметить необходимость слаженной и координированной работы специалистов различного профиля. В этой работе должны соблюдаться принципы партнерства и «терапевтической команды».

Таким образом, реализация концепции реабилитации в современных условиях требует формирования новой профессиональной психиатрической парадигмы, разработки и внедрения новых организационных форм оказания медицинской помощи и адекватного изменения системы подготовки кадров, участвующих в оказании помощи больным с психическими расстройствами.

ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭРГОТЕРАПИИ. ФИЛОСОФСКИЕ И КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ДИСЦИПЛИНЫ

Эрготерапия как профессия сформировалась после Первой мировой войны, когда *Адольф Мейер* и *Элеонор Кларк Слэгл* в США обосновали применение грамотно планируемых целей и методов укрепления здоровья с использованием различных видов деятельности. Авторы подчеркивали чрезвычайно важное значение активной деятельности и взаимоотношений, которые развивают потребности и готовят пациента к выполнению определенных функций в обществе.

В двадцатые годы прошлого столетия, когда Мейер пересмотрел принципы душевного ухода, добавив контекст и философию в развитие профессиональной эрготерапии, Слэгл занялась подготовкой специалистов в этой области. **Реабилитационные задачи** разделялись ею на 3 отдельные группы:

- предназначенные для пациентов, которые вероятно останутся в стенах учреждения;
- направленные на возвращение в привычную общественную среду;
- направленные на профилактику после лечения в добольничной трудовой клинике.

В годы преобладания бихевиоризма (в психологии) и психоаналитической теории (в психиатрии) первые эрготерапевты уделяли особое внимание реальности, внешнему окружению и функциональному поведению пациента. Ему приписывались рабочие задания, содействующие коррекции.

Сторонник принципов эрготерапии психиатр *Уильям Раш Дантон-мл.*, опубликовавший ряд книг и статей по этой тематике, стал одним из ее основателей. В книге «Прописывая эрготерапию» (1928) он:

- систематизировал все виды деятельности и типы пациентов;
- разработал принципы соответствия и подбора видов активности к потребностям пациента в терапевтическом аспекте;
- классифицировал виды деятельности в зависимости от необходимости внимания, повторения, физических или интеллектуальных усилий, социальных факторов и критериев отдыха, удивления, творчества;

➤ упростил категории умственных расстройств и предложил для каждой из них предпочтительные виды деятельности, дающие оптимальный терапевтический эффект.

Им подчеркивалась важность продуманного подхода и отношения по каждой категории:

○ **для маниакальных** – равномерная успокаивающая деятельность с целью снижения моторного беспокойства и тренировки сосредоточенности; седативная активность, ритмическая и повторяющаяся, с незначительным разнообразием;

○ **для депрессивных** – стимулирующая деятельность, хотя терапевту может потребоваться проведение предварительного курса стереотипных видов активности. У деятельности должен иметься потенциал для замещения рассеянности, невнимания пациента, на депрессивную способность к восприятию идей. Терапевт должен соблюдать такт и быть чутким;

○ **для сумасшедших, слабоумных** (dementia praecox, или шизофрения) – переобучающая деятельность по тренировке более подходящих привычек мышления и действий. Социальная активность, погружающая индивидуума в простую структурированную работу вместе с другими – виды деятельности, требующие постоянного внимания, чтобы подавлять видения, и акцентирующие контакт с реальностью;

○ **для параноидальных** – деятельность, рождающая или стимулирующая интерес к конкретным предметам, например: забота о рыбах или канарейках, работа в производственных отделах больницы;

○ **для психоневротичных** – деятельность, снижающая эгоцентризм, позволяющая сублимировать подавленные конфликты.

В публикациях *Льюиса Дж. Хааса* «Практическая эрготерапия» и «Эрготерапия для психически и нервно больных» в дополнение к теоретическим формулировкам о применении ремесел содержатся детальные описания ремесленных проектов. На 16-й ежегодной конференции Американской ассоциации эрготерапевтов (АОТА) *Л. Коуди Марш* применение грамотно составленных рабочих предписаний отнес к вариантам терапии.

В 30–40-е годы XX века психиатрические **эрготерапевты** идентифицировались как **помощники психиатров** в лечении душевнобольных. Их **деятельность** включала музыку, психодраму, библиотерапию, рекреацию, занятия трудом, изобразительное искусство и ремесленные поделки. Эрготерапевтов интересовал человек в целом и вся его жизнь, состоящая из работы и развлечений в условиях учреждения. Они считали себя ответственными за пациента почти наравне с психиатром. До начала лечения им предписывалось получить письменное заключение психиатра либо терапевта. *От эрготерапевта в психиатрии требовались:*

- диагностическая помощь (обследование поведения пациента при эрготерапии);
- фасилитация (облегчение) приспособления пациента к больничной обстановке;
- дополнительная помощь при шоковой терапии;
- дополнительная помощь при психоаналитической терапии;
- тренировка привычек больного.

Теоретическая база эрготерапии как конкретного вклада в лечение на фоне психоанализа определена *Уильямом К. Меннингером* в шести категориях ее функций в лечебной деятельности:

- 1) отдушина («выпускное отверстие») для агрессии и враждебности;
- 2) представление возможности благоприятной идентификации;
- 3) искупление вины;
- 4) средство достижения любви;
- 5) представление возможности для выражения фантазий;
- 6) обретение опыта творческого труда.

Эрготерапевту, работающему в этих направлениях, необходимы знания о защитных механизмах и принципах психоаналитической психиатрии, потенциальных возможностях различных видов активности в реализации предлагаемых функций. Широко применявшаяся шоковая терапия (электро- и инсулиновая) представляла собою особую проблему. В публикациях того времени предпринимались попытки научного обоснования и профессионального определения эрготерапии, много внимания уделялось сотрудничеству медиков с эрготерапевтами. Ощущалась нехватка подготовленных специалистов. Профессиональные эрготерапевты становились программными консультантами и контролерами за помощниками психиатров, особенно в крупных больницах. Возникла необходимость передачи теоретических знаний, информации о целях и методах лечения неподготовленным штатным сотрудникам.

В начале 50-х годов практика лечения психических расстройств дополняется психохирургическими вмешательствами (префронтальная лоботомия). Эрготерапевты занялись поиском эффективных способов общения с лоботомированными пациентами, что представляется абсурдным.

В это же время глубже изучались анализ деятельности и психодинамические принципы лечения. В обиход вошли понятия «экстернализированная или интернализированная агрессия, проекция, уход и регрессия», отражающие поведение и симптоматику у больных. *Гейл Фидлер* (1948) опубликовала основные положения **анализа активности**, помогающего изучению материалов, инструментария, поступков и межличностных отношений в деятельности. В соответствии с этим

профессиональные эрготерапевты предпринимают попытки согласования видов деятельности с потребностями пациента. Осознав значение и пользу различных видов деятельности и их интерперсональных отношений для лечения, они стали заниматься *социальной адаптацией* пациентов.

В 1954 г. Гейл С. Фидлер и Джей У. Фидлер в книге «Введение в психиатрическую эрготерапию» представляют *профессиональную эрготерапию* как применение продуктивных методов активности в качестве метода лечения в *совместной работе эрготерапевта и психиотерапевта*. Сфера деятельности эрготерапии рассматривается как лаборатория, в которой пациент мог бы экспериментировать с новыми способами управления своими эмоциями и развитием жизненных навыков. С психоаналитических позиций усовершенствован анализ деятельности, для оптимизации лечения предложены варианты использования групповой работы, стимулируется изучение проективных методик. Авторы призывают эрготерапевтов к самостоятельной ясной формулировке целей и программ лечения, развивать эффективные способы общения со всеми штатными специалистами психиатрических клиник.

На конференции ведущих ученых в области психиатрической эрготерапии (Пенсильвания, 1956) обсуждались актуальнейшие вопросы из практики. К таковым отнесены:

- использование и назначение личности, групп и групповых методов работы, видов деятельности;
- создание терапевтической среды;
- постановка специальных целей лечения в дополнение к психотерапии;
- применение диагностики личности, социальной среды, навыков;
- наведение мостов над пропастью, разделяющей проживание в микросоциуме и больничное заведение.

В шестидесятые годы в американское общество было «пропитано» экспериментаторским, полемическим и мятежным духом, что не могло не сказаться на эрготерапии. Увеличивался объем знаний, появились новые методы общения с душевнобольными людьми.

Во Втором Диагностическом и статистическом указателе психических болезней (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-II), изданном Американской психиатрической ассоциацией в 1968 г., предпринята попытка обосновать классификацию психических заболеваний по соответствующему разделу 8-й переработанной редакции Международной классификации болезней, МКБ-8.

Гейл С. Фидлер и Джей У. Фидлер в своей новой книге «Эрготерапия: процесс коммуникации в психиатрии» (1963) демонстрируют

высокий потенциал эрготерапии как нового жизненно важного языка общения, особенно в плане использования в нем невербальных моментов и обратных связей. Авторы выделяют **три основных акцента эрготерапии в психиатрии**:

1) **лечение** как прямое вмешательство в патологический процесс с целью стимулирования необходимой коррекции пациента. Различают несколько видов лечения:

- *психоаналитическое*;
- *поддерживающее* (суппортивное);
- *директивное* (репрессивное);

2) **развитие психического здоровья** посредством улучшения окружающей обстановки и поддержки здоровых сторон в личности индивида;

3) **реабилитация** – помощь пациенту в обучении для наиболее эффективного использования имеющихся у него сильных сторон.

В книге содержится тщательно проанализированный и синтезированный материал, подчеркивающий значение различных видов деятельности и межличностных взаимоотношений в процессе деятельности.

В начале 60-х гг. активно разрабатывался инструментарий для диагностики (оценки) пациента. Возрос интерес к Azima Battery (батарея тестов Азима). Гейл Фидлер разработала подобную тестовую батарею с использованием изобразительных средств и глины, позволяющую получить информацию о психодинамике клиента. Поведение больного и его проекции интерпретировались для планирования лечения.

А. Джин Эйриз обнаруживает результаты своих наблюдений за развитием и дисфункциями прецептивной моторики у детей. Исследования, основывающиеся на нейрофизиологии, касались отдельных моментов деятельности психиатрических эрготерапевтов. В последующем *Лорна Джин Кинг* (Аризона) адаптировала и применила некоторые ее приемы и теоретические основы: провела эксперимент с хроническими шизофрениками; исследовала литературные данные по восприятию, нейрофизиологии и психическим заболеваниям. Результаты проведенной работы вселили надежду на возможность работы с тяжело регрессирующими стационарными хронически больными пациентами-шизофрениками. В эти же годы психиатрические эрготерапевты анализируют теории развития, и особенно *теории когнитивного развития Пиаже*, с точки зрения их применения на практике.

Возросло внимание к системе непосредственного обслуживания душевнобольных людей, ощущалась нехватка обученных эрготерапевтов. Появились новые «**деятельные**» **специальности**: терапевтическая рекреация, музыка, танцы, драматические кружки, садоводство

и огородничество. Дисциплины, использующие различные виды деятельности, искали свое поле деятельности и разрабатывали исследовательскую базу. Используя эрготерапевтические основы, они стремились усовершенствовать ее теорию и практику выработки путей взаимодействия и сотрудничества в жизни.

С 1958 по 1968 годы в США под эгидой Социальной реабилитационной службы на региональном и федеральном уровнях Ассоциацией эрготерапевтов проводились краткосрочные *обучающие курсы*. Тематика семинаров отражала проблемы супервизорства (контроля), групповой динамики, объектных взаимосвязей и образования. Специалисты-эрготерапевты объединяли усилия в поиске большей эффективности в своей профессиональной деятельности. Наблюдался растущий интерес к путям использования новых знаний в практике эрготерапии.

В 1967 году в Мичигане проводились курсы по объектным отношениям с углубленным изучением антропологии, социологии, психологии, нейрофизиологии и философии наряду с психиатрией.

В университете Южной Калифорнии (1969–1970) изучалась целостность «труд/работа – игра/досуг/отдых» реального мира пациента и концепции компетенции как ключа к теоретической базе психиатрической эрготерапии. Пересмотрена в свете новой психологической и социологической литературы система критериев «эрготерапевтического поведения» в психиатрии, сохраняющая принципы «душевного ухода». Ученые считали, что эрготерапия смещает свое «первоначальное воззрение на пациентов от симптоматических ярлыков к профессиональным ролям работника, студента, домохозяйки, пенсионера, дошкольника и даже пациента-карьериста». Эрготерапевты занялись изучением влияния игрового опыта детского возраста. На симпозиуме «Целостность навыков в игре и труде» (Бостон, 1970) прозвучало: ««...Целостность развития игры в труд мы обозначаем как *«эрготерапевтическое поведение»*»».

Семидесятые годы XX столетия в Америке отмечены активным движением потребителей за большее личное участие, заботой о правах человека, проблемами ответственности и подотчетности, вниманием к психологии отклонений. На этом фоне возросли требования к сфере охраны психического здоровья. Возникли движения за гражданские права, женские движения и объединения гомосексуалистов. Организации престарелых и инвалидов требовали соблюдения их прав и заботы. Особое значение приобрели *права пациентов*, что имело прямое отношение к помогающей людям «заботиться о себе» эрготерапии.

На конференции Ассоциации эрготерапевтов США (Кливленд, 1971) Жеральдина Финн выделила 9 основных моментов организации *предварительной модели эрготерапевтической помощи*:

1) назначение первичных учреждений в поддержке микросоциума и необходимость для эрготерапевтов понимать функции, цели и политику этих учреждений;

2) планирование соответствующих программ и услуг, базирующихся на потребности человека участвовать во взаимодействии с объектами своего окружения для поддержания уровня своего здоровья в течение всей жизни;

3) необходимость заново интерпретировать совокупность накопленных в эрготерапевтической профессии знаний с целью оптимального применения их для обеспечения сохранения людей здоровыми, а не помогать им минимизировать их ограничения;

4) создание новых комбинаций имеющихся у нас знаний для более точного реагирования на преобладающие в настоящее время потребности;

5) учреждение организационной модели, допускающей перевод абстрактных намерений по видам активности, человеческой деятельности и обеспечению услугами здравоохранения в конкретные действия;

6) наличие рискованных действий и их выражения в человеческой способности функционировать и упорно добиваться целей при столкновении с непривычным окружением;

7) необходимость пересмотра коммуникационных моделей для обеспечения реального обмена информацией среди людей;

8) необходимость создания признательной атмосферы для планируемой программы и развитие необходимых навыков, чтобы помочь другим понять ценность таких программ;

9) роль супервизорства (контролирующего надзора) для стимулирования роста исполнительских и профессиональных качеств штатных сотрудников.

Автором описаны следующие **типы программ**:

- раннее вмешательство у детей;
- консультационные услуги для учителей;
- действующие программы по скринингу развития;
- программное планирование;
- программы помощи нуждающимся престарелым людям;
- обучающие тренинги для матерей и дошкольников;
- внутренние программы по перцептивно-моторному развитию для работников в области психического здоровья;
- развитие новых моделей образования и консультирования родителей, введение в уровни развития человеческой деятельности в микросоциуме лекарственной/антинаркотической программы.

В 1977 году в США создана Комиссия по психическому здоровью для изучения проблемы и выработки рекомендаций о состоянии психического здоровья и соответствующих служб. **Профессиональ-**

ную роль эрготерапевта начали расценивать наравне с таковой врачей-психиатров, социальных работников, психологов и медицинских сестер. Отчетливо осознан уникальный вклад эрготерапевта, взаимодействующего с другими специалистами, в лечение психически больных людей в новых условиях. Содержание лечения и составы лечебных команд расширились. Помимо традиционных мест эрготерапевты стали работать в школах и микросоциальных программах на дому.

Психиатрические эрготерапевты занялись изучением и выработкой навыков по применению *транзакционного анализа, гештальт-терапии, медитации, биоэнергетики, тренинга уверенности и эффективности, набора гуманистических групповых приемов по самоактуализации*. Эти **направления** открывали возможности для развития более здоровых продуктивных и удовлетворенных личностей в общей совокупности населения, улучшения процесса лечения больных. Труды *Энн К. Моузи* и *Лелы Лоренс*, изучавшие принципы человеческого развития, поддерживали интерес к перцептивному и когнитивному функционированию и концепциям стресса и регрессии.

Возродился интерес к роли социальных установок, ценностей и стилей жизни, общинные (микросоциальные) программы, частичная госпитализация и программы по уходу на дому. Эти обстоятельства вынуждали эрготерапевтов считаться с влиянием социальных изменений (наравне с их личными ценностями) на лечение.

Предпринимались эксперименты по работе с **поведенческими подходами** к лечению. Разрабатывались методы лечения, опирающиеся на планы подкрепления, создание соответствующих условий, процедуры моделирования, формирования и сцепления. Эти техники оказались эффективными в изменении или подавлении нежелательного поведения, установлении и подкреплении моделей здорового поведения.

Одновременно происходило развитие психофизиологических знаний и **нейрофизиологических подходов** к лечению, особое внимание уделялось функции ретикулярной активирующей системы. Подчеркивалась роль базовых нейрофизиологических механизмов в определении чувств и действий человека.

Продолжался поиск четких концептуальных моделей, систематизированных критериев и объединяющей теории эрготерапии. В книге *Энн К. Моузи* «Три системы отсчета психического здоровья» обсуждаются **3 концептуальных подхода к психиатрической эрготерапии**:

- **психоаналитический;**
- **приобретенческий;**
- **развивающий.**

По мнению автора, каждая из них определяет специфические аспекты процесса эрготерапии. В каждой системе отсчета имеются

постулаты относительно природы индивидуального, характеристики здоровья и заболевания, а также подходы к диагностике и лечению.

В 1975 году для решения спорных вопросов в практике эрготерапии психического здоровья и разработки решений по спорным вопросам была создана комиссия из квалифицированных специалистов в этой отрасли. Комиссия пришла к заключению, что практике психического здоровья не хватает стандартизированных клинических методов. Были даны рекомендации по обновлению базы знаний и усилению работы в эрготерапии. Особое внимание уделялось необходимости исследований, специализаций, продолжения образования и определения сферы деятельности эрготерапии в психиатрии.

В последующие годы активизировался поиск надежного инструментария, стимулировались развитие и стандартизация методов и техники **диагностики клиентов**.

Потребность эрготерапии в собственной всесторонней унифицированной теории нашла отражение в докладе Лорны Джин Кинг (1978), предложившей рассматривать **процесс приспособления как объединяющий принцип эрготерапии**. Ею выделено **4 уникальных признака адаптации** в жизни человека:

- 1) активное участие в приспособлении к различным условиям окружающей среды;
- 2) адаптация, вызываемая требованиями окружающей среды;
- 3) адаптация как наиболее рациональная подкорковая ограниченность;
- 4) адаптивный ответ как самоусиление.

По мнению автора, **главная цель эрготерапии** – стимулирование и направление адаптивных процессов, благодаря которым индивид может наилучшим образом выживать и развиваться.

Обсуждение проблем образования, клинической практики и научных исследований в этой сфере с детальным анализом статуса эрготерапии как профессии состоялся на встрече руководителей АОТА (Аризона, 1978). Вынесены резолюции по утверждению философской базы, стимулированию и поддержке исследований, переоценке уровня подготовки, требуемого для практической деятельности.

В третьем издании Диагностического и статистического справочника психических болезней (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III), изданном Американской психиатрической ассоциацией в 1980 г., психические расстройства были осмыслены в **понятиях значимых поведенческих либо психологических синдромов или моделей**. Для **ДСМ-3** характерна многоосевая система диагностики. В ней предлагается **рассматривать индивида по пяти отличным направлениям (осям)**:

- 1) **клинические синдромы;**

2) *расстройства личности или специфические нарушения развития;*

3) *физические расстройства;*

4) *тяжесть психосоциальных факторов, вызывающих стресс;*

5) *наивысший уровень адаптивного функционирования за прошедший год.*

Систематизация видов болезни по оси I следующая:

- расстройства, обычно впервые заметные в младенчестве, детстве или юности;
- психические расстройства органического происхождения;
- расстройства, вызванные употреблением наркотиков;
- шизофренические расстройства;
- параноидальные расстройства;
- неклассифицированные психотические расстройства;
- аффективные расстройства;
- расстройства на почве страха;
- соматоформные расстройства;
- диссоциативные расстройства;
- психосексуальные расстройства;
- искусственные расстройства;
- неклассифицированные расстройства импульсивного контроля;
- расстройства приспособления.

В ДСМ-3, в отличие от предыдущего ДСМ-2, невротические заболевания не выделяются в отдельный вид, но подведены под классификации аффектов, тревоги, соматических форм, диссоциаций и психосексуальности. Неопровержимое значение этого справочника для эрготерапии заключается в попытке целостного подхода к пониманию психических заболеваний, дополнении его осями IV и V (психосоциальные стрессоры и высший уровень адаптивного функционирования).

Неограниченный потенциал «прогресса», характеризующий конец двадцатого века, подверг риску психическое здоровье человека. Во всех странах начали обсуждаться **проблемы профилактики синдромов «выгорания» и стрессов**. Разрабатываются **программы групповой и самопомощи** для поддержки людей, развиваются и применяются **стратегии противостояния и преодоления**. Возникают движения **«За психическое здоровье»**.

РОЛЬ И ФУНКЦИИ ЭРГОТЕРАПЕВТА В ПСИХИАТРИИ. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ МОДЕЛИ И ПОДХОДЫ ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Основной **задачей** эрготерапевтической работы при выявлении психосоциальной дисфункции является оптимизация способности людей и их привлечение к оздоровительным трудовым занятиям. Особое значение придается психосоциальным аспектам работы. Для более совершенного решения поставленной задачи необходима подготовка **квалифицированного специалиста**, дополнившего свое базовое образование знаниями и навыками в сфере психического здоровья. В последующем круг профессиональной деятельности такого специалиста может сужаться, ограничиваясь *возрастной группой, обстановкой, ролями или терапевтической моделью*.

Роль эрготерапевта в практике психиатрии неоднократно менялась с течением времени. Причиной упомянутой трансформации явились:

- научный прогресс и появление новых знаний о психических болезнях;
- воздействие социальных, политических и экономических факторов;
- самостоятельный прогресс профессии.

От перечисленных факторов зависели виды обеспечивавшегося сервиса и типы обстановки, в которой приходилось работать эрготерапевтам. Особое влияние на психосоциальную эрготерапию оказало присутствие женщин в профессии, т.к. в психиатрии всегда доминировали врачи-мужчины. Роль женщины в «эрготерапевтическом коллективе» особенно ярко высвечивается в фокусе взаимодействия медицины и экономики, когда труд пациента стал необходимостью (на этапе реформации психиатрической больницы из благотворительного учреждения в платное). Создание эрготерапевтического коллектива имело как экономическую, так и терапевтическую обоснованность. Женщины-эрготерапевты под наблюдением врачей-мужчин с успехом **управляли коллективом пациентов** в повседневных делах и заботах.

Тенденция контроля расходов и сокращения продолжительности пребывания пациента в больнице, прослеживающаяся в последние годы, вынуждает эрготерапевтов сосредотачивать свои усилия на *функциональной диагностике и управлении*, как на своем важнейшем назначении в системе скорой помощи. В развитых странах терапевты активно играют дифференцированные **роли в микросоциальных про-**

граммах, частной практике и альтернативных моделях обеспечения здравоохранения (организации поддержки здоровья, независимые ассоциации практиков, помощь на дому). В настоящее время их функции ориентированы на помощь целевым категориям населения:

- *базовые роли в лечении подростков;*
- *дневной уход за взрослыми;*
- *программы по борьбе и профилактике стресса в отраслях производства;*
- *службы для пожилых и молодых взрослых хронических пациентов.*

Основные проблемы в идентификации ролей и различия между специалистами на современном этапе следующие:

➤ В случаях, когда эрготерапевты выполняют функции вербальных психотерапевтов и не применяют целенаправленных видов деятельности, профессиональная особенность независимость утрачиваются.

➤ У терапевтов с различными уровнями образования и практического опыта выявляются существенные различия уровня знаний.

➤ Степень концептуальной последовательности и опоры на убеждения различна у эрготерапевтов, обучающихся на базовых и специальных курсах.

➤ Несходство между типами оценки, изучающимися в образовательных программах и применяемыми на практике.

➤ Имеющаяся эрготерапевтическая диагностика не всегда применяется на практике. Существует взаимосвязь между практикой и терапевтической идеей, а рабочая обстановка придает практической деятельности ее форму.

➤ Фокус диагностики психосоциальной эрготерапии связан с категориями обслуживаемого населения, больничной обстановкой, временными ограничениями и внутренними традициями эрготерапевтического отделения.

В настоящее время универсальной модели практической эрготерапии в психиатрии не существует. Практическая работа включает следующие **функции**:

- непосредственное обслуживание при лечении пациента;
- вспомогательное обслуживание в администрировании;
- контрольный надзор (супервизорство);
- образование;
- обучение;
- исследование;
- консультирование.

Обязанности отличаются в зависимости от целей, приоритетов, возможностей и уклада учреждения. Прослеживается тенденция уменьшения количества эрготерапевтов, работающих со смешанными возрастными группами и увеличение занятых с престарелыми и пациентами до 20-ти лет.

Перечень психических нарушений, с которыми квалифицированные эрготерапевты чаще всего сталкиваются в своей практической деятельности, выглядит следующим образом:

- 1-е место – задержка психического (умственного) развития;
- 2-е место – шизофренические расстройства;
- 3-е место – расстройства аффекта;
- 4-е место – психические болезни органического происхождения;
- 5-е место – расстройства приспособления;
- 6-е место – расстройства, вызванные употреблением наркотиков и алкоголя;
- 7-е место – расстройства личности.

В различных странах оптимальными считаются **три модели стационарной помощи** в области психиатрии и психического здоровья:

- больница общего типа;
- частная психиатрическая клиника;
- государственная общественная больница.

Порою данный список дополняют ведомством по делам ветеранов. В государственной больнице психиатрическая помощь оказывается всем нуждающимся независимо от обстоятельств. В больнице общего типа психиатры оказывают скорую помощь в условиях микро-среды на фоне традиционной медицинской помощи либо консультируют находящихся там больных.

Практическая работа эрготерапевтических служб в основном сосредоточена в больницах и учреждениях, оказывающих услуги инвалидам.

Концептуальные модели практической деятельности эрготерапевта

Теоретическая база эрготерапии состоит из множества таковых. Среди них выделяют те, которые более других приняты профессионалами и объединены в **концептуальные модели практики**.

Практическая модель состоит из:

- **сферы деятельности и организованной системы посылок;**
- **концепций;**
- **целей;**
- **диагностического инструментария;**
- **стратегии вмешательства;**

- *логических выводов;*
- *принципов вмешательства.*

Ее *предназначение* – помочь эрготерапевту в обоснованном суждении о методах диагностики и вмешательства.

На сегодняшний день в психосоциальной сфере имеются два **общих типа** концептуальных моделей: **категоральный и индивидуалистический подходы.**

В **категоральном подходе** болезнь рассматривается одномерно, а диагностические критерии не считаются абстрактными понятиями. Общей чертой таких подходов является то, что функция и дисфункция определяются через диагностику индивида согласно установленному перечню того, что от него ожидается. Модели работы эрготерапевтов никогда не бывают действительно категоральными потому, что они не лечат симптомы болезни напрямую. Однако ряд *подходов*, имеющих отношение к такой модели, ими используется. Таковыми являются:

- *относящийся к развитию (эволюционный), нейроэволюционный и сенсомоторный;*
- *аналитический;*
- *поведенческий;*
- *когнитивный.*

Индивидуалистический подход основан на убеждении в том, что тело, разум и окружающая индивида среда неразделимы. Применяемые эрготерапевтами в психосоциальной сфере *индивидуалистические модели:*

- *трудовое (профессиональное) поведение;*
- *модель человеческой деятельности (занятости);*
- *биопсихосоциальная модель;*
- *модель экологических систем.*

Опасность категорального подхода заключается в том, что все диагностические категории считаются одинаково надежными, а остальные теоретические аспекты игнорируются. Доказано, что чем многостороннее этиология, тем индивидуальнее становится проявление и течение болезни. Психиатрические эрготерапевтические диагностика и вмешательства касаются присущих человеку навыков и умений. Увлечение когнитивными и сенсомоторными методиками в ущерб другим эрготерапевтическим методикам (удовлетворенность жизнью, работа, игра, забота человека о себе) представляется особенно опасной. Индивидуалистические подходы в психиатрической эрготерапии имеют исторические и эмпирические обоснования.

Оптимальным вариантом представляется развитие всестороннего **интегративного подхода** к оказанию помощи психически больным людям.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭРГОТЕРАПИИ

Психиатрическая эрготерапия включает 4 инструментальных средства:

- 1) терапевтическое применение «самости»;
- 2) целенаправленная деятельность;
- 3) анализ деятельности;
- 4) адаптация деятельности.

Терапевтическое применение «самости» имеет решающее значение в процессе вовлечения пациента в эрготерапию. В этой ситуации одним из важнейших звеньев являются *отношения «пациент–терапевт»*. Для установки терапевтических отношений необходимы три компонента:

- понимание;
- нейтралитет (эмпатия);
- забота.

Эрготерапевт принимает больного таким, каков он есть. От специалиста требуется толерантность и сопереживание, умение управлять своими субъективными реакциями и проблемами контрпереноса. Будучи одновременно нейтральным и заинтересованным, терапевт стимулирует взаимодействие с пациентом. Первостепенной задачей клинициста является понимание желаний и склонностей человека, выявление его уязвимых мест. Процесс *понимания* представляет собою *инструмент объективности и нейтралитета*.

Не менее важным моментом терапевтических отношений являются объективное и субъективное восприятие, *мониторинг объективных наблюдений и субъективных реакций*.

Объективные наблюдения представляют собой поведенческие проявления воспринимаемых внешних характерных черт, признаков. Объективное восприятие отражается в *систематическом анализе и составлении отчета*.

Субъективные наблюдения – это описания ощущений, мыслей и внутреннего видения, основанные на прошлом опыте человека, его потребностях и приписываемых этому значений. Субъективное восприятие позволяет понять реакцию терапевта на пациента.

Установление и модулирование терапевтического отношения является динамичным процессом, основанным на доверии. Эрготерапевту необходимо установить объем поддержки и вознаграждения, обеспечивающий здоровье и благополучие клиента. Результат во многом определяется природой и фазой терапевтического отношения.

В процессе продолжительных и интенсивных отношений может появляться раздраженность, а по окончании – грусть, ощущение потери при расставании. Кратковременные отношения зачастую завершаются тревогой и беспокойством за будущее.

Чрезвычайно важна **фасилитация самоинициированной коммуникации и действия**. Для этого трудотерапевт должен вести себя так, чтобы пациент чувствовал одобрение, понимание и заботу о себе. Больной принимает участие в постановке реалистичных целей терапии. В приятной не критичной обстановке с реальными достижимыми перспективами побуждается адаптивная деятельность человека. Возрастают самоуважение и ощущение собственной компетенции пациента.

К числу **неудач** в процессе терапевтических отношений относятся *неучастие пациента и трудности контрпереноса*. Такое возможно, если эрготерапевт не осознает свои собственные ощущения и бессознательные импульсы. Профессия требует от него управления своими эмоциями, в особенности проявлениями нервозности или беспокойства.

Целенаправленная деятельность – содержащая целевую установку задания, требующие активного участия исполнителя, характерной особенностью которых является акцент на задачу, а не требующиеся для ее выполнения операции.

По Файну, «...первостепенный фокус на фактическом вовлечении в задачу либо вид активности отличает эрготерапию от вербальной психиатрической терапии. Ее интерес в полном спектре человеческого деятельного проявления (работа, игра и самообслуживание), во взаимосвязях и равновесии между ними в овладении ситуацией и адаптации, и в необходимых условиях и компонентах деятельного проявления отличает теорию и практику эрготерапии от таких же у прочих «деятельных» дисциплин, чья специфика основана на приложении какой-либо одной модальности».

Целенаправленная деятельность **включает в себя:**

- **социальное окружение;**
- **материальное окружение;**
- **процесс;**
- **материалы;**
- **конечный продукт.**

Социальное окружение. Эрготерапевты работают с пациентами *в группах, попарно и индивидуально*.

Групповая форма признана оптимальной, если требуется социализация, подготовка к выполнению житейских обязанностей. В практике психического здоровья встречаются *различные формы и модели* групповой работы.

Модель Хоу и Шварцберг характеризуется функциональным подходом к групповой работе с применением целенаправленного самостоятельно инициируемого действия ради выполнения целей группы и ее

конкретных членов. Данная модель основана на длительном профессиональном интересе к группе как терапевтическом инструменте.

Категории групп в эрготерапевтической практике (Данком и Хоц):

- тренировочные группы;
- кулинарные группы;
- группы дневного пребывания;
- исследовательские группы;
- художественно-ремесленные группы;
- группы самовыражения;
- ориентированные на ощущения дискуссионные группы;
- ориентированные на реальность дискуссионные группы;
- сенсомоторные группы;
- сенсорно-интеграционные группы;
- образовательные группы.

В большинстве случаев взрослые пациенты с психосоциальными дисфункциями концентрируются на жизненных навыках и подготовке к независимому общинному проживанию, стремятся к улучшению функциональных навыков и обмену информацией. Такие группы включают в себя не более 10 человек и имеют более одной цели.

Пациенты, которые легко смущаются, требуют постоянного наблюдения и структурирования, нуждающиеся в стимуляции больше подходят для *индивидуальной (один на один) формы* эрготерапии. Отдельные формы диагностики, интервью и процессы обучения требуют *диадической (парной) работы*.

Материальное окружение включает все неодушевленные предметы, окружающие пациента. К ним относятся материал для рабочих заданий, функциональные объекты (мебель, инструменты, станки) и декорации. Эмоциональная и физическая атмосфера также считаются частью материального мира. Больных следует размещать в отделениях и эрготерапевтических помещениях вместе с теми, у кого имеются подобные реакции, а персонал проявляет конгруэнтные черты. Дети, вовлекаемые в структурированную деятельность, отвлекаются меньше чем те, чья работа не структурировалась.

В психосоциальной эрготерапии распространено *понятие «окружающей загрузки»*, или информационного темпа окружающей среды (по Mehrabian), объясняющее воздействие материального окружения на психиатрических пациентов. Согласно этим представлениям, *реакция индивида* на окружение создает *поведение приближения*, либо *избежания*. Поэтому окружающую обстановку можно проектировать для выявления набора реакций, основанных на *желании* либо *принять*, либо *уклониться*.

Уровень загрузки – количество воспринимаемой из окружения информации. Если пациент воспринимает окружение как непредска-

зуемое и чувствует себя неуверенно, загрузка считается *высокой*. Обыкновенное и конкретное восприятие с низким темпом информации на единицу времени характеризует *низкий* уровень загрузки.

У нового пациента чрезмерная окружающая загрузка усиливает чувство тревоги и дискомфорт. Человек с продолжительным сроком пребывания в клинике нуждается в разнообразии и возможности удовлетворяющих взаимодействий. Доразгрузочные больничные виды активности должны соответствовать уровню загрузок, типичному для предполагаемой среды общинного проживания пациента.

Для эрготерапии *в условиях скорой психиатрической помощи* следует создавать структурированную, относительно предсказуемую и будничную окружающую среду. Желательно обеспечение знакомыми объектами, ситуациями и общением. С целью стимуляции инициативы и участия пациентов с *продолжительным сроком лечения* трудотерапевты должны гарантировать комплексность и новизну в окружающей обстановке или в расписании занятий. Больные стараются также избегать ситуаций, в которых помещение перегружено предметами либо переполнено людьми. Специалист обязан отслеживать и адаптировать уровни загрузки своего лечебного окружения, а при необходимости консультировать по этому вопросу других сотрудников учреждения либо программы.

Процесс, материалы и конечный продукт

На поведение пациентов воздействуют как социальные, так и материальные аспекты целенаправленной деятельности. Наблюдая за их поведением и реакциями на различные задания, специалист-эрготерапевт получает информацию о биологической, психологической, социальной и поведенческой структурах индивида и уровне его профессионального функционирования. В процессе лечения психических расстройств требуется избирательное применение целенаправленной деятельности, позволяющее решить специфические проблемы в сфере исполнения, и составляющих исполнительных навыков. *Систематический подход* требует от трудотерапевта знания типичных и атипичных реакций, связанных с различными материалами, операциями и конечными продуктами эрготерапии.

Анализ деятельности помогает психиатрическому эрготерапевту получить ответы на множество вопросов и, главное, понять настоящие требования и значения видов активности. Для практической работы наиболее актуальным является **многомерный интегративный анализ деятельности**.

Исследуя и обобщая деятельность на *поведенческом, психологическом, социальном и биологическом уровнях*, терапевт ставит **три основных вопроса**:

➤ Каковы материальные и социальные качества данного вида деятельности?

➤ Какие навыки и способности нужны для его успешного выполнения?

➤ Можно ли видоизменить эти компоненты в целях вмешательства?

Центром анализа деятельности являются отношения «*пациент–терапевт*». Немаловажно также качество отношений «*пациент–пациент*». Рассматривая *биологическую сферу*, мы думаем о биологических стимулах, раздражителях, стрессовых ситуациях для организма либо ощущении безопасности. *Психологическая точка зрения* исходит из того, что индивиды реагируют с помощью прошлого опыта (тип и частота; мысли, воспоминания и чувства; дискомфорт либо приятные ощущения). Анализируются степень доверия, близости, независимости и зависимости, имеющие решающее значение для деятельности. *Социокультурное значение* раскрывается в процессе изучения культурного уровня и социальных взаимосвязей пациента. В *поведенческой плоскости* анализируются диадические и групповые навыки, необходимые для выполнения задания, во взаимосвязи «человек–объект».

Различают **5 уровней навыков групповой интеграции** (по Моузи):

1) **параллельный;**

2) **проектный;**

3) **эгоцентрический – кооперативный;**

4) **кооперативный;**

5) **зрелый.**

По мере продвижения вверх возникает необходимость совершенствования навыков для решения групповой задачи и ее дальнейшего функционирования.

Неизбежен *анализ материальных составляющих* деятельности: материалы, процесс, продукт. Требуется социокультурная и психологическая оценка этих элементов окружающей среды. Учитывается возможность сублимации и самовыражения. Важны также поведенческие и биологические их аспекты, в т.ч. требования к уровню функционирования физических систем человеческого организма.

Адаптация деятельности.

В психиатрии **эрготерапевтическое вмешательство** состоит в модификациях терапевтических отношений и процесса деяния, иными словами – это **адаптация к деятельности**.

Во взаимоотношениях терапевта с пациентом ему необходимо приспособливаться для реализации особенных терапевтических и развивающих потребностей последнего, выступая в роли учителя либо ролевой модели. В то же время он может оставаться консультантом и носителем ресурсов.

Модифицируя процесс деяния, во избежание изолированного рассмотрения человеческих подсистем, эрготерапевт обязан учитывать и развивать **объем внимания** своего подопечного. Обязательно

учитывается эквивалентность задания, социальное и материальное окружение. **Критерем эквивалентности** задачи является анализ *требования задания, направлений задания и индивидуальных различий*, основанный на прежнем опыте и предпочтениях пациента.

Адаптивный ответ (реакция) рождается благодаря активному участию, побуждаемому требованиями окружающей среды, структурированными ниже сознания. В этой связи для достижения конкретных целей эрготерапевту необходимо структурировать все виды деятельности больного. Структура деятельности градуируется по различным уровням сложности, а набор целенаправленных видов деятельности бывает довольно широким.

ЛЕКЦИЯ № 5

ЭРГОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В ПСИХИАТРИИ

Цель диагностики – определение функциональных и дисфункциональных областей в профессиональном поведении и включение пациента в терапевтический процесс, который в итоге улучшит уровень его приспособления и удовлетворения жизнью.

Профессиональное поведение (occupational behavior) – это присущая человеку сфера рутинных видов активности или занятия повседневной жизни. Оно представляет собой равновесие между внутренними потребностями и внешними требованиями. В ситуациях, когда одна или обе стороны не удовлетворены, наступает расстройство.

Дисфункция профессионального поведения появляется у инвалидов, не способных удовлетворить свои побуждения изучить и овладеть окружающей средой посредством ежедневных бытовых занятий либо не способных отвечать требованиям внешнего окружения.

Основой для объяснения процессов эрготерапевтической диагностики может послужить подход *Лазара* по генерации и тестированию клинических гипотез.

Гипотезы разделены на **четыре категории**:

- ❖ **биологические;**
- ❖ **психодинамические;**
- ❖ **социокультурные;**
- ❖ **поведенческие.**

Клиницист проводит **многократный процесс генерирования гипотезы и ее проверки** следующим образом:

1. Собирает из различных источников необходимую начальную информацию (позитивную и негативную), относящуюся к предлагаемым формулировкам.

2. На базе полученных данных генерирует (подтверждает либо отвергает) гипотезы.

3. Подключает другие методы для получения дополнительных сведений, порождающих новые гипотезы, подтверждающих либо опровергающих старые.

Гипотетические формулировки Лазара:

Концептуальное основание

Биологическое

Психодинамическое

Социокультурное

Поведенческое

Объясняющие факторы

- Синдромы
- Биологическая кондиция
- Личностный стиль
- Стресс или выпадающее событие, психологическое значение
- Неразрешенное горе
- Кризис развития
- Эго-функционирование и связанные психодинамические явления
- Природа и социальное воздействие стрессовых событий в жизни
- Социальные ресурсы
- Определение психической болезни и реакция на нее референтной группы
- Значение символического общения
- Специфические предшествующие события
- Стимулирующие условия
- Подкрепления
- Дефицит способов поведения и навыков
- Области эффективного функционирования и запасы навыков

Предложенная Лазаром тактика предполагает следующее:

1. Избираемый тип эрготерапевтической диагностики и значения, приписываемые собранному данным, должны быть явно определены через заявленную концептуальную модель.
2. Результаты диагностики уже предполагают цели лечения и терапевтической модальности, которые будут выбраны.
3. Пациент по возможности должен быть включен в процесс диагностики и планирования лечения.
4. Проблемы в выполнении тех или иных видов повседневной жизнедеятельности (область эрготерапии) частично могут быть результатом психологических, социальных или поведенческих факторов, либо непосредственно связанными с самим болезненным процессом.
5. Дисфункция профессионального поведения может ускорить и утяжелить психическое заболевание.
6. Психический недуг либо психическое здоровье могут быть неотделимы от дисфункции или функции в области профессионального исполнения и составляющих его навыков.

Дисфункцию профессионального поведения пациента *можно понять как:*

❖ *частично вытекающую из синдрома или биологической кондиции*, затрагивающих область навыков и исполнения.

Синдромы и биологическая кондиция включают в себя:

- клинические психиатрические синдромы;
- расстройства личности;
- непсихические медицинские заболевания.

Биологические гипотезы следует рассматривать при диагностике каждого пациента в связи с тем, что проблемы профессионального функционирования зачастую ассоциируются с заболеванием как таковым. Наблюдения эрготерапевта за профессиональным поведением человека позволяют сделать выводы об уровне его адаптивного функционирования. В психиатрической клинике такие сведения помогают психиатру в постановке диагноза и планировании соматотерапии. Биологические гипотезы учитываются в нейробихевиоральном подходе к эрготерапевтическому лечению шизофрении;

❖ *на основе психодинамических факторов*, затрагивающих область навыков и исполнения.

Объяснительные факторы: личностный стиль, стресс или выпадающее событие, неразрешенное горе, кризис развития, эго-функционирование и относящиеся к ним вопросы психодинамики.

Эрготерапевт:

– *наблюдает* естественную психологическую реакцию пациента на социальное и материальное окружение;

– *изучает* реакции индивида на различные виды деятельности, материалов и происходящих процессов;

– используя разнообразные ситуационные задачи, *выясняет* личностный стиль и уязвимые эмоциональные стороны пациента.

Уточнять такие моменты помогают *вопросы*:

▪ Бросает ли пациент занятия, почти достигнув успеха?
▪ Несмотря на повторяющиеся ошибки, пациент отвергает помощь в овладении новым видом деятельности?

▪ Пациент постоянно обвиняет себя или других (терапевта, других пациентов) в трудностях поставленной задачи?

▪ Избегает ли пациент взаимодействия, выбирая отдельные, сложные и детальные проекты?

▪ Пытается ли пациент разрешить кризис развития, когда ищет для других какую-либо деятельность?

❖ *частично в рамках социокультурных факторов*, затрагивающих область навыков и исполнения;

Необходимо *учитывать*:

▪ Природу и социальное воздействие стрессовых событий в жизни (стрессовая ситуация, приводящая к изменению роли либо ее полной потере; производимое ею действие на самого человека и его социальную систему).

▪ Степень, природу и доступность социальной поддержки (социальные ресурсы), содействующих достижению целей.

▪ Характерные особенности срывов, заболеваний и реакцию на них социокультурных объединений вокруг человека.

▪ Значение символических коммуникаций (симптомы, выступающие в качестве посланий и др.).

Наблюдая за пациентами (особенно в группах), эрготерапевт *может узнать*:

– систему ценностей данного индивида;

– как он справляется с различными социальными ролями;

– о его способности пользоваться социальной поддержкой;

– данные о ценностях и предпочтениях в «значимых других».

Такая оценка представляет *информацию*:

а) о потерях ценностных социальных и профессиональных ролей;

б) об изменениях доступной личной, социальной и материальной поддержки;

в) о значении профессиональных проблем с точки зрения самого пациента и людей из его социальной системы.

В большинстве случаев дисфункция профессионального поведения является *следствием* потери работы или изменения распределения ролей в семье, особенно если материальное благополучие и статус индивида определялись бывшей профессиональной ролью. Не следует забывать также и о том, что у некоторых людей сама психиатрическая госпитализация вызывает такую дисфункцию;

❖ *частично благодаря анализу поведенческих факторов*, затрагивающих область навыков и исполнения.

Поведение человека расценивается, как *беспорядочное*:

- причинно связанное с предшествовавшими событиями;
- последствие подкрепления поведенческих реакций;
- дефицит способов поведения;
- недостаток требуемых навыков эффективного функционирования.

В последующем необходим детальный анализ областей эффективного функционирования. Наблюдая за пациентом, необходимо собрать информацию о запасах и пробелах в сфере навыков и манеры исполнения.

Для *определения навыков*, необходимых для *адаптивного функционирования*, нужны ответы на следующие *вопросы*:

- Какие навыки, отвечающие требованиям внешнего окружения, необходимы данному человеку?
- Как помогают лечить потерю навыков домашняя обстановка, микросреда, больничные условия и программа?
- Есть ли ситуации, усиливающие дисфункцию профессионального поведения?
- Каковы условия, укрепляющие его функциональные стороны?

Поведенческие данные помогают выяснить и мотивирующие факторы у данного пациента.

Понимание всех поведенческих обстоятельств облегчает *обоснование целей терапии*:

1. Повторное переживание «там и тогда».
2. Переживание «здесь и теперь».
3. Приспособление биологической, физической, интеллектуальной или социально-эмоциональной окружающей среды.

Этапы многократного процесса генерирования гипотезы и ее проверки:

1. Сбор первичных решающих данных.
2. Генерирование, подтверждение и опровержение гипотез.

3. Получение последующих специфических данных с целью подтверждения или опровержения рассматриваемых гипотез и возможного генерирования новых.

Сбор первичных решающих данных

В качестве образца для сбора данных, необходимых для частных формулировок, Американской ассоциацией эрготерапевтов рекомендован «Унифицированный контрольный список по эрготерапевтической диагностике». Достоинством его является возможность «панорамного», а не детального обзора профессионального поведения человека. Стимулируется поиск информации, подсказывающей гипотезы.

Для использования контрольного списка эрготерапевт выбирает *методы диагностики*, такие, как:

- обзор информации;
- интервью;
- наблюдение;
- манипуляция специальными процедурами сбора данных.

В **контрольном списке** перечислен *ряд категорий* (с их детализацией), помогающих подтвердить либо опровергнуть гипотезу:

I. Демографические данные

A. Личные данные

B. Информация от направившего

B. Личная история

II. Область навыков и исполнения

A. Навыки и манера независимого проживания, повседневной деятельности

1. Физические навыки повседневного проживания

2. Психологические, эмоциональные навыки повседневного проживания

3. Работа

4. Игра, отдых

B. Компоненты сенсомоторных навыков и манеры исполнения

1. Нервно-мышечные

2. Сенсорная интеграция

B. Компоненты когнитивных навыков и манеры исполнения

1. Ориентирование

2. Концептуализация, понимание

3. Когнитивная интеграция

G. Компоненты психосоциальных навыков и манеры исполнения

1. Самоуправление
2. Парное (диадическое) взаимодействие
3. Групповое взаимодействие

Генерирование, подтверждение и опровержение гипотез

По окончании сбора базовой информации, исходя из полученных данных, гипотезы пересматриваются, подтверждаются либо опровергаются. Наиболее вероятные подвергаются дальнейшей проверке.

Получение последующих специфических данных с целью подтверждения или опровержения рассматриваемых гипотез и возможного генерирования новых

Сбор данных продолжается, пока не прекратится генерирование новых гипотез. При многомерном интегративном анализе не существует единого универсального инструментария для получения значимой информации, необходимо использовать различные способы диагностики и методы сбора данных.

Методы сбора данных могут включать различные комбинации из предлагаемого списка:

1. Обзор информации от направившего, скрининга и регистрационных данных.
2. Свободное, полуструктурированное или структурированное интервью.
3. Неструктурированное наблюдение за выполнением задания.
4. Структурированное наблюдение за выполнением задания при помощи стандартизированных или нестандартизированных оценочных шкал.
5. Письменные анкеты или дневники самоотчета с открытыми вопросами, установленными категориями, стандартизированной обработкой и подсчетами, либо нестандартных форм.
6. Стандартные или нестандартные тесты.

В современной литературе предлагаются различные виды протоколов интегративной диагностики для сбора предварительной информации. Исходный протокол разрабатывается в соответствии с организацией лечения по категориям пациентов.

Для получения окончательного заключения по биологическим, психодинамическим, социокультурным и поведенческим категориям разработан следующий набор диагностического инструментария:

<i>Категория</i>	<i>Названия тестов</i>
Биологические	<ul style="list-style-type: none"> ○ Тест когнитивного уровня по Эллен (ACL) и тест нижнего когнитивного уровня (LCL) ○ Личностный символ ○ Психиатрическая оценка сенсорной интеграции у взрослых по Шредеру, Блоку и Кэмпбеллу (SBC) ○ Южно-калифорнийские тесты сенсорной интеграции для детей
Психодинамические	<ul style="list-style-type: none"> ○ Батарея тестов Азима (Azima) ○ Батарея тестов ВН ○ Батарея диагностических тестов ○ Диагностическая батарея тестов Фидлера (Fidler) ○ Батарея тестов Гудмана (Goodman) ○ Рисуночный коллаж ○ Батарея тестов Шумьена (Shoemyen)
Социокультурные	<ul style="list-style-type: none"> ○ Конфигурация деятельности ○ Подростковая ролевая оценка ○ Оценка профессионального функционирования (AOF) ○ Список интересов ○ Профессиональная история (анамнез) ○ Интервью об истории профессионального исполнения ○ История (анамнез) профессиональных ролей
Поведенческие	<ul style="list-style-type: none"> ○ Оценка сферы профессионального исполнения по Бью (BAFPE) ○ Полная оценка базовых жизненных навыков (CELBS) ○ Полная эрготерапевтическая диагностика (COTE) ○ Оценка жизненных навыков по Колману (KELS) ○ Принципы исследования навыков и интервью Моузи (Mosey) ○ Гериатрическая оценочная шкала Парачек (Parachek)

Отбор, обработка и интерпретация полученных данных требуют клинического опыта и знания вопросов экспертизы, особенно при работе с различными категориями больных в специфических условиях.

СОЗДАНИЕ И РАЗВЕРТЫВАНИЕ ПРОГРАММЫ ЭРГОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПСИХИАТРИИ

После завершения скрининга и диагностики специалист дает заключение о *нуждаемости пациента в эрготерапевтической помощи*.

Общепризнано, что **эрготерапия помогает:**

- удовлетворению обычных здоровых потребностей человека;
- предотвращению дисфункции профессионального поведения;
- процессам изменения, развития и восстановления;
- поддержке функционирования;
- управлению травмирующими видами поведения.

На начальных этапах развертывания программы эрготерапевт создает **план работы**, в котором *отражаются:*

- долгосрочные цели;
- краткосрочные цели;
- применяемые терапевтические методы и средства;
- вид лечебной среды;
- методы оценки получаемого результата (эффективности);
- частота обслуживания;
- процедура завершения;
- планы разгрузки.

План должен разрабатываться совместно с другими членами коллектива и утверждаться руководителем учреждения. В больницах общего профиля он согласовывается с посещающим пациента психиатром. Создание и развертывание программы, основанные на потребностях пациента, во многом зависят от имеющейся экономической базы и реальных технических ресурсов, возможности привлечения и оплаты труда третьих лиц.

Оптимальным вариантом считается совместная с пациентом **постановка целей**, подтверждаемых результатами диагностики. Создание терапевтической атмосферы с момента первой встречи помогает взаимопониманию между эрготерапевтом и его подопечным при определении целей. От понимания и приемлемости для больного целей зависит его участие в процессе и конечное удовлетворение.

Общие цели эрготерапии в психиатрии включают:

- *лечение;*
- *поддержку;*
- *реабилитацию и профилактику.*

В большинстве случаев программа содержит *не одну цель*.

Лечебные цели эрготерапии – ожидаемые результаты вмешательства в дисфункцию профессионального поведения индивида. В них отражается намерение восстановить функционирование на болезненном (*преморбидном*) уровне либо обозначить область предстоящего обучения. Во всех случаях выделяются навыки и манеры исполнения, подвергшиеся негативному влиянию биологических, психодинамических, социокультурных или поведенческих факторов. **Цель** может быть:

- *специфической*, ограничивающейся составными навыками исполнения;
- *глобальной*, относящейся к целым областям профессиональной деятельности.

Зачастую узкие и глобальные цели *совпадают* из-за наличия взаимосвязи между дефицитом навыков и дисфункциями в области исполнения.

Цели поддержки функционирования устанавливаются с учетом намерений общей программы активности. Создавая здоровую обстановку, трудотерапевт планирует и структурирует эрготерапию таким образом, чтобы человек получал удовольствие от тренировки, рекреации, самообслуживания и других видов повседневной деятельности. Предотвращение будущей профессиональной дисфункции также является частью планируемого процесса разгрузки. Для *достижения* целей поддержки необходимо *использовать ресурсы микросреды* и *взаимодействовать с будущим окружением* (семья, школа, место работы пациента).

Реабилитационные цели – основное звено всякой эрготерапевтической программы. Главное **предназначение реабилитации** – адаптация или трансформация физической, социальной и эмоциональной среды для лучшего функционирования человека. Не следует стремиться к изменению самого индивида.

В различных ситуациях реабилитация может являться *первичной* либо *вторичной задачей*. Это зависит от организации и временных рамок психиатрической помощи, а также от возможностей самого пациента. Главная задача краткосрочной психиатрической госпитализации – сдерживание и эмоциональное отдаление от травмирующих факторов. Эрготерапевтическая реабилитационная программа дополняет медицинскую помощь. При продолжительном стационарном лечении и внебольничных программах реабилитационные цели преобладают.

Выбор методов и разработка плана. Методы эрготерапевтического вмешательства должны определяться на основании поставленных целей. Исходя из этого, разрабатываемый план содержит *указания по персоналу, средствам и процедурам вмешательства, окружающей среде*, которые будут использоваться.

В плане должна содержаться следующая информация:

- терапевтическая ценность выбранных методов;
- предполагаемые результаты с их обоснованием;
- наличие теоретических и эмпирических данных в пользу данных методов;
- соответствуют ли эти методы особенностям пациента, организации вмешательства, выявленным проблемам;
- имеются ли квалифицированный персонал и достаточно ли ресурсов для реализации намеченной программы.

Реализация программы не возможна, прежде чем будет очерчен круг основных вопросов: проблемные области; долгосрочные и краткосрочные цели, терапевтические методы, логическое обоснование программы. На фоне динамических процессов в течении заболевания нередко возникает необходимость в **коррекции** намеченного плана. Сама программа и особенности ее исполнения пациентом систематически **оцениваются** и **документируются** в соответствии с требованиями регистрационного бланка пациента.

Эрготерапевт работает в тесном сотрудничестве с другими специалистами в области психиатрии, помогая непосредственно в процессе специфического лечения больных людей. Он обязан наблюдать результаты и диагностировать побочные эффекты медикаментозной терапии, консультироваться и консультировать на уровне, соответствующем его квалификации и профессиональному опыту. При этом обмен информацией между сотрудниками может осуществляться в устной и письменной (ведение медицинской документации) формах. Трудотерапевты выступают в роли консультантов для пациентов и других специалистов, в программах и учреждениях.

В сфере психического здоровья работают различные профессиональные работники и парапрофессионалы, выполняющие характерные роли:

Дисциплина	Характерные роли
Психиатрия	Соматическая терапия
Психология	Психологическое тестирование и диагностика
Медицинский уход	Медсестринская забота, создание благоприятной атмосферы
Эрготерапия	Функциональная диагностика и активная деятельность по обеспечению профессионального функционирования и приспособления
Социальная работа	Работа с семьей, определение социальных ресурсов микросреды

Парапрофессиональное консультирование	Поддержка терапевтической атмосферы
Арттерапия, музыкальная и танцевальная терапия	Способствовать процессам коммуникации и осознания посредством креативной модальности
Рекреационная и деятельная терапия	Общие социальные, рекреационные и деятельные программы

Следует помнить о том, что сегодня **соматическая терапия** играет важную роль в лечении большинства психических расстройств и болезней. В это понятие включены *фармакотерапия* и *электроконвульсивная терапия*.

Соматотерапия сокращает продолжительность острых фаз заболевания, уменьшает частоту и длительность госпитализации. Например, прием антипсихотических средств предотвращает рецидивы с повторной госпитализацией при шизофрении.

Эрготерапевт наблюдает и составляет отчеты об изменениях профессионального поведения и манеры исполнения у пациента на фоне соматической терапии. Планируя лечение и разгрузку, следует знать особенности *влияния соматотерапии* (ограничение либо расширение спектра функционирования больного). При этом важно учитывать ряд *существенных моментов*:

- Какие побочные результаты может вызвать проведение соматического лечения, каким образом они повлияют на профессиональное поведение пациента?
- Есть ли противопоказанные действия, материалы, продукты и виды окружающей обстановки (с учетом возможных побочных эффектов соматической терапии)?
- Каким образом в результате соматотерапии изменится профессиональное поведение и манера исполнения у пациента?
- Как модифицировать и приспособить виды лечебной деятельности и планы разгрузки к изменениям функционирования в результате соматической терапии?
- Учитывая пользу и побочные действия медицинских препаратов, может ли пациент принимать их?

Документирование и хранение эрготерапевтических записей

❖ **Регистрационная карточка пациента АОТА** состоит из **5-ти** разделов:

1. Идентификационная и предварительная информация:

1.1.

- ФИО,
- Возраст,

- Пол,
- Дата поступления,
- Лечебный диагноз,
- Дата настоящего обострения (возникновения проблемы);

1.2.

- Откуда (кем) направлен,
- Требуемые услуги,
- Дата направления на эрготерапию;

1.3.

▪ Данные о предыдущем уровне функционирования и системах поддержки;

1.4.

- Вторичные проблемы и имевшиеся условия;

1.5.

- Противопоказания и меры предосторожности.

2. Диагностика и последующая проверка (в соответствии с «Унифицированным эрготерапевтическим контрольным списком» (см. лекцию № 5) в отношении специфических навыков):

- Обработанные тесты и оценки их результатов;
- Резюме и анализ данных, полученных при диагностике;
- Ссылки на другие отчеты и данные;
- Список эрготерапевтических проблем;
- Рекомендации по эрготерапевтическому обслуживанию.

3. Планирование лечения:

- Долго- и краткосрочные цели;
- Виды деятельности и лечебные процедуры;
- Тип, объем и частота сеансов лечения;
- Предполагаемые сроки достижения целей;
- Заявление потенциальных функциональных результатов.

4. Осуществление лечения:

- Используемые деятельность, процедуры и модальности;
- Реакция пациента на лечение и его прогресс в достижении целей в соответствии со списком проблем;
- Изменения в целях, обусловленные реакцией на лечение;
- Изменения предполагаемого срока достижения целей;
- Посещения и участие согласно плану лечения;
- Объяснения причин пациентом в случае пропуска лечения;
- Вспомогательное адаптационное оборудование, протезирование, биопротезирование, специальные инструкции по эксплуатации;
- Заседания и прочий обмен информацией о пациенте;
- Домашние программы.

5. Прекращение обслуживания:

- Итоги выполнения диагностики и лечения;

- Домашние программы;
- План дальнейшего контроля;
- Рекомендации;
- Направления в другие учреждения здравоохранения, социальные службы.

❖ Во многих странах для хранения информации в психически больных широко применяется **проблемно-ориентированная карточка Вида (POR)**.

POR состоит из 4 основных частей:

1. **База данных:** история, физическое обследование, лабораторные данные.

2. **Список проблем:** пронумерованный список проблем пациента.

3. **Начальный план** по каждой проблеме.

4. **Пометки о прогрессе** по каждой проблеме.

Пометки о прогрессе состоят из ряда *элементов*, совокупность которых называется **СОДП (SOAP- note)**:

С (*субъективные данные*) – то, что пациент говорит о проблемных областях и своих ощущениях;

О (*объективные данные*):

- обнаруживаемые повторения специфических оценок и тестов;
- объективное описание поведения;
- проведенное лечение;
- достигнутые результаты.

Д (*диагностика*):

- профессиональное заключение согласно собственной субъективной и объективной информации;
- требуемая эффективность лечения и изменения;
- цели.

П (*план*):

- избираемый курс лечения,
- основанный на предварительной диагностике, для достижения целей по выявленным проблемам;
- последующая оценки модальности и специфическое лечение;
- рекомендации.

Ведение картотеки особенно актуально с *правовой* и *судебно-медицинской* точек зрения.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И РАССТРОЙСТВАМИ. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

РЕАБИЛИТАЦИЕЙ называется медико-социальный процесс, конечной целью которого является восстановление оптимальной биологической и общественной самостоятельности не полнофункциональному человеку, потерянной в результате врожденных причин и пороков развития. Это важнейшая составляющая общей системы диспансеризации, мероприятия которой направлены на восстановление социального и трудового статуса пациента. Согласно положениям ВОЗ, реабилитация включает в себя все меры, направленные к наиболее полному возвращению больному человеку здоровья и трудоспособности в результате применения комплекса медицинских, психологических, педагогических и социальных мер.

В последние годы прослеживается тенденция постоянного увеличения количества психически больных граждан, что объясняется резкими социальными изменениями, неблагоприятными экологическими, экономическими и психологическим факторами. В контексте сказанного осознается необходимость повышенного внимания к пациентам с психическими расстройствами, понимания их насущных проблем, внедрения инновационных методов в процесс лечения, реабилитации и профилактики этой категории больных.

В связи с тем, что при душевных расстройствах нарушается преимущественно видоспецифическая деятельность и социальное функционирование человека, утрачиваются или нарушаются моторные и речевые функции, реабилитация в психиатрии имеет свои особенности.

Реабилитация психически больных людей предполагает их **ресоциализацию** – восстановление и сохранение индивидуальной и общественной ценности пациентов, их личного и социального статуса.

Основополагающими **принципами реабилитационных мероприятий** и методов воздействия, основывающимися на апелляции к личности больного, являются:

- принцип партнерства;
- принцип разносторонности мероприятий по реализации реабилитационной программы;

- принцип единства психосоциальных и биологических методов воздействия;

- принцип ступенчатости прилагаемых усилий.

Принцип партнерства. С учетом того, что ресоциализировать больного без его желания невозможно, следует включать в лечебно-восстановительный процесс самих пациентов, привлекать их к участию в восстановлении нарушенных функций (внимания или памяти) и социальных связей (трудовых, семейных). Без доверия к врачу и предлагаемым методам воздействия (психотерапия, социотерапия или трудотерапия), без активного сотрудничества пациента с врачом невозможно достичь положительных результатов.

Принцип разносторонности (разноплановости) воздействий (мероприятий) по реализации реабилитационной программы – понимание реабилитации как сложного процесса, объединяющего усилия врача и пациента, направленные на различные сферы «психосоциального функционирования» последнего.

Выделяют различные *сферы реабилитации*:

- психологическую;
- профессиональную;
- семейную;
- общественную;
- связанную с получаемым воспитанием (образованием) пациента;
- связанную с проведением досуга (влияние развлечений, игр, искусства).

Психологическую основу реабилитации составляет перестройка нарушенных отношений больного и адаптация его к жизнедеятельности в изменившихся условиях. Главнейшей медико-педагогической и лечебно-восстановительной задачей реабилитолога в каждой конкретной ситуации является трансформация и переориентация системы отношений (взаимоотношений) пациента в нужном для реабилитационных целей направлении. Девиз восстановительного лечения «Человек заболевает в обществе и может быть вылечен по-настоящему от своего заболевания и его последствий только в нем» должен быть взят на вооружение.

В контексте с вышесказанным следует подчеркнуть важную роль в реабилитационной программе психиатров, эрготерапевтов, медицинских психологов, педагогов, социологов, реабилитологов по различным видам занятости и развлечениям.

Принцип единства психосоциальных и биологических методов воздействия. Реабилитация и лечение не должны противопоставляться друг другу, так как являются двумя составляющими единого процесса: на человека в целом в большей степени направлена реби-

литация, на болезнь – лечение. По словам Н.Н. Тимофеева, «основное в учении о реабилитации – это борьба за человека, а не борьба против болезни».

Принцип ступенчатости (переходности) прилагаемых усилий, осуществляемых воздействий и мероприятий. Все лечебные воздействия (в том числе психосоциальные, психотерапевтические и трудотерапевтические) следует назначать в определенных нарастающих дозах с постепенным переходом от одного реабилитационного воздействия к другому, от одной формы организации психиатрической помощи к другой.

Принципа дифференцированности, многоступенчатости, «переходности» рекомендуется придерживаться не только в лечении и лечебных режимах, но и в быто- и трудоустройстве.

Суть *реабилитационного подхода* к больному человеку заключается в единстве «ступенчато» проводимых биологических и психосоциальных воздействий и мероприятий, направленных как на патологический процесс, так и на разные стороны жизнедеятельности больного с целью восстановления (сохранения) личного и социального статуса.

Разработана и одобрена ВОЗ схема *трех этапов реабилитации* психически больных людей:

- первый – этап восстановительной терапии;
- второй – этап реадaptации;
- третий – этап реабилитации в полном смысле слова.

С *восстановительной терапии* начинается процесс реабилитации. *Задачами* этого периода является:

- устранение или смягчение проявлений болезни;
- предотвращение формирования психического дефекта;
- профилактика явлений госпитализма, «сползания больного к изоляции», его инвалидизации.

Отличительной особенностью этого лечения является сочетание биологических методов лечения (включая медикаментозное) с различными психосоциальными воздействиями (так называемое лечение средой, занятостью, психотерапия). Для некоторых категорий больных, например, с двигательными нарушениями, в этом периоде реабилитации приобретают большое значение различные методы физиотерапии и лечебной физкультуры – ЛФК.

Задачи второго этапа реабилитации (*реадaptации*):

- приспособление больного к условиям внешней среды;
- восстановление приспособляемости.

Особое внимание уделяется дифференцированной трудовой терапии и специальной психотерапевтически ориентированной (воспитательной) работе с больными и их родственниками. Предпочтение

отдается групповому общению больных и здоровых (различные формы групповой психотерапии, включая семейную), лечению занятости, развлечениями (культтерапия). Биологическое лечение ограничивается назначением «поддерживающих» доз психотропных средств.

Задачи и содержание реабилитации в прямом смысле слова (третий этап):

- возможно более полное восстановление больного в правах;
- восстановление его индивидуальной и общественной ценности;
- восстановление доболезненных отношений с окружающей действительностью.

В этом периоде особое значение приобретает **клубная работа** с больными, сочетающая в себе элементы «поддерживающей» психотерапии, терапии занятостью и развлечениями.

На каждом этапе реабилитации предпочтение отдается специфичной для него форме терапевтического воздействия. Восстановительное лечение проводится в стационарах или полустационарах (дневные и ночные стационары, специализированные санатории). Реадаптация может осуществляться как в стационарных и полустационарных учреждениях, так и в психоневрологических диспансерах с лечебно-производственными мастерскими. Реабилитация же в прямом смысле слова реализуется во внебольничных условиях: домашний труд, лечебно-производственные мастерские, работа на обычном производстве.

Реабилитационные технологии

Реабилитационная технология предусматривает интенсивное комплексное использование реабилитационных мероприятий.

Все реабилитационные мероприятия сводятся к основным и дополнительным действиям.

Основные действия:

- ❖ распознавание и диагностика болезни;
- ❖ предварительная и периодическая оценка физических и психических способностей пациента;
- ❖ лечение с помощью физических факторов:
 - лечебная физическая культура;
 - спортивные занятия;
 - труд;
 - бытовая реабилитация и оборудование, необходимое для самообслуживания;
 - социальный аспект реабилитации;
 - психотерапия;
 - физиотерапия.

Дополнительные действия:

- ❖ фармакотерапия;

- ❖ диетотерапия;
- ❖ фитотерапия;
- ❖ бальнеоклиматотерапевтическое воздействие.

Для комплексной медицинской реабилитации психически больных характерно интенсивное использование методов активирующей терапии и трудотерапии, бытовой реабилитации, физиотерапии и психотерапии:

Комплексная реабилитация психически больных			
<i>больница (стационар)</i>	<i>психо- неврологический диспансер</i>	<i>загородный санаторий- профилакторий</i>	<i>амбулаторно в домашних условиях</i>
лекарственная терапия	лечебная гимнастика, игры	лечебная гимнастика, прогулки, игры	лечебная гимнастика, прогулки, ходьба на лыжах
психотерапия	фармацевтические препараты	физиотерапия, душ	закаливание
трудотерапия	музыкотерапия	музыкотерапия	фармацевтические препараты
диетотерапия	трудотерапия	электросон	диетотерапия
электросон	физиотерапия	фармацевтические препараты	трудотерапия
витаминация	оксигенотерапия	витаминация	
лечебная гимнастика в сопровождении музыки	витаминация	трудотерапия	

ЛЕКЦИЯ № 8

ОСНОВЫ ТРУДОТЕРАПИИ

ТРУДОТЕРАПИЯ – вид активной кинезитерапии, при которой используют специально подобранную трудовую деятельность (в соответствии формы и фазы заболевания) с учетом функционального и психического состояния больного. Вызывая положительные биофизиологические, психические и социально-эстетические изменения у больного, лечение трудом способствует выздоровлению организма в целом.

Труд как средство терапии нашел широкое применение во всех областях медицины: неврологии, нейрохирургии, травматологии, психиатрии и т.д. Правильно подобранные и дозированные трудовые операции оптимизируют происходящие в организме человека физиологические и психические процессы:

- активизируется обмен веществ;
- стимулируются кровообращение и дыхание;
- улучшаются координация и быстрота движений;
- укрепляются мышцы;
- увеличивается амплитуда движений в суставах;
- улучшается трофика и функция нервной системы;
- формируются и закрепляются двигательные навыки;
- разрушаются создавшиеся патологические рефлексy;
- мобилизуются волевые импульсы;
- облегчается процесс концентрации внимания;
- на фоне возникающих положительных эмоций улучшается настроение;
- уменьшается либо вообще проходит чувство малоценности;
- появляется ощущение уверенности в собственных силах.

В процессе трудотерапии психическая активность пациентов стимулируется, направляется к конкретной, дающей удовлетворение, деятельности.

В трудотерапии применяют различные виды деятельности: работа в саду и огороде (зимой в оранжерее), уборка помещений, плетение, шитье, столярные и слесарные работы, лепка и т.д.

Отличие трудотерапии от лечебной физкультуры:

➤ Если при ЛФК движения представляют собой физиологические упражнения, то в трудотерапии это сложные синтетические движения, связанные с трудовой деятельностью и обусловленные формой труда.

➤ Занимаясь лечебной гимнастикой, пациенты отмечают элементы психической подавленности, обусловленные «бесцельностью» движений-упражнений. При трудовой деятельности движения знакомы, привычны и естественны, а выполняющие их больные не испытывают отрицательных эмоций.

➤ В процессе выполнения трудовых манипуляций внимание больного сосредотачивается на результате работы, а не на самих движениях. Ощущение скованности проходит.

➤ Лечебный эффект трудотерапии обусловлен целенаправленностью (выработка определенных предметов, количества продукции и т.д.), а не только многообразием движений.

➤ Лечение трудовой деятельностью убеждает пациентов в том, что они способны приносить пользу обществу и себе.

Не следует возлагать надежды исключительно на трудотерапию. В большинстве случаев ЛФК и специальную медицинскую гимнастику начинают очень рано, трудотерапию подключают позже. Методы ЛФК и трудотерапии близки и взаимно дополняют друг друга. Медицинская гимнастика подготавливает больного к трудотерапии. Движения, вы-

полняемые пациентами во время ЛФК и занятий трудом, должны не дублировать, а компенсировать друг друга. Элементы и отдельные формы трудотерапии следует вводить в лечебный комплекс постепенно, подбирая для каждого больного индивидуальную схему в соответствии с его физическим статусом и функциональными возможностями.

Для проведения занятий в лечебных учреждениях и реабилитационных центрах должны быть организованы специальные хорошо оборудованные помещения (кабинеты трудотерапии, мастерские), располагающиеся рядом с бассейном, залом для ЛФК и физиотерапевтическим кабинетом. В некоторых случаях допускается проведение трудотерапии в условиях больничной палаты.

Цель трудотерапии – помочь физическому, умственному, социальному и профессиональному восстановлению больного.

Основные задачи трудотерапии:

- Общее воздействие на организм больного.
- Целенаправленное локальное воздействие соответственно повреждению функций.

Основные принципиальные положения трудотерапии:

- Исследование и оценка физического и психического состояния больного, степени функционального повреждения.
- Включение трудотерапии в единую лечебную программу для больного.
- Раннее начало трудотерапии (легкой и доступной), соответствующей функциональным возможностям больного.
- Трудотерапию назначает лечащий врач.
- Трудотерапия должна быть подобрана с учетом медицинских показаний, личных предпочтений и желаний больного.
- Трудотерапия должна назначаться только после тщательного обследования общесоматического статуса больных, их двигательных и функциональных возможностей.

Разновидности трудотерапии

В настоящее время существует несколько разновидностей трудотерапии, различных по своим задачам, а также средствам и методам их осуществления.

➤ **Обучение самообслуживанию** направлено на устранение беспомощности больного, обусловленной тяжелым функциональным повреждением. Может начинаться рано (на койке в больничной палате) почти одновременно с лечебной физкультурой.

➤ **Забавная** или **развлекающая трудотерапия** предназначается для развлечения больного, уменьшения тяжести состояния в связи с вынужденным продолжительным пребыванием в постели или лечеб-

ном заведении. Рекомендуют различные виды деятельности художественно-прикладного характера: изготовление игрушек, моделирование, вышивание, выработка художественных изделий и др. Данная форма трудовой терапии вызывает приятные эмоции и тонизирует пациента, отвлекает его внимание от патологических ощущений и мыслей, позволяет осмысленно заполнить свободное время.

➤ **Функциональная** или **восстановительная трудотерапия** представляет собой главную, основную и самую характерную составную часть трудотерапии. *Целью* ее является влияние на поврежденный орган или систему для восстановления нарушенной патологическим процессом функции через соответственно подобранные виды трудовой деятельности.

В обязательном порядке должна быть подобрана работа, требующая активной и разнообразной нагрузки на те мышцы (суставы, нервы), которые повреждены у данного больного. Подобное лечение не рекомендуется начинать очень рано, следует дождаться хотя бы элементарного восстановления функции соответствующих органов. Зачастую такая возможность предоставляется только в начале восстановительного периода или в начале периода остаточных явлений.

➤ Целью **профессиональной трудотерапии** и **трудового обучения** является скорейшее восстановление двигательной функции и общего функционального состояния посредством вовлечения в трудовые движения утраченных, но существующих до заболевания трудовых двигательных навыков и стереотипов.

Такое лечение облегчает процесс возвращения больного к прежней трудовой деятельности. В тех ситуациях, когда возвращение к предыдущей профессии невозможно, следует разрабатывать новые движения, пригодные для использования пациентами в их новых профессиях.

Трудотерапию можно проводить на койке в больничной палате, в специальных кабинетах по трудотерапии или на дому больного.

Кабинеты различного вида труда должны быть оборудованы машинами и приспособлениями, оснащены инструментами и необходимым для работы материалом. В отделениях трудотерапии целесообразно организовывать кабинеты:

- по обработке дерева, глины, картона;
- производству корзинок, вязанию, ткачеству;
- по моделированию;
- для бытовых видов деятельности.

Для реализации лечебно-трудового процесса необходимо наличие специально подготовленных кадров (врачей, методистов по трудотерапии) и инструментов по отдельным видам труда.

Дозировка нагрузки при трудотерапии подбирается индивидуально и зависит от:

- продолжительности работы;
- вида производства и тяжести работы;
- характера трудовой деятельности и темпа работы;
- тренированности рабочего;
- особенностей обрабатываемого материала.

Показания для трудотерапии:

- ранения мягких тканей в стадии грануляции и эпителизации;
- вялое течение процесса выздоровления;
- травмы опорно-двигательного аппарата, сопровождаемые ригидностью и контрактурой суставов;
- обширные рубцевания;
- гипо- и атрофия мышц и уменьшение мышечной силы;
- заболевания обмена веществ, требующие увеличения мышечной силы;
- заболевания сердечно-сосудистой системы, дыхательного аппарата, нервной системы с вяло протекающими параличами, парезами и психическими заболеваниями.

Противопоказания для трудотерапии могут быть абсолютными и относительными.

Абсолютные противопоказания к трудотерапии:

- обострение основного заболевания;
- воспалительные заболевания в фазе обострения;
- склонность к кровотечению;
- каузалгия;
- инфильтрация и отек мягких тканей;
- высокая температура;
- злокачественные новообразования.

Относительные противопоказания к трудотерапии:

- обострение основного заболевания;
- субфебрильная температура различного происхождения;
- гнойные раны в период, требующий покоя.

Режим трудотерапии устанавливается индивидуально для каждого больного и отмечается в карте трудотерапии и истории болезни. Он должен отражать уровень трудовой реабилитации больного, устойчивость трудовой установки, его физическую и психическую утомляемость и способность к укреплению и восстановлению утраченных функций. Контроль за соблюдением режима возлагается на медицинскую сестру мастерской. При ухудшении состояния больного отстраняют от работы, в обязательном порядке информируя об этом лечащего врача.

В эрготерапевтической практике выделяют *пять режимов* трудотерапии:

0 – режим временного непосещения больным отделения трудотерапии;

1 – режим палатный (больной занимается трудотерапией в палате);

2 – режим ученический (период освоения рекомендованного вида труда), *перевод на другие виды труда* или в другую мастерскую. При этом режиме требуется наибольшее внимание к больному со стороны инструктора;

3 – режим сокращенного рабочего дня (предусматривает предоставление больному по медицинским показаниям сокращенного рабочего дня на 1 час в день, дополнительных перерывов в работе в течение этого часа или досрочного ухода с работы);

4 – режим полного рабочего дня с ограничением используемых видов работы (предусматривает стабильность трудовой установки больного). Назначается при неспособности больного к переключению от несложной стереотипной трудовой операции к другим видам;

5 – режим полного рабочего дня. Больной выполняет различные трудовые операции в пределах рекомендованных видов труда, хозяйственной работы по системе самообслуживания.

В медицинской документации делаются отметки о продолжительности пребывания больного в мастерской и времени его фактической занятости трудом.

Этапы воспитания трудовых навыков

В формировании правильного и прочного навыка рабочих движений выделяют несколько этапов:

➤ **Первый этап** – больные должны получить основные сведения о трудовой операции, оборудовании рабочих мест. Важно возбудить интерес больного к работе, желание овладеть ею.

➤ На **втором этапе** обучения происходит освоение больными трудовых навыков, необходимых для восстановления нарушенных функций. Больным показывают и объясняют приемы трудовых операций. Во время упражнений больные стараются закрепить вначале простейшие, а затем и более сложные приемы, показанные инструктором. После этого группа обучающихся переходит к индивидуальным занятиям и самостоятельной работе. Больные имеют возможность при такой планировке занятий работать в разном темпе.

➤ По мере усвоения рабочих приемов в **третьем периоде** обучения у больных формируются навыки выполнения комплексных работ. Закрепляются приемы трудовых операций, обращается внимание на скорость работы.

При отсутствии противопоказаний трудотерапию целесообразно начинать с момента поступления в стационар или реабилитационный центр. По мере улучшения состояния бытовые навыки больного следует восстанавливать в специально созданном кабинете бытовой реабилитации, в котором должны быть все необходимые предметы домашнего обихода. Занятия проводятся группой в 5–7 человек, а с тяжелобольными – индивидуально. Продолжительность занятий не должна превышать 30–45 минут с перерывами для отдыха через каждые 15 мин.

➤ На заключительном этапе лечения, когда у больного значительно улучшается способность обслуживать себя самостоятельно, тренировки вновь проводятся в отделении.

ЛЕКЦИЯ № 9

ТРУДОТЕРАПИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В комплексном лечении психически больных сегодня всеобщее признание и широкое распространение приобретает трудовая терапия, имеющая большое значение для социально-трудовой реадaptации и реабилитации больных.

ТРУДОТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ людей – это область медицинской практики, пограничная между психиатрией, клинической психологией и психологией труда, центральной задачей которой является адаптация психически больного к социуму посредством его включения в активную трудовую деятельность, моделируемую в стационаре или на производстве.

Общепризнанным и не требующим доказательства фактом является то, что причиной снижения и утраты трудоспособности больными нередко являются:

- ✓ несвоевременно начатое и нерегулярно проводимое реабилитационное (восстановительное) лечение;
- ✓ неполное использование всех средств реабилитации, предназначенных для восстановления и развития временно утраченных функций больного.

В то же время практика показывает, что раннее начало и применение в полном объеме трудотерапии и других реабилитационных средств позволяет:

- ✓ восстановить (полностью либо частично) трудоспособность больного;

- ✓ способствует приобретению им трудовых и бытовых навыков по самообслуживанию;
- ✓ помогает избежать инвалидности.

Выделяют несколько **уровней социально-трудовой реадaptации** психически больных людей (по С.Г. Геллерштейну):

1) *профессиональная реадaptация* – возврат к прежней профессиональной деятельности, когда коллеги «дефект не замечают»;

2) *производственная реадaptация* – возврат к труду, но при снижении квалификации;

3) *специализированно-производственная реадaptация* – возврат на производство, однако должность или трудовой пост, специально приспособленный для лиц с нервно-психическими дефектами в особых щадящих условиях;

4) *лечебно-производственная реадaptация* – доступна лишь работа во внебольничных лечебно-производственных мастерских, когда у больного сохраняются стойкий дефект работоспособности либо патология поведения;

5) *внутрисемейная реадaptация* – выполнение домашних обязанностей;

6) *внутрибольничная реадaptация* – при глубоких дефектах психики.

Задачи трудотерапии заключаются в достижении больным максимально высокого, доступного для него уровня реадaptации.

Отечественным специалистом в области психиатрической эрготерапии С.Г. Геллерштейном трудотерапия понималась как разновидность средств, как стимулятор роста, стимулятор трудовой активности больного на пути восстановления специфически человеческого образа жизни. Он связывал эффективность ручного труда с тем, что этот вид деятельности обладает такими весьма ценными признаками, как:

- соответствие человеческим потребностям;
- целевой характер деятельности;
- мощное воздействие упражнения;
- мобилизация активности и внимания;
- необходимость приложения усилия, напряжения;
- широкие возможности компенсации;
- преодоление трудностей и препятствий, возможность регулирования их и дозировки;
- включение в жизненно полезный ритм;
- результативность, предпосылки организации обратной связи и совершенствования функций;
- благодарное поле для отвлечения, переключения, смены установки;

- рождение положительных эмоций (чувства удовлетворения, полноценности и др.);

- коллективный характер труда.

Следует помнить о том, что в психиатрической практике трудотерапия может помогать или ухудшать течение заболевания в зависимости от:

- состояния больного;
- используемой формы труда;
- дозировки трудовых занятий;
- формы организации труда;
- содержания труда.

Абсолютные противопоказания для назначения трудотерапии:

- острые болезненные состояния, сопряженные с расстройством сознания;

- кататонический ступор;
- тяжелые соматические заболевания.

Временные противопоказания для назначения трудотерапии:

- период активного медикаментозного лечения;
- выраженные депрессии;
- астенические состояния.

Трудотерапия **относительно противопоказана** при явно отрицательной установке пациента на труд.

Во всех этих случаях нужен индивидуальный подход к организации лечения трудом с учетом каждого фактора в отдельности и всех их вместе. Целесообразно построить классификацию видов труда, доступных в качестве трудотерапии, что позволяет проектировать формы эрготерапии осознанно, с учетом характера дефекта больного и доступной для него актуальной «зоны ближайшего развития». Следует предварительно выявить потенциальные возможности разных видов труда, провести их содержательный и структурно-функциональный анализ, чтобы сознательно использовать труд как лечебное средство, как это принято в любой другой области терапии. Все это сводится к специализированной *модификации профессиографии*.

С.Г. Геллерштейн и И.Л. Цфасман в книге «Принципы и методы трудовой терапии психически больных» отражают два ведущих **принципа использования трудотерапии**:

- Труд больных должен быть результативным и больной должен видеть результаты своей деятельности.

- Необходим индивидуальный учет выработки больных.

При **подборе** больному **вида труда** инструктор по труду должен учитывать такие моменты, как:

- профессиональный опыт больного до заболевания;

- его социально-трудовые установки и навыки;
- круг интересов;
- интеллектуальный уровень;
- склонности и способности;
- возраст больного.

Особенности трудотерапии при конкретных видах психопатологии:

Активное включение больных *галлюцинаторным синдромом* в труд приводит к ослабеванию галлюцинаций. Предлагаемый труд должен быть напряженным и активным, мало- или неавтоматизированным, что способствует подавлению патологической доминанты и созданию новой (трудовой). Активный труд уменьшает поглощенность психики галлюцинаторными переживаниями, наполняя жизнь больного новым здоровым содержанием.

Пациентам, находящимся в состоянии *маниакального возбуждения*, поручают подвижную работу (переносить слабых больных в ванную и обратно в постель, помогать персоналу в доставке пищи в отделение и т.п.), что благотворно действует на больных и снижает у них интенсивность патологического процесса.

При *депрессивных состояниях* нужно помочь больному отвлечься от тягостных переживаний, дать надежду на выздоровление, создать доминанту для ухода от тревожных мыслей. Подбирается исключительно индивидуальный вид деятельности, позволяющий оценивать продуктивность и чередовать различные формы работы. При составлении плана реабилитационной работы с депрессивными больными, в том числе и по вопросам вовлечения их в трудовую терапию, необходим анализ их клинических и социально-психологических характеристик. Трудовой процесс должен опираться на привычные навыки. Необходимо продемонстрировать больному его полноценность, пригодность к осмысленной и полезной деятельности.

Подбирается интересная в эмоциональном отношении и по возможности коллективная (участвуют разные больные) работа: переплет книг, нанесение рисунка на фанеру для выпиливания или чертежа для резьбы по дереву. Это оказывает на пациентов отвлекающее действие, укрепляет их уверенность в себе, в способности трудиться. График работы составляется таким образом, чтобы поначалу они привлекались к трудовой терапии лишь в вечерние часы, когда несколько снижается интенсивность депрессивных переживаний, уменьшается чувство тоски, тревоги. Продолжительность работы в первое время не должна превышать 30–40 минут в день. В последующем таких больных можно привлекать к труду и в утреннее время, увеличивая его продолжительность до 3-х часов утром и 2-х часов во второй половине дня.

При **двигательной заторможенности** пациента партнером по работе может быть больной, незначительно превосходящий по активности, либо инструктор по труду. В обязательном порядке применяется *метод рабочих проб*: инструктор некоторое время работает с больным на спаренной работе, выделяет свойственный больному ритм, темп движений, стиль его работы, характерные недостатки и др. Для повышения тонуса организма, нормализации обменных процессов показан труд на свежем воздухе, требующий участия многих мышц (например, работа в саду).

Если у больных **олигофренией** есть интерес к труду, то они ничем не отличаются от здоровых. У умственно отсталых (например, при болезни Дауна) хорошо развита моторная память и исполнительность (они очень старательные). Труд доставляет им большое удовольствие, так как они очень эмоциональны и эмпатийны.

Стационарных больных, назначенных на трудотерапию, дежурная сестра отделения ежедневно сопровождает в мастерскую и передает его под непосредственное наблюдение инструктора по труду. При организации занятий следует придерживаться некоторых *правил*:

- ✓ Рассаживать пациентов рекомендуется на таком расстоянии, чтобы в процессе работы они не задевали соседа и не вызвали раздражения друг у друга.

- ✓ Больных с суицидальными тенденциями размещают рядом с людьми, выполняющими работу без инструментов (картонажные работы, раскрашивание, перемотка пряжи). Это связано с их стремлением достать пригодные для самоповреждения инструменты, умением искусно прятать и выносить из лечебной мастерской: горшка с цветами прячут в землю, в карман соседа, выбрасывают в форточку и т.п. Пропавший инструмент должен быть найден немедленно!

- ✓ Первая работа, поручаемая больному, должна быть не сложной и строго индивидуально дозированной.

- ✓ Поначалу больному разъясняют только одну операцию рабочего процесса, а после ее усвоения постепенно обучают последующим, раскрывая и расширяя диапазон его производственных возможностей.

- ✓ Больного в заторможенном состоянии целесообразно размещать рядом с маниакально больным с учетом того, что чрезмерная говорливость соседа способствует его скорейшему растормаживанию.

- ✓ Нельзя акцентировать внимание на дефектах в работе и упрекать за ее низкое качество депрессивных больных, чтобы не вызвать углубления переживаний.

В лечении женщин более эффективны такие виды труда, как вышивка, мережка, различное узорное вязание и плетение, пошивка кукол, детского платья, починка больничного белья, художественное

изготовление елочных украшений, мягкой игрушки, искусственных цветов, картонажные работы.

Труд мужчин отличается большим разнообразием и содержанием: выпиливание лобзиком, картонажная работа, переплетение книг, художественное плетение (корзин, ковриков, салфеток и т.д.).

Рекомендуется разделять трудовой процесс на отдельные фазы. Например, в процессе изготовления салфеток выделяют семь операций, поручаемых разным пациентам:

- разметка пряжи;
- намотка пряжи на раму;
- сшивка;
- разрезка;
- расческа;
- снятие с рамы готовой салфетки;
- обравнивание.

Работа по переплетению книг состоит из пяти последовательных и самостоятельных операций:

- расшивка книг;
- реставрация изношенных страниц;
- сшивание страниц;
- обрезка сброшюрованной книги;
- переплет.

Разделение видов труда на самостоятельные операции позволяет привлечь к нему большее число больных, восстанавливая у них тем самым нарушенное болезнью чувство сплоченности в трудовых процессах. Очень важно, чтобы больные вносили в работу элементы творчества, однако разрешение на ее выполнение должно быть дано инструктором по труду во избежание ослабления лечебно-трудовой дисциплины в мастерской.

Инструктор по труду должен стремиться не только к вовлечению в процесс как можно большего числа больных, но и установлению между ними необходимого контакта. Так, принимавшие участие в подготовке книги к переплетению депрессивные больные с видимым удовольствием и интересом рассматривают книгу, гладят ее и гордятся своим участием в работе. С учетом того, что пациенты с депрессивными синдромами должны видеть результаты своего труда, целесообразно поручать им окончательную отделку выполненных другими изделий, упаковку и маркировку готовой продукции.

Некоторым больным больше показана работа на свежем воздухе (весенняя уборка территории больницы, посадка деревьев, обработка земли для посадки цветов из оранжереи), чем в лечебной мастерской отделения. Депрессивных больных такой труд бодрит, их настроение заметно улучшается. Увлеченные работой, они перестают тяжело

вздыхать. Движения становятся более быстрыми и уверенными. Они беседуют с инструктором и даже улыбаются, постепенно начинают разговаривать с другими пациентами. После работы аппетит улучшается, послеобеденный сон углубляется.

Вне больницы трудотерапия проводится под непосредственным наблюдением и в присутствии опытного инструктора по труду.

ЛЕКЦИЯ № 10

ПСИХОТЕРАПИЯ КАК ФАКТОР ЛЕЧЕБНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ. ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ И БИХЕВИАРИСТСКИЙ МЕТОДЫ

Особое место в реабилитации больных занимает **психотерапия**.

ПСИХОТЕРАПИЯ – это 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 (В.Е. Рожнов). Она представляет собою сочетание и частичное взаимодействие научных знаний и практических подходов и отличается различными установками (психологическими, медицинскими, антропологическими, социально-экономическими, экологическими и философскими) и широким спектром применения.

Подтверждением многоплановости психотерапии является указание П. Ледера (Leder S., 1993) на возможные представления о психотерапии как:

- о методе лечения, *влияющем на состояние и функционирование* организма в сферах психической и соматической деятельности;
- о методе, *активизирующем процесс* научения;
- о методе инструментальной манипуляции, служащей целям *социального контроля*;
- о комплексе явлений, происходящих в ходе взаимодействия и общения людей.

Основным психологическим **методом воздействия** в психотерапии является *языковое общение* психотерапевта с пациентом или группой пациентов во время специальных лечебных сеансов. Сегодня большое значение уделяется и *средствам невербальной коммуникации*, влияющим на интеллектуальную деятельность, эмоциональное состояние и поведение человека.

Общие факторы психотерапевтического воздействия (Marmor J., 1978):

- хорошие отношения и сотрудничество между психотерапевтом и пациентом – исходная предпосылка, на которой строится психотерапия;
- ослабление напряжения на начальной стадии, основанное на способности пациента обсуждать свою проблему с лицом, от которого он надеется получить помощь;
- познавательное обучение за счет информации, получаемой от психотерапевта;
- оперативная модификация поведения больного за счет одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта и повторяющегося коррективного эмоционального опыта в отношениях с врачом;
- приобретение социальных навыков на модели психотерапевта;
- убеждение и внушение (явное или скрытое);
- усвоение или тренировка более адаптивных способов поведения при условии эмоциональной поддержки со стороны психотерапевта.

Показания к психотерапии:

- невротические состояния и другие пограничные расстройства психогенной этиологии;
- некоторые формы психосоматических нарушений;
- реакции дезадаптации;
- кризисные состояния;
- личностные нарушения;
- психические расстройства на этапах формирования медикаментозной ремиссии;
- алкогольная и другие формы зависимости.
- психогений, возникновение и течение которых обусловлено психическими (психологическими) факторами.

Различают три уровня проведения психотерапии:

- *профессиональная психотерапия*, осуществляемая врачом-психотерапевтом, когда он выполняет функции лечащего врача и самостоятельно ведет пациента;
- *психотерапия как вспомогательный метод* (может проводиться как психотерапевтом-профессионалом, так и узким специалистом);
- *психотерапия в общей медицинской практике* (проводится всеми врачами).

Только правильное определение уровня проведения психотерапии позволяет четко и конкретно сформулировать ее цели и задачи. Недооценка и переоценка возможностей такой терапии негативно сказываются на результатах вмешательства и престиже лечебного учреждения.

Для разграничения существующих методов психотерапии в настоящее время используются такие термины, как:

- сдерживающая и освобождающая,
- поддерживающая и интегративная,
- симптоматическая и каузальная,
- поверхностная и глубинная,
- познавательная и эмоциональная,
- механистическая и гуманистическая,
- динамическая,
- поведенческая,
- эмпирическая и др.

Одна из первых **классификаций методов психотерапии**, предложенная J. Aleksandrowicz на III Международном симпозиуме по психотерапии (1979), выделяет:

1. Методы психотерапии, разделяющиеся по характеру техники самого метода (гипноз, релаксация, психогимнастика и др.).

2. Методы психотерапии, разделяющиеся по условиям осуществления психотерапевтических целей (индивидуальная психотерапия, семейная психотерапия и др.).

3. Методы психотерапии, разделяющиеся по характеру психотерапевтического «инструмента» воздействия (врач-психотерапевт в качестве «инструмента» при индивидуальной психотерапии, группа в качестве «инструмента» при групповой психотерапии и др.).

4. Методы психотерапии, разделяющиеся по «стилю» психотерапевтического контакта (директивный, авторитарный стиль или недирективный, партнерский стиль).

5. Методы психотерапии, разделяющиеся по форме воздействия (разъяснение, обучение, убеждение, внушение и др.).

В зависимости от позиции психотерапевта в отношении неосознанных комплексов и конфликтов пациента, **методы** подразделяются на:

- раскрывающие причины конфликтов;
- не раскрывающие причины конфликтов.

Часто встречается разграничение **«большой» и «малой» психотерапий**. К «большой» относят методы психоанализа и близких к нему школ, к «малой» – рациональную психотерапию, способы, основанные на внушении и релаксации.

В зависимости от условий проведения вмешательства и степени врачебной подготовки психотерапевта различают психотерапию:

- проводимую врачом-специалистом;
- осуществляемую домашним врачом и интернистом общего профиля.

А также:

- проводимую в амбулаторных условиях;
- осуществляемую в условиях стационара.

Большое практическое значение имеет деление на:

- групповую психотерапию;
- индивидуальную психотерапию.

Из сказанного видно, что не существует «лучшего» метода. Они необходимы для достижения различных целей и решения разнообразных задач, а выбор остается за психотерапевтом.

Б.Д. Карвасарский (1985 г.) подразделяет методы психотерапии на:

- 1) **методы личностно-ориентированной психотерапии;**
- 2) **методы суггестивной психотерапии;**
- 3) **методы поведенческой (условно-рефлекторной) психотерапии.**

Большое практическое значение имеет деление психотерапии на:

- **симптомо-ориентированную** (гипнотерапия, аутогенная тренировка, различные виды внушения и самовнушения и др.);
- **личностно-ориентированную** (базируется на основных течениях современной психологии, в соответствии с чем имеет динамическое, поведенческое и гуманистическое направления).

Основные методы и методики современной психотерапии условно разделены на:

I. Психоаналитический метод.

1. Методика ортодоксального психоанализа Фрейда.
2. Методика индивидуальной психологии Адлера.
3. Методика аналитической психологии Юнга.
4. Методика ускоренного психоанализа Штекеля.
5. Методика неофрейдизма Хорни, Салливена, Фромма.

II. Бихевиористский метод.

1. Методика поведенческой терапии Айзенка.
2. Методика реципрокного торможения Вольпе.
3. Методика «наводнения».
4. Методика парадоксальной интенции Франкля.
5. Методика оперантного обучения.

III. Экзистенциально-гуманистический метод.

1. Методика недирективной терапии Роджерса.
2. Методика гештальт-терапии Перлса.

IV. Метод рациональной терапии Дюбуа.

V. Личностно-ориентированный метод.

1. Методика индивидуальной патогенетической психотерапии.
2. Методика групповой патогенетической психотерапии.

VI. Метод семейной психотерапии.

VII. Метод суггестивной терапии.

1. Методика внушения в состоянии бодрствования.
2. Методика внушения в состоянии гипнотического сна.
3. Методика внушения в состоянии наркотического сна.
4. Методика косвенного (опосредованного) внушения.

5. Методика плацеботерапии.

VIII. Метод саморегуляции.

1. Методика пассивной мышечной релаксации по Джейкобсону.

2. Методика самовнушения по Куэ.

3. Методика аутотренинга Шульца.

4. Методика направленной органотренировки Клюмбиес-Кляйнзорге.

5. Методика биологической обратной связи.

IX. Метод транзактного анализа Берна.

X. Метод Морита-терапии.

1. Методика музыкотерапии.

2. Методика библиотерапии.

3. Методика натурпсихотерапии.

4. Методика арттерапии.

XI. Метод эстетотерапии.

XII. Метод игровой психотерапии (имаготерапия).

XIII. Метод психодрамы Морено.

«Точками приложения» психотерапевтических воздействий, применяемых в единстве с биологическими методами лечения, становятся соучаствующие в проявлении болезни личностные образования, система отношений больного:

➤ отношения к болезни, к лечению, к своему положению среди людей и взаимоотношениям с ними;

➤ изъяны формирования и асинхронии развития личности, существенно влияющие на приспособительное поведение больных и тем самым на характер их социального и трудового восстановления.

Нарушения адаптации у психически больных после затухания активного периода болезни могут быть обусловлены:

- разнообразными стойкими изменениями, вызванными длительной социальной и эмоциональной депривацией;
- конфликтной психологической ситуацией;
- неблагоприятными влияниями среды («вторично усвоенные формы поведения», госпитализм).

В некоторых случаях нарушения адаптации могут быть связаны с изъянами формирования личности в преморбидном (доболезненном) периоде.

Техника установления контакта с пациентом

Инсайт-ориентированная техника наряду с сопереживанием включает свободные ассоциации, интерпретацию и конфронтацию.

Симптом-ориентированная техника нацелена на выявление характерных для заболевания знаков в поведении и психических

функциях (сознание, память, интеллект, восприятие, мышление, эмоции) больного. Схема установления контакта с больным такова:

1. *Зафиксировать общее представление* о пациенте, его конституциональном и поведенческом статусе. Имея навыки работы с психически больными людьми, уже в первые секунды общения можно определить степень соответствия половой ориентации и возрасту. В последующем это понадобится для выяснения соответствия реальному возрасту, конституции, поведению (возбуждение, ступор, неадекватность) пациента.

2. *Расположить к себе и успокоить пациента.* Целесообразно показать больному, что мы находимся на его стороне, а не солидарны с его «враждебным» окружением.

3. *Распознавание особенностей знаков* его локомоций (моторики), мимики, позы, жеста, стилистики отношения к Вам и территории, его эмоционального состояния и общей конструкции речи. Следует реагировать на эти знаки, наблюдать реакцию пациента на наше поведение. Излишне спокойное поведение и пристальный взгляд вызывают у бредового пациента дополнительные подозрения, а у депрессивного усиливают тревогу.

4. *Проявление сострадания и сопереживания* по отношению к больному. Следует с нескрываемым сопереживанием реагировать на открываемые нам пациентом чувства и эмоции.

5. *Оценка степени понимания* пациентом собственных проблем:

- в случае *полного* понимания пациент рассказывает о своих переживаниях как о болезненных;
- при *неполном* понимании лишь некоторые переживания он считает болезненными;
- понимание *вообще отсутствует*.

В процессе психотерапии важно найти те переживания, которые пациент хотя бы частично считает болезненными, и использовать их для работы с остальными переживаниями. На начальных этапах рекомендуется избегать болезненных для пациента переживаний.

6. *Проведение оценки или интерпретация.* Рекомендуется продемонстрировать пациенту свою осведомленность в имеющихся у него симптомах (проявлениях). Целесообразно подчеркнуть уникальность или стандартность данных переживаний, раскрыть возможности управления этими переживаниями, указать на прогноз заболевания, вселить в пациента и его родственников надежду на выздоровление.

7. *Установление лидерства в отношениях* требуется для того, чтобы терапевтическим процессом управлял врач, а не пациент и его родственники или социальное окружение.

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

Психоаналитический метод сводится к интерпретирующему анализу «компромиссных образований» сознания, проявляющихся в симптомах, сновидениях, идеях и распространенных обыденных жизненных явлениях (обмолвках, описках, ошибочных действиях, забывании слов и имен и т.д.). Для проникновения в бессознательное используется процедура *свободных ассоциаций* (свободного фантазирования), известная как фундаментальное правило психоанализа. Ее сутью является *ослабление задерживающих и критикующих «инстанций» сознания*: в голову допускаются самые нелепые мысли и образы, кажущиеся бессмысленным и лишенным значения, не имеющие на первый взгляд отношения к делу; пациенту рекомендуется говорить вслух даже такие вещи, которые он считает тривиальными, постыдными и невежливыми. Процесс вызывает сильное *сопротивление сознания*; рождает внутренний протест. **Анализ переноса и сопротивления** – краеугольный камень психоанализа.

Методика ортодоксального психоанализа Фрейда базируется на *представлениях* автора о бессознательном как о глубинном уровне личности, состоящем из неосознаваемых человеком комплексов (преимущественно, аморальных и антиобщественных) и определяющем энергетический потенциал индивида.

Методика индивидуальной психологии Адлера основана на представлении автора о том, что психическое расстройство человека представляет собою своеобразное «бегство в болезнь» от чувства собственной малоценности («комплекс неполноценности»). С целью излечения такого больного необходимо выявить источник его невроза и установить особенности «жизненного стиля», составляющего психологическую основу болезненного состояния. Исследование и лечение проводятся с использованием средств фрейдовского психоанализа и толкования сновидений.

Методика аналитической психологии Юнга. К. Юнг расценивает комплекс как скрытую в глубине бессознательного неразрешенную жизненную проблему индивида, «клубок жизненных противоречий», причиной которых является моральный конфликт. По Юнгу, именно этот конфликт составляет сущность невроза. При этом основное значение имеет не прошлое пациента, а его настоящие жизненные проблемы. Задача психотерапии, по К. Юнгу, – достижение контакта личности с «коллективным бессознательным» и его символами, архетипами. Методически используются аналогичные психоаналитические приемы: ассоциативный эксперимент и толкование сновидений.

Методика ускоренного психоанализа В. Штекеля предполагает активное и энергичное «нападение» на больного, быстрое выяснение

врачом сути конфликта невротика и наступательный стиль психотерапии. Автор считал, что длительный психоанализ сам по себе может вызвать «психоаналитический невроз». Конфликты выясняются также при помощи анализа клинической картины и толкования сновидений. При этом особое внимание следует обращать на повторные, стереотипные сюжеты сновидений. По мнению автора, невротик не заинтересован в выздоровлении, так как оно угрожает ему необходимостью отказа от привычного, искусственного существования и осознанием своего долга и ответственности. В связи с этим В. Штекель рекомендовал активно пробивать «сопротивление» пациента, идти с ним на «определенного рода конфронтацию».

Методика неофрейдизма Хорни, Салливена, Фромма. Возникшее в США неофрейдистское направление, базируясь на учении З. Фрейда, отвергает его представления об универсальном значении схемы развития libido.

К. Хорни разработала теорию изначальной «базальной» тревоги и описала две характерные черты невротика: стереотипность и ригидность его реакций; противоречия между реальными возможностями пациента и уровнем его притязаний. Невроз, основывающийся на «базальной» тревоге, обусловлен невозможностью сбалансировать эти противоречия. В учении К. Хорни большое значение придается детским переживаниям пациента в ситуациях, когда его родители не способны дать ребенку необходимые тепло и любовь, а это приводит к ощущению враждебности и опасности окружающего мира. Невротическое решение проблем пациента может развиваться в различных направлениях: самоизоляция индивида («уход от людей»); идеализация собственного «Я»; проекция своего конфликта вовне; обвинения в адрес окружающего мира. Психотерапия по К. Хорни предусматривает тщательный анализ конфликта личности пациента и снижения уровня «базальной» тревоги, обеспечение ему тепла, любви и чувства безопасности.

Г. Салливен рассматривает личность как продукт и средоточие интерперсональных отношений, а невроз считает следствием нарушения баланса этих отношений. Он подчеркивает значение культурных факторов, формирующих личность, характерной особенностью которой является стремление сохранить усвоенную форму поведения во избежание чувства напряжения и беспокойства. По мнению автора, психическое расстройство – это психологическая конверсия, когда субъект видит себя и мир в новых отношениях, совершенно ином свете. Успешность терапии зависит от степени изменения «Я-концепции». Необходимо создать у больного новую систему взглядов, которая изменит болезненную систему межличностных отношений. Большое значение Г. Салливен придавал эмоциональной

связи врача с пациентом, родительской роли врача, его умению создавать обстановку тепла и поддержки в процессе лечения.

Э. Фромм создал теорию отчуждения, считая невротизм результатом глубинного чувства одиночества, порожденного современной цивилизацией. Согласно этой теории, первобытный человек чувствовал себя частью природы, античный человек признавал себя гражданином своего полиса (город-государство), средневековый человек ощущал себя членом общины, сословия, гильдии. Современный человек потерял глубинность этих связей, что и определяет чувство одиночества. По Э. Фромму, невротик – это тот, кто из-за гипертрофированного чувства одиночества не в силах рационально решать проблемы взаимоотношений с самим собой, с окружающим миром. Автор усматривал страх современного человека перед свободой и неосознанное желание его укрыться от этого страха под властью авторитарного, тоталитарного режима. По его мнению, невротиками являются все люди, без исключения. Подобно другим неопрейдистам, Э. Фромм считает **лечебной целью** «исцеление характера» невротика, углубление его любви к себе и другим. Излечение невротиков приведет к построению нового, справедливого и гармоничного общества.

ЛЕКЦИЯ № 11

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

В психотерапии больных с душевными расстройствами наиболее эффективными считаются следующие **методы и методики**.

Бихевиористский метод

Методика поведенческой психотерапии Айзенка базируется на трудах В.М. Бехтерева, разработавшего принцип лечения, в основу которого положено торможение патологического условного рефлекса. Предлагая «*терапию поведения*», Н. Eysenck призывал отвлечься от «внутреннего мира» больного и считать терапевтической задачей обучение его новым, «правильным» элементам поведения. Регулятором процесса при этом являются разного рода наказания за неадекватные поведенческие реакции и поощрения за «правильные» формы поведения. В современной поведенческой терапии разработано множество

методов и приемов устранения патологических расстройств с использованием шкалы «поощрение–наказание».

Методика реципрокного торможения Вольпе ослабляет патологический стереотип поведения, составляющий основу невротического состояния. Происходит это за счет реципрокного торможения на фоне постепенного погашения чувства страха в присутствии объекта, вызывающего его. Метод основан на *принципе систематической десенсибилизации* (позаэтапное, постепенное снижение чувства страха). При этом наряду с условным торможением страха формируется новая поведенческая реакция индивида.

Практические приемы состоят в постепенном, систематическом предъявлении больному, находящемуся в состоянии релаксации, обстоятельств и символов, вызывающих у него страх. На начальных этапах лечения больного необходимо обучить мышечной релаксации и концентрации на чувстве покоя. В последующем составляется «иерархическая шкала», включающая в себя несколько десятков ситуаций, вызывающих у пациента страх и напряжение. Ситуации тщательнейшим образом классифицируются от «наиболее легких» для пациента до «непереносимых». Одновременно выясняются и уточняются ситуации, носящие для больного предпочтительный, успокаивающий характер. Во время первого сеанса находящийся в состоянии релаксации с закрытыми глазами пациент в течение 30–40 секунд ярко представляет себе первую ситуацию из составленной шкалы, после чего представляет ситуацию, успокаивающую характер. Цикл имеет 7–8 повторений. Пациент, добившийся полного отсутствия страха, поднимает палец правой руки и врач санкционирует переход того же механизма воздействия на следующую по трудности для пациента ситуацию. Если чувство страха не исчезает, пациент поднимает палец левой руки. Психотерапевту следует остановить сеанс, проанализировать совместно с больным причины неудачи, найти новые оттенки ситуаций. После этого сеанс повторяется до получения положительного результата. Сеансы продолжаются около 30-ти минут. Кроме описанных «тренировочных» занятий (*in vitro*), предлагаются подобные упражнения и в реальной жизни, в конкретных ситуациях (*in vivo*).

Методика «наводнения» применяется, чтобы на достаточно длительное время (не менее 1 часа) *погрузить пациента в реальную ситуацию, вызывающую у него страх и напряжение*. На начальных этапах лечения функцию «спасательного круга» выполняет психотерапевт, находящийся рядом с больным. В последующем пациент самостоятельно продолжает систему тренировок. Подобные сеансы проводятся с одним или группой больных, страдающих клаустрофобией (поездки в метро, в лифтах и т.п.) либо агарофобией (прогулки по площадям и широким проспектам, переходы через улицы и т.п.).

Сопровождающий больного врач обеспечивает ощущение надежности, поддержки. Удачи и неудачи анализируются совместно, постепенно пациент готовится к продолжению серии поведенческих упражнений самостоятельно. Доказано, что ситуации вовлечения больных в реальную обстановку, вызывающую у него напряжение и страх, гораздо эффективнее работы с воображаемыми ситуациями.

Методика «парадоксальной интенции» Франкля, разработанная в конце 60-х годов прошлого столетия, заключается в *преднамеренном усилении того, что вызывает страх у пациента*. Цель методики – снятие у больного желания «избежать страх». Утрированное усиление нежелательного образа позволяет парадоксально менять уровень тревоги и страха, в результате чего изменяется отношение пациента к непереносимой для него ситуации. Парадоксальное усиление нежелательной ситуации нередко принимает иронический оттенок. Например, для лечения и реабилитации больных танатофобией (патологический страх смерти) разработана система занятий, постепенно погружающих их в символику устрашающих образов с усилением и абсурдным обрамлением пугающих ситуаций (представление собственных похорон, когда родственники озабочены делением наследства; абсурдно-комические эпизоды похоронного обряда и т.п.).

Согласно статистическим данным, метод парадоксальной интенции гарантирует улучшение состояния пациентов в 80% случаев.

Методика оперантного обеспечения базируется на *использовании жетонной системы для стимулирования изменения поведения пациентов*. Характерной деталью предлагаемого метода является отсутствие «наказывающих» жетонов. Применяются только поощряющие и награждающие больного стимулы. На начальных этапах лечения разрабатывается система поощрений, условия выдачи жетонов и их обеспечение. При этом обязательно должны учитываться ценностные ориентации пациента, его стремления, желания и мечты. Данная методика обычно используется в стационарных условиях для лечения группы больных, создавая фон соперничества и соревнования.

Экзистенциально-гуманистический метод

Методика недирективной психотерапии Роджерса. С. Rogers акцентирует внимание на жизненном опыте индивида, осознании человеком себя в процессе взаимодействия с окружающим миром и со значимым для него окружением, называемым «Я-опыт». В процессе формирования «Я-опыта» развивается «Я-концепция» («Я-реальное»), т.е. комплекс представлений человека о самом себе. В то же время, у каждого существует комплекс представлений о том своем образе, который он хотел бы иметь («Я-идеальное»). «Я-идеальное» формируется под воздействием нормативов общества, ценностей референтной

для индивида группы, социальных штампов среды. Потребность в положительной оценке является универсальной для всех. Исходя из этого, человек, стремясь получить положительную оценку со стороны окружающих, невольно начинает подстраивать свое поведение по критерию оценки своей микросреды. В силу этого происходит искажение истинного развития личности, формирование невротического поведения. Блокирование потребности в положительной оценке вызывает нарушение самооценки, что, в свою очередь, определяет тревожность. Автор методики предполагает в рамках защитного поведения не только традиционно принятые невротические механизмы (рационализация, фантазия, компенсация, проекция и т.д.), но и психотические (паранойя и т.д.).

В результате психотерапии пациент должен стать более открытым для опыта, более реалистичным и объективным, что достигается *за счет адекватного восприятия и оценки своего «Я-реальное» и «Я-идеальное»*. Это приводит к снижению тревожности и приобретению адекватных форм поведения.

Методика Гештальт-терапии Перлса (F. Perls). Согласно представлениям автора, в основе организации живого организма лежит принцип создания образов, именуемых гештальтами. *Гештальты* – это целостные образы и формы, а не разрозненные элементы действительности. Препятствия, возникающие при создании целостных гештальтов, обуславливают возникновение «незаконченных форм». «Незавершенные формы» вызывают напряжение, требуют завершения. Большое количество «незаконченных форм» – основная причина нарушения психического здоровья и распада личности. Благодаря процессам саморегуляции в норме поддерживается равновесие личности, обеспечивается адекватность человека окружающему. Нарушения динамического равновесия в системе «человек–среда» искажает личность.

Цель гештальт-терапии – расширение сознания, повышение уровня процессов саморегуляции, сил и возможностей человека. *Принцип* гештальт-терапии – в осознании человеком своей подлинной сущности («нужно стать тем, кто ты есть»). Необходимо «фиксировать» пациента на данном моменте (идея «здесь и теперь»), концентрировать его внимание на потоке ощущений, переживаний и мыслей в текущий отрезок времени (идея непрерывности).

Лечение направлено на создание таких ситуаций, в которых пациенту необходимо делать самостоятельный выбор в своих поведенческих актах. Сеансы, продолжающиеся 2–3 часа, проводятся 2 раза в неделю в малых группах. *Технические приемы* гештальт-терапии представлены формализованными принципами и играми. Игры представляют собой специальные упражнения, предлагаемые психотера-

певтом для свободного поиска форм деятельности, адекватных данному пациенту.

Гештальт-терапия ориентирована преимущественно на лечение невротических расстройств.

Психогимнастика

Психогимнастика – невербальный метод групповой психотерапии, в основу которого положено использование двигательной экспрессии в качестве главного средства коммуникации в группе. Она предполагает выражение переживаний, эмоциональных состояний и проблем с помощью движений, мимики, пантомимы. Связь между членами группы осуществляется посредством мимики и жестов.

Психогимнастика базируется на системе приемов, разработанных чешским психологом Юновой (Junova H., 1975), и невербальных методиках, используемых в *группах встреч*.

Это метод реконструктивной психотерапии, *цель* которого – познание и изменение личности пациента.

Психогимнастика *включает три части*, характеризующиеся самостоятельными задачами и собственными методическими приемами:

- 1) *подготовительную*;
- 2) *пантомимическую*;
- 3) *заключительную*.

Задачи подготовительной части и рекомендуемые для их решения *упражнения*:

- На развитие внимания и чувствительности направлены: гимнастика с «запаздыванием», передача ритма, движения предмета по кругу и др.

- Уменьшению напряжения у членов группы способствуют: мотивированный бег или ходьба, подвижные игры, двигательные импровизации.

- Для преодоления эмоциональной дистанции между участниками группы используются:

- упражнения, предусматривающие непосредственный контакт;
- парное взаимодействие;
- уменьшение пространственной дистанции;
- различные двигательные упражнения в кругу («встретиться на мосту», передать чувство по кругу, успокоить обиженного, войти в круг или выйти из него, обратить на себя внимание группы).

- На развитие способности самовыражения на невербальном уровне и понимания невербального поведения других людей нацелены упражнения:

- «разговор через стекло»;
- различные модификации «зеркала»;

- изображение тех или иных эмоциональных состояний;
- распознавание по невербальному поведению состояния других людей и др.

Вначале подготовительной части занятия может отводиться больше половины времени (иногда и все занятие), поскольку в этот период в группе высок уровень напряжения и тревоги, скованности и страха перед неформальными контактами в непривычной ситуации. Необходимы упражнения, направленные на преодоление именно этих явлений. В таких ситуациях сокращается продолжительность обсуждения происходившего, собеседники ограничиваются поверхностным обменом впечатлениями.

Пантомимическая часть – наиболее важная, занимающая большую часть времени при занятиях со «зрелой» группой.

Тематика предлагается психотерапевтом либо самими пациентами. Она не ограничивается: может быть ориентирована как на сложности отдельного индивида, так и на проблемы группы в целом.

Чаще всего в этой части психогимнастики используются:

- привычные жизненные ситуации: просьбы, требования, обвинения, ссоры, опоздания и др.;
- темы, относящиеся к проблемам конкретных пациентов: «какой я есть», «каким хотел бы быть», «каким кажусь окружающим», «я среди людей»; «моя семья», «моя болезнь» и др.;
- отражение общечеловеческих проблем и конфликтов, которые можно представить в символическом виде: преодоление трудностей, «запретный плод», «перекресток», болезнь, здоровье, счастье, тревога;
- темы, связанные с межличностными взаимоотношениями в группе: отношение к членам группы, групповой портрет или скульптура, воображаемые ситуации, в которые попадает группа.

В пантомиме широко используются такие *вспомогательные приемы*, как «двойники» или «зеркало». Такие подходы предоставляют пациентам невербальную обратную связь, позволяющую им увидеть себя глазами других и получить информацию о возможных вариантах поведения в представленной ситуации.

После выполнения пантомимического задания группа обсуждает увиденное:

- происходит эмоциональный обмен:
 - собственными переживаниями, возникшими в процессе того, как пациенты выполняли задание или наблюдали за невербальным поведением других;
 - своими ассоциациями;
 - воспоминаниями;
 - опытом;

- предлагается собственное понимание ситуации;
- анализируются взаимоотношения и взаимодействия участников группы.

Полученный в процессе выполнения пантомимических заданий материал используется для групповой дискуссии.

Заключительная часть психогимнастики предназначена для:

- снятия напряжения, возникшего во время пантомимы;
- нейтрализации сильных эмоций, сопровождавших пантомимическую часть занятия;
- повышения сплоченности группы;
- роста доверия к окружающим и уверенности в себе.

Допускается заимствование из подготовительной части упражнений, позволяющих пациентам пережить чувство общности.

Ориентировочный план психогимнастического занятия:

Для адаптации пациентов к непривычному средству коммуникации занятие всегда начинается с «разминки», направленной на снижение у них уровня тревоги и напряжения, а также на сближение и сплочение участников занятия.

Могут быть предложены следующие *«разминочные» упражнения*:

❖ *«Ходьба по камням»*. Каждый пациент должен достоверно показать переход через бурный поток по камням.

❖ *«С работы – домой»*. Имитация игры с воздушным шаром, демонстрирующая экспрессию участника, согласованность действий, умение продолжить жест партнера и понять действия последнего.

❖ *«Зеркало»*. Работая в парах, члены группы зеркально повторяют жесты и мимические реакции своего партнера.

❖ *«Узкая тропинка»*. Демонстрация умения разойтись со встреченным на узкой тропинке человеком.

❖ *«Передача чувства по кругу»*. Один из пациентов передает соседу с помощью мимики, жеста и прикосновения какое-либо чувство, тот передает следующему, стараясь сохранить содержание этого чувства. После завершения круга общения анализируется правильность передачи и невербального понимания, свои и неудачи.

❖ *«Разговор через стекло»*. Посредством мимики и жестов нужно передать партнеру конкретную информацию, о чем-то договориться и удостовериться в том, что он все правильно понял.

Разминка снижает напряжение и растормаживает пациентов, делает их более искренними и раскованными. Сокращается межличностная эмоциональная дистанция. Участие психотерапевта во всех заданиях на равных правах способствует сплочению психотерапевтической группы.

Далее группа приступает к *тематическим занятиям*, ориентированным на типичные для участника и группы в целом проблемы. Тематика не ограничена, выбор ее может определять сама психотерапевтическая группа.

Примеры тематических занятий в психогимнастике:

❖ «*Я и моя семья*». Пациент расставляет членов группы в комнате в специфических позах с заданной им мимикой, демонстрируя таким образом реальную ситуацию в своей семье.

❖ «*Мой любимый человек*». Формируя с помощью партнера «скульптурную группу», пациент отражает специфику отношений с любимым человеком.

❖ «*Преодоление трудностей*». Посредством невербального общения участник выражает свое эмоциональное состояние при возникающих жизненных трудностях, особенности реагирования на них и поиск путей преодоления.

❖ «*Запретный плод*». Символическая демонстрация своего поведения при расхождении собственных желаний с принятыми в обществе нормами и правилами.

❖ «*Я и группа*». Пациент расставляет участников группы в «скульптурную группу», символизирующую, с его точки зрения, специфику сложившихся в ней отношений.

По окончании занятия проводится обсуждение и интерпретация полученного материала в его связи с личностными особенностями участников. На данном этапе возможно «прозрение» – пациент «внезапно» осознает суть своих проблем.

Методика прогрессивной мышечной релаксации по Джейкобсону

Методика **прогрессивной мышечной релаксации** предложена Э. Джейкобсоном в 1922 году. Она согласуется с представлением о том, что мышечная релаксация является антифобическим фактором. Сначала с помощью концентрации внимания формируется способность улавливать напряжение в мышцах и чувство мышечного расслабления. Затем отрабатывается навык овладения произвольным расслаблением напряженных мышечных групп.

Все мышцы тела делятся на 16 групп. Последовательность упражнений в процессе овладения методикой следующая: от мышц верхних конечностей (от кисти к плечу, начиная с доминантной руки) к мышцам лица (лоб, глаза, рот), шеи, грудной клетки и живота и далее к мышцам нижних конечностей (от бедра к стопе, начиная с доминантной ноги).

Для овладения методом существует ряд *приемов и принципов*:

▪ *Расслабление по контрасту*. Расслаблению всегда должно предшествовать мышечное напряжение, т.к. человек лучше ощущает мышечное расслабление после напряжения.

▪ *Дифференциация ощущений.* Следует сокращать мышцы от максимально возможной степени напряжения до едва ощутимой. Человек должен научиться:

- 1) чувству малейшего напряжения определенной группы мышц на фоне расслабления всех остальных мышечных групп тела;
- 2) устранению самых легких степеней напряжения мышц.

▪ *Расслабление после нагрузки.* Предшествующая физическая нагрузка на конкретную группу мышц существенно помогает ее последующему расслаблению. Мышечная нагрузка дозируется до первых признаков утомления.

▪ *Последовательность обучения расслаблению.* Тренировка расслабления проводится в первую очередь в отношении привычных для цикла «напряжение–расслабление» групп мышц (мышцы рук и ног), далее – живота и спины. В последнюю очередь занимающийся тренирует мышцы лица и глаз, гортани и языка.

▪ *Выявление связей эмоционального напряжения с мышечным.* На заключительном этапе следует научиться и в повседневной жизни контролировать напряжение мышечных групп при различных эмоциях, от которых необходимо избавиться (страх, тревога, подавленность и др.). В последующем выявленные мышечные напряжения постепенно сознательно уменьшают, а затем стремятся к тому, чтобы их не было вообще. Таким образом, можно предупредить возникновение нежелательных эмоций.

Обучение мышечному расслаблению предусматривает ежедневные занятия продолжительностью до 30–60 минут. Специальных условий для них не требуется. Курс обучения длится от 6 месяцев до 1 года.

Аутогенная тренировка

Аутогенная тренировка (от греч. autos – сам, genos – происхождение; дословно – «самовозникающая») – это активный метод психотерапии, психопрофилактики и психогигиены, направленный на восстановление динамического равновесия системы гомеостатических саморегулирующих механизмов организма человека, нарушенного в результате стрессового воздействия. Это один из методов психотерапии, осуществляемый в состоянии бодрствования.

Как лечебный метод она впервые была предложена в 1932 г. Шульцем (Schultz J.H.) для лечения неврозов. Занимаясь гипносуггестивной терапией, он пришел к заключению, что погруженные в гипнотическое состояние люди вначале испытывают ощущение «тяжести», а затем – «тепла» в теле. Чувство тяжести автор объяснял мышечным расслаблением, а ощущение тепла – расширением кровеносных сосудов. Наблюдения позволили предложить, что человек спосо-

бен погрузиться в гипнотическое состояние (аутогипноз), вызывая у себя ощущение тяжести и тепла в теле.

Занимаясь аутотренингом, можно достичь существенного расслабления поперечно-полосатой (скелетной) и гладкой (в сосудах и внутренних органах) мускулатуры, снизить эмоциональное напряжение. На этом фоне путем направленных самовнушений человек способен воздействовать на различные функции организма.

Разрабатывая свой метод, J.H. Schultz опирался на:

➤ результаты метода йоги, гипнотического внушения, аутогипнотизации;

➤ приемы, употребляемые факирами и фокусниками;

➤ собственные наблюдения за загипнотизированными лицами.

Основные *элементы* данной методики:

▪ **тренировка мышечной релаксации;**

▪ **самовнушение;**

▪ **самовоспитание (аутодидактика).**

По мнению В.С. Лобзина (1974), *лечебное действие* метода заключается в:

▪ *развитии* на фоне релаксации *трофотропной реакции*, (усиление тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы с нейтрализацией стрессового состояния);

▪ *ослаблении активности лимбической и гипоталамической областей*, сопровождающемся снижением общей тревожности и развитием у тренирующихся антистрессовых тенденций.

Различают **две ступени** аутогенной тренировки:

1) **низшая ступень** (обучение *релаксации* с использованием упражнений, направленных на вызывание ощущения тяжести и тепла, овладение ритмом сердечной деятельности и дыхания);

2) **высшая ступень**, *аутогенная медитация* (создание трансовых состояний различного уровня).

Низшая ступень включает *шесть стандартных упражнений*, выполняющихся в одной из *трех поз*:

▪ *Положение сидя* («поза кучера»). Пациент со слегка опущенной вперед или наклоненной в сторону головой сидит на стуле, не прислоняясь к спинке. Кисти и предплечья лежат свободно на передней поверхности бедер, ноги удобно расставлены.

▪ *Положение лежа*. Тренирующийся лежит на спине, голова на низкой подушке. Слегка согнутые в локтевых суставах руки свободно лежат вдоль туловища ладонями вниз.

▪ *Положение полулежа*. Упражняющийся человек свободно сидит в кресле, облокотившись на спинку. Все тело расслаблено. Руки чуть согнуты в локтевых суставах, лежат на передней поверхности бедер или на подлокотниках. Ноги свободно расставлены.

Перед сном и после пробуждения лучше проводить занятия в положении лежа, в течение дня – в положении сидя или полусидя.

Достигается полная расслабленность. Глаза для лучшей сосредоточенности должны быть закрыты. Тренировкой можно заниматься в течение всего дня. Обязательно использование отрезков времени непосредственно перед засыпанием и сразу после пробуждения, когда кора головного мозга наиболее восприимчива для упражнений саморегуляции. Одежда должна быть удобной и просторной. Полной изоляции от шума и света добиваться не следует, поскольку в последующем потребность в тренировке может появиться в различных ситуациях (на работе, на пляже, в общественном транспорте и т.д.).

В начале тренировки рекомендуется сделать «обзор» тела: «внутренним зрением» (глаза закрыты) последовательно от стоп до лица убедиться в расслабленности мышц и убрать участки их напряжения («зажимы»). «Обзор» завершается расслаблением мимической мускулатуры лица, в воображаемом зеркале – постепенно снимается напряжение с подбородка, челюстей, языка, гортани, щек, губ и лба.

Каждому из стандартных упражнений предшествует *формула-цель*: «Я совершенно спокоен». Упражнения выполняются путем неоднократного (5–6 раз) повторения в мыслях формул самовнушения, подсказывающихся руководителем тренировки.

○ **Первое упражнение** направлено на вызывание ощущения тяжести в руках и ногах, сопровождающегося расслаблением поперечно-полосатой мускулатуры.

После принятия позы, расслабления и «обзора» тела обучающийся человек 5–6 раз в мыслях спокойно повторяет формулу: «Мои руки очень тяжелые». Затем мысленно произносится фраза: «Я совершенно спокоен (спокойна)». Иногда ощущение тяжести усваивают постепенно, с правой (для левшей – с левой) руки. Формулы: «Правая рука совершенно тяжелая», затем «Левая рука совершенно тяжелая» и «Обе руки совершенно тяжелые». Такие же формулы для ног. Окончательная формула: «Руки и ноги совершенно тяжелые».

Мысленные повторения рекомендуется проводить на выдохе, либо в паузах между выдохом и вдохом при спокойном равномерном дыхании. Желательно добиться представления либо воспоминания собственных жизненных ситуаций с реальным чувством тяжести.

○ **Второе упражнение** направлено на вызывание ощущения тепла в руках и ногах с целью овладения регуляцией сосудистой иннервации конечностей.

Предварительно проводят первое упражнение (и все, что предшествует началу тренировки). После этого 5–6 раз мысленно повторяют (и представляют себе): «Мои руки теплые», затем: «Я совершенно спокоен (спокойна)». Аналогичные упражнения проводят для ног.

Допустим вариант последовательного повторения формул: «Правая (левая) рука совершенно теплая», затем «Руки совершенно теплые», те же формулы для ног. Окончательная формула: «Руки и ноги совершенно тяжелые и теплые».

○ **Третье упражнение** направлено на овладение ритмом сердечной деятельности.

Сначала вызывают чувство тяжести и тепла в соответствии с упражнениями № 1 и 2, после чего переходят к мысленному повторению (5–6 раз) формулы: «Сердце бьется спокойно и ровно» и один раз: «Я совершенно спокоен (спокойна)».

○ **Четвертое упражнение** направлено на нормализацию и регуляцию дыхательного ритма.

После проведения предыдущих упражнений в мыслях 5–6 раз повторяют формулу: «Дышу совершенно спокойно», затем один раз: «Я совершенно спокоен (спокойна)».

○ **Пятое упражнение** направлено на появление ощущения тепла в верхнем отделе брюшной полости.

Перед началом тренировок пациенту разъясняют анатомические особенности брюшной полости и значение солнечного сплетения для регуляции работы внутренних органов. После проведения предыдущих упражнений 5–6 раз мысленно повторяют формулу: «Приятное тепло в верхнем отделе живота» (или «мое солнечное сплетение излучает тепло») и один раз «Я совершенно спокоен (спокойна)».

○ **Шестое упражнение** направлено на возникновение ощущения прохлады в области лба для предотвращения и ослабления головных болей сосудистого генеза.

Последовательно проводятся все предыдущие упражнения, после чего 5–6 раз мысленно произносят: «Мой лоб приятно прохладен», затем один раз: «Я совершенно спокоен (спокойна)».

Для проработки каждого упражнения требуется 2 недели. Признаком его усвоения – генерализация ощущений.

Полный курс низшей ступени аутогенной тренировки продолжается около 3-х месяцев. Занятия продолжительностью 15–20 минут проводятся 1–2 раза в неделю под руководством психотерапевта в группах. Чрезвычайно важны самостоятельные тренировки пациентов, проводимые дважды в день (утром после пробуждения и вечером перед сном), с обязательным заполнением дневника испытываемых ими ощущений.

По мере овладения пациентом процессом вызывания ощущений соответствующие формулы самовнушений заменяют короткими приказами: «Спокойствие... расслабленность... Тяжесть... Тепло...», «Сердце и дыхание спокойны... Солнечное сплетение теплое... Лоб прохладный...». В финале каждого занятия рекомендуется последовательный «выход».

- глубокий вдох с мышечным напряжением и сгибанием рук в локтевых суставах;

- выдох с расслаблением и «потряхиванием» мышц;

- после этого – широкое открытие глаз.

Особое *состояние аутогенного погружения*, возникающее после освоения первых двух стандартных упражнений («тяжесть» и «тепло»), Шульц называл «переключением» и определял как «понижение биотонуса при сохранном сознании». Мюллер-Хегеманн (Muller-Hegemann D.) описывает его как «снижение активности коры при отсутствии внешних раздражителей, сокращение мыслительных процессов вследствие сосредоточенности на формулах тренировки». Это состояние характеризуется как промежуточное между сном и бодрствованием, близкое к первой стадии гипнотического сна (сомноленции).

Выделяют три фазы *глубины аутогенного погружения*:

- 1) ощущение тяжести, тепла и разлившейся по всему телу истомы;

- 2) чувство телесной легкости или невесомости, нарушения восприятия схемы тела;

- 3) «исчезновение тела».

Выраженное торможение в коре головного мозга усиливает эффективность повторяемых при самовнушении формул, направленных против конкретных болезненных расстройств.

Существует 5 типов *формул-намерений* по Лутэ (Luthe W.):

- *нейтрализующие* (используют вариант самовнушения «все равно»): «Глотание все равно» – при эзофагоспазме, «Цветочная пыльца все равно» – при аллергиях и др.);

- *усиливающие*: «Я знаю, что я проснусь, когда мой мочевой пузырь даст знать о себе» – при энурезе; «Мой мозг говорит автоматически» – при заикании;

- *абстинентно направленные*: «Я знаю, что не приму ни одной капли алкоголя, ни в какой форме, ни в какое время, ни при каких обстоятельствах»;

- *парадоксальные*: «Я хочу писать как можно хуже» – при писчем спазме;

- *поддерживающие*: «Я знаю, что я не завишу от лекарств» – при астме; «Имена интересны» – при плохом запоминании имен.

Аутогенная тренировка наиболее *эффективна* при лечении неврозов, функциональных расстройств и психосоматических заболеваний. Доказана высокая эффективность самовнушения при неврастении, психогенных сексуальных расстройствах, нарушениях сна и навязчивых состояниях (фобический синдром, обсессии). Наилучшие результаты отмечаются при лечении заболеваний, связанных с эмоциональным напряжением и спазмом гладкой мускулатуры: при бронхиальной астме, в начальных стадиях гипертонической болезни и об-

литерирующего эндартериита, при диспноэ, эзофагоспазме, стенокардии, спастических болях желудочно-кишечного тракта и запорах. Положительная динамика получена у больных язвенной болезнью.

Аутотренинг *малоэффективен* при истерии, когда имеется своеобразная «желательность» болезни, и психастении. Установлена резистентность к методам саморегуляции у больных с ипохондрическим синдромом. Отсутствует эффект при компульсивном синдроме невроза навязчивых состояний.

Аутогенная тренировка получила широкое распространение в качестве психогигиенического и психопрофилактического средства при подготовке спортсменов, работающих с эмоциональным напряжением и в экстремальных условиях людей. Включается в комплексное лечение алкоголизма и наркомании с целью устранения абстинентного синдрома и формирования антитоксикоманической установки.

Противопоказания для назначения аутогенной тренировки:

- состояния помраченного сознания,
- бред (в особенности, бред отношения и воздействия),
- острые соматические приступы и вегетативные кризы.

Упражнения низшей ступени преимущественно влияют на вегетативные функции.

Для оптимизации высших психических функций Шульц разработал **высшую ступень** аутогенной тренировки.

Упражнения высшей ступени должны научить пациента вызывать у себя сложные переживания, приводящие к излечению через «аутогенную нейтрализацию» и «самоочищение» (*катарсис*). Стандартные упражнения низшей ступени автор считал подготовкой к основному лечению на второй ступени – процессу *аутогенной медитации*, с помощью которой можно добиться аутогенной нейтрализации.

Приемы такого самоочищения заимствованы из древнеиндусской системы *йоги*.

Освоение высшей ступени возможно только после приобретения пациентом навыков быстро (за 15–30 секунд) и четко вызывать в себе ощущения, необходимые на первой ступени. Само состояние аутогенного погружения с чувством полного расслабления и отрешенности от окружающей действительности желательно поддерживать длительно (1 час и более). В этом состоянии, именуемом «*пассивной концентрацией*», у человека возникают различные сенсорные аутогенные разряды. Они выражаются в визуальных феноменах: точки, линии, тени, цветовые пятна, вспышки, различные статические и движущиеся образы.

Затем на протяжении нескольких месяцев пациент обучается поддержанию у себя этого состояния, невзирая на «раздражающие помехи» (яркий свет, посторонние разговоры, звучащее радио, шум и

т.д.). Только после этого приступают к непосредственному овладению *медитативными упражнениями*.

Первое упражнение высшей ступени – фиксация спонтанно появляющихся цветовых образов. Сначала беспорядочно чередовавшиеся раньше цвета удается фиксировать в представлении определенного цвета, а потом появляется возможность «манипулирования» цветами (конкретный цвет, представляемый на фоне других).

Второе упражнение – вызывание определенных цветовых представлений, «видение» заданного цвета. Психотерапевт определяет цвет представления, пациент добивается конкретного представления.

Третье упражнение – визуализация конкретных предметов. Необходимо «видеть» конкретный предмет, а не «в общем». После усвоения третьего упражнения среди визуализированных предметов можно «увидеть» людей.

Четвертое упражнение – вызывание и дальнейшее фиксирование зрительных образов, соответствующих абстрактным понятиям: «справедливость», «счастье», «истина», «дружба», «любовь» и др. Представления сугубо индивидуальны, однако поддаются определению обучающихся. Пациент должен запомнить и «связать» это представление с самим понятием. И. Шульц считал, что это упражнение способствует проявлению бессознательных комплексов пациента.

Пятое упражнение – «переживание ситуаций, связанных с глубинными желаниями», концентрация «пассивного внимания» на произвольно вызываемых эмоционально значимых ситуациях. В процессе выполнения упражнения человек нередко «видит» себя в центре воображаемой ситуации, что сопровождается выраженным эмоциональным подъемом. По мере тренировки переживания вызываются целенаправленно и произвольно.

Шестое упражнение предусматривает отвлечение от проблем «Его» (эгоцентрической сосредоточенности). Пациент учится вызывать образы: вначале – «нейтральных» лиц, затем – эмоционально окрашенные образы приятных и неприятных ему людей. Первые образы шаржированы и карикатурны. Постепенно они становятся все более «спокойными», «бесстрастными». Смягчение карикатурных черт и исчезновение элементов эмоциональной гиперболизации указывают на начало «аутогенной нейтрализации».

Седьмое упражнение – «ответ бессознательного». На этом этапе идет «диалог с самим собой». На фоне «пассивной концентрации» тренирующийся спрашивает себя: «Чего я хочу?», «Куда я стремлюсь?», «Что мне надо?», «Кто я такой?», «В чем моя проблема?». Отвечает потоком образов, помогающих увидеть себя «со стороны» в разнообразных, в том числе и тревожащих, ситуациях. Таким

образом, достигается *катарсис (самоочищение)* и наступает *«аутогенная нейтрализация» (излечение)*.

Все медитативные упражнения по Шульцу сводятся к серии приемов своеобразного *«аутопсихоанализа»*.

Вспомогательные приемы для успешного овладения методикой аутотренинга высшей ступени (И. Шульц):

- Техника регуляции мышечного тонуса. Циклы напряжения–расслабления. Обучение аутогенному погружению.

- Дыхательная гимнастика. Обучение концентрации на дыхании. Усвоение мобилизирующего (утреннего) и успокаивающего (вечернего) типов дыхания.

- Тренинг эмоциональных «масок». Под контролем зеркала произвольно имитируются определенные эмоциональные состояния («гнев», «радость», «смех», «ужас» и т.п.).

- Обучение управлению «кругами внимания». Тренирующийся сосредоточенно рассматривает любой предмет, постепенно сужая «круг внимания» до мельчайших деталей и признаков части предмета.

Период обучения аутогенной тренировке «высшей» ступени продолжается от 8-ми до 12-ти месяцев.

С момента своего возникновения метод аутогенной тренировки постоянно модифицируется.

Соавтор Шульца Луте ввел в структуру метода такие новые элементы аутогенной нейтрализации, как *аутогенное отреагирование* и *аутогенную вербализацию*.

➤ **Аутогенное отреагирование по Луте.**

С целью нейтрализации отрицательных переживаний используются приемы «повторения» тех ситуаций, которые явились причиной психической травмы. По мнению автора, что мозг пациента сам «знает», в какой форме и в каком порядке следует «высказывать материал» при аутогенной нейтрализации. При нейтрализации происходит высвобождение (вербализация) только того «материала», который мешает нормальной деятельности мозга. Аутогенная вербализация осуществляется при закрытых глазах. Задача пациента – рассказывать о всех появляющихся в состоянии аутогенного расслабления сенсорных образах. При этом врач соблюдает нейтральность.

При проведении аутогенного отреагирования, по Луте, следует придерживаться следующих правил:

- необходимость перехода от стандартных упражнений к пассивному настрою на зрительные образы;

- ничем не ограничиваемое вербальное описание любого вида восприятия (сенсорных образов);

- принцип психотерапевтического вмешательства в управляемую мозгом нейтрализацию;

- соблюдение или признание внутренней динамики, которая присуща периоду аутогенных разрядов;
- принцип самостоятельного окончания психотерапевтической работы.

На протяжении всего курса применяются стандартные упражнения. Самостоятельное выполнение пациентом аутогенного отреагирования допускается с разрешения психотерапевта. Интервалы между сеансами составляют 7–10 дней.

➤ ***Аутогенная вербализация по Луте.***

Прием во многом схож с аутогенным отреагированием, однако осуществляется без визуализации представлений. Аутогенная вербализация может применяться в тех случаях, когда «мешающий материал» (болезненные переживания) поддается точному описанию. Вербализация определенной темы («агрессия», «желание», «страх» и т.п.) продолжается до тех пор, пока пациент не заявляет, что сказать ему уже нечего. При этом предполагается, что пациент знает «тему», которая содержит «мешающий материал».

➤ ***Модификация Мюллера–Хегеманна (1957).***

Автор вводит в методику Шульца дополнительные формулы: «Лицевые мышцы совершенно расслаблены», «Челюсть отвисает свободно вниз», «Язык совершенно тяжелый» перед формулой «Лоб приятно прохладен» и «Обе кисти рук совершенно тяжелые» после формулы «Обе руки совершенно тяжелые». Это способствует более глубокому аутогенному погружению, а у больных мигренью купирует начинающийся приступ.

При выполнении третьего упражнения больной должен представить левую руку наполняющейся струящимся теплом от пальцев кисти до плечевого сустава. В последующем он «переливает» это «накопленное в левой руке тепло» в левую половину грудной клетки, ощущает его струящимся по сердцу, добиваясь рефлекторного расширения коронарных сосудов.

➤ ***Модификация К.И. Мировского и А.Н. Шогама (1963) – «психотоническая тренировка».***

Авторами разработаны *снижающие и повышающие тонус, мобилизирующие приемы*. Благодаря этой модификации расширены сферы применения метода, из перечня противопоказаний исключены артериальная гипотония и астения. В процессе тренировки «астеногипотонических групп» исключается мышечная релаксация, приводящая к снижению артериального давления. В формулы включены слова, имитирующие выраженные симпатомиметические сдвиги (озноб, «гусиная кожа», холод и др.). Тренировку завершают форсированной мускульной самомобилизацией.

Текстовое содержание тренировки: «Я совершенно спокоен. Все мое тело расслаблено и спокойно. Ничто не отвлекает. Все безразлично мне. Я чувствую внутреннее успокоение. Плечи и спину охватывает легкий озноб. Будто приятный, освежающий душ. Все мышцы становятся упругими. По телу пробегают «мурашки». Я, как сжатая пружина. Все готово к броску. Весь напряжен. Внимание! Встать! Толчок!».

По данным авторов, уже после первого занятия удается повысить артериальное давление с 60–70/45–50 до 110–130/70–80 мм рт. ст.

➤ **Модификация Клейнзорге и Клумбиеса** (Kleinsorge H. и Klumbies G., 1965) – «**направленная органотренировка**».

Предложенная авторами техника тренировки *нацелена на органы*.

После ускоренного сокращенного общего курса аутогенной тренировки авторы разделяют пациентов на группы в соответствии с определенными преобладающими клиническими синдромами. Во вновь сформированных группах проводится курс специализированных упражнений, расширяющих и дополняющих классические упражнения первой ступени.

Комплектуются следующие основные *группы*:

➤ **Группа «голова»**. Основная *акцентуация* занятия и составленные формулы самовнушения основываются на шестом упражнении первой ступени («...лоб приятно прохладен... голова ясная, свежая... она может сосредоточиться на любой мысли... мысли спокойные, четкие...» и т.п.). Показания: головные боли при астенизации, вазомоторные головные боли, мигрень, синдром Меньера, головные боли невротического генеза, расстройства памяти и активного внимания.

➤ **Группа «сердце»**. Основная *акцентуация* занятия – усиление ощущения тепла в левой руке и левой половине грудной клетки. В результате расширения кожных сосудов этих зон происходит рефлекторное расширение коронарных артерий. Основной упор делается на 2-е и 3-е упражнения первой ступени. Формулы: «...левая рука тяжелая и горячая... тепло струится по левой стороне груди... сердце бьется спокойно, ритмично, мощно...». Показания: нарушения сердечного ритма, системные неврозы сердечно-сосудистой системы, невротические кардиологии и тахикардии, все формы стенокардии.

➤ **Группа «живот»**. Основная *акцентуация* занятия на ощущении тепла в области солнечного сплетения. Основной упор делается на 5-е упражнение первой ступени. Формулы: «...проглатываю слюну... чувствую растекающееся тепло в области живота... тепло расслабляет весь живот... солнечное сплетение источает приятное тепло...». Формулу Шульца «Солнечное сплетение излучает тепло», считая ее физиологически необоснованной, авторы заменяют своей «Приятное тепло разливается в моем животе». Показания: болезненные состояния, вызванные спастическими процессами в органах

брюшной полости; дискинезии желчевыводящих путей; гастродуодениты, гастралгии, колиты.

➤ *Группа «сосуды»*. Акценту подлежат два первых упражнения начальной ступени. *Формулы* общего спокойствия: «...я совершенно спокоен (спокойна)... приятная тяжесть ощущается в руках и ногах... руки и ноги тяжелеют, тяжелые, совсем тяжелые... отяжелела каждая мышца... чувство полного расслабления... не хочется двигаться... приятное тепло струится по рукам и ногам... тепло расслабляет еще больше... нет сил и желания шевелиться... чувство полного покоя...». Показания: нарушения периферического кровообращения, гипертоническая болезнь, вегето-сосудистая дистония со склонностью к гипертензии, нарушения регуляции кровообращения, нарушения периферического кровообращения.

➤ *Группа «легкие»*. Усиливается и расширяется упражнение первой ступени, нацеленное на дыхание. Занятие проводится при открытых окнах в положении лежа. *Формулы*: «...мое дыхание легкое и свободное, приятный свежий воздух проникает из полости рта глубоко в легкие, дышу совершенно свободно... дышать легко... приятно...». Вводится формула: «Мне дышится совсем легко». Сосредоточенность на дыхании: при вдохе мысленно произносится «вдох» и все внутреннее внимание направлено на вдох; аналогичная тактика и при выдохе. Показания: психогенные расстройства дыхания (диспноэ), бронхиальная астма (вне приступа), начальные степени эмфиземы.

➤ *Группа «покой»*. Упражнения направлены на расслабление скелетной мускулатуры (элементы из комплекса прогрессирующей мышечной релаксации). Успокоения можно достичь косвенным путем: представление картин, вызывающих приятные эмоции пейзажей, цветов, животных и т.п. В положении лежа пациенты сосредотачиваются на ощущениях глубокой мышечной релаксации, чувстве абсолютного покоя и отдыха. *Формулы*: «...все мышцы расслаблены... чувство покоя и отдыха во всем теле... расслабляются мышцы шеи... мышцы лица... лицо выражает только покой... нет сил и желания шевелиться... полностью отдаюсь чувству покоя...». Показания: нарушения сна, чувство нервного напряжения, тревога.

В последние годы прослеживается тенденция проведения «направленной органотренировки» не в лечебных группах, а с профессионально-прикладными целями (при подготовке актеров, спортсменов и др.). В таких ситуациях многие стандартные упражнения заменяются узкоспециальными приемами.

➤ Активирующие упражнения, вызывающие симпатомиметические сдвиги, используются *А.В. Алексеевым* (1969) и *Л.Д. Гиссеном* (1969), предложившими «*психорегулирующую тренировку*» для подготовки спортсменов.

➤ **Модификация М.С. Лебединского и Т.Л. Бортник (1965)** – сокращенный вариант аутогенной тренировки, адаптированный к стационарным условиям.

Продолжительность курса сокращена в три раза (1 месяц вместо 3-х) за счет удлинения каждого сеанса в начале лечения до 30 минут. Ежедневно проводится одно занятие врачом, дважды больной тренируется самостоятельно. Для усвоения каждого упражнения отпускается по 3 дня. Срок лечения уменьшается вследствие расширения формул и усиления гетеросуггестивного момента (больные повторяют про себя формулы, несколько раз произносимые врачом). Перед началом работы с каждой формулой, как и при переходе от одной формулы к другой, звучит расширенная формула спокойствия: «Я спокоен. Я совершенно спокоен. Спокойно и ритмично дыхание. Ритмичен пульс. Сердце бьется ровно и спокойно».

➤ **Репродуктивная тренировка (модификация А.Г. Панова, Г.С. Беляева, В.С. Лобзина, И.А. Копыловой, 1980)** – комплексная методика психофизиологической и личностной саморегуляции.

Авторами предложен оригинальный комплекс упражнений высшей ступени аутогенной тренировки с использованием *приемов преднамеренной регуляции эмоционального состояния*. Преднамеренное моделирование эмоций осуществляется путем управления мышечным тонусом с применением упражнений сюжетного воображения и «упражнений самоутверждения».

В качестве реализующего приема широко используется сенсорная репродукция (преднамеренное воспроизведение ощущений). Репродуктивная тренировка включает:

- *подготовительные психотерапевтические мероприятия*: изучение личности больного, определение основных методов психотерапевтического воздействия;
- *предварительные упражнения*: дыхательная гимнастика, идеомоторная и релаксирующая тренировки мышечного аппарата;
- *собственно обучающий курс* аутогенной тренировки.

Важным упражнением, начинающим курс аутотренинга, является «маска релаксации»: «Мягко опустить веки, свести взор внутрь и книзу на щеки по бокам носа, язык мягко приложить к корням верхних зубов изнутри (звук «Т»), дать нижней челюсти слегка отвиснуть, ощутив ее вес, и чуть выпятить ее вперед (звук «Ы»)».

Методику отличает также введение в ее обучающий курс дыхательной гимнастики, проводимой по специально разработанным авторами схемам. Ритмичное форсированное дыхание понижает возбудимость некоторых нервных центров и способствует мышечной релаксации. В брюшной полости возникает глубинное тепло, поэтому гимнастику применяют перед формулой вызывания тепла в животе. Доказано пози-

тивное влияние дыхательной гимнастики на эмоциональное состояние тренирующихся и их способность к концентрации внимания.

Упражнения сюжетного воображения направлены на самостоятельное, сознательное и преднамеренное формирование заданного эмоционального состояния. Их суть заключается в воспроизводстве эмоционально окрашенных представлений, образов и динамичных ситуаций (сюжетов). В зависимости от выбранной цели определяется и цвет, соответствующий нужной эмоции. Выбранный цвет служит базой для формирования словесного самоприказа.

Например: упражнение «Парк» необходимо для создания состояния покоя, внутреннего комфорта, ленивой истомы, глубокого отдыха. Преобладают зрительные сенсорные представления. Самоприказ: «Зеленая-зеленая зелень. Зеленая-зеленая листва. Зеленая листва шелестит». Образная развертка – представить себя в парке в теплый и солнечный летний день. Солнечные блики перемежаются с пятнами тени от листвы. Телу тепло, но не жарко (температурный образ). Листва свежая, яркая (цветовой образ). Просторные поляны и аллеи уходят вдаль (пространственный образ). Листва шелестит на слабом ветру, далекие и неясные голоса людей (звуковой и осязательный образы – ветерок). Запах свежей листвы (обонятельный образ). Музыкальное подкрепление – плавная негромкая музыка, льющаяся из парковых репродукторов. Следует вжиться в эту картину, прочувствовать и зафиксировать ее в сознании.

Упражнения самоутверждения направлены на подготовку пациента к предвидимым и предполагаемым чрезвычайным житейским ситуациям, связанным у человека с повышенным чувством ответственности. Тревожное ожидание таких ситуаций зачастую порождает неуверенность в себе и страх перед неудачей, провоцируя невротический срыв. Утром, находясь в естественном аутогенном погружении (еще не проснувшись окончательно), пациент должен репетировать тревожащую ситуацию. Следует представлять ее не такую, какую боится, а такую, какой хочет видеть. Подобные *репетиции успеха* можно проводить за несколько дней до ожидаемого события или непосредственно накануне его (в тот день, когда оно предстоит).

В исследованиях отечественных и зарубежных авторов отмечается возможность ускорения реализации навыков, полученных в процессе аутогенной тренировки путем использования принципа биологической обратной связи (электромиографической, электроэнцефалографической, температурной, обратной связи ритма сердца и др.).

АРТТЕРАПИЯ. СПОНТАННОЕ РИСОВАНИЕ И ЛЕПКА

Терапия искусством представляет собою сравнительно новый метод психотерапии. Основателем этого метода является Маргарет Наумбург (США), опирающаяся на идею Фрейда о том, что внутреннее «Я» может быть выражено в визуальной форме при помощи спонтанных рисования, лепки и живописи.

Научным фундаментом арттерапии служат:

- фрейдовская теория бессознательного;
- мысли Юнга о персональных и универсальных символах.

Во все времена для лечения людей использовали благотворное влияние на психику больного положительных эмоций и впечатлений, стремясь увлечь их чем-либо.

Арттерапия (в дословном переводе – «терапия искусством») своими корнями уходит в глубокую древность. В доступных для нас сегодня литературных источниках времен Марка Аврелия (II в. н.э.), Августина Блаженного (IV–V вв. н.э.) и Григория Нарекаци (X в. н.э.) имеются указания на то, что люди, интуитивно спасаясь от душевной боли, искали себя в занятиях различными видами творчества.

Российский естествоиспытатель А.Т. Болотов еще в 1786 году писал, что справляться с ипохондрией и истерией помогает «блаженное искусство увеселяться красотами природы», занятия литературно-художественным творчеством, рисование, выращивание цветов. В «Йоркском убежище» (Англия, 1796 г.) лечение душевнобольных жестокими наказаниями впервые заменили лечением впечатлениями и трудовыми занятиями. В 1834 году русский врач П.А. Бутковский пишет: «упражнения в любых предметах, в рисовании, живописи, гравировании, разборе камней, растений и пр.» «исправляет умственные силы», а игры, увеселения, музыка, зрелища и путешествия возбуждают «желательную силу».

В первом российском учебнике психиатрии (Малиновский, 1847) среди остальных методов воздействия имеется раздел, посвященный «лечению посредством впечатлений (моральное, душевное)» с описанием способов применения для этой цели путешествий, чтения, рисования, рукоделия и садоводства.

В тридцатые годы XX века в Советской России сложилась систематизированная трудовая терапия, а «трудовые процессы стали одной из основ реконструкции психиатрических больниц и построения всей системы внебольничной психиатрической помощи».

Терапия творчеством постепенно складывалась из:

- терапевтической увлеченности различными творческими занятиями;
- терапевтического самораскрытия в творчестве;
- целебного поиска смысла жизни.

Термин **«терапия искусством»** впервые использован Адрианом Хиллом (1938) при описании работы с больными туберкулезом.

Изучение клинико-терапевтического, лечебно-педагогического, психоаналитического аспектов воздействия творчества и культуры на человека позволило разработать конкретные методы и методики терапии культурой, которую современные медики рассматривают в рамках эмоционально-стрессовой психотерапии (игровая терапия, музыкотерапия, арттерапия, библиотерапия, эстетотерапия, ландшафтотерапия и др.). Доказано, что именно творчество облегчает состояние, помогает увидеть, почувствовать, понять существенное в себе для других, а значит, и для себя.

Библиотерапия – лечение книгой. Книга помогает человеку лучше понять свои психологические и физиологические реакции, пополнить или исправить знания, побуждает его к словесному выражению определенных проблем, снимая тем самым страх, стыд, чувство вины, побудить человека мыслить конструктивно, усилить представления об общепринятых социальных и культурных нормах и т.д.

Музыкотерапия – лечение музыкой.

Эстетотерапия – невербальная психотерапия, основанная на терапевтическом, корригирующем действии художественной формы и эстетических чувств.

Ландшафтотерапия использует «психоэмоциональное воздействие» на человека различных ландшафтов:

- воздействие «полезно-раздражающее, наиболее активное, вызывающее созидательное вдохновение»;
- «полезно-возбуждающее, активное, вызывающее бодрость и оптимизм»;
- «полезно-щадящее, малоактивное, вызывающее мечтательность и самоуглубленность»;
- «полезно-тормозящее, малоактивное, создающее полный покой».

В настоящее время психотерапевты, работающие в области терапии искусством, имеют самостоятельную практику. В современной арттерапии выделяют **два направления**:

- искусство расценивается как самодостаточное лечебное средство (Э. Крамер и другими специалистами в области профессиональной и восстановительной терапии). Подчеркивается значение искусства, из лечебной практики исключаются те приемы, в которых творческий процесс не является ведущей целью;

- в пользу терапевтических преуменьшаются чисто художественные цели (М. Наумбург и др.). Они имеют основательную клини-

ческую подготовку и провозглашают, что со временем терапия искусством может стать как независимым терапевтическим приемом, так и вспомогательным средством для традиционных подходов.

Оба направления рассматривают изобразительное искусство как средство, облегчающее интеграцию и реинтеграцию функционирующей личности.

Осенью 1999 г. в Германии (Мюнстер) прошла международная конференция «Арттерапия-2000», во время которой представители разных профессий (психологи, художники, музыканты, педагоги) делились опытом работы, рассматривали арттерапевтические парадигмы, существующие в странах Восточной и Западной Европы, в Америке и России. Арттерапевтическая ассоциация Нидерландов выдвинула предложение о создании Европейской ассоциации, членами которой могли бы стать национальные арттерапевтические ассоциации разных стран.

В настоящее время ведется поиск более эффективных путей сотрудничества не только между государствами, но и о профессиональном сближении специалистов, работающих в области данс-терапии, музыкотерапии и ландшафтотерапии. Предполагается, что взаимодействие в рамках сетевого проекта значительно облегчит процесс выработки совместных решений, сделает более доступной информацию, поможет определить проблемы и перспективы развития арттерапии в глобальном масштабе.

В арттерапевтической практике стран СНГ сегодня:

- доминирует клинический (психиатрический) подход;
- наблюдается недостаток феноменологического аспекта в работе специалистов;
- отмечается низкий статус психодинамических подходов в национальной психотерапевтической практике.

Прослеживается тенденция объединения усилий специалистов различных профессий: врачей, психологов, художников, педагогов.

Общепризнанной **классификации** арттерапии до сих пор не существует. Кратохвил разделяет ее на:

- сублимационную;
- деятельную;
- проективную.

Дельфино-Бейли выделяет **4 основных направления** в применении арттерапии:

а) Использование для лечения уже существующих произведений искусства путем их анализа и интерпретации пациентом (*пассивная арттерапия*).

б) Побуждение пациентов к самостоятельному творчеству, при этом творческий акт рассматривается как основной лечебный фактор (*активная арттерапия*).

- c) Одновременное использование первого и второго принципов.
- d) Акцентирование роли самого психотерапевта, его взаимоотношений с пациентом в процессе обучения его творчеству.

Уровни адаптации и лечебная направленность арттерапии, по Хайкину:

1. *Социально-личностный уровень* адаптации: в основе адаптирующего действия лежит неосознаваемая созидательная, гармонизирующая, интегрирующая сила некоего эстетического и творческого начала, заложенного в искусстве.

2. *Личностно-ассоциативный уровень* адаптации: облегчение, компенсация достигаются за счет не столько эстетического действия, сколько вследствие снижения напряжения, обусловленного отреагированием различных конфликтных, гнетущих переживаний и их сублимации.

3. *Ассоциативно-коммуникативный уровень* адаптации: лечебное действие арттерапии достигается подключением интеллектуальных операций (проекция, обсуждение и осознание конфликта), облегчение психотерапевтических контактов и доступа врача к психопатологическим переживаниям, не требующим эстетического компонента, ибо результат достигается даже при простейшем проективном изображении проблем.

4. *Преимущественно социально-коммуникативный уровень* адаптации: в качестве адаптирующих используются прикладные возможности творчества – арттерапия рассматривается упрощенно, как один из видов занятости, вариант организации и времяпрепровождения, принципиально не отличающийся от других аналогичных методов.

5. *Физиологический уровень адаптации*: учитывается физическое, физиологическое, координационно-кинетическое влияние пластического изобразительного творчества на организм и психику.

При правильном подходе к лечению **арттерапия** может стать:

- способом освобождения от конфликтов и сильных переживаний;
- ускорителем терапевтического процесса;
- вспомогательным средством для интерпретаций и диагностической работы;
- дисциплинирующей и контролирующей «силой»;
- средством развития внимания к чувствам;
- средством усиления ощущения собственной личностной ценности;
- путем повышения художественной компетентности.

Аргументами в пользу арттерапии считают то, что она:

➤ *в социально приемлемой форме позволяет выразить агрессивные чувства* (рисование, живопись красками или лепка являются безопасными способами разрядки напряжения);

➤ *ускоряет прогресс в терапии*. Подсознательные конфликты и внутренние переживания легче выражаются с помощью зрительных

образов, чем в разговоре во время вербальной психотерапии. Невербальные формы коммуникации могут с большей вероятностью избежать сознательной цензуры;

➤ *дает основания для интерпретаций и диагностической работы в процессе терапии.* Творческая продукция ввиду ее реальности не может отрицаться пациентом. Содержание и стиль художественной работы предоставляют терапевту огромную информацию, кроме того, сам автор может внести вклад в интерпретацию своих собственных творений;

➤ *позволяет работать с мыслями и чувствами, которые кажутся непреодолимыми.* Иногда невербальное средство оказывается единственным инструментом, вскрывающим и проясняющим интенсивные чувства и убеждения;

➤ *помогает укрепить терапевтическое взаимоотношение.* Элементы совпадения в художественном творчестве членов группы могут ускорить развитие эмпатии и положительных чувств;

➤ *способствует возникновению чувства внутреннего контроля и порядка.* Рисование, живопись красками и лепка приводят к необходимости организовывать формы и цвета;

➤ *развивает и усиливает внимание к чувствам.* Искусство возникает в результате творческого акта, который дает возможность прояснить зрительные и кинестетические ощущения и позволяет экспериментировать с ними;

➤ *усиливает ощущение собственной личностной ценности, повышает художественную компетентность.* Побочным продуктом терапии искусством является удовлетворение, возникающее в результате выявления скрытых умений и их развития. Суммируя эти данные исследований эффективности терапии искусством, необходимо подчеркнуть, что использование художественных приемов в процессе проведения группы также позволяет глубоко изучать фантазирование и воображение, разрешать конфликты между членами группы и помогать им в достижении гармонии.

Арттерапия помогает

- Людям с тяжелыми психическими заболеваниями
- Детям-инвалидам и людям с тяжелыми нарушениями развития (зрения, слуха, речи, движения)
- Людям в состоянии хронического стресса или жертвам насилия

Какие изменения возможны

- От сопротивления – к взаимодействию
- От пассивности – к продуктивности
- От деморализации – к достоинству

- Семьям, переживающим психологический кризис
- Одаренным детям, испытывающим психологические трудности
- От одиночества – к сотрудничеству
- От узкой профессиональной направленности к свободе творческого выбора

Занимаются арттерапией *специалисты*, помогающие средствами искусства разрешать психологические затруднения. Широко применяются музыка, движения, живопись, рисование, лепка и театральная драматизация.

Пациентам предлагаются разнообразные занятия изобразительного и художественно-прикладного характера (рисунк, графика, живопись, скульптура, дизайн, мелкая пластика, резьба, выжигание, чеканка, батик, гобелен, мозаика, фреска, витраж, всевозможные поделки из меха, кожи, тканей и др.), которые направлены на активизацию общения с психотерапевтом или в группе в целом для более ясного, тонкого выражения своих переживаний, проблем, внутренних противоречий, с одной стороны, а также творческого самовыражения – с другой. В настоящее время в арттерапию включаются и такие формы творчества, как видео-арт, инсталляция, перформанс, компьютерное творчество, где визуальный канал коммуникации играет ведущую роль.

Арттерапевт:

- без принуждения создает условия для исследования чувств, развития само- и взаимопонимания, само- и взаимоуважения у индивида и в группах;
- стремясь к оптимальной реабилитации, организует занятия для развития познавательных и моторных навыков, предоставляет пациентам возможность испытывать удовлетворение от деятельности и ориентироваться в реальности;
- побуждает к самовыражению, общению и социализации, к обретению чувства личной ценности;
- для изменения отношения к себе и другим с последующим ослаблением внутренних и внешних конфликтов позволяет пациенту обратиться к внутренним творческим способностям;
- создает условия для самопознания и самоисследования, расширяющих диапазон личного творческого опыта человека.

Арттерапевт исследует:

- эмоциональное состояние;
- физическое здоровье;
- социальное функционирование;
- познавательные возможности в процессе обучения;
- способность к совместной творческой деятельности.

Специалист–арттерапевт:

- проводит работу, ориентированную на основные проблемы и нужды обратившегося за помощью человека;
- участвует в лечебно-реабилитационном процессе и психологическом консультировании;
- организует арттерапевтические занятия.

Занятия включают:

- творческие импровизации в музыке, живописи, в рисунке, пластических формах, в игре и движении, в драматизации;
- восприимчивое слушание музыки;
- обучение через музыку, живопись, рисунок и движение;
- создание картин и обсуждение заложенных в них переживаний, символов и образов;
- драматизацию музыкальных, живописных, графических и пластически выраженных образов;
- творческое исследование художественных материалов и художественное конструирование;
- посещение художественных музеев и выставок.

В психодинамически ориентированной терапии искусством акцентируется важность понятия сублимации (непрямого удовлетворения антисоциальных импульсов). Подчеркивается значимость процесса творческой работы, конечному результату не придается особого значения.

Основные правила и процедуры арттерапии:

- Руководитель группы терапии искусством обеспечивает пациентов необходимым материалом: наборы карандашей и мелков всех цветов, глина для лепки, деревяшки и кора деревьев, камни, кусочки ткани и бумага, береговой песок и пр.
- В помещении для занятий должно быть просторно и удобно.
- Руководителю следует быть как можно менее заметным, чтобы не мешать творчеству пациентов.
- Участникам рекомендуется полностью отделиться своим чувствам и не заботиться о художественной стороне творений.
- Терапевт, занимающийся лечением искусством, не обязательно должен быть художником.
- Процедурные аспекты терапии искусством зависят от теоретической и профессиональной подготовки руководителя и функций группы.

На *первом этапе* необходимо:

- преодолеть сопротивление, связанное с «комплексом неумения» и смущением пациента перед непривычным занятием;

- выработать установку на дальнейшее лечение, так как от степени личного участия, активности больного, его вовлеченности в работу зависит эффективность терапии;
- заинтересовать больного происходящим, адресуясь к его эмоциям, любознательности, интересам и склонностям, предлагая ему полезную и увлекательную информацию, приглашая на специальные теоретические беседы.

Информативный этап работы включает ознакомление больного с основами техники изобразительного искусства, беседу о творчестве самых разных направлений и стилей, посещение музеев и выставок. В это время решаются вопросы социально-коммуникативного характера. От терапевта требуются:

- тактичное и мягкое поощрение больного;
- обязательная искренняя (не чрезмерная) похвала работы;
- равный интерес к работам каждого;
- стремление найти в произведении повод для одобрения.

Подобные действия и приемы способствуют заинтересованности и повышению самооценки, старательности и энтузиазму, вниманию к собственной работе, увлеченности пациентов.

Предлагаемые **темы** охватывают различные области жизни пациента или группы:

➤ *Собственное прошлое и настоящее:*

- представление о себе;
- как я предстаю перед окружающими;
- моя самая главная проблема;
- мое самое плохое впечатление;
- я и моя болезнь;
- чего я боюсь;
- наша семья;
- мои родители;
- мой главный недостаток и достоинство;
- я среди людей;
- что мне не нравится в людях;
- кто я;
- я в виде животного;
- жизненный путь;
- мои сны.

➤ *Будущее, цели и абстрактные понятия:*

- каким я бы хотел быть;
- жизнь без болезни;
- кем бы я хотел быть;
- если бы я был чародеем;
- моя родина;

- три желания;
- я через десять лет;
- любовь;
- ненависть;
- красота;
- добро;
- тоска;
- свобода;
- сила;
- слабость;
- зависимость;
- независимость;
- женственность;
- достоинство мужчины;
- концентрация;
- напряжение;
- страх;
- боль;
- желание.

➤ *Отношения в группе:*

- наша группа;
- мое положение в группе;
- моя проблема и отношения в группе;
- настроение по поводу сегодняшней встречи в группе;
- группа в виде животных;
- группа в виде цирка;
- волшебник изменил группу;
- группа в пустыне;
- встреча группы с бедуинами;
- группа воюет с драконом;
- группа отправляется на бал-маскарад;
- наше королевство;
- что я людям даю и чего я от них жду;
- портреты членов группы.

В начале работы группы темы предлагаются арттерапевтом, в дальнейшем выбор предоставляется участникам группы.

Темы следует избирать с учетом:

- ✓ естественного сопротивления пациентов, не умеющих рисовать или лепить людей;
- ✓ первоочередных задач группы.

Основное *требование к теме* – способность быть катализатором последующего обсуждения. Она должна быть своевременной, вытекать из общезначимых проблем и учитывать переживания конкретных

членов группы, опираться на изучение прошлого участников, ход группового процесса.

После преодоления сопротивления (уменьшение формальности в работе пациента) начинается **основной этап** работы: непосредственное решение лечебных задач. Для вербализации ощущений, возникающих во время реализации творческих задумок, арттерапевт может рекомендовать пациенту записать важные мысли, возникающие у него в ходе работы. Творчество позволяет более глубоко оценить поведение больного и определить, на каком этапе жизни он находится. В рисунках и поделках зачастую отражены не только сиюминутные, но и относящиеся к будущему и прошлому больного мысли. В них проявляются подавленные и скрытые переживания больного. Психотерапевты подчеркивают не столько диагностическую, сколько терапевтическую ценность регулярного отражения человеком своего жизненного пути в творчестве. Для усиления инсайта и уяснения динамики пациентам рекомендуют возвращаться к своим старым работам.

Артгруппа представляет собой вариант психотерапевтической группы, при котором изобразительное творчество используется как основной инструмент, потенциально обеспечивающий достижение определенного результата. При этом на практике следует применять только длительное лечение. Доказано, что длительная арттерапия, оставляя пациента наедине с проблемой на более долгий срок, заставляет его глубже погрузиться в нее, интенсивнее сконцентрироваться на проблеме, всесторонне анализируя ее и добиваясь катарсиса.

При длительной совместной творческой деятельности больных:

- развивается чувство групповой сплоченности и солидарности;
- стимулируются активность и старание каждого пациента в отдельности;
- проявляется самоотдача;
- облегчается понимание трудностей соседа;
- легче преодолеваются фрустрационные факторы.

Обсуждение работ происходит непосредственно после окончания рисования, лепки, изготовления поделок. Руководитель группы предлагает участникам вдуматься, вчувствоваться в рисунок или изделие, чтобы понять ощущения и мысли автора. Сам арттерапевт участвует в обсуждении, задавая вопросы интерпретирующим, так как его собственные суждения могут сковывать и тормозить инициативу группы. Задачей терапевта является стимуляция.

Варианты предъявления произведений для обсуждения:

✓ Предъявление произведений арттерапевтом в целесообразной, по его мнению, последовательности, так чтобы каждая следующая работа усиливала, стимулировала обсуждение одной направленности.

- ✓ Предъявление работ вслепую.
- ✓ Выбор работы голосованием, в котором арттерапевт участвует на равных правах с остальными членами группы, что дает арттерапевту возможность сочетать спонтанную активность группы с терапевтическими целями.

- ✓ Парное обсуждение. При таком взаимном рецензировании выравнивается активность членов группы, практически исключается полное неучастие кого-либо в обсуждении, и есть возможность использовать взаимный интерес группы друг к другу.

- ✓ Одновременная экспозиция: работы всех авторов выставляются на стенде или раскладываются на полу.

СПОНТАННОЕ РИСОВАНИЕ И ЛЕПКА – разновидность деятельности воображения, а не проявление художественного таланта. Руководители групп поощряют свободные ассоциации пациентов и их попытки самостоятельно обнаружить значение собственных работ. Допускаются совместные формы групповой работы, такие, как создание групповых фресок или всеобщего группового образа.

В контексте проводящейся терапии художественную деятельность можно назвать спонтанной в отличие от планируемой и тщательно организованной деятельности по обучению искусству или ремеслам различных групп людей. Художественные способности или специальная подготовка пациентов не нужны для использования художественного творчества в качестве терапевтического средства. Важен сам процесс и те особенности, которые конечный продукт творчества помогает обнаружить в психической жизни творца. Руководитель поощряет членов группы выражать внутренние переживания спонтанно и не беспокоиться о художественных достоинствах своих произведений.

Практические упражнения в группах арттерапии:

- ***Индивидуальное рисование.***

Цель: Этим упражнением превосходно начинать занятия в группах терапии искусством. Оно стимулирует творчество и осознание чувств, помогает членам группы лучше познакомиться друг с другом.

Необходимое время: 1 час.

Материалы: Бумага, цветные карандаши, мел, краски или глина.

Подготовка: Специальной подготовки не требуется.

Процедура: Каждый член группы имеет в своем распоряжении много бумаги и цветных карандашей. Используйте одну–две минуты, чтоб осознать ощущения и чувства, которые возникают в этот момент. Забудьте об искусстве и не старайтесь быть художником. Возьмите карандаш и начните наносить какие-нибудь штрихи на бумагу. Рисуйте цветные линии и формы, говорящие о том, как вы себя чувствуете.

Попытайтесь символически выразить свое состояние в данный момент. Не заставляйте себя рисовать что-то определенное и высокохудожественное. Рисуйте то, что приходит в голову. Когда все члены группы закончат задание, группа может поделиться впечатлениями о каждом рисунке, никак его не оценивая.

В качестве варианта попробуйте другие материалы, например краски, мел, глину. В любом случае доверяйте своим внутренним ощущениям и старайтесь в своей работе обнаружить информацию для себя. Используйте это упражнение, чтобы стимулировать воображение.

• **Рисование с партнером**

Цель: Это упражнение превосходно для исследования межличностных взаимоотношений и конфликтов.

Необходимое время: 30–60 минут.

Материалы: Бумага, цветные мелки или карандаши.

Подготовка: Специальной подготовки не требуется, но полезно, чтобы руководитель имел опыт в терапии искусством.

Процедура: Выберите партнера. Положите между собой и партнером большой лист бумаги, возьмите каждый по несколько цветных мелков. Внимательно посмотрите друг другу в глаза и затем спонтанно начинайте рисовать. Старайтесь выразить свои чувства. Если вы хотите общаться с партнером, делайте это с помощью линий, форм и цветов.

Когда закончите рисовать, обменяйтесь с партнером впечатлениями о том, что происходило во время упражнения. Говорите о любых эмоциях, которые у вас вызывает рисунок партнера. Посмотрите, не можете ли вы провести параллели между тем, как вы рисуете, и тем, как функционируете в группе. Постарайтесь узнать что-то о своем партнере.

• **Групповое рисование**

Цель: Это упражнение дает возможность участвовать всей группе. Оно помогает исследовать ролевые взаимоотношения в группе и влияние членов группы на индивидуальный опыт.

Необходимое время: 1 час.

Материалы: Бумага, цветные ручки или карандаши.

Подготовка: Руководитель должен обладать опытом в терапии искусством и групповой динамике.

Процедура: Все члены группы садятся в круг в середине комнаты. Перед каждым лежит лист бумаги и цветные ручки или карандаши. Начинайте рисовать что-нибудь важное для себя. По сигналу руководителя группы передайте свой лист участнику, сидящему от вас слева, и получите начатый рисунок от участника, сидящего справа. Работайте над этим рисунком, изменяйте и добавляйте к нему, что хотите. По сигналу передайте этот рисунок налево и получите рисунок справа.

Продолжайте так до тех пор, пока к вам не вернется тот рисунок, который вы начали. Осознайте чувства, возникающие у вас при виде того, что другие изобразили на вашем листе. Изменяйте в рисунке все, что хотите. В заключение обсудите свои впечатления с группой.

Вариант этого упражнения: члены группы по очереди рисуют на общей картине на стене, добавляя к композиции нечто, выражающее их настроение в данный момент и сообщающее это настроение группе.

• **Сотворение глиняного мира**

Цель: Это упражнение, как и все упражнения в терапии искусством, стимулирует творчество. Оно также исследует ценностные ориентации, взаимоотношения сотрудничества и соперничества членов группы.

Необходимое время: 1–2 часа.

Материалы: Глина или пластилин.

Подготовка: Руководитель должен иметь опыт в групповой динамике.

Процедура: Каждый член группы получает большой ком глины. Группы делятся на подгруппы по 5–8 человек в каждой. Упражнение может сопровождаться приятной мелодией на флейте или клавесине для создания мягкой, расслабленной атмосферы.

Вы – один из пяти или восьми человек, создающих мир. Закройте глаза и вообразите, что глина – сырье, из которого можно делать все, что вы захотите. С закрытыми глазами работайте с глиной и дайте пальцам выразить ваши мысли и чувства. Когда вылепите скульптуру, поместите ее на столе вместе с остальными вылепленными в вашей подгруппе скульптурами. Совместно с партнерами подгруппы с открытыми глазами поработайте над структурированием целостного мира из соответствующих частей. Если в ходе упражнения у вас возникли чувства относительно других членов группы, выскажите их или выразите их в глине. В заключение поделитесь своими впечатлениями с другими подгруппами.

Лечебный эффект групповой терапии отличается при различных клинических формах психических заболеваний. Замкнутые индивидуумы при таких формах занятий постепенно начинают интересоваться произведениями других пациентов, становятся более коммуникативными. Склонные к чрезмерной интеллектуализации и самоконтролю больные неврозом навязчивых состояний в процессе спонтанного рисования и лепки могут разрушить свои ригидные защиты.

У пациентов с шизофренией терапия искусством поддерживает позитивную «Я-концепцию». В ряде европейских клиник свободное выражение пациентами-шизофрениками своих внутренних чувств в художественном творчестве запрещено. Для уменьшения тревожности и конкретизации своего диффузного мышления они получают инструкции рисовать пейзажи, портреты, натюрморты.

МУЗЫКОТЕРАПИЯ. ХОРЕОТЕРАПИЯ

Целебное влияние, оказываемое музыкой на человека, известно с древних времен. Научное объяснение этого феномена относится к XVII в., а широкие экспериментальные исследования – к XIX в.

Большое значение музыке в системе лечения психически больных придавали С.С. Корсаков, В.М. Бехтерев и другие известные русские ученые. Подробный обзор литературы, посвященной различным аспектам музыкотерапии, представлен в работах Л.С. Брусиловского (1971), В.Ю. Завьялова (1995), Швабе (Schwabe Ch., 1974), Галинской (Galinska E., 1977) и др.

Описаны **феномены МУЗЫКОТЕРАПИИ:**

1) Феномен катарсиса – музыка волнует человека на психологическом уровне, вызывает потрясение. Она воспринимается с острой, особенной силой, вызывает наслаждение, освобождение, иногда счастливые слезы, возникновение ярчайших ощущений, образов, напоминающих проявления быстрого сна или творческого вдохновения. *Катарсис* способствует оживлению творческого подсознания, помогает гармонизовать психику человека, снять болезненные симптомы. Во время сеанса слушатель сидит с закрытыми глазами, видит иногда поразительные по яркости зрительные образы. Трагически горестная маска сменяется сиянием глаз, человек испытывает творческое потрясение. Если сеанс проведен правильно, снимается тревожность.

2) Феномен кессона. При нарушении принципа индивидуальности, несоответствии психологического содержания музыки и слушателя вызывает тягостные ощущения, феномен *кессона* (термин, взятый для представления о неприятии чуждого пациенту психологического уровня и его проявлений).

При восприятии музыки чуждого психологического уровня отмечаются следующие проявления кессона, идущие ступенями:

- безразличие, отсутствие интереса;
- скука, оценки «примитивный», «наивный»;
- иронически насмешливое восприятие (смеховой кессон);
- отрицание, негативизм;
- эмоциональные и вегетативные реакции (кашель, беспокойные движения и т.п.).

Цель музыкотерапевта – избежать кессона и добиться катарсиса.

Выделяют четыре основных **направления лечебного действия** музыкотерапии:

- эмоциональное активирование в ходе вербальной психотерапии;
- развитие навыков межличностного общения (коммуникативных функций и способностей);
- регулирующее влияние на психовегетативные процессы;
- повышение эстетических потребностей.

Механизмы лечебного действия музыкотерапии:

- катарсис,
- эмоциональная разрядка,
- регулирование эмоционального состояния,
- облегчение осознания собственных переживаний,
- конфронтация с жизненными проблемами,
- повышение социальной активности,
- приобретение новых средств эмоциональной экспрессии,
- облегчение формирования новых отношений и установок.

Различают две **основные формы** музыкотерапии:

- **активная** музыкотерапия – терапевтически направленная, активная музыкальная деятельность (воспроизведение, фантазирование, импровизация с помощью человеческого голоса и музыкальных инструментов);

- **рецептивная** музыкотерапия – процесс восприятия музыки с терапевтической целью.

Рецептивная музыкотерапия существует в *трех формах*:

- коммуникативная (совместное прослушивание музыки, направленное на поддержание взаимных контактов, взаимопонимания и доверия);
- реактивная (направлена на достижение катарсиса);
- регулятивная (способствует снижению нервно-психического напряжения).

В лечебной практике наиболее широкое распространение получила рецептивная форма музыкотерапии с ориентацией на коммуникативные задачи в группах. Пациенты прослушивают специально подобранные музыкальные произведения, после чего начинается групповая дискуссия. Участники вербализируют собственные переживания, воспоминания, мысли, ассоциации и фантазии, возникающие у них в ходе прослушивания.

На одном занятии прослушивают три произведения или законченных отрывка из них, продолжительность которых не превышает 10–15 минут.

Программы музыкальных произведений строятся на основе постепенного изменения настроения, динамики и темпа с учетом их различной эмоциональной нагрузки:

➤ *Первое произведение* должно формировать определенную атмосферу для всего занятия, проявлять настроения пациентов, налаживать контакты и вводить в музыкальное занятие, готовить к дальнейшему прослушиванию. Это спокойное произведение, отличающееся расслабляющим действием.

➤ *Второе произведение* – динамичное, драматическое, напряженное, несет основную нагрузку, его функция заключается в стимулировании интенсивных эмоций, воспоминаний, ассоциаций проективного характера из собственной жизни пациента. После его прослушивания в группе уделяется значительно больше времени для обсуждения переживаний, воспоминаний, мыслей, ассоциаций, возникающих у пациентов.

➤ *Третье произведение* должно снять напряжение, создать атмосферу покоя. Оно может быть спокойным (релаксирующим) либо энергичным, дающим заряд бодрости, оптимизма, энергии.

С помощью дополнительных заданий можно стимулировать активность пациентов. Для чего им предлагают:

- постараться понять, чье эмоциональное состояние в большей степени соответствует данному музыкальному произведению;
- из имеющейся фонотеки подобрать собственный «музыкальный портрет» (произведение, отражающее эмоциональное состояние кого-либо из членов группы).

Для **активной** музыкотерапии необходимо наличие простейших музыкальных инструментов. Пациентам предлагается выразить свои чувства или провести диалог с кем-либо из членов группы с помощью выбранных музыкальных инструментов. Как вариант активной музыкотерапии может рассматриваться хоровое пение.

Подбор музыкальных произведений для лечебно-восстановительной терапии осуществляется с учетом формы и стадии заболевания.

Разработаны методики индивидуальной и групповой активности музыкотерапии и сочетания музыки с аутогенной тренировкой.

Пакет программ классической музыки для регуляции психоэмоционального состояния:

1. Уменьшение чувства тревоги и неуверенности:

Шопен «Мазурка», «Прелюдии», Штраус «Вальсы», Рубинштейн «Мелодии».

2. Уменьшение раздражительности, разочарования, повышение чувства принадлежности к прекрасному миру природы.

Бах «Контата 2», Бетховен «Лунная соната», «Симфония ля-минор».

3. Для общего успокоения, удовлетворения.

Бетховен «Симфония 6» часть 2, Брамс «Колыбельная», Шуберт «Аве Мария», Шопен «Ноктюрн соль-минор», Дебюсси «Свет луны».

4. Снятие симптомов гипертонии и напряженности в отношениях с другими людьми.

Бах «Концерт ре-минор» для скрипки, «Кантата 21», Барток «Соната для фортепиано» Квартет 5, Брукнер «Месса ля-минор».

5. Для уменьшения головной боли, связанной с эмоциональным напряжением.

Моцарт «Дон Жуан», Лист «Венгерская рапсодия» 1, Хачатурян «Сюита Маскарад».

6. Для поднятия общего жизненного тонуса, улучшения самочувствия, активности, настроения.

Чайковский «Шестая симфония» 3 часть, Бетховен «Увертюра Эдмонд», Шопен «Прелюдия 1, опус 28», Лист «Венгерская рапсодия» 2.

7. Для уменьшения злобности, зависти к успехам других людей.

Бах «Итальянский концерт», Гайдн «Симфония».

Правила проведения музыкотерапии:

➤ Перед началом сеанса изучается информация об исполняемом произведении. Необходимо знать его суть и структуру, текст исполняемого произведения. Целесообразно иметь текст перед глазами, чтобы не мешали напряженные попытки уловить слова, которые не всегда четко произносятся или заглушаются оркестром

➤ Расслабление помогает «открыть двери бессознательного» и принять в полной мере действие музыки. При этом не важно, хотите вы испытать успокаивающее действие или же стимулирующее и поднимающее настроение.

➤ Правильно подбирается «доза». Лечение музыкой должно быть достаточно коротким, чтобы не вызвать усталости и возможных защитных реакций.

➤ Силу или громкость музыки регулируют с осторожностью: малую громкость выбирают не только для успокаивающей, но также и для стимулирующей музыки. Большая громкость утомляет и потрясает.

➤ После прослушивания лечебной музыки следует некоторое время отдохнуть, что благоприятствует ее полному действию на бессознательное.

➤ Музыкальную терапию можно применять во время сна, так как «бессознательное» наиболее активно и восприимчиво к внешним импульсам в это время. Терапевтическое использование музыки во время сна особенно рекомендуется для детей, в психиатрии и вообще для людей беспокойных.

➤ Выбор музыкальных произведений должен быть хорошо продуман. Жизнерадостная музыка может действовать на нервы человеку, отягощенному горем, в то время как на человека в состоянии возбуждения и смятения вряд ли окажет глубокое впечатление торжественное адажио.

ХОРЕОТЕРАПИЯ

ХОРЕОТЕРАПИЯ или **ТАНЦЕВАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ** (англ. dance – танец, therapy – лечение) – психотерапевтический метод, оказывающий положительное влияние на социальную, когнитивную, эмоциональную и физическую жизнь человека посредством применения танца, пластики и ритмики.

Впервые в лечебных целях танец стали использовать на Западе после Второй мировой войны для коррекции эмоциональных расстройств. При лечении душевных и эмоциональных заболеваний групповой танец впервые применили Лилиан Эспенак, Бланш Ивенс, Труди Шуп, Мэри Уэйтхаус, положившие в основу терапевтического танца теории психоанализа. На работу в вашингтонскую больницу Святой Елизаветы была приглашена танцовщица Мэрион Чейз, которая с помощью танцевальной терапии добивалась успеха в излечении самых тяжелых пациентов. Основателем и разработчиком танцевальной терапии был Рудольф Лабан, предложивший свободные формы танца для гармонизации души и тела.

Развитие современной хореотерапии с 30-х гг. прошлого столетия связывают с именем Чейз (Chase M.), автора соответствующей главы в посвященной групповой терапии книге Морено (Moreno J.L.).

ТВОРЧЕСКАЯ ЭВРИТМИЯ – терапевтический метод, сочетающий движение с пением и особыми упражнениями, оказывающий положительное воздействие на различные органы (кишечник, кожа и т.п.) и облегчающий многие психические проблемы. Методика предложена Рудольфом Штейнером.

Хореотерапия может выделяться в качестве:

- одного из направлений арттерапии,
- составного элемента активной музыкотерапии (Meneghetti T. и др.),
- одной из форм терапии физической активностью (Slavson S. R., Schiffer M.).

Основные задачи хореотерапии:

- 1) терапия занятостью и повышение двигательной активности;
- 2) коммуникативный тренинг и организация социотерапевтического общения;
- 3) получение диагностического материала для анализа поведенческих стереотипов пациента и его самопознания;

4) раскрепощение и рост пациента, поиск аутентичных путей развития.

Существуют особенности акцентуализации задач в процессе лечения с учетом методов проводимой психотерапии: 1 и 2 – при поведенческой, 3 – при психодинамической, 4 – при гуманистической моделях.

Танцевальной терапией занимаются пациенты:

- которым трудно учиться;
- страдающие аутизмом;
- с отклонениями в поведении;
- умственно неполноценные;
- со старческим слабоумием.

Танцевальная терапия помогает *при ряде заболеваний*:

- булимия;
- депрессия;
- зависимости (алкоголизм, наркомания и др.);
- маниакально-депрессивные расстройства;
- отсутствие аппетита;
- неврозы;
- фобии;
- шизофрения.

Танцевальные терапевты работают в психиатрических больницах, диспансерах и поликлиниках, центрах психического здоровья, тюрьмах и спецшколах. В европейских странах они зачастую имеют частную практику. Работа осуществляется с людьми всех возрастов в групповой и индивидуальной терапии. Применяются структурированные упражнения на расслабление, дыхание, размещение, управление и движение в пространстве. В процессе занятий танцтерапевты постепенно вдохновляют людей на изобретение новых движений, оказывая помощь тем, кто подвержен сильным эмоциональным переживаниям. Танец использует относительно неструктурированные двигательные формы и спонтанно освобождающиеся чувства.

Цели хореотерапии:

- расширение сферы осознания собственного тела;
- развитие положительного образа тела, социальных умений;
- исследование чувств и создание глубокого группового опыта.

Фундаментальными для танцевальной терапии являются взаимоотношения между телом и разумом, спонтанными движениями и сознанием, а также убежденность в том, что движение отражает личность.

Руководитель группы берет на себя множество функций:

- партнер по танцу;
- режиссер событий;

- катализатор, облегчающий развитие через движение;
- создатель безопасной среды для исследования себя и других;
- отражение спонтанных движений членов группы;
- расширение репертуара движений.

Занятия хореотерапией должны предваряться разминочными упражнениями, имеющими физический («разогрев»), психический (идентификация с чувствами) и социальный (установление контактов) аспекты. Продолжительность занятия не превышает 40–50 минут. В стационарных условиях занятия проводятся ежедневно, в амбулаторно-поликлинических условиях – еженедельно на протяжении нескольких месяцев или лет, в профилактических целях возможно проведение одноразовых танцевальных марафонов. Традиционная хореотерапевтическая группа включает в себя от 5-ти до 12-ти человек.

Музыкальное сопровождение занятий бывает различным: одни хореотерапевты предпочитают стандартные магнитофонные записи народной или профессиональной танцевальной музыки, другие – собственное импровизированное музыкальное сопровождение.

В процессе психодинамической хореотерапии выделяются *стадии развития* психотерапевтической группы:

- *индивидуальная* – анализ пространственных, временных, энергетических, гармонических характеристик движения пациентов и такого аспекта, как «сдерживание-разрешение»;
- *дуэт* – анализ переноса и контрпереноса;
- *трио и квартет* – анализ инцестуозных тенденций и динамического отвержения на модели «отец–мать–ребенок»;
- *групповая*, соответствующая психодраматическому подходу;
- *межгрупповая*, социодраматическая;
- *социальная*, реализуемая в массовых танцевальных ритуалах и фестивалях.

Хореотерапия рекомендуется в качестве вспомогательного или основного метода психотерапии в группах детей и подростков, в санаторно-курортных условиях, при коррекции дисгамий в супружеских парах, для социально-психологического и двигательного тренинга людей с нарушениями слуха и зрения или постпсихотическим дефектом.

Прежде танцевальная терапия применялась почти исключительно к людям с тяжелыми нарушениями. Сегодня танец все больше ориентируется на работу со здоровыми людьми, имеющими психологические затруднения, с целью развития у них приспособления, чувства удовольствия и группового взаимодействия, а также для выражения и направления сильных эмоций.

БИБЛИОТЕРАПИЯ. ИГРОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

В дословном переводе **БИБЛИОТЕРАПИЯ** означает «лечение книгой». Идея излечивать и корректировать настроение и эмоциональное состояние с помощью книг принадлежит врачам древности и прослеживается в истории со времени возникновения первых библиотек Греции. Книга представляет собой целебный фактор и инструмент, способный воздействовать на мышление и характер людей, формировать их поведение и оказывать помощь в решении проблем.

Как научно обоснованный метод лечения и профилактики библиотерапия (библиопсихотерапия, либротерапия, либропсихотерапия) возникла в конце XIX века на стыке психиатрии, психологии и библиотековедения. Само это слово как официальное научное понятие было предложено в 1916 году, когда съезд Американской ассоциации больничных библиотек обсудил мероприятия по выполнению заказов пациентов, нуждающихся в оказании помощи по осознанию и решению их проблем, и назвал эту технику библиотерапией. Уже в те далекие годы психотерапевты считали, что библиотерапия эффективна потому, что позволяет читателям идентифицировать себя с героем и понять, что они – не единственные люди с подобной проблемой. По мере того, как герой решает эту проблему, читатель эмоционально включается в процесс и, в конце концов, обретает понимание своей собственной ситуации.

В настоящее время происходит переосмысление ее предмета, методов и целей.

В современной литературе можно встретить много определений и толкований термина **«библиотерапия»** – от популярных до строго научных:

✓ «Термин «библиотерапия» может быть определен как использование книг для помощи людям в решении проблем» (Alex, Nola Kortner);

✓ «Библиотерапия – это техника для структурного взаимодействия между стимулирующим и воспринимающим, базирующаяся на использовании литературы» (Pardeck, 1989);

✓ «Библиотерапия – это преднамеренное использование литературных материалов для понимания или решения актуальных терапевтических проблем человека» (Riordan, Wilson, 1989);

✓ «Библиотерапия является одним из перспективных направлений психотерапии... опирающимся на глубинные закономерности

психотерапевтического процесса, особую природу психотерапевтической (художественной, педагогической) коммуникации, механизмы художественного творчества и восприятия» (Кабачек О.Л., 1994);

✓ «Библиотерапия – область деятельности на стыке медицины и библиотечного дела, связанная с активным вовлечением человека в чтение тщательно подобранной литературы с целью его излечения или решения его личных проблем» (Рослик Г.М., 1995);

✓ «Библиотерапевтический процесс есть процесс изменения состояния пациента за счет его душевных и духовных сил» (Кабачек О.Л., 1994) и др.

Цели библиотерапии:

- проявить индивидуальное самосознание пациента;
- улучшить понимание человеком своего поведения или мотиваций;
- способствовать формированию адекватной самооценки;
- помочь человеку определить свои интересы и склонности;
- облегчить последствия стресса;
- показать личности, что он или она – не первый человек, столкнувшийся с такой проблемой;
- показать человеку, что есть более чем одно решение данной проблемы;
- помочь человеку в более свободном обсуждении проблемы;
- помочь человеку спланировать правильный путь действий в решении проблемы;
- выйти на путь самопознания, самореализации и самоактуализации (А. Маслоу), достичь психологической зрелости.

Следует помнить, что библиотерапия – это не просто случайная рекомендация определенной книги отдельному человеку, а обдуманый курс действий, который требует тщательного планирования.

Основные участники библиотерапевтического процесса.

Стимулирующим началом (субъектом воздействия) при использовании библиотерапевтической техники может быть:

1. Врач.
2. Библиотекарь – такой подход особенно характерен для США и Западной Европы.
3. Психолог – в США, Финляндии, Франции, Германии проводятся сеансы индивидуальной и групповой библиотерапии на базе библиотек школ, университетов, детских центров. Среди библиотерапевтов России также имеются не только библиотекари, но и психологи.
4. Педагог. Педагогический подход выдвигает, пожалуй, наиболее серьезные библиотерапевтические цели:

- развитие духовного мира, креативных способностей личности;
- формирование оптимистического видения мира, заинтересованности и потребности в чтении, потребности в самостоятельном поиске решений своих проблем с помощью литературы и т.д.

5. Родители и друзья.

6. Автор книги (писатель или поэт) и соавтор психотерапевтического курса – читатель.

Все типы библиотерапевтов можно классифицировать по следующим признакам:

- «скрытые»–«явные»;
- «формальные»–«неформальные».

«Скрытые» библиотерапевты общаются с субъектом воздействия (пациентом-читателем) только через средства воздействия (литературные источники):

- первичные (художественные и другие книги) и/или
- вторичные (рекомендательные библиографические списки, аннотации, советы, книжную рекламу в прессе и на телевидении и прочее).

К этой категории библиотерапевтов относятся авторы используемых в практике библиотерапии книг (писатели, художники-иллюстраторы, публицисты), библиографы и авторы вторичных пособий.

«Скрытые» библиотерапевты делятся на:

- **«осознанных»**, т.е. пишущих с заранее определенной библиотерапевтической целью;
- **«неосознанных»**, чьи произведения попали в поле деятельности библиотерапии вне зависимости от их воли.

«Явные» библиотерапевты, общающиеся с пациентами не только через литературу, но и напрямую, делятся на:

- **«формальных»**, т.е. занимающихся библиотерапией на профессиональной основе (врачи, библиотекари, педагоги, психологи);
- **«неформальных»**, т.е. проводящих библиотерапевтическое воздействие не по долгу службы, а в силу иных причин (родители, родственники, друзья).

Требования к специалистам-библиотерапевтам в настоящее время высоки. Они должны обладать эмоциональной устойчивостью, хорошо развитыми коммуникативной и перцептивной способностями, эмпатией, интересом к работе с другими людьми и способностью сочувствовать другому человеку, не морализируя, угрожая или командуя. Они должны быть авторитетны, тактичны и доброжелательны.

Воспринимающим началом (объект воздействия) при использовании библиотерапевтической техники является:

- Человек, нуждающийся в психотерапевтической помощи.

- Человек, нуждающийся в психологической помощи и поддержке.

Люди, имеющие проблемы, должны согласиться на библиотерапию и работать со специалистом в тесном контакте при наличии полного взаимопонимания и доверия.

Стимулирующим началом является *книга*. В русле так называемого «рецептурного» направления используются специальные медицинские книги и справочники, оказывающие на пациента «клиническое» воздействие. В русле «мотивационного» направления используется художественная литература, оказывающая «психогигиеническое» воздействие.

Терапевтический эффект библиотерапии достигается не только за счет узнавания в тексте своей конкретной травмирующей ситуации и типа эмоционального отреагирования, но и за счет формирования у пациента-читателя активной самостоятельной жизненной позиции, которая помогает справляться с проблемами в будущем. Иными словами, за счет возможности стать психотерапевтом для самого себя.

Выбор книг – весьма ответственный и сугубо индивидуальный процесс.

Основные этапы библиотерапии:

- **Мотивационный этап:**

- 1) вводная мотивировка к занятиям;
- 2) целеполагание и целеприятие.

- **Основной познавательный этап:**

- 1) обеспечение времени для чтения литературы;
- 2) обеспечение времени для обдумывания;
- 3) руководство дискуссией или организация диалога, использование вопросов, которые переведут читателей с буквального понимания информации к интерпретации, практическому приложению, анализу, синтезу и оценке этой информации.

- **Этап рефлексии:**

- 1) оценка эффективности библиотерапевтического процесса посредством анализа психологического состояния личности пациента-читателя;
- 2) самооценка личности пациента-читателя.

Преимущества библиотерапии:

- Процедура может занимать мало времени.
- Не требует никаких специальных приспособлений и оборудования за исключением книги.

- Библиотерапия является надежным и доказавшим свою эффективность методом психотерапии, активно используемым в нашей стране и за рубежом.

- Библиотерапия поэзии давно используется, например, в Финляндии и доказала свою состоятельность.

- Не требуется обязательное присутствие психотерапевта.

- В искренних и абсолютно честных строках «настоящих поэтов» отсутствует элемент показной доброжелательности и искусственности, присущей позиции и поведению психотерапевта.

- Книги воздействуют исподволь: они ненавязчивы и незаметны. Более того, окинув свою жизнь с таких позиций, каждый с удивлением обнаружит, что он находился или находится под библиотерапевтическим воздействием, зачастую не зная об этом.

- К книге можно легко «возвращаться». Перечитывание любимой книги тоже является библиотерапевтическим приемом.

Дети дошкольного и младшего школьного возраста не осознают свои психологические проблемы как что-то мешающее им жить. Посредством арттерапии, когда внимание ребенка отвлечено игрой, через проработку в игровой форме тех или иных задач можно добиться больших результатов, нежели в разговоре с врачом, психологом. **ИГРА** – это основная сфера деятельности ребенка. Стимулировать его к игре не приходится, и он делает это с удовольствием.

ИГРЫ детей с **КУКЛАМИ** в настоящее время рассматриваются как диагностическое и терапевтическое средство одновременно. Для проведения сеансов рекомендуется иметь набор из 15–20 различных кукол: агрессивные и дружелюбные; куклы, изображающие семью, учителей, милицию, врачей; куклы-ведьмы и т.п.

Существуют методики **куклотерапии**, при которой ребенок самостоятельно создает кукол из ниток, клубков, пуговиц и т.п.

Хотя кукла находится на руке и во власти ребенка, дети дистанцируются от них и рассматривают их отдельно от себя. С помощью кукол ребенок способен выражать запрещенные чувства и говорить о своих внутренних конфликтах.

Задачи куклотерапии:

- помочь ребенку в раскрытии его страхов и внутренних конфликтов посредством проигрывания травматических ситуаций;

- способствовать усилению эмоций с целью их «выведения на поверхность»;

- развить у ребенка способность общения посредством метафор;

- сделать игру с куклами отражением реальной жизни ребенка;

- помочь ребенку почувствовать себя защищенным посредством кукол («это не я сказал, это так кукла говорит»; «я чувствую то же, что чувствует кукла» и т.п.);

- помочь ребенку идентифицироваться с куклой;
- помочь ребенку почувствовать себя принятым, даже в неприемлемых качествах;
- сделать куклу средством связи ребенка и взрослых (психолога, родителей, учителей);
- создать атмосферу поддержки и эмпатии, хотя вначале ребенок может принимать поддержку скорее от куклы, нежели от взрослого.

Процедура проведения ***игротерапии***:

1. Психолог предлагает познакомиться с куклами.
2. Психолог предлагает выбрать кукол, с помощью которых ребенок хотел бы рассказать какую-нибудь историю (или конкретно о тех людях, кого ребенок знает; или о ситуации насилия).
3. Психолог отмечает, каких кукол ребенок выбирает, а каких отвергает.
4. Задавая вопросы открытого типа, психолог помогает ребенку описывать выбранных кукол.
5. По мере проигрывания сюжета психолог вмешивается только по мере необходимости или по просьбе ребенка.
6. По окончании игры психолог разговаривает с куклами, задавая снова вопросы открытого типа о мыслях, чувствах и действиях кукол, а затем постепенно и незаметно переносит свои вопросы и интерпретации непосредственно на ребенка.

Интересной формой куклотерапии является **кукольный театр** с ширмой и куклами. Дети считают, что они учатся быть артистами, разыгрывая небольшие сценки, а потом и спектакли. Задача арттерапевта: помочь ребенку через игру скорректировать поведение, наладить отношения с окружающим миром. Через коррекцию поведения преодолеваются различные болезненные, в том числе и медицинские симптомы. Это лечение эффективно в возрасте от 4 до 13–14 лет, но самый оптимальный возраст – дошкольный и младший школьный. Родители должны принимать активное участие в лечении, так как все поведенческие отклонения (в том числе и неврозы) проявляются и развиваются в семье.

Методика состоит из двух циклов по 8–9 занятий каждый. Первый цикл – театральные этюды на ширме, второй – это спектакль. Под предлогом работы над ролью дети прорабатывают те модели поведения, которые оптимальны именно для них, прорабатывают и переживают ситуации, создающие у них напряжение и страх. Одного цикла многим детям бывает вполне достаточно.

Наиболее эффективной куклотерапия оказывается при различных поведенческих отклонениях. Это агрессивность, страхи, застен-

чивость, ревность, демонстративность, расторможенность и, наоборот, заторможенность, неуправляемость, повышенная чувствительность.

Нецелесообразно привлекать к таким занятиям детей с сильной задержкой умственного развития. Речь может идти только о коррекции поведения, о большей гармонизации, в частности социализации детей, например, с синдромом Дауна.

Роли детей в «лечебных» спектаклях распределяются в зависимости от терапевтических задач.

В игре можно диагностировать имеющиеся у ребенка проблемы и переживания. Достаточно предложить ему поиграть в детский сад и воспроизвести какую-то ситуацию.

Игровая терапия зачастую оказывает благоприятное воздействие на психо-эмоциональное развитие ребенка:

Для игры «Зайчик» понадобятся небольшая скатерть или полотенце и игрушечный заяц! Встаньте вместе с малышами, положив игрушку на полотенце, и удерживайте его за края. Начинайте плавно покачивать полотенце, приговаривая: «Зайчик, зайчик крепко спит. И шуметь нам не велит! Тс-с-с!». Затем ускорьте движение со словами: «Зайка глазки открывает, за морковкой убегает!». Раскачивайте полотенце все сильнее, так, чтобы зайчик «подпрыгивал» на нем: «Повстречал в лесу он волка, и бежит от волка прочь! Надо зайчику помочь!» Постепенно замедляете темп, малыши говорят: «Успокойся, зайчик-зайка! Ляг в кровать и засыпай-ка!». После этих слов движения становятся плавными, а затем прекращаются, и вы хором с детьми говорите как можно тише, спокойнее: «Зайчик-зайчик крепко спит. И шуметь нам не велит! Тс-с-с! Тише!».

В этой игре развивается координация движений, ребенок приобретает навыки взаимодействия с другими детьми, умение управлять своим телом и сопереживать.

Игра «Найди друга» развивает коммуникативные навыки, учит малышей дружить. Для нее понадобятся парные игрушки: два медвежонка, две собачки, два зайчика. Можно включить музыку и сказать, что сейчас звери будут танцевать, но одним им танцевать скучно. И задача ребят – найти для своих игрушек пару! Дети ищут своей зверюшке «друга», а встретившись, начинают вместе танцевать. Для совсем маленьких детишек можно вырезать из бумаги «медали» с изображением зверей, и каждому ребенку повесить такую медаль на грудь.

Описанные выше игры предназначены для детей от 3 до 6–7 лет. Они просты в исполнении, не требуют ни специального помещения, ни каких-то особых игровых материалов.

КРАТКИЙ ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ

Абазия (*греч.* *a* – без-, не-, *basis* – шаг) – утрата способности стояния на ногах и невозможность передвижения на ногах (ходьбы)

Абсанс (*фр.* *Absence* – отсутствие) – кратковременное угнетение или выключение сознания с последующей амнезией.

Абсанс-аура (*фр.* *absence* – отсутствие, *греч.* *aura* – ветерок) – один из вариантов эпилептической ауры, проявляющийся кратковременным выключением сознания и субклинически.

Абстиненция (син.: синдром абстиненции) – синдром психических и физических расстройств, наступающих при резком прекращении поступления в организм большого алкоголя, наркотических и токсических веществ, по отношению к которым имеется токсикоманическая зависимость.

Абузус (*лат.* *abusus* – злоупотребление, излишество – эпизодическое употребление (в течение одного или нескольких дней) большого количества алкогольных напитков или наркотиков, приводящее к выраженной интоксикации).

Абулия (*a* + *греч.* *bule* – воля) – частичное или полное отсутствие желаний и побуждений к деятельности.

Агасфера синдром – частое обращение в различные больницы для получения наркотиков и медикаментов, к которым у них имеется пристрастие.

Аггравация (*лат.* *aggravare* – ухудшать, отягощать) – преувеличение больным реально существующей болезни.

Аграмматизм (*a* + *греч.* *grammata* – чтение, письмо) – нарушение способности пользоваться грамматическим строем речи.

Аграфия (*a* + *греч.* *grapho* – писать) – нарушение способности писать при очаговых поражениях коры головного мозга.

Агрессивность (*лат.* *aggressio* – нападение) – склонность больных к нападению на окружающих и нанесению им телесных повреждений, к разрушительным действиям.

Адинамия (*греч.* *adinamia* – бессилие) – снижение активности больного, мышечная слабость, отсутствие готовности к какой-либо деятельности.

Ажитация (*лат.* *agitatio* – приведение в движение) – возбуждение, двигательное беспокойство, непрерывная потребность в движении.

Ажитофазия (*лат.* *agitatio* – приведение в движение, возбуждение, *греч.* *phasis* – речь) – ускоренная, малопонятная речь.

Азафия (*a* + *греч.* *saphes* – ясный) – неясная, неотчетливая речь, нечеткое произношение слов.

Айдомания, сатириаз (*греч. aidouia* – половые органы, *mania* – болезненная склонность) – повышенное половое влечение у мужчин при психических расстройствах позднего возраста.

Акайрия (*a* + *греч. kairos* – надлежащая мера, норма) – назойливость, навязчивость больного, при которых он многократно задает врачу одни и те же вопросы, хотя и получил уже ранее на них ответы.

Акаматезия (*a* + *греч. katamathesis* – полное знание) – полное непонимание больным обращенной к нему речи.

Акинезия (*a* + *греч. kinesis* – движение) – обездвиженность, неподвижность, невозможность совершения волевых или автоматизированных движений при отсутствии парезов или параличей.

Акоазмы (*греч. akusma* – слышимое – элементарные слуховые галлюцинации (шум, выстрелы, звон, стуки и т.п.), характерные для шизофрении, симптоматических психозов, эпилептической ауры.

Акроанестезия (*греч. akron* – конечность, *an* – не, *aisthesis* – чувство, ощущение) – нарушение чувствительности в дистальных отделах конечностей, характерное для истерии.

Акрокинезия (*акро* + *греч. kinesis* – движение) – нарушение движений (снижение подвижности или чрезмерная подвижность) в дистальных отделах конечностей.

Акупунктура (*лат. acus* – игла, *punctum* – точка) – метод рефлексотерапии, отличительной особенностью которого является нанесение раздражений уколами иглы в физиологически активных точках кожи, соответствующих проекции определенных органов и систем.

Акцентуация (*лат. accentus* – ударение) – усиление, заострение определенных психических свойств.

Алалия (*a* + *греч. lalia* – речь) – отсутствие речи или ее дефект при сохранности слуха и интеллекта.

Алекситимия (*a* + *греч. lexis* – речь, *thymos* – душа, настроение, чувство) – затруднения в психологическом описании своего состояния, характерное для соматизированных латентных депрессий.

Алкоголизм (*араб. al Kohol*) – систематическое злоупотребление алкогольными напитками в дозах, вызывающих алкогольное опьянение, хроническую интоксикацию.

Алкогольная эмбриопатия (*греч. embrion* – утробный плод, зародыш, *pathos* – болезнь, страдание) – патология детей, родившихся от пьющих матерей.

Алкогольный бред ревности – бредовой психоз, наблюдающийся при хроническом алкоголизме и характеризующийся преобладанием в клинической картине систематизированного бреда ревности.

Аллегоризация ощущений (*греч. allegoria* – аллегория, иносказание) – интерпретация больным испытываемых им ощущений в соответствии с бредовыми переживаниями.

Аллегорическая речь – особая форма построения неологизмов, когда о происшествии говорится иносказательно, одним словом или кратким словесным оборотом, специфическим выражением.

Аллотриосмия (*греч. allotrios* – чуждый, другой, *osme* – запах) – нарушение восприятия запахов, обоняния, проявляющееся обонятельными иллюзиями и галлюцинациями.

Аллотриофагия (*греч. allotrios* – чуждый, другой, *phagein* – есть, питаться, поедать) – употребление в пищу несъедобных веществ (земли, глины, кала).

Альтернирующий (*лат. alterno* – чередоваться) – чередующийся, попеременный.

Альцгеймера болезнь – заболевание из группы пресенильных деменций, атипичная, относительно рано (в предстарческом возрасте) наступающая форма старческого слабоумия.

Амбивалентность (*лат. ambi* – вокруг, с обеих сторон, *valens* – сильный) – склонность отвечать на внешние раздражители двоякой, противоположной, антагонистической реакцией.

Амблионоя (*греч. amblis* – тупой, слабый, *nus* – ум, разум) – болезненная затрудненность принятия каких-либо решений.

Амблиопия (*греч. amblis* – тупой, слабый, *opsis* – зрение) – понижение зрения, слепота функционального генеза, без органического поражения зрительного анализатора.

Аменомания (*лат. amoenus* – приятный, веселый, *греч. mania* – помешательство) – радостная, веселая мания, характеризующаяся блаженным отношением к окружающему.

Аменция (*a* + *лат. mens* – ум, мышление, рассудок) – синдром расстроенного сознания, состояние острой спутанности.

Амимия (*a* + *греч. mimia* – подражание) – нарушение мимики, наблюдается при поражениях лицевых нервов, паркинсонизме, ступоре кататоническом, синдроме нейролептическом, идиотии и т.д.

Амиостения (*a* + *греч. myos* – мышца, *sthenos* – сила) – мышечная слабость, характерная для органических заболеваний ЦНС и неврозов (астенического, истерического).

Амихофобия (*греч. amuche* – царапать) – навязчивый страх повреждения кожи, характерный для невроза навязчивых состояний и психастении.

Амнезия (*a* + *греч. mnesis* – воспоминание) – отсутствие памяти, утрата способности сохранять и воспроизводить ранее приобретенные знания.

Амок (*малайск. amok* – бешеный) – острый психоз, при котором после периода дисфории, или минуя его, наступает сумеречное состояние сознания с агрессивно-разрушительными действиями, затем – амнезия.

Амузия (*a* + *греч. musikos* – музыкальный) – нарушение способности понимать и исполнять музыку (вокальную и инструментальную), писать и читать ноты.

Аналгетики (*греч. an(a)* – не, *algosis* – ощущение боли) – лекарственные вещества, обладающие болеутоляющим действием (морфин, промедол, амидопирин, ацетилсалициловая кислота и др.).

Анамнез (*греч. anamnesis* – воспоминание) – совокупность сведений о больном и развитии у него болезни, получаемых путем расспроса самого больного и окружающих его лиц.

Анартрия (*ан* + *греч. arthroo* – членораздельно произносить) – потеря членораздельной, артикулированной речи.

Анатопизм (*греч. ana* – пере-, *topos* – место, местность) – затруднения в приспособлении к новому месту жительства, характерные для экзогенной депрессии.

Анахоретство (*греч. anachoretas* – отшельничество) – обособление от окружающего мира, стремление к безлюдным местам, стремление избегать контактов с людьми.

Ангедония (*ан(a)* + *греч. hedone* – удовольствие, приятность, наслаждение), агедония – потеря чувства радости, наслаждения, характерная для эндогенных депрессий, тяжелых неврозов и шизофрении.

Ангофразия (*греч. ango* – боюсь, *phrasis* – речь) – навязчивый страх публичных выступлений, проявляющийся внедрением между словами в фразе посторонних гласных, двугласных и носовых звуков (а-а, э-э, енг, анг и т.п.).

Андропауза (*греч. aner, andros* – относящийся к мужчине, *pausis* – прекращение, перерыв) – период прекращения половых функций у мужчин «мужской климакс».

Анергия (*ан(a)* + *греч. ergon* – работа, действие) – утрата способности к активной психической, двигательной и речевой деятельности, характерная для депрессивных состояний (депрессия анергическая).

Анергазия (*ан(a)* + *греч. ergasia* – работа, деятельность, действие) [Meуer A., 1908]. Разновидность эргастических реакций, соответствующая приобретенному дефекту. См. *Майера эргазииология*.

Анестезия (*ан(a)* + *греч. aisthesis* – ощущение, чувство) – отсутствие чувствительности – тепловой, тактильной, болевой и т.д. Наблюдается при поражениях нервов, проводящих путей и сенсорных зон головного мозга. При истерии носит функциональный характер – участки А. на коже не соответствуют зонам иннервации (А. по типу перчаток, носков).

Анестезия скорбная психическая (*лат. anaesthesia dolorosa psychica*) – крайне болезненно переживаемая больным утрата чувств по отношению к окружающим, характерная для глубоких депрессий.

Анозогнозия (*a* + *греч. nosos* – болезнь, *gnosis* – знание, познание) – отсутствие сознания болезни.

Аномалия (греч. *anomalía* – отклонение) – отклонение от нормы.

Анорексия невротическая (*ан(а)* + греч. *orexis* – желание есть, аппетит) – отсутствие аппетита, возникающее при неврозах в связи с перевозбуждением коры головного мозга, чаще психогенно.

Антидепрессанты (греч. *anti* – против, лат. *deprimo, depressum* – угнетать) – класс психотропных препаратов, обладающих способностью устранять патологически сниженное настроение (депрессию).

Антиконвульсанты (*анти* + лат. *convulsio* – судорога) – препараты противосудорожного действия, применяемые для купирования мышечных судорог различного происхождения.

Апатия (греч. *apathēia* – бесчувственность) – нарушение эмоционально-волевой сферы, характеризующееся отсутствием эмоциональных проявлений, вялостью, безразличием к себе и близким, к происходящему вокруг, отсутствием желаний, жизненных побуждений, бездеятельностью.

Апраксия (*а* + греч. *praxis* – действие) – нарушение произвольных целенаправленных движений и действий при сохранности составляющих их элементарных двигательных актов.

Апрозексия (*а* + греч. *prosexis* – внимание) – нарушение сосредоточения активного внимания.

Аракава синдром – форма олигофрении, для которой характерна триада: умственная отсталость, повышенное содержание в крови фолиевой кислоты, выделение с мочой формиминоглутаминовой кислоты.

Арететерапия (греч. *arete* – добродетель, достоинство, *therapeia* – уход, лечение) – вид психотерапии, при котором основная направленность деятельности психотерапевта характеризуется стремлением к социально-этическому перевоспитанию личности больного, к формированию у него насыщенных социальными, духовно-эстетическими идеалами жизненных позиций.

Аритмомания (*а* + греч. *rhythmos* – ритм, *mania* – страсть, влечение, помешательство), арифмомания – навязчивый счет, обычно пересчитывание попавших в поле зрения предметов, характерный для неврозов навязчивых состояний и психастении.

Аритмофобия (*аритмо* + греч. *phobos* – страх), арифмофобия – навязчивый страх перед числом, приобретающим для больного индивидуальную значимость, характерный для невроза навязчивых состояний и психастении.

Арттерапия (лат. *ars* – искусство, греч. *therapeia* – лечение) – лечение приобщением к искусству.

Асексуальность (*а* + лат. *sexualis* – половой) – отсутствие сексуальной заинтересованности.

Асемия (*а* + греч. *sema* – знак) – нарушение способности рисовать, рисовывать.

Асимболия (*a* + *греч. symbolon* – знак) – утрата способности понимать условные знаки и правильно пользоваться ими.

Асинергия (*a* + *греч. synergia* – взаимодействие) – нарушение содружественных движений.

Асомния (*a* + *лат. somnus* – сон) – бессонница, нарушение сна.

Астазия (*a* + *греч. stasis* – стояние) – утрата способности стоять без поддержки.

Астазия-абазия – невозможность стоять и ходить при сохранении силы и объема движений конечностей в постели, характерный для истерии.

Астения (*греч. astheneia* – бессилие, слабость) – психопатологическое состояние, характеризующееся слабостью, повышенной утомляемостью, эмоциональной лабильностью, гиперестезией и нарушениями сна.

Астенические переживания (*греч. asthenos* – слабый) – переживания собственной малоценности.

Астереогноз (*a* + *греч. stereos* – твердый, объемный, пространственный, *gnosis* – познание) – вариант агнозии, при котором страдает осязательное восприятие.

Асхематизм (*a* + *греч. schema* – образ) – форма оптической агнозии, при которой больной узнает сами предметы, но не опознает их по рисункам, схемам.

Атаксиофобия (*греч. ataxia* – беспорядок, отсутствие координации, *phobos* – страх) – боязнь нарушения координации движений.

Атаксия – нарушение координации движений.

Атопогнозия (*a* + *греч. topos* – место, положение, *gnosis* – познание) – потеря ориентировки в месте в связи с утратой памяти движений.

Аура (*греч. aura* – ветерок, дуновение) – предвестник эпилептического припадка.

Аутизм (*греч. autos* – сам) – изменение отношения больного к людям, уход в себя, отгороженность от внешнего мира, потеря эмоционального контакта с окружающими.

Аутоагрессия (*ауто* + *лат. aggressio* – приступать, нападение) – агрессивные действия, направленные на самого себя.

Аутодепиляция (*ауто* + *лат. depilare* – удалять волосы) – непреодолимое влечение к вырыванию у себя волос.

Аутометаморфоза (*ауто* + *греч. metamorphoo* – превращаюсь) – переживание превращения больного в другого человека, животное, неодушевленный предмет при параноидной шизофрении и бредовых психозах позднего возраста.

Аутометаморфопсия (*греч. autos* – сам, *meta* – между, *morphe* – форма, *opsis* – зрение) – искаженное восприятие формы или величины собственного тела.

Аутомизофобия (греч. *autos* – сам, *miseo* – грязь, *phobos* – страх) – страх загрязнения, заставляющий больного беспрестанно мыться, мыть руки.

Аутообсервация (*ауто* + лат. *observatio* – наблюдение) – самонаблюдение, чрезмерное, повышенное внимание к своему телу, его физиологическим отправлениям в поисках болезненных проявлений.

Аутосадизм (*ауто* + фр. *sadisme* – садизм) – вид полового извращения, направленный на самого себя садизм.

Аутофобия (*ауто* + греч. *phobos* – страх) – навязчивый страх одиночества.

Аутоэротизм (*ауто* + греч. *eros* – любовь, желание, страсть) – онанизм – направленность полового влечения на собственную личность.

Аутоэхосимптомы (*ауто* + греч. *echo* – эхо, отголосок) – симптомы механического многократного повторения больным слов и фраз собственной речи и своих движений.

Афагия (*a* + греч. *phagein* – есть) – нарушение глотания.

Афазия (*a* + греч. *phasis* – речь) – нарушение речи, возникающее при локальных поражениях коры головного мозга доминантного полушария. **Афазия амнестическая** характеризуется затруднением при нахождении нужных слов. **Афазия моторная** отличается преимущественными нарушениями экспрессивной речи, при которых утрачивается способность произносить слова при отсутствии признаков органического поражения периферического речевого аппарата. **Афазия семантическая** – нарушение понимания смысла грамматически сложных фраз, отношений между словами, выражаемых с помощью флексий, атрибутивных конструкций, предлогов, сравнительных конструкций. **Афазия сенсорная** – нарушение способности понимать значение слов при отсутствии каких-либо поражений слуха.

Афония (*a* + греч. *phone* – голос) – утрата голоса, отсутствие звучной речи при сохранности шепотной.

Афразия (*a* + греч. *phrasis* – речь) – утрата речи психогенного происхождения, синдром истерии, обычно сочетается с полным мутизмом.

Аффект (лат. *affectus* – душевное волнение, страсть) – кратковременное чувство, бурно протекающее, положительно или отрицательно окрашенное.

Ахроногнозия (*a* + греч. *chronos* – время, *gnosis* – знание, познание) – нарушение осознания времени восприятия определенного предмета или явления.

Аэрофобия (*аэро* + греч. *phobos* – страх) – навязчивый страх, боязнь сквозняков.

Базоспазм (греч. *basis* – ходьба, шаг, *spasmos* – судорога) – спастическая форма абазии, характерная для истерии.

Базофобия (*база* + *греч. phobos* – страх) – навязчивый страх, боязнь ходьбы при неврозе навязчивых состояний и астено-фобическом синдроме.

Бактериофобия (*греч. bacteria* – палочка, *phobos* – страх) – навязчивый страх, боязнь заразиться бактериями от инфицированных предметов.

Барагнозия (*греч. baros* – тяжесть, *a* – не, *gnosis* – познание) – форма агнозии, при которой нарушено восприятие тяжести предметов.

Барбитуратизм, барбитуромания – форма токсикомании, связанная с систематическим приемом больших доз барбитуратов и развитием хронической интоксикации.

Барофобия (*греч. baros* – тяжесть, *phobos* – страх) – навязчивый страх подъема тяжести.

Батеофобия (*греч. bathes* – глубина, *phobos* – страх), батофобия – навязчивый страх, боязнь высоты, проявляется при нахождении на высоте (на крыше, балконе высокого этажа, над пропастью).

Белонофобия (*греч. belone* – острие, игла, *phobos* – страх) – навязчивый страх острых предметов, боязнь уколотся или проглотить иглу.

Библиоклептомания (*греч. biblion* – книга, *klepto* – краду, *mania* – безумие, сумасшествие) – непреодолимое влечение к краже книг.

Библиомания (*библио* + *греч. mania* – безумие, сумасшествие) – болезненная страсть к собирательству книг, их коллекционированию.

Библиотерапия (*библио* + *греч. therapeia* – забота, уход, лечение), либропсихопедия – метод психотерапии, основанный на педагогически-дидактических принципах.

Бисексуальность (*лат. bis* – дважды, *sexus* – пол) – наличие полового влечения к лицам обоего пола.

Бисексуальный – двуполоый, имеющий признак обоих полов.

Блаптофобия (*греч. blapto* – боюсь повредить) – навязчивый страх нанести кому-либо повреждение.

Блефаридотилломания (*греч. blepharon* – веко, *tillo* – выщипывать, *mania* – безумие, сумасшествие, страстное влечение) – выщипывание больным у себя ресниц.

Боваризм – смешение грез с реальностью, невозможность четко разграничить фантазию и действительность, способность человека представлять себя иным, чем он есть на самом деле.

Брадибазия (*греч. bradys* – медленный, *basis* – шаг, ходьба) – замедление походки, проявление брадикинезии.

Брадикинезия (*бради* + *греч. kinesis* – движение) – общая замедленность движений.

Брадилалия (*бради* + *греч. lalia* – речь) – замедление темпа речи в связи с затруднениями артикуляции.

Брадилексия (*бради* + *греч. lexis* – речь, слово) – замедление темпа чтения.

Брадилогия (*бради* + *греч. logos* – слово, речь, разум) – затруднение и замедление течения ассоциативных процессов (мышления, речи).

Брадипраксия (*бради* + *греч. praxis* – действие) – замедление темпа целенаправленных действий. Проявление брадикинезии.

Брадифагия (*бради* + *греч. phagein* – есть, глотать) – замедление глотания.

Брадифазия (*бради* + *греч. phasis* – речь) – общее название, охватывающее различные проявления замедленной речи.

Брадифразия (*бради* + *греч. phasis* – речь, манера речи) – разновидность брадифазии, обусловленная замедлением мышления, наблюдающаяся при депрессии.

Брадифрения (*бради* + *греч. phren* – ум, разум) – общее замедление протекания психических процессов.

Бред (*лат. delirium, нем. Wahn*) – расстройство мышления. Совокупность болезненных представлений, рассуждений и выводов, овладевающих сознанием больного, искаженно отражающих действительность и не поддающихся коррекции извне.

Булимия (*греч. bus* – бык, *limos* – голод) – патологически усиленный, чрезмерный аппетит, прожорливость, неутолимое чувство голода.

Вагабондаж (*лат. vagabundus* – странствующий, скитающийся), дромомания, пориомания – непреодолимое стремление к бродяжничеству, скитаниям, постоянной перемене мест.

Видеопсихотерапия (*лат. video* – вижу, смотрю, *греч. psyche* – душа, *therapeia* – лечение) – использование в целях психотерапии видеозаписей, при котором больному показывают его поведение как бы глазами постороннего наблюдателя, анализируют особенности и причины такого его поведения.

Влечение – психологическое состояние, неосознаваемый этап формирования потребности.

Вменяемость – возможность нести ответственность за совершенные поступки.

Внимание – направленность психической деятельности в данный момент времени на какой-нибудь объект.

Внушаемость – способность воспринимать психическое воздействие со стороны другого лица или группы лиц, степень восприимчивости к внушению.

Внушение – воздействие на психику человека, при котором путем преимущественно неосознаваемой психической активности создается установка на функциональное развертывание ее резервов. Синоним: суггестия (*лат. suggestio* – внушение).

Возбуждение (*лат. excitatio*) – психопатологическое состояние, характеризующееся усилением и ускорением различных проявлений психической деятельности (мышления, речи, моторики).

Воля – способность к целенаправленной и сознательной деятельности, нередко вопреки непосредственным побуждениям (желаниям, стремлениям), не детерминированным целью.

Вомитофобия (*лат. vomitus* – рвота, *греч. phobos* – страх) – навязчивый страх, боязнь рвоты.

Вуайеризм (*фр. voyeur* – смотритель, надзиратель) – вид перверсий, заместительный способ удовлетворения сексуального влечения, стремление к разглядыванию обнаженных половых органов или созерцанию полового акта.

Галеантропия (*греч. gale* – кошка, *anthropos* – человек) – разновидность бреда метаморфозы, при котором больной убежден, что он превратился в кошку.

Галлюцинации (*лат. hallucinatio* – бред, видения) – расстройства восприятия, при которых кажущиеся образы возникают без реальных объектов.

Галлюциногены (*лат. hallucinatio* – бред, видения, *греч. genes* – рождающийся, рожденный) – группа психотропных средств, обладающих способностью вызывать психические расстройства – яркие зрительные галлюцинации, иллюзии, нарушения мышления, бред, состояние эйфории, явления деперсонализации.

Галлюциноз (*лат. hallucinatio* – бред + *-оз*) – психопатологический синдром, характеризующийся выраженными, обильными галлюцинациями, преобладающими в клинической картине.

Гамомания (*греч. gamos* – брак, *mania* – страсть, влечение, безумие) – повышенный эротизм, чрезмерная половая возбудимость в сочетании с усиленным стремлением к деятельности.

Гаптофобия (*греч. hapto* – захватывать, схватывать, *phobos* – страх) – навязчивый страх, боязнь прикосновения окружающих людей.

Гашиш – смола, добываемая из листьев и побегов индийской или американской конопли, произрастающей в южных климатических поясах. Синонимы: анаша, марихуана.

Гашишизм – наркомания гашишная. Синонимы: анашизм, гашишемания, каннабизм.

Гебефрения (*греч. hebe* – юность, *phren* – сердце, душа, ум, рассудок) – психическое расстройство, развивающееся в молодом возрасте и выделенное авторами как самостоятельная нозологическая форма.

Гемикрания (*греч. hemi* – полу, *kranion* – череп) – головная боль преимущественно односторонней локализации, мигрень.

Гемипарез (*геми* + *греч. paresis* – ослабление) – снижение силы и двигательной активности конечностей с одной стороны тела.

Гемиплегия (*геми* + *греч. plege* – удар, поражение) – односторонний паралич конечностей, отсутствие в них произвольных движений.

Героинизм – вид морфинной наркомании.

Геронтопсихиатрия (*геронто* + *греч. psyche* – душа, *iatreia* – лечение) – раздел психиатрии и гериатрии, изучающий клинику, этиопатогенез, лечение, социальную реабилитацию при заболеваниях позднего возраста.

Геронтофилия (*геронто* + *греч. philia* – любовь, влечение) – половое извращение, сексуальное влечение к лицам пожилого и старческого возраста.

Геронтофобия (*геронто* + *греч. phobos* – страх) – навязчивый страх, боязнь общения со стариками; боязнь старости и старения.

Геростратизм – стремление психопатических личностей причинять несчастья окружающим, чтобы показать свою значимость.

Гетеросексуальность (*гетеро* + *лат. sexus* – пол) – сексуальное влечение, направленное на лиц противоположного пола.

Гибкость восковая. См. *Каталепсия*.

Гинекофилия (*гинеко* + *греч. philia* – любовь, влечение), синдром Дон Жуана – стремление мужчины к сближению с новыми партнерами. **Гинекофобия** (*гинеко* + *греч. phobos* – страх) – навязчивый страх, боязнь женщин. Одно из проявлений анаторетизма.

Гипалгия (*греч. huro* – под, *algos* – боль) – снижение болевой чувствительности.

Гиперестезия (*гипер* + *греч. aisthesis* – ощущение, чувство) – повышенная чувствительность к воздействующим на органы чувств раздражителям.

Гиперкинез (*гипер* + *греч. kinesis* – движение) – автоматические насильственные движения вследствие произвольных сокращений мышц.

Гиперкинезия (*гипер* + *греч. kinesis* – движение) – усиление двигательной активности какого-нибудь внутреннего органа.

Гипермимия (*гипер* + *греч. mimia* – подражание) – усиление скорости и выраженности мимических реакций.

Гипермнезия (*гипер* + *греч. mnesis* – воспоминание, память) – болезненное усиление памяти, ее обострение с наплывом образных воспоминаний, ярких чувственно-конкретных представлений.

Гиперорексия (*гипер* + *греч. orexis* – аппетит) – булимия.

Гиперосмия (*гипер* + *греч. osme* – обоняние) – болезненное обострение обоняния.

Гиперсексуальность (*гипер* + *лат. sexualis* – половой) – повышенное половое влечение.

Гиперсомния (*гипер* + *лат. somnus* – сон) – патологически повышенная сонливость.

Гиперстения (*giper* + *греч. sthenos* – сила) – вариант астении, для которого характерна повышенная возбудимость.

Гипертимия (*giper* + *греч. thymos* – настроение, чувство) – повышенное, радостное настроение.

Гиперергазия (*giper* + *лат. ergasia* – деятельность, активность) – чрезмерное повышение активности.

Гипобулия (*gipo* + *греч. bule* – воля) – снижение волевой активности, желаний и побуждений к деятельности.

Гипокинез (*gipo* + *греч. kinesis* – движение) – снижение двигательной активности.

Гипомания (*gipo* + *греч. mania* – безумие, страсть, влечение) – нерезко выраженное маниакальное состояние, характеризующееся нерезким повышением настроения, умеренным ускорением течения ассоциативных процессов, стремлением к деятельности.

Гипомнезия (*gipo* + *греч. mnesis* – воспоминание) – прогрессирующее снижение памяти.

Гипопатия (*gipo* + *греч. pathos* – болезнь, страдание) – снижение степени выраженности эмоциональных проявлений.

Гипостения (*gipo* + *греч. sthenos* – сила) – вариант астении, для которой характерна повышенная истощаемость.

Гипотимия (*gipo* + *греч. thymos* – настроение, чувство) – пониженное настроение, сочетающееся с уменьшением психической и двигательной активности.

Гипофобия (*gipo* + *греч. phobos* – страх) – недостаточность чувства страха, приводящая к неадекватной оценке ситуации.

Гипофрения (*gipo* + *греч. phren* – ум, разум) – обобщающее название различных форм слабоумия, врожденного и приобретенного.

Глоссолалия (*греч. glossa* – язык, *lalia* – речь) – расстройство речи, характеризующееся ее ускорением и появлением в ней множества парафазии, неологизмов.

Глоссомания (*греч. glossa* – язык, *mania* – страсть, безумие) – навязчивое рассматривание собственного языка в зеркале.

Гомосексуализм (*греч. homos* – один и тот же, *лат. sexus* – пол) – половое влечение к лицам своего же пола.

Графомания (*греч. grapho* – писать, чертить, изображать, *mania* – страсть, безумие, влечение) – патологическое стремление к сочинительству произведений, претендующих на публикацию в литературных изданиях, псевдонаучных трактатов и т.п.

Графофобия (*греч. grapho* – чертить, писать, изображать, *phobos* – страх) – навязчивый страх, боязнь писать, брать в руки письменные принадлежности.

Грацидомания (*лат. gracilis* – щуплый, худой, *mania* – страсть, безумие) – непреодолимое стремление похудеть, боязнь полноты.

Дактилоспазм (греч. *daktylos* – палец, *spasmos* – судорога, спазм) – внезапные судороги, захватывающие один или несколько пальцев руки или ноги.

Дансомания (фр. *danse* – танец, греч. *mania* – страсть, помешательство) – болезненное влечение к танцам.

Дауна болезнь – Форма олигофрении, для которой характерны задержка умственного и физического развития, соматические изменения, специфический облик (микробрахичефалия, близкое расположение и кривой разрез глаз, широкая и запавшая переносица, полуоткрытый рот, неправильная форма ушей).

Двойственность психическая – разделение личности больного, ее раздвоение.

Дебильность (лат. *debilis* – слабый, неспособный) – легкая степень олигофрении, характеризующаяся примитивностью, конкретностью суждений, невысоким уровнем отвлечения и обобщения, недостаточной дифференцированностью, примитивностью эмоций, затруднениями обучения и сниженной социальной адаптацией.

Дебильность двигательная – заболевание детского возраста, характеризующееся несостоятельностью, несовершенством движений, не соответствующих требованиям повседневной жизни.

Дееспособность – способность собственными действиями приобретать гражданские права и создавать для себя гражданские обязанности.

Дегенерация психическая – устаревшее определение психических отклонений, обусловленных наследственными факторами, вырождением.

Деграция алкогольная (лат. *de* – от, *gradus* – шаг, ступень, движение) – совокупность изменений личности, в первую очередь ее морально-этических свойств, наступающих вследствие длительного, хронического злоупотребления алкоголем.

Деграция психическая – утрата личностью присущих ей ранее свойств с обеднением всех ее способностей (чувств, суждений, одаренности, активности и др.).

Дезаггравация (лат. *de(s)* – прекращение, удаление, устранение, отрицание какого-либо понятия, *aggravare* – отягощать, ухудшать) – сознательное или неосознаваемое преуменьшение больным тяжести его заболевания, сокрытие отдельных симптомов, утаивание болезненных поступков.

Дезадаптация (дез + новолат. *adaptatio* – приспособление) – утрата приспособляемости к условиям социальной среды, являющаяся следствием психического заболевания.

Дезадаптация школьная – стойкий отказ от посещения школы вследствие затруднений усвоения программы обучения или в связи с

нарушением взаимоотношений и конфликтами со сверстниками и педагогами.

Дезинтоксикация (*dez* + *лат. in* – в, внутрь, *греч. toxikon* – яд) – метод лечения, направленный на обезвреживание и выведение из организма токсических веществ.

Дезориентировка (*dez* + *лат. oriens* – восток) – нарушение ориентировки в месте, времени собственной личности.

Делирий (*лат. delirium* – безумие, помешательство) – синдром помрачения сознания, характеризующийся выраженными зрительными истинными галлюцинациями, иллюзиями и парейдолиями, сопровождающимися образным бредом и психомоторным возбуждением, нарушениями ориентировки в месте и времени.

Деменция (*лат. de* – прекращение, отрицание чего-либо, *mens, mentis* – ум, разум) – формы приобретенного слабоумия, стойкое, малообратимое снижение уровня психической, в первую очередь интеллектуальной, деятельности.

Деперсонализация (*de* + *лат. persona* – особа, личность) – нарушение самосознания личности, сопровождающееся отчуждением ее психических свойств.

Депрессия – синдром, характеризующийся пониженным настроением, торможением интеллектуальной и моторной деятельности, снижением витальных побуждений, пессимистическими оценками себя и своего положения в окружающей действительности, соматоневрологическими расстройствами.

Депривация сна – терапия лишением сна.

Дереализация (*de* + *лат. realis* – вещественный) – психопатологическое состояние, характеризующееся тягостным переживанием утраты реальности с окружающим миром.

Дефектология (*дефект* + *греч. logos* – наука, учение) – педагогическая наука, изучающая особенности развития, обучения и воспитания детей с физическими и (или) психическими недостатками, разрабатывающая методы их лечения и социально-трудовой адаптации.

Диагноз (*греч. diagnosis* – распознавание) – констатация изучаемого процесса, состояния, явления; заключение о наличии заболевания, его причинах, степени выраженности, форме течения и сохранности защитных механизмов.

Диагностика (*греч. diagnostikos* – способный распознавать) – диагностический процесс.

Диетотерапия (*греч. diaiata* – режим питания, *therapeia* – лечение) – назначение с лечебной целью специально подбираемой диеты, учитывающей патогенез заболевания и характер обменных процессов при нем.

Дипсомания (*греч. dipsa* – жажда, *mania* – страсть, безумие) – периодически возникающие состояния запойного пьянства.

Дисгармония психическая (*дис* + *греч. harmonia* – согласованность, соразмерность, *psyche* – душа) – отсутствие соразмерности между различными сторонами личности (способностями, влечениями, аффектами и др.).

Дистимия (*дис* + *греч. thymos* – настроение, чувство) – кратковременные расстройства настроения (гневливость, недовольство, анксиозно-депрессивное или тревожно-гневливое настроение).

Дисфория (*греч. dysphoria* – раздражение, досада) – мрачное, угрюмое, злобно-раздражительное настроение.

Евгеника (*греч. eugenes* – породистый) – система взглядов о возможности улучшения наследственных качеств человека путем отбора и контроля над передачей наследственных факторов.

Заболеваемость – распространенность болезней среди населения и его отдельных групп.

Заболеваемость общая – статистический показатель, вычисляемый из количества общего числа первично обнаруженных, зарегистрированных за определенный период времени больных, приходящихся на 1000, 10000 или 100000 человек населения (изучаемого контингента).

Иглоукалывание – один из методов рефлексотерапии, основанный на воздействии на физиологически активные точки поверхности тела, соответствующие проекции различных внутренних органов и систем организма. Синонимы: акупунктура, иглотерапия, чжень-цзю-терапия.

Игровая психотерапия – метод психотерапии, использующий естественную потребность ребенка в игре, являющуюся важной составной частью гармонического его развития (навыков, воображения, самостоятельности).

Идеомоторный акт (*греч. idea* – понятие, представление, *motor* – приводящий в движение) – произвольное изменение тонуса мышц, участвующих в каком-либо движении при мысленном представлении об этом движении.

Идиопатический (*идио* + *греч. pathos* – болезнь, страдание) – определение, употребляемое для обозначения явлений, которые возникают как бы сами по себе, без видимой причины, характеризуются неясным происхождением.

Идиотия (*греч. idioteia* – невежество) – наиболее тяжелая форма умственного недоразвития, олигофрении.

Идиотия амавротическая – семейные, генетически обусловленные болезни (аутосомно-рецессивный тип наследования), связанные с нарушением обмена ганглиозидов.

Иллюзии (*греч. illusio* – ошибка, заблуждение) – искаженное восприятие реально существующих предметов и явлений.

Имбецильность (лат. *imbecillus* – слабый, немощный) – степень олигофрении, промежуточная между дебильностью и идиотией.

Импотенция (лат. *im* – отрицание, *potentia* – сила) – невозможность совершения полового акта вследствие сексуальной несостоятельности мужчины (снижение или отсутствие либидо, недостаточная эрекция или ее отсутствие, преждевременная эякуляция).

Импульсивность – болезненная форма поведения, при которой действия больного совершаются в связи с непреодолимыми влечениями, побуждениями, протекают насильственно, автоматизированно, не контролируются сознанием.

Инвалидность (лат. *invalidus* – бессильный, слабый) – стойкая утрата трудоспособности (полная или частичная, постоянная или временная, длительная), наличие и степень которой устанавливается специальными врачебно-трудовыми экспертными комиссиями (ВТЭК).

Инволюционный период – этап онтогенеза, характеризующийся прогрессирующим обратным развитием органов и тканей.

Инволюция – обратное развитие органов и систем организма, их уменьшение, упрощение физиологических и морфологических характеристик, редукция в процессе онтогенеза или филогенеза.

Индивидуальная карта амбулаторного больного – основной учетно-оперативный медицинский документ, заполняемый на амбулаторного больного в поликлинических отделениях психоневрологических диспансеров и психиатрами, работающими в поликлиниках центральных районных больниц для регистрации данных врачебного наблюдения и обследования, проводимого лечения и мероприятий по социально-трудовой реабилитации.

Инертность психическая – личностная особенность: замедленная сменяемость психических процессов, их торпидность.

Инкурабельность (лат. *incurabilis* – неизлечимый) – состояние терапевтической резистентности, когда добиться выздоровления больного или спасения его жизни не представляется возможным.

Инсулинокоматозная терапия – один из основных методов активной терапии шизофрении.

Интеллектуальный возраст – принятое в психологии некоторых стран обозначение степени снижения интеллекта и интеллектуального коэффициента, применительно к соответствующему возрасту психического развития.

Интеллектуальный коэффициент (IQ) – уровень развития интеллекта, мыслительной деятельности, устанавливаемый с помощью специальных психологических тестов (Векслера, Равена).

Интермиссия (лат. *intermissio* – задержка, прекращение, промежуток) – состояние между двумя психотическими приступами, характеризующееся полным восстановлением психической деятельности.

Интермиттирующий (лат. *intermittens* – перемежающийся, прерывающийся) – тип течения болезни, характеризующийся интермиссиями.

Интоксикация (лат. *in* – в, внутрь, греч. *toxicon* – яд) – отравление организма в связи с накоплением в нем ядовитых веществ экзогенного или эндогенного происхождения.

Интровертированность (лат. *intro* – движение внутрь, *verto* – обращать, поворачивать) – особенность личности, характеризующаяся внутренней направленностью переживаний, склонностью к погружению в мир собственных чувств и мыслей, малой зависимостью содержания психики от контактов с окружающими, пассивностью в общении.

Интроекция (интро + лат. *jacio* – бросать) – отождествление себя с образом другого человека (отца, идеального героя и т.п.).

Интроспекция (лат. *introspecto* – смотреть внутрь) – изучение психопатологической картины методом самонаблюдения, анализа самим больным своих ощущений, переживаний, рассуждений и их описания.

Интуиция (лат. *intueri* – пристально, внимательно смотреть) – способность непосредственно, как бы «внезапно», не прибегая к развернутому логическому умозаключению, постигать истину; внутреннее «озарение», просветление мысли.

Инфантилизм (лат. *infantilis* – детский, младенческий) – патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития с сохранением присущих детскому или подростковому возрасту особенностей организма, личности.

Ипохондрия (греч. *Hypochondrion*) – необоснованное беспокойство по поводу мнимого тяжелого или неизлечимого заболевания.

Истерия (греч. *hystera* – матка) – психопатологический симптомокомплекс, включающий полиморфные функциональные психические, соматические и неврологические расстройства, характеризующиеся высокой внушаемостью больных и склонностью их к самовнушению, стремлением привлечь к себе внимание.

Истероид (истеро + греч. *eides* – подобный, похожий) – обозначение истериформных состояний, внешне по клиническим проявлениям напоминающих истерию, но обусловленных другим заболеванием.

История болезни – основной учетно-оперативный документ, составляемый на больного в стационаре.

Каталепсия (греч. *katalepsia* – схватывание) – симптом двигательных расстройств, характеризующийся застыванием больного в принятой им позе, даже и очень неудобной, требующей значительного мышечного напряжения. Наблюдается при кататонической шизофрении. Синоним: восковая (восковидная) гибкость.

Катарсис (греч. *Katharsis*) – очищение, освобождение от чего-либо.

Кокаинизм – вид наркомании, обусловленный болезненным пристрастием к кокаину.

Конформность (*лат. conformis* – подобный, соответствующий) – тенденция изменять свое поведение в зависимости от влияния других людей, с тем чтобы оно соответствовало мнению окружающих.

Кофеинизм – разновидность токсикомании, связанной с длительным злоупотреблением кофеином в чистом виде или в составе некоторых продуктов (кофе, чая).

Кретинизм (*фр. Cretinisme*) – врожденная недостаточность функций щитовидной железы, протекающая со значительным отставанием в физическом и психическом развитии.

Криз (*греч. krisis* – внезапная перемена в течении болезни) – остро возникающее относительно непродолжительное состояние, характеризующееся появлением новых или резким утяжелением уже имевшихся симптомов.

Культтерапия – разновидность социореабилитационной терапии, основой которой является психотерапевтическое влияние развлекательно-познавательных мероприятий с тщательно продуманной программой.

Лекарственная зависимость – синдром нарко- или токсикомании, характеризующийся непреодолимой, патологической потребностью в приеме того или иного наркотика, психотропного препарата.

Лекарственная непереносимость – повышенная чувствительность к некоторым лекарственным веществам, которые, будучи введены в организм даже в минимальных лечебных дозах, вызывают нежелательные побочные реакции.

Летальность (*лат. letalis* – смертельный) – статистический показатель, свидетельствующий о количественном соотношении (в процентах) числа умерших от какого-либо заболевания и числа больных им за определенный период времени.

Лечебно-производственные мастерские – предприятия, организуемые при психиатрических больницах и диспансерах и предназначенные для трудовой терапии и трудового обучения психически больных.

Лечебно-профилактические учреждения – медицинские учреждения для оказания лечебно-профилактической помощи населению: больницы, диспансеры, полустационары (дневные и ночные), специализированные бригады скорой помощи.

Лечение занятостью (*англ. occupational therapy*) – метод ресоциализации психически больных, включающий групповую работу в лечебных мастерских, правильную организацию психической и физической деятельности больного в труде и отдыхе.

Лечение принудительное проводится психически больным, совершившим общественно опасные действия и судебно-

психиатрической экспертизой признанным невменяемыми. Назначается судом и осуществляется по месту жительства в психиатрической больнице.

Логопедия (*лого* + *греч. pais* – ребенок) – наука, изучающая расстройства речи у детей и взрослых, их семиотику, диагностику и методы лечения.

Манерность – симптом, проявляющийся в искусственности поведения, утрировании манер, жестов, мимики, произношения.

Маразм (*греч. marasmus* – истощение, угасание) – истощение, увядание организма с постепенным угасанием всех его функций и атрофией органов и систем.

Миорелаксанты (*греч. mys* – мышца, *лат. relaxus* – ослабление) – препараты, снижающие тонус скелетных мышц, уменьшающие их двигательную активность, вплоть до полной обездвиженности.

Морено метод психодрамы – психотерапевтический метод, основанный на аффективном отреагировании (катарсисе), при котором больной принимает участие в разыгрывании драматических отрывков или сценической импровизации, сюжетная линия которых созвучна психотравмирующей ситуации.

Морита терапия – специфически японский психотерапевтический метод, основанный на принципах дзен-буддизма.

Морфинизм – разновидность опийной наркомании.

Музыкотерапия – использование музыки с лечебными целями.

Мутизм (*лат. mutus* – немой) – нарушение волевой сферы, проявляющееся отсутствием ответной и спонтанной речи при сохранении способности разговаривать и понимать обращенную к больному речь.

Наблюдательная палата – специальная палата в отделении психиатрической больницы для содержания больных, нуждающихся в надзоре из-за суицидных и гомицидных тенденций, требующих особого ухода (в связи с отказом от еды, по своему соматическому состоянию).

Навязчивые действия – труднопреодолимое стремление совершать определенные действия или движения.

Навязчивые представления – непреодолимо возникающие яркие представления и воспоминания, овладевающие сознанием больного.

Навязчивые состояния – психопатологические явления, характеризующиеся тем, что определенные содержания многократно возникают в сознании больного, сопровождаясь тягостным чувством принудительности.

Навязчивые страхи – разновидность навязчивых состояний, проявляющаяся интенсивными и непреодолимыми страхами.

Нарколепсия (*нарко* + *греч. lepsis* – приступ) – симптомокомплекс, характеризующийся приступами сонливости и каталептическими припадками.

Наркологическая служба – сеть специализированных учреждений, оказывающих лечебно-профилактическую, медико-социальную и медико-юридическую помощь больным алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями.

Наркология (*греч. narke* – оцепенение, помрачение сознания, *logos* – наука, учение) – медицинская наука, выделившаяся из психиатрии, изучающая этиопатогенез, клинику, лечение и профилактику алкоголизма, наркоманий и токсикоманий.

Наркомания (*нарко* + *греч. mania* – страсть, влечение, безумие) – общее название ряда заболеваний, характеризующихся непреодолимым влечением к употреблению в возрастающих дозах наркотиков в связи с возникающей по отношению к ним психической и физической зависимостью.

Наркотики (*греч. narkotikos* – приводящий к оцепенению, усыплению) – общее название наркотических средств, лекарственных и нелекарственных, способных вызвать наркоманию.

Насильственные движения – непроизвольно возникающие вне связи с ситуацией излишние движения – гиперкинезы.

Насильственные явления – психические расстройства в виде непроизвольно возникающих непреодолимых мыслей, движений.

Неадекватность (*лат. adaequatus* – приравненный) – несоответствие отдельных психических проявлений внешним обстоятельствам, ситуации, например, эмоциональная неадекватность при шизофрении.

Невменяемость – неспособность лица отдавать себе отчет в своих действиях или управлять ими вследствие психического заболевания или временного расстройства психической деятельности (юридические и медицинские критерии вменяемости).

Неврозоподобные состояния (*греч. neuron* – нерв, *-osis* – суффикс, обозначающий болезнь) – психопатологические состояния, но своим клиническим проявлениям напоминающие неврозы, однако их симптоматика обусловлена не психогенией, а эндо- или соматогенными факторами.

Неврозы (*греч. neuron* – нерв, *-osis* – суффикс, обозначающий болезнь) – психогенные нервно-психические расстройства, заболевания личности, возникающие в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляющиеся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических.

Невропатия (*греч. neuron* – нерв, *pathos* – страдание, болезнь), конституционально обусловленная детская нервность – повышенная возбудимость, легкая истощаемость, нарушения сна, сноговорение и снохождение, расстройства аппетита, деятельности желудочно-кишечного тракта, склонность к тикам, заиканию и т.д.

Невропатология (*греч. neuron* – нерв, *pathos* – болезнь, *logos* – учение, наука) – клиническая дисциплина, учение о болезнях нервной системы.

Недееспособность – неспособность лица осуществлять свои гражданские права и обязанности вследствие глубоких нарушений психической деятельности.

Негативизм (*лат. negativus* – отрицательный) – отрицательное отношение к воздействиям внешней среды, отгораживание от внешних впечатлений и противодействие идущим извне побуждениям.

Нозологическая форма – определенная болезнь, выделенная на основании установленных этиологии и патогенеза и (или) на основании единообразия клинической картины.

Нозология (*греч. nosos* – болезнь, *logos* – наука, учение) – учение о болезнях и их классификации.

Обнубиляция сознания (*лат. obnubilatio* – закрывать облаками, затуманивать) – легкая степень оглушения.

Обострение – стадия хронического течения заболевания, характеризующаяся усилением болезненной симптоматики и появлением новых признаков, обусловленных стереотипом развития болезни, ее динамикой.

Обсессия (*лат. obsessio* – обложение, осада, блокада) – см. *Навязчивые состояния*.

Оглушение – синдром нарушенного сознания, характеризующийся значительным повышением порога восприятия всех внешних раздражителей и замедленным образованием ассоциаций, затруднением их течения.

Олигофрении – сборная группа различных по этиологии, патогенезу и клинике непрогредиентных патологических состояний, объединяемых по общему для них признаку – наличию врожденного или приобретенного в раннем детстве (в возрасте до 3 лет) общего психического недоразвития с преимущественной недостаточностью интеллектуальных способностей.

Олигофренопедагогика – раздел дефектологии, разрабатывающий проблемы обучения умственно отсталых детей.

Олигофренопсихопатия – сочетание у одного больного симптомов олигофрении и психопатии.

Опека – назначение специального лица или нескольких лиц для защиты прав и интересов психически больного, признанного недееспособным.

Отреагирование – двигательная или речевая деятельность, снимающая психическую напряженность.

Паллиативный (*лат. pallio* – прикрывать, сглаживать, *фр. palliatif* – паллиатив, полумера) – имеющий характер полумеры, при-

носящий лишь временное облегчение, ослабляющий проявления болезни, но не излечивающий ее метод лечения.

Пантомимика (*пан(то)* + *греч. mimikos* – подражательный) – совокупность выразительных движений лица, головы, конечностей и туловища, сопровождающих речь и эмоции.

Парамузия (*пара* + *греч. musa* – музыка) – разновидность амузии, при которой утрачивается способность определять высоту музыкальных тонов, интервалы между ними, характер звукосочетаний.

Паранойд (*пара* + *греч. noeo* – воспринимать, мыслить, *-eides* – подобный) – психопатологический синдром, характеризующийся первичным или образным бредом, часто в сочетании со слуховыми галлюцинациями, псевдогаллюцинациями, явлениями психического автоматизма. Синонимы: синдром паранойдный, паранойдное состояние.

Патография (*греч. pathos* – болезнь, *grapho* – писать) – изучение творчества писателей, поэтов, художников, мыслителей с целью оценки личности автора как психически больного.

Патологическая ревность – наличие сверхценных или бредовых идей ревности.

Патологический альтруизм (*фр. altruisme*, от *лат. alter* – другой) – вытекающая из бредовых переживаний забота психически больного об окружающих, готовность оказать им как страждущим свою помощь, хотя нередко этим наносится тяжелый вред.

Патологический педантизм (*фр. pedantisme*) – чрезмерное стремление психически больного к поддержанию порядка, мелочной точности, соблюдению пустяковых формальностей, неукоснительному выполнению правил и требований.

Патологическое коллекционирование – собирание психически больными различных, часто необычных коллекций, нередко отражающее их болезненные переживания и направленность интересов.

Патологическое состояние – устойчивое отклонение от нормы, имеющее отрицательное для организма биологическое значение (нарушение гомеостаза) и проявляющееся клинико-психопатологической симптоматикой и социальной дезадаптацией.

Патронаж психически больных – форма внебольничной психиатрической помощи больным, не обнаруживающим активной психопатологической симптоматики, однако лишенных способности и возможности самостоятельного проживания и трудовой деятельности.

Педопсихиатрия (*греч. pais* – ребенок, дитя + *психиатрия*) – психиатрия детская.

Педофилия (*педо* + *греч. philia* – любовь, влечение) – вид сексуальной перверсии, половое влечение к детям.

Переосвидетельствование – прохождение в предусмотренный срок очередной комиссии с целью определения наличия или отсутствия динамики в течении заболевания.

Пика болезнь – заболевание из группы пресенильных деменции, обусловленное атрофией головного мозга.

Пиротерапия (*пиро* + *греч. therapeia* – лечение) – общее название видов терапии путем искусственного повышения температуры тела (сульфозинотерапия, маляриотерапия).

Плацебо (*лат. placebo* – понравлюсь, удовлетворю) – фармакологически индифферентное вещество, употребляющееся в психотерапии вместо введения нежелательного препарата (наркотиков и др.).

Пограничное состояние – психопатологическое состояние, являющееся объектом исследования и лечения психиатрии, невропатологии, соматической медицины, социальных наук (неврозы, психопатии, некоторые формы реактивных состояний, неврозо- и психопатоподобные состояния при соматических и психических болезнях).

Полинаркомания (*поли* + *наркомания*) – наркомания с одновременным или попеременным употреблением нескольких наркотических средств.

Половая девиация – отклонения от общепринятых норм полового поведения, не относящиеся к болезненным состояниям.

Половая жизнь – совокупность психических, физиологических и социальных процессов, посредством которых удовлетворяется половое влечение.

Половая зрелость – стадия индивидуального развития, с наступлением которой для мужчины становится возможной половая жизнь и способность к оплодотворению, а для женщины – способность к половой жизни, зачатию и родам без ущерба для здоровья.

Половая холодность – слабость полового влечения или неспособность к переживанию оргазма у женщины.

Половое извращение – патологические нарушения направленности полового влечения или его удовлетворения (аутоэротизм, гомосексуализм, педофилия, геронтофилия, инцестофилия, зоофилия, некрофилия, пигмалионизм и др.).

Порнография (*греч. porne* – развратница, *grapho* – писать, изображать) – письменная или изобразительная продукция с чрезмерно натуралистическими, непристойно-сладострастными изображениями или описаниями полового акта.

Постгипнотическое действие – деятельность подвергшегося гипнозу лица, проявляющаяся в реализации поступков, внушенных в гипнозе, совершить которые пациент должен после выхода из гипнотического состояния.

Предболезнь – дисфункциональное состояние, психическая дезадаптация, выходящая за рамки нормы, но не достигающая степени болезни.

Предвестники болезни – ранние симптомы болезни, предшествующие ее основным проявлениям, манифестации.

Преморбидное состояние (*pre* + *лат. morbus* – болезнь) – совокупность факторов (врожденных и приобретенных, биологических и психологических), принимающих участие в возникновении, формировании и течении заболевания.

Препсихопатическое состояние (*pre* + *психопатия*) – стадия, предшествующая окончательному формированию краевых психопатий, завершающая психопатическое развитие.

Пресенильный (*pre* + *сенильный*) – предстарческий, предшествующий сениуму.

Пресениум (*pre* + *лат. senium* – старость) – возрастной период, предшествующий старости (45–60 лет – по геронтологической классификации ВОЗ «средний» возраст), в котором наиболее часто обостряются или развиваются некоторые психозы, протекающие с нарастающей деменцией или аффективно-бредовыми расстройствами.

Припадок – внезапно появляющееся кратковременное, обычно многократно повторяющееся болезненное состояние, характеризующееся потерей сознания, судорогами и др.

Прогноз болезни (*греч. pro* – приставка, обозначающая «находящийся перед чем-либо», «предшествующий чему-либо», *gnosis* – знание) – обоснованное на данных клиники и этиопатогенеза предположение о дальнейшем течении и исходе болезни.

Прогноз восстановления функций – прогностическое предположение о компенсаторных возможностях индивидуума, учитывающее как общие положения о функциональной сохранности органов и систем при данном заболевании, так и индивидуальные (биологические и личностные) особенности индивидуума.

Прогноз социально-психиатрический – прогностическое предположение о возможностях социально-трудовой реабилитации больного и наиболее рациональных методах ее осуществления.

Прогноз трудовой – прогностическое предположение о возможной трудоспособности больного в будущем и выбор в соответствии с этим наиболее соответствующих особенностям течения болезни, профессии больного до заболевания и соотношению в клинике функциональных и морфологически-деструктивных проявлений поражения ЦНС трудовых рекомендаций.

Продромальный период – стадия болезни, предшествующая ее основным клиническим проявлениям, манифестации, например, астения в начале прогрессивного паралича.

Проекция – один из механизмов психологической защиты, бессознательная попытка освободиться от неприятной, навязчивой тенденции (мысли, чувства, мотивы), приписывая их другим.

Промышленная реабилитация – метод трудовой терапии на промышленном производстве.

Профилактика (греч. *prophilaktikos* – предохранительный) – совокупность мероприятий, направленных на предупреждение развития заболевания или его рецидива.

Псевдогаллюцинации (псевдо + лат. *hallucinatio* – бред, видение) – расстройства восприятия, подобные галлюцинаторным, лишенные «ощущения объективности и действительности».

Психагогика (греч. *psychagogia* – привлечение души, убеждение) – один из методов рациональной психотерапии, метод лечебного обучения, воспитания и перевоспитания больного.

Психиатр (псих + греч. *iatros* – врач) – врач, получивший специальную подготовку (в интернатуре, на курсах усовершенствования) по психиатрии и владеющий методами диагностики, лечения, профилактики и экспертизы психических заболеваний.

Психиатрия (псих + греч. *iatreia* – врачевание, лечение) – клиническая дисциплина, изучающая этиологию, патогенез, клинику, распространенность психических заболеваний, разрабатывающая методы их клинической и лабораторной диагностики, вопросы диагностики, прогноза, профилактики, критерии экспертизы, порядок проведения социально-трудовой реабилитации.

Психиатрия «вращающихся дверей» – особенность лечения психически больных, характеризующаяся частыми повторными госпитализациями вследствие нестойкости достигаемого медикаментозными средствами терапевтического эффекта и отсутствия систематизированного поддерживающего лечения.

Психиатрия пограничная – раздел психиатрии, изучающий неврозы, неврозоподобные состояния, психопатии и реактивные состояния непсихотического уровня.

Психиатрия частная – раздел психиатрии, изучающий отдельные психические заболевания, их этиологию, патогенез, клинику, лечение, вопросы экспертизы при них.

Психически больной – страдающий психическим заболеванием, врожденным или приобретенными расстройствами психики.

Психические процессы – отдельные проявления психической деятельности человека, изучаемые в динамике и условно вычлняемые в качестве относительно изолированных объектов исследования (ощущения, восприятия, мышления, памяти и т.д.).

Психический распад – глубокое расстройство психики, охватывающее все ее проявления, в первую очередь мышление и основные морально-этические свойства личности, протекающее с глубоким нарушением взаимодействия с окружающим миром и полной беспомощностью.

Психическое состояние – совокупность признаков расстройств психики и характеристика ее сохранных элементов, обнаруживаемые

в определенный момент (при первичном осмотре, в процессе лечения, перед выпиской).

Психовалеология (*лат. valetudo* – здоровье, *греч. logos* – наука) – комплекс научных дисциплин, изучающих проблемы психического здоровья человека (индивида, группы людей, народа).

Психогигиена (*психо + гигиена*) – наука об обеспечении, сохранении и поддержании психического здоровья, система мероприятий, направленных на эти цели.

Психодиагностика – раздел прикладной (медицинской) психологии, изучающий качественно и количественно состояние основных психических функций при помощи психологических методов.

Психодрама – см. *Морено метод психодрамы*.

Психозы (*псих + оз*) – выраженные формы психических расстройств, при которых психическая деятельность больного отличается резким несоответствием окружающей действительности, отражение реального мира грубо искажено, что проявляется в нарушениях поведения и проявлении в психозе несвойственных ей в норме патологических симптомов и синдромов (расстройств восприятия, памяти, мышления, аффективности и др.).

Психология (*психо + греч. logos* – наука, учение) – наука о закономерностях развития и функционирования психики как особой формы жизнедеятельности.

Психоневрология (*психо + неврология*) – пограничная область психиатрии и невропатологии, изучающая неврозы и другие пограничные состояния (предпочтительнее – пограничная психиатрия).

Психопат (*психо + греч. pathos* – страдание, болезнь) – страдающий психопатией, психопатическая личность.

Психопатия – аномалия личности, характеризующаяся дисгармоничностью ее психического склада.

Психопатоподобные состояния – изменения личности, напоминающие по клиническим проявлениям психопатии, но возникающие после рано перенесенного шизофренического приступа, не повторяющегося в течение многих лет, без признаков прогрессивности процесса.

Психоприемник – психиатрическое учреждение, занимающееся госпитализацией иногородних психически больных в крупных городах для последующей транспортировки их по месту жительства.

Психопрофилактика (*психо + профилактика*) – раздел общей профилактики, включающий в себя мероприятия по предупреждению психических заболеваний.

Психосексуальная ориентация – направленность полового влечения, определяющая выбор полового партнера и особенности полового поведения.

Психосоматические расстройства – расстройства функций органов и систем в связи с воздействием психогенно травмирующих факторов при определенной личностной диспозиции.

Психостимуляторы (греч. *psyche* – душа, лат. *stimulo* – возбуждать, побуждать) – группа психотропных средств, обладающих избирательным, стимулирующим психическую деятельность эффектом.

Психотерапия (*психо* + *терапия*) – процесс лечебного воздействия врача психологическими методами на психику отдельного больного или группы больных.

Психофармакологические средства – лечебные препараты, оказывающие преимущественное действие на психику (нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы и др.). Синоним: психотропные средства.

Психофармакология (*психо* + *фармакология*) – раздел фармакологии и психиатрии, изучающий действие лекарственных средств на психику, разрабатывающий методы лекарственной терапии психических заболеваний.

Психохирургия (*психо* + *хирургия*) – раздел нейрохирургии, разрабатывающий хирургические методы лечения психических заболеваний и психопатологических синдромов (эпилепсия, паркинсонизм и др.).

Работоспособность психическая – способность воспринимать и перерабатывать информацию, поддерживая способность организма в определенном заданном режиме, не допуская срывов.

Развратные действия – действия сексуального характера перверсного типа, направленные на малолетних и несовершеннолетних.

Разгрузочно-диетическая терапия – один из общебиологических методов лечения психических заболеваний, основывающийся на дозированном голодании с употреблением воды и последующим диетическим питанием.

Раздражительная слабость – психопатологический синдром, характеризующийся сочетанием повышенной возбудимости со снижением работоспособности, повышенной утомляемостью, недостаточностью концентрации внимания.

Раздражительность – склонность к неадекватным, чрезмерным реакциям на обычные раздражители внешней и внутренней среды.

Раптус – приступы острого, иступленного возбуждения, вызванного чрезмерно сильным аффектом (тоски, страха).

Рассеянность – нарушение способности сосредоточивать внимание на избранном объекте на длительное время, при этом страдает концентрация внимания, его устойчивость, перераспределение.

Растерянность – мучительное непонимание больным ситуации и своего состояния, которые представляются ему необычными, при-

обретают какой-то непонятный смысл, сопровождаются тревогой, тоской, страхом.

Расторможение влечений – болезненное состояние усиления и бесконтрольности влечений (пищевых, социальных, сексуальных и др.).

Реабилитация (лат. *re* – вновь, *habilis* – удобный, приспособленный) – комплексное, направленное использование медицинских, социальных, образовательных и трудовых мероприятий с целью приспособления больного к деятельности на максимально возможном для него уровне (определение ВОЗ).

Реадаптация (*re* + лат. *adaptatio* – приспособление) – комплекс мероприятий, направленный на приспособление на том или ином уровне к условиям внешней среды.

Реинтеграция (лат. *re* – приставка, обозначающая повторно возобновляемое действие, *integro* – восстанавливать) – восстановление психических функций после их дезинтеграции.

Реконвалесценция (лат. *re* – приставка, обозначающая повторно возобновленное действие, восстановление, *con* – с, *valeo* – быть здоровым) – выздоровление, восстановление здоровья после перенесенного заболевания.

Рекомпенсация (лат. *re* – в смысле: вновь, заново, *compenso* – замещать, заменять) – восстановление предшествовавшей периоду декомпенсации болезненного состояния компенсации.

Рекрудесценция (лат. *recrudesco* – взрываться, возобновлять) – ухудшение болезненного состояния после некоторого периода улучшения. Синоним: *Рецидив*.

Релаксация (лат. *relaxatio* – ослабление напряжения) – состояние покоя, расслабленности различной степени длительности.

Реманенция (лат. *remaneo* – оставаться, сохраняться) – невозможность поспевать за требованиями жизни или собственными запросами.

Ремиссия (лат. *remitto* – отпускать, ослаблять) – этап течения болезни, характеризующийся временным уменьшением степени выраженности или ослаблением психопатологической симптоматики.

Ремиттирующий – обозначение заболеваний, протекающих с тенденцией к повторным ремиссиям.

Ресоциализация (*re* + лат. *socialis* – общественный) – один из аспектов реабилитации, характеризующийся возвращением или укреплением социальных связей, устранением проявлений общественной дезадаптации.

Ретардант (лат. *retardo* – задерживать) – поздно созревающий юноша с задержками социального развития и переживаемым из-за этого чувства собственной неполноценности, зависимости от родителей, затрудненного проявления эмоциональности, что способствует гипертрофии у него воображения, компенсаторного фантазирования.

Ретенция (лат. *Retentio* – удержание) – удержание приобретенной информации и формулы внушения.

Рефлексия (лат. *reflexus* – отражение) – форма психической деятельности, проявляющаяся в стремлении к постоянному анализу своих мыслей, поступков, переживаний, эмоций.

Рефлексотерапия (*рефлекс* + *терапия*) – общее определение лечебных методов, основанных на раздражении специфических (биологически активных) зон, точек кожной поверхности: иглоукалывание, электропунктура, аурикулотерапия и др.

Рецидив (лат. *recidivus* – возвращающийся, возобновляющийся) – повторное возникновение психопатологической симптоматики после периода ремиссии, признак рецидивирующего течения.

Садизм – сексуальная перверсия, характеризующаяся стремлением причинить половому партнеру боль, увечье.

Садомазохизм – сексуальная перверсия, характеризующаяся сочетанием садизма и мазохизма.

Самовнушение – психотерапевтический метод, характеризующийся направленностью внушения на определенные стороны собственной психической деятельности, на некоторые особенности функции нервной системы и внутренних органов своего тела.

Самооговор – приписывание себе несовершенных проступков и преступлений.

Самооценка – оценка субъектом своих личностных особенностей и поступков.

Самоповреждение – нанесение самому себе телесных повреждений, умышленно или по неосторожности, случайно.

Самоубийство – умышленное лишение себя жизни.

Самоуничтожение – заниженная оценка больным своих физических или моральных свойств, подчеркивание своей ничтожности, незначительности.

Самоутверждение – стремление к завышенной самооценке, тенденция представить свою значительность, важную роль в происходящих событиях.

Сверхценное увлечение – вид деятельности, приобретающей доминирующее значение в жизни человека, характеризующейся значительной аффективной насыщенностью, увлеченностью.

Свидетельство о болезни – документ военно-медицинского учета, с помощью которого оформляется результат военно-врачебной (психиатрической) экспертизы военнослужащего.

Седативные средства (лат. *sedo* – успокаивать) – лекарственные средства, оказывающие общее успокаивающее действие на психику (препараты валерианы, бромиды, барбитураты в малых дозах, транквилизаторы).

Сексология (лат. *sexus* – пол, греч. *logos* – учение, наука) – наука, изучающая половую жизнь в ее социальном, психологическом и физиологическом аспектах.

Сексопатология (сексо + патология) – медицинская наука, изучающая половые расстройства, их клинику, течение и методы лечения, разрабатывающая способы диагностики и предупреждения сексуальной патологии.

Сенестопатии (греч. *koinos* – общий, *aisthesis* – чувство, ощущение, *pathos* – страдание, болезнь) – крайне тягостные и неприятные, неопределенные телесные ощущения, локализуемые на поверхности тела или во внутренних органах и лишенные телесной основы.

Сенильный – старческий, относящийся к старости, типичный для старческого возраста.

Сенсорная депривация (англ. *deprivation* – лишение, утрата) – сенсорная изоляция, информационный голод, недостаточность общения.

Симуляция психического заболевания – сознательное, притворное поведение, заключающееся в имитации признаков несуществующего психического заболевания с целью избежать наказания за совершенное преступление.

Синкопе (греч. *syncope* – обморок) – см. *Обморок*.

Скотомы психическая (греч. *skotos* – слепота, темнота) – непризнание, отрицание больным каких-либо реальных переживаний, фактов, обычно связанных с психической травматизацией.

Скотомизация памяти – выпадение каких-либо воспоминаний, связанных с психической травматизацией, аффективно насыщенных, значимых.

Слабодушие – эмоциональная гиперестезия.

Слабоумие – стойкое, мало обратимое снижение уровня психической, в первую очередь интеллектуальной, деятельности.

Смирительная рубашка – специальная одежда, фиксирующая позу больного и лишаящая его возможности совершать движения конечностями.

Сноподобные состояния – один из вариантов психосенсорного припадка, для которого характерны явления дереализации (ощущение тусклости, неясности, измененности, необычности окружающего), феномены «уже виденного» и «никогда не виденного», появление насильственных представлений и восприятий.

Соматоневрозы (сома + невроз) – неврозы, проявляющиеся соматической симптоматикой.

Соматофрения (сома + греч. *phren* – ум, разум) – психическое заболевание, клиническая картина которого характеризуется ипохондрическим синдромом и соматическими галлюцинациями.

Сомнамбулизм (*лат. sompnus* – сон, *ambulo* – бродить) – разновидность сумеречного расстройства сознания, проявляющегося блужданием во сне при внешней упорядоченности поступков, действий с последующей амнезией.

Сопор (*лат. sopor* – беспмятство) – расстройство сознания, глубокая стадия оглушения, при котором сохраняются лишь реакции на сильные раздражители (болевое раздражение, громкий оклик). Синонимы: сопорозное состояние, субкома.

Социотерапия (*лат. socialis* – общественный + *терапия*) – комплекс мероприятий, направленных на повышение социальной активности психически больных, предотвращение явлений госпитализма, разрушение патологической адаптации больного к неблагоприятной среде психиатрической больницы.

Статус абсанса (*лат. status* – состояние) – разновидность эпилептического статуса, при которой один абсанс следует за другим, а в интервалах между ними сознание не успевает восстанавливаться.

Статус эпилептический – состояние, характеризующееся серией эпилептических припадков, протекающих с такой частотой и настолько короткими интервалами, что сознание между ними не успевает восстановиться. Синоним: эпилептическое состояние.

Стационар (*лат. stationarius* – стоящий, неподвижный) – структурное подразделение или форма лечебно-профилактических учреждений для оказания помощи больным в условиях их круглосуточного пребывания под постоянным наблюдением медицинских работников.

Стресс (*англ. stress* – давление, напряжение) – состояния человека, неспецифические его реакции на физиологическом, психологическом и поведенческом уровнях, возникающие в ответ на чрезвычайно сильные экстремальные раздражители.

Ступор (*лат. stupor* – оцепенение) – состояние обездвиженности, оцепенения с частичным или полным мутизмом и отсутствием или снижением реакции на внешние раздражители, в том числе и на болевые.

Судорожный смех – приступы неестественно громкого и продолжительного смеха, сопровождающегося утрированными мимическими реакциями.

Суицид (*лат. sui* – себя, *caedo* – убивать) – см. *Самоубийство*.

Театральность поведения – подчеркнутая аффективность проявлений мимики, жестов, речи, желание произвести впечатление на окружающих, привлечь к себе внимание.

Терапевтический клуб – форма проведения психотерапевтической работы с психически больными во внебольничных условиях, один из методов социальной реабилитации.

Терапевтический театр – см. *Морено метод психодрамы*.

Терапевтическое сообщество (англ. *therapeutic community*) – специально сконструированная больничная среда, поощряющая деятельность пациентов в рамках социальных норм.

Терапия поддерживающая – лечение, назначаемое больным процессуальными психическими заболеваниями после выписки из стационара в состоянии ремиссии, с целью создания условий для проведения социально-реабилитационных мероприятий, профилактики рецидивов заболевания.

Терапия средой (англ. *milieu therapy*) – один из методов социотерапевтического воздействия, при которой важную роль играют микросредовые факторы, создание сплоченного коллектива больных с общими интересами, максимальное предоставление им статуса самостоятельности, введение в отделение принципа самообслуживания и самоуправления, преодоление ненужной авторитарности медицинских работников в их взаимоотношениях с больными.

Токсикомания (греч. *toxikon* – яд + *манья*) – болезненные состояния, характеризующиеся влечением и привыканием к приему лекарственных средств и других веществ, не относимых к наркотическим согласно Единой Конвенции о наркотических средствах [1961] и Конвенции о психотропных веществах [1971].

Травма психическая – патогенное эмоциональное воздействие на психику человека, которое при специфически-личностной значимости и недостаточности психологических защитных механизмов может привести к психическому заболеванию.

Транквилизаторы (лат. *tranquillo* – делать спокойным) – группа препаратов психотропного действия, снимающих тревогу, эмоциональную напряженность, страх.

Транс (фр. *transe*) – разновидность амбулаторного автоматизма, во время которого больные совершают длительные поездки, путешествия.

Тревога – аффект, возникающий в ожидании неопределенной опасности, неблагоприятного развития событий.

Тремор (греч. *tremor* – дрожь) – дрожание.

Фазофрени (фаза + греч. *phren* – ум, разум) – группа эндогенных психозов, выделяемых по их фазному течению.

Фантазиофрения (греч. *phantasia* – воображение, *phren* – ум, разум) – парафренические состояния шизофренического генеза, характеризующиеся сенестопатиями, парамнезиями, бредовыми идеями величия, нарушениями идентификации относительно окружающих больного лиц.

Фармакомания (греч. *pharmakon* – лекарство + *манья*) – стремление к применению различных лекарственных средств или чрезмерно длительное применение какого-либо одного лекарства, при кото-

ром нередко обнаруживается токсикоманическая тенденция и вырабатывается физическая и психологическая зависимость.

Фармакопсихиатрия (*фармако* + *психиатрия*) – раздел психиатрии и фармакологии, изучающий действие психотропных препаратов в норме и патологии.

Фармакофобия (*фармако* + *фобия*) – навязчивый страх, боязнь принимать лекарства.

Фасцинация (*лат. fascinatio*) – сосредоточение взгляда гипнотизируемого на гипнотизирующем или на специальном предмете (блестящий металлический шарик).

Физиогномика (*греч. physis* – природа, *gnomen* – познание) – учение о выражении человека в чертах лица и формы тела.

Фобии (*греч. phobos* – страх) – навязчивые страхи.

Формула внушения – словесная формулировка, применяемая в процессе психотерапии.

Фотопсии (*греч. phos* – свет, *opsis* – зрение) – появление в поле зрения движущихся фигур, точек, пятен и др., чаще всего светящихся, блестящих.

Фригидность (*лат. frigiditas* – холод) – аноргазмия у женщин, неспособность к переживанию оргазма.

Фуга (*лат. fuga* – бегство, бег) – разновидность амбулаторного автоматизма, проявляющаяся кратковременными эпизодами двигательного возбуждения в форме элементарных стремительных движений и действий (больные сдирают с себя одежду, куда-то бегут).

Характерологические реакции (*характер* + *греч. logos* – учение, наука) – психогенные реакции, при которых клиническая картина ограничена усиленными личностными чертами, присущими больному преморбидно.

Характеропатии (*характер* + *греч. pathos* – болезнь, страдание) – психопатоподобные состояния, характеризующиеся дисгармонией личности с заострением отдельных ее свойств и являющиеся результатом органического поражения головного мозга (характеропатический вариант органического психосиндрома).

Хореомания (*греч. choreia* – хоровод, пляска + *мания*) – разновидность психических эпидемий, «танцевальное помешательство».

Церебрастения (*лат. cerebrum* – головной мозг + *астения*) – проявление органического психосиндрома, характеризующееся астенией в сочетании с головными болями, головокружениями, некоторым ослаблением памяти, явлениями повышенной истощаемости интеллектуально-мнестической деятельности, вазовегетативными расстройствами.

Церебропатия (*церебрум* + *греч. pathos* – страдание, болезнь) – энцефалопатия.

Чейна болезнь – старинное название ипохондрии.

Чжень-цзю-терапия – лечебный метод китайской народной медицины, заключающийся в терапии иглоукалываниями (чжен, акупунктура) и прижиганиями (цзю, мокса). Относится к рефлексотерапии.

Чифиризм – разновидность неалкогольной токсикомании, употребление концентрированного отвара чая (чифирия), являющегося стимулятором ЦНС.

Шизоневроз (*шизо* + *невроз*) – шизофрения неврозоподобная.

Шизопатия (*шизо* + *греч. pathos* – болезнь, страдание) – резко выраженная шизоидия, шизоидная психопатия.

Шизофазия (*шизо* + *греч. phasis* – речь) – своеобразное проявление мыслительно-речевых расстройств при шизофрении.

Шизофренический дефект – патологические изменения личности, наступающие при течении шизофренического процесса и отчетливо обнаруживающиеся в период ремиссии, когда в известной мере затухает процессуальная симптоматика.

Шизофрения – эндогенное прогрессивное психическое заболевание, характеризующееся диссоциацией психических функций и протекающее с обязательным развитием психического дефекта в эмоционально-волевой сфере и разнообразными продуктивными психопатологическими расстройствами (бред, галлюцинации, аффективные расстройства, кататонические симптомы и др.).

Шуб шизофренический (*нем. Schub* – толчок, сдвиг) – острые приступы шизофрении, возникающие по типу толчкообразных вспышек, сдвигов, после которых наступают ремиссии, в состоянии которых больные обнаруживают углубляющийся личностный дефект.

Шульца метод аутогенной тренировки [Schultz J.H., 1932] – психотерапевтический метод, основанный на действии мышечной релаксации и целенаправленного самовнушения.

Эгротогения (*лат. aegrotus* – больной, *греч. -genes* – порождающий, вызывающий) – отрицательное психологическое воздействие одних больных на других в условиях определенной группы, приводящее к появлению новых симптомов невротического характера или усилению уже имеющихся.

Эзофагоспазм (*анат. oesophageus* – пищевод + *спазм*) – дискинезия пищевода, характеризующаяся периодическими его спазмами.

Эйзоптрофобия (*греч. eisoptron* – зеркало + *фобия*) – навязчивый страх, боязнь зеркал.

Эйтания (*эй* + *греч. thanatos* – смерть) – преднамеренное приближение летального исхода не оказанием медицинской помощи или умерщвлением больного, находящегося в терминальном состоянии, якобы с целью предотвращения дальнейших его страданий.

Эйфория (*эй* + *греч. phero* – нести, переносить) – повышенное беззаботное настроение, благодушие, сочетающееся с беспечностью,

недостаточно критическим отношением к своему состоянию; безмятежное блаженство.

Эйхофобия (*греч. euchos* – желание, пожелание + *фобия*) – навязчивый страх, боязнь произносить или выслушивать добрые пожелания, суеверное избегание их.

Экзальтация (*лат. exaltatio* – подъем, воодушевление) – преподнятое настроение с чрезмерным воодушевлением, повышенной самооценкой.

Экзогенез (*греч. exo* – вне, снаружи, *genea* – рождение, порождение) – обусловленность психических заболеваний внешними, находящимися вне организма причинами.

Экзорцизм (*греч. exorkizo* – заклинать) – изгнание бесов.

Экмнезия (*греч. ek* – вне, за пределами, *mnesis* – память) – форма расстройства памяти, нарушение осознания времени, при котором стирается грань между прошлым и настоящим.

Эксгибиционизм (*лат. exhibeo* – выставлять) – форма сексуальной перверсии, стремление к обнажению при лицах противоположного пола половых органов для вызывания у себя сексуального возбуждения и наслаждения.

Электропунктура (*электро* + *лат. punctum* – точка) – метод рефлексотерапии, основанный на воздействии электрического тока на биологически активные точки с помощью специальных электродов.

Эмпатия (*греч. empatheia* – сопереживание) – постижение эмоционального состояния другого человека сопереживанием.

Эндогенез (*греч. endo* – внутри, *genesis* – происхождение) – возникновение психических заболеваний и их течение в связи с наследственными факторами.

Эндогения (*эндо* + *греч. genesis* – рождение, происхождение) – патологические процессы, болезни эндогенного происхождения.

Энцефалопатия (*энцефало* + *греч. pathos* – страдание, болезнь) – органические поражения головного мозга, характеризующиеся дистрофическими его изменениями.

Эпилепсия (*греч. epilepsy* – схватывание, эпилептический припадок) – хроническое эндогенно-органическое заболевание, протекающее с повторяющимися пароксизмальными расстройствами (судорожными и бессудорожными) и формированием слабоумия с характерными изменениями личности.

Эргазия (*греч. ergasia* – работа, действие, деятельность) – понятие для обозначения координированной и целенаправленной деятельности всех соматических и психических функций в норме.

Эргазиофобия (*эргазия* + *фобия*) – навязчивый страх, боязнь совершения какого-либо действия, движения.

Эрготерапия (*лат. ergon* – труд, занятие, *греч. therapeia* – лечение) – трудовая терапия.

Эротизм (греч. *eros* – желание, страсть) – обобщающее название различных проявлений полового влечения.

Эротографомания (*эрото* + *графомания*) – разновидность графомании, влечение к написанию любовных писем, эротических рассказов психически больными, психопатическими личностями.

Эротодромомания (*эрото* + *дромомания* – непреодолимое влечение к бродяжничеству, сопряженному с сексуальными эксцессами (любовными приключениями, изнасилованием и т.п.).

Этиотропный (*этио* + греч. *tropos* – поворот, направление) – направленный непосредственно на причину заболевания.

Этнопсихиатрия – раздел социальной психиатрии, посвященный изучению этнических, культуральных факторов в развитии и течении психических заболеваний.

Эхомимия (*эхо* + греч. *mimia* – подражание) – непроизвольное повторение психически больным мимических движений окружающих.

Эхопатия (*эхо* + греч. *pathos* – страдание, болезнь) – непроизвольное повторение психически больным мимики, жестов, поз, слов или выражений окружающих. Наблюдается при кататонии.

Эхопраксия (*эхо* + греч. *praxis* – действие) – непроизвольное повторение психически больным действий, жестов окружающих. Симптом кататонии.

Ювенильный (лат. *juvenilis* – юношеский) – относящийся к детскому и юношескому возрасту; не достигший полового созревания.

Яктация (лат. *jactatio* – разбрасывание во все стороны) – двигательное возбуждение в форме хаотических некоординированных движений, чаще всего в пределах постели.

Яроцкого аретотерапия. – см. *Аретотерапия*.

Ятрогения (греч. *iatros* – врач, *-genes* – порождающий, вызывающий) – вариант психогении, при которой причиной болезненных расстройств является неправильное поведение врача.

Ятросомопатия (*ятро* + *сома* + греч. *pathos* – болезнь, страдание) – вариант патогенного воздействия медиков. Синоним: ятропатия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аллахвердова Н.А. Дети рисуют. – М.: Знания, 1980. – 96 с.
2. Ауэрбах А., Корсини Р. Психологическая энциклопедия. – М.: Академпроект, 2003. – 517 с.
3. Бетенски М. Что ты видишь? Новые методы в арт-терапии; пер. с англ. М. Злотник. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 256 с.
4. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология. – М.: МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2002. – 512 с.
5. Богоявленская Д.Б. Психология творческих способностей. – М.: Изд. центр «Академия», 2002. – 320 с.
6. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. – М.; Екатеринбург: Академический проект; Деловая книга, 1999. – 363 с.
7. Васичкин В.И. Лечебный и гигиенический массаж: практ. руководство. – Мн.: Беларусь, 1995. – 262 с.
8. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты. – М.: Владос-Пресс, 2002. – 159 с.
9. Воловик В.М., Вид В.Д. Групповая терапия психически больных: метод. рекомендации. – СПб.: Психоневрологический ин-т им. В.М. Бехтерева, 1990. – 39 с.
10. Выготский Л.С. Психология искусства. – М.: Лабиринт, 1998. – 413 с.
11. Гиткина Л.С., Зборовский Э.И., Колбанов В.В. Оценка критериев жизнедеятельности и эффективности реабилитации: метод. рекомендации. – Мн., 1995. – 16 с.
12. Демьянов Ю.Г. Основы психопрофилактики и психотерапии: краткий курс. – М.: Сфера, 2004. – 126 с.
13. Дилео Дж. Детский рисунок: Диагностика и интерпретация. – М.: Апрель-Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2001. – 262 с.
14. Дубровский В.И. Лечебная физическая культура. – М.: Изд-во «Владос», 2004. – 623 с.
15. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия. – М.: Медицина, 2000. – 544 с.
16. Еникеева Д. Популярныe основы психиатрии. – Д.: Сталкер, 1997. – 432 с.
17. Епифанов В.А., Апанасенко Г.Л. Лечебная физкультура и врачебный контроль. – М.: Медицина, 1992. – 367 с.
18. Зайцева М.С. Лечебная физкультура в комплексном лечении психически больных. – М.: Медицина, 1986. – 102 с.
19. Кабанов М., Вайзе К. Клинические и организационные основы реабилитации психически больных. – М.: Медицина, 1980. – 400 с.
20. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. – М.: Медицина, 1985. – 216 с.
21. Кабаченко Т.С. Психология в управлении человеческими ресурсами: учеб. пособие. – СПб., 2003.

22. Карвасарский Б.Д. Неврозы. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1990. – 572 с.
23. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. – М: ЭКСМО, 2004. – 630 с.
24. Кирпиченко А.А. Психиатрия и наркология. – М., 2005. – 575 с.
25. Климов Е.А. Введение в психологию труда. – М., 1998.
26. Копытин А.И. Руководство по групповой арт-терапии. – СПб.: Речь, 2003. – 320 с.
27. Копытин А.И. Системная арт-терапия. – СПб.: Питер, 2001. – 216 с.
28. Копытин А.И. Теория и практика арт-терапии. – СПб.: Питер, 2002. – 366 с.
29. Лебедева Л.Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий. – СПб.: Речь, 2003. – 256 с.
30. Леонгард К. Акцентуированные личности; пер. с нем. – Ростов н/Д: Феникс, 1997. – 544 с.
31. Лукомский И.И. Маниакально-депрессивный психоз. – М., 1968. – 160 с.
32. Макарова Е.Г. Преодолеть страх или искусство терапии. – М.: Школа-Пресс, 1996. – 304 с.
33. Малахов Б.Б. Трудовая терапия психически больных. – Л.: Медицина, 1989. – 192 с.
34. Мальцева М.М. Опасные действия психически больных: психопатологические механизмы и профилактика. – М.: Медицина, 1995. – 256 с.
35. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2003. – 400 с.
36. Милюкова И.В. Лечебная физкультура: новейший справочник / под общ. ред. Т.А. Евдокимовой. – СПб.; М.: Сова; ЭКСМО, 2003. – 861 с.
37. Морозов Г.В., Ромасенко В.А. Нервные и психические болезни с основами медицинской психологии. – М.: Медицина, 1982. – 384 с.
38. Николова Л., Йонков С., Тодоров Н., Стаматов С. Физиотерапия. – София, 1984. – 160 с.
39. Осипова А.А. Общая психокоррекция: учеб. пособие для студентов вузов. – М.: ТЦ «Сфера», 2002. – 512 с.
40. Петрушин В.И. Музыкальная психотерапия. – М.: Композитор, 1997. – 162 с.
41. Платонова О.В., Жвйтиашвили Н.Ю. Арт-терапия в художественном музее. – СПб.: Спецлит, 2000. – 143 с.
42. Попова С.Н. Лечебная физическая культура. – М.: Физкультура и спорт, 1978. – 256 с.
43. Практикум по арт-терапии / под ред. А.И. Копытина. – СПб.: Питер, 2000. – 448 с.
44. Приказ МЗ РБ № 466 от 19.08.2005 г. «Об утверждении протоколов диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств в системе МЗ РБ». – Мн., 2005. – С. 66–82.
45. Райнер Телле. Психиатрия с элементами психотерапии. – М., 2002. – 496 с.

46. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия: введение в практику. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 624 с.
47. Решетников Л.В. Медико-социологический мониторинг: руководство. – М.: Медицина, 2003. – 1048 с.
48. Роджерс И. Творчество как усиление себя // Вопросы психологии. – 1990. – № 1. – С. 164–168.
49. Руководство по кинезитерапии / под ред. Л. Бонева, П. Слынчева, Ст. Банкова. – София: Медицина и физкультура, 1978. – 357 с.
50. Семичов С.Б. Об отношении медицинской реабилитации к физической терапии // Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. – Л., 1973. – С. 62–64.
51. Сергеев И.И., Личко А.Е., Коркина М.В., Лакосина Н.Д. Психиатрия: учебник для студ. мед. вузов. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 576 с.
52. Сергеева Н.Ю. Арт-педагогика: радость самовыражения. – Чебоксары: Чувашский государственный педагогический университет, 2003. – С. 19, 32.
53. Славянская мифология. Энциклопедический словарь. – М.: Эллис лак, 1995.
54. Стояновский Д.Н. Частная рефлексотерапия: справочник. – Кишинев, 1989. – 332 с.
55. Страковская В.Л. Подвижные игры в терапии больных и ослабленных детей. – М., 1978.
56. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога. – М.: ЭКСМО, 2004. – 923 с.
57. Туник Е.Е. Модифицированные креативные тесты Вильямса. – СПб.: Речь, 2003. – 96 с.
58. Уайтекер П. Движение, импровизация и телесные ощущения в арт-терапии // Исцеляющее искусство: журнал арт-терапии. – 2002. – № 1 (www.arttherapy.ru).
59. Улащик В.С. Введение в теоретические основы физической терапии. – Мн.: Наука и техника, 1981. – 214 с.
60. Ферс Грегг М. Тайный мир рисунка: Исцеление через искусство. – СПб.: Деметра, 2003. – 165 с.
61. Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация: учеб. пособие. – 2-е изд. – М., 2003 – 340 с.
62. Шоттенлоэр Г. Рисунок и образ в гештальттерапии. – СПб.: Изд-во Пирожкова, 2001. – 256 с.
63. Эдварде Б. Художник внутри вас. – Мн.: Попурри, 2000. – 256 с.
64. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии. – СПб.: Питер, 2002.
65. Яркевич Л.Г. Опыт организации трудовой терапии в психиатрической больнице. – М.: Медицина, 1970. – 75 с.

Репозиторий ВГУ