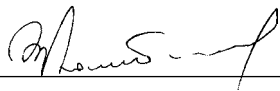


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра



В.В. Колбанов

17 февраля 2003 г.

Регистрационный № 118–1102

**ИНСТРУКЦИЯ ПО ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПСИХИЧЕСКИХ
НАРУШЕНИЙ, ВЫЗВАННЫХ ЭКСТРЕМАЛЬНЫМИ
СИТУАЦИЯМИ**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: Белорусская медицинская академия
последипломного образования

Автор: канд. мед. наук Е.В. Тарасевич

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время резко возросло количество тяжких преступлений, насилия против личности, антропогенных катастроф. Всё это оказывает экстремальное воздействие на психику человека, вызывая у него травматический стресс, психологические последствия которого в крайнем своем проявлении выражаются посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), возникающим как затяжная или отсроченная реакция на ситуации, сопряженные с серьезной угрозой для жизни или здоровья.

Согласно современным воззрениям, стресс становится травматическим, когда результатом воздействия стрессора является нарушение в психической сфере по аналогии с физическими нарушениями. В качестве стрессора в таких случаях выступают травматические события — *экстремальные кризисные ситуации*, обладающие выраженными негативными последствиями, ситуации угрозы для жизни человека или его близких. Такие события коренным образом нарушают чувство безопасности человека, вызывая переживания травматического стресса, психологические последствия которого разнообразны. Факт переживания травматического стресса для некоторых людей (особенно детей) становится причиной развития у них ПТСР.

ПТСР (F 43.1) — это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс, способный вызвать психические нарушения практически у любого человека.

Травматический стресс — это особая форма воздействия, когда стресс перегружает психологические, физиологические, адаптационные возможности человека, разрушает его защиту и становится травматическим.

Травматический стресс возникает в следующих случаях:

– если происшедшее осознаваемо, то есть причины, по которым человек обратился за помощью к врачу, хорошо распознаваемы и поддаются формулировке;

– пережитое разрушает привычный образ жизни.

Травматический стресс — это переживание особого рода, результат особого взаимодействия человека и окружающего мира, вследствие чего в ряде случаев возникают следующие психические нарушения:

1. Острая реакция на стресс (F 43.0).
2. Посттравматическое стрессовое расстройство (F 43.1).
3. Расстройства адаптации (F 43.2).
4. Другие реакции на тяжелый стресс (F 43.8).

Воздействие травматического события на душу ребенка зависит от его возраста, стадии развития, конституции, предшествующего жизненного опыта. Семейное и культурное окружение также влияют на характер проявления травмы. В детском возрасте в связи с незавершенностью становления психики защитные механизмы еще полностью не сформированы, поэтому этап психологической переработки травмирующего фактора отсутствует или редуцирован, а реакции отражают непосредственный ответ на психогению (для конкретного ребенка). Понимание и осознание опасности психотравмы формируется только в процессе жизненного опыта и межличностных отношений, когда ситуации, кажущиеся на первый взгляд малозначимыми для ребенка, постепенно приобретают характер угрожающих воздействий.

При острой реакции возможна частичная или полная диссоциативная амнезия эпизода (F 44.0). Могут быть последствия в виде суицидальных тенденций, а также злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами.

Переживание травмы становится центральным в жизни больного, меняя стиль его жизни и социальное функционирование. Более интенсивной и длительной оказывается реакция на человеческий стрессор (например, изнасилование), чем на природную катастрофу. В затяжных случаях пациент становится фиксированным уже не на самой травме, а на ее последствиях.

Интенсивность симптоматики может меняться, усиливаясь при дополнительном стрессе. Хороший прогноз коррелирует с быстрым развертыванием симптоматики, хорошей социальной адаптацией в преморбиде, наличием социальной поддержки и отсутствием сопутствующих психических и иных заболеваний.

Таким образом, ПТСР — это характерный симптомокомплекс, развивающийся после психологической травмы, вызванной событием, выходящем за рамки обычного человеческого опыта:

– угроза жизни;

- ущерб самому человеку или его семье;
- внезапное разрушение (потеря) дома или семьи;
- человек видит насильственную смерть или ранение.

Симптомы ПТСР можно разделить на три группы:

1. Симптомы повторного переживания:

– ночные кошмары, сны, на первый взгляд непонятные, но вызывающие ужас. Ребенок может не понимать, что во сне каким-то образом отражена катастрофа, тогда как постороннему взрослому человеку это очевидно;

– аффективные галлюцинации, так называемые вспышки воспоминаний, когда перед мысленным взором, как в кино, проходят эпизоды травматического события, порой ярче и отчетливей, чем это было в действительности. Это может быть наяву, в состоянии спронежия или же при интоксикации (то есть под воздействием алкоголя или лекарств);

– повторяющиеся игры, в которых отражаются элементы травматического события; причем это особый вид игры, когда дети однообразно, монотонно повторяют один и тот же сюжет игры, не внося туда никаких изменений, никакого развития. В таких играх, как правило, отсутствуют катарктические элементы, т.е. дети, проиграв определенные сюжеты, не испытывают облегчения;

– сильный дистресс проявляется в виде интенсивных негативных переживаний при столкновении с чем-то, напоминающим (символизирующим) травматическое событие, например, звук открывающегося окна, напоминающий звук при землетрясении, громкий крик птицы и т.п.;

– воспоминания о травматическом событии и навязчивые мысли о нем. Если что-то напоминает или символизирует травматическое событие, возможны спазмы в желудке, головные боли, потливость и др.

2. Симптомы избегания. Упорно избегается всё, что может быть связано с травмой: мысли или разговоры, действия; места или люди, напоминающие о травме (психогенная амнезия), включая уход от мыслей и чувств, связанных с событием. Ребенок избегает всего, что напоминает о событии, т.е. происходит «вымывание» из памяти деталей травмы, возникает чувство отчуждения, обеднение эмоций.

3. Симптомы повышенной возбудимости характеризуются нарушениями сна, раздражительностью, затруднением концентрации внимания, психологической.

Обычно ребенок проходит пять фаз развития ПТСР: 1) отчаяние; 2) отрицание; 3) навязчивость; 4) прорабатывание; 5) завершение.

Отчаяние — немедленная реакция на травматическое событие. Выражается в острой тревоге, при этом ребенок еще не может осознать произошедшее.

Отрицание: возможны бессонница, амнезия, реакции отказа, бесчувственность, расторможенность, соматические симптомы.

Навязчивость: страхи, эмоциональная лабильность, постоянное возбуждение, нарушение сна.

Прорабатывание и завершение — заключительные фазы, когда ребенок осознает причины произошедшего; оплакав потери, он обретает надежду и способность строить новые планы на будущее.

Некоторые дети днем впадают в состояние оцепенения, снова и снова вспоминая в деталях травматическое событие. У многих отмечается регрессивное поведение: энурез, болезненная привязанность к родителям, ребенок теряет навыки гигиены и другие ранее приобретенные навыки. Могут наблюдаться тревога, депрессия, фобии, диссоциация, тяжелые нарушения сна, раздражительность, вспышки гнева; поведение, воспроизводящее отдельные аспекты травматического переживания.

ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, ВЫЗВАННЫХ ЭКСТРЕМАЛЬНЫМИ СИТУАЦИЯМИ

В беседе с ребенком обычно трудно придерживаться стандартной схемы проведения опроса, в подобных случаях необходим более гибкий подход. Дети младшего возраста нередко не умеют или не хотят выражать свои мысли и чувства словами, поэтому особое значение имеют результаты наблюдения за их поведением и взаимодействием с собеседником. При общении с маленькими детьми часто с успехом используются рисунки и игрушки. При беседе с детьми постарше в основном можно придерживаться процедуры, применяемой при обследовании взрослых.

При проведении обследования детей, которые были подвержены воздействию стрессорных событий, ставятся следующие задачи:

- получить ясное представление об имеющихся нарушениях;
- установить, каким образом эти нарушения связаны с развитием ребенка в предшествующий период, а также с его жизнью (в ее психологическом и социальном аспекте) в настоящее время;
- разработать план лечения ребенка (подростка) и проведения работы с его семьей.

Очень важно сразу же создать благоприятную для общения атмосферу и завоевать доверие ребенка. Целесообразно поинтересоваться у пациента, как лучше к нему обращаться (например, называть ли его полным именем или уменьшительным). Начинают обычно беседы на нейтральные темы (можно, например, поговорить о домашних животных, об играх или о днях рождения), а потом уже переходить к насущной проблеме. Нередко удается получить ценную информацию, задав ребенку вопрос: о чем бы он попросил, если бы могли исполниться три его желания. Можно также дать юному пациенту возможность выразить свои чувства, тревогу, интересы в рисунке или в игре.

Интервью с пациентом, пережившим психотравму, трудно и для ребенка, и для специалиста, старающегося ему помочь. Пинусом и Спенсером (1986) предложено стандартизированное интервью, направленное на диагностику реакций на тяжелый стресс и ПТСР, а также обеспечивающее помощь ребенку в совладании с травмой.

Интервью можно разделить на три этапа, на каждом из которых используются разнообразные методики и стратегии с учетом возрастных, личностных особенностей ребенка и его проблемы,

1. Первый этап: начало интервью предусматривает ориентирование пострадавшего на терапевтическую среду. Это необходимо для того, чтобы помочь пациенту сформировать дружественный альянс с психотерапевтом, для достижения соглашения, единодушия и общности мнений о целях посещения терапевтических сессий и способах их проведения. Благоприятная ориентация необходима для уменьшения тревоги пострадавших детей по поводу лечения. Ребенку следует ясно и просто объяснить, почему его привели к

психотерапевту. Терапевт может не вдаваться в детальные обсуждения психотравмы, но обязательно должен информировать своего пациента о том, что он знает, что тот подвергся травматическому стрессу и что это одна из главных причин контакта с врачом. Такой подход показывает детям, что врач, взрослый, будет взаимодействовать с ним честно, непосредственно, и смягчает некоторые из тревог и фантазий об участии в психотерапии, которые дети могут затаить в себе (например, что он — «плохой» ребенок, а психотерапия — это своего рода наказание).

Фокусирование

Дайте ребенку понять, что Вам важно то, что он пережил, и Вы говорили с другими детьми, которые тоже через это прошли. *«Ты не один. Мы говорили с другими, очень смелыми и мужественными ребятами, с ними тоже такое случилось».*

Рисование и сочинение рассказа

Усадите ребенка, дайте ему карандаши и попросите нарисовать *«что хочешь, но что-то такое, о чем ты можешь сочинить рассказ».* *«Не важно, умеешь ли ты рисовать, не думай об этом, просто рисуй что хочешь».* Малыши (до четырех лет) могут не столько рисовать, сколько играть с карандашами, подбодрите их, попросите *«придумать рассказ».*

Соотношение с травматическим событием

Рисунок дает ключи к пониманию тревоги ребенка и его механизмов совладания с травмой. Дети обычно справляются с тревогой сразу после травмы следующими способами:

1. Отрицание в воображении — придумывают другой исход травматического события.

2. Подавляют спонтанные мысли о событии, избегают напоминаний о нем.

3. Событие не отражается в воображении. Ребенок рисует реальную сцену и дает неэмоциональный «документальный» отчет о событии.

4. Ребенок возбужден, думает о возможных отрицательных последствиях, но не может сосредоточиться на актуальной травме.

II. Второй этап — работа с травмой.

Оживление переживания

Переход от рисунка и рассказа к обсуждению самого травматического события (иногда полезно связать некоторые аспекты рисунка и рассказа непосредственно с травмой). Здесь можно ожидать взрыва эмоций, и ребенок должен чувствовать Вашу поддержку, Вы должны быть готовы защитить ребенка от избыточных эмоций. Терапевту следует разделить с ребенком горе и страх и обеспечить ему физический комфорт.

Врачу необходимо построить терапевтические сессии и терапевтические отношения, внося в них максимум регулярности и постоянства, т.е. начинать сессии в одно и то же время, по возможности используя ту же комнату с постоянными предметами и инвентарем. Началу взаимодействия с ребенком следует придать своеобразные ритуальные взаимоотношения (например, в отношении приветствия и расставания). Постепенно у пациента формируется понимание предсказуемости и постоянства. Необходимо соблюдать регулярность и в других аспектах взаимоотношений, избегая отмены сессий или необоснованных изменений их графика во избежание вызвать у ребенка чувство разочарования и даже гнева. Но если изменения или отмены неизбежны, они должны быть ясно и доступно оговорены терапевтом, как и сроки полного завершения работы по контракту. Желательно, чтобы дверь комнаты, где проходят терапевтические сессии, была полуоткрытой, чтобы ребенок чувствовал себя в безопасности. При работе с пациентом необходимо обозначить подходящую ему физическую дистанцию (картографирование пространства), чтобы не вызвать чувства тревоги о возможности физического насилия, подчеркивая этим безопасность. Опираясь на чувство безопасности и возрастающую уверенность, что врач способен принять трудности ребенка, успокоить и понять его, пациент, пострадавший от насилия, будет охотно вовлечен в терапевтические отношения, которые с течением времени могут углубляться и обеспечивать возможность решения его внутренней проблемы.

Воспроизведение травматического события

Прежде чем ребенок перейдет к воспроизведению травмы, он должен достичь состояния, когда отрицательные эмоции не пока-

жутя ему слишком угрожающими и у него появится надежда с ними справиться. Тогда ребенок способен описать травматическое событие. *«Теперь расскажи, что случилось и что ты видел».*

Ребенок может сначала нарисовать сцену травмы, но потом терапевт должен помочь ему проговорить травматическое событие. Ребенок нуждается в поддержке, когда он фокусируется на первичном акте психотравмы: как его кинули на пол, удар кулаком, ножом, выстрел и т.д. Как бы ни возросла тревога при рассказе о событии, потом ребенку становится легче, он чувствует силы справиться с травмой. Терапевт должен помочь ребенку смягчить отрицательные эмоции: *«Хорошо бы ружье было направлено не на твоего папу, а в другую сторону, как на твоём рисунке, и всё бы обошлось благополучно».*

Восприятие травматического события

Далее следует перейти к описанию события в различных сенсорных системах: вид и звук выстрела, стоны или внезапное молчание жертвы, появление крови и т.д. Задача терапевта — создать безопасную обстановку, чтобы ребенок смог дальше работать с травмой, несмотря на возрастающую тревогу. При этом нужно отмечать кинестетические ощущения ребенка: *«Это был ужас!», «Где именно в теле ты ощущал этот ужас?».* Полезны замечания типа *«Ты, наверное, сам был в крови...».*

Терапевт помогает ребенку не уходить от проработки травматического события, задает вопросы, позволяющие выяснить все детали события. Терапевт отвечает за физическое и эмоциональное состояние ребенка после сессии. Нужно давать время на релаксацию. Ребенок должен чувствовать адекватную заботу и поддержку терапевта в ходе этой болезненной сессии.

Особые детали события

Какая-то деталь события может быть особенно болезненной для ребенка и иметь символическое значение. Необходимо помочь ребенку разделить себя и жертву или себя и насильника.

Самый страшный момент

Терапевт спрашивает ребенка, что было для него самым страшным. Даже малыши могут выделить самый страшный момент события.

Насилие/физическое увечье

Терапевт подводит ребенка к осознанию воздействия на него насилия и физического увечья. У ребенка может зафиксироваться в памяти травматический визуальный образ. Он может снова и снова рисовать изуродованного или раненого отца. Полезно во время интервью посмотреть с ребенком «хорошие» фотографии отца — это позволит обратиться к ранним образам и смягчить недавнюю травматическую память. Ребенок должен принять реальность — смерть или увечье. Только когда ребенок примет физическую смерть родителя и почувствует свою безопасность, он сможет открыто говорить о своем горе.

Совладание с травматическим опытом

Проблема ответственности: события, за которые человек не может отвечать, особенно трудны для совладения. Напомним, что насилие, вызванное человеком, приводит к более тяжелым и длительным стрессовым расстройствам, чем стихийные бедствия.

Терапевт обсуждает с ребенком, кого тот считает ответственным за произошедшее, как ребенок понимает мотивы и причины события и как это можно было предотвратить. *«Как это могло случиться?»*, *«Что могло заставить человека такое сделать?»*.

Внутренний план действий

У ребенка часто есть план, как можно было предотвратить событие. Этот план зависит от стадии развития ребенка. Дошкольники более пассивны: они хотели бы убежать, или спрятаться, или заснуть и ничего не видеть. Школьники стремятся к большей активности: вызвать милицию, вырвать оружие из рук убийцы и т.д. Подростки могут долго воображать возможные альтернативные действия, причем свои возможные действия представляют вполне реалистично. Эти фантазии надо подробно исследовать, чтобы выявить возможное чувство вины.

Наказание или возмездие

Терапевт может поддерживать идеи возмездия, чтобы помочь справиться с чувством беспомощности. *«Я понимаю, что ты желаешь зла человеку, который ударил ножом твоего отца. Представь себе, что бы ты хотел с ним сделать?»*.

Страх возвращения убийцы

Ребенок может думать о мести, но бояться, что убийца вернется и нападет на него.

Контроль над импульсами

Если ребенок связывает действия преступника с яростью, ненавистью, безумием, можно обсудить, что он сам делает, когда он в ярости. Ребенок часто не только теряет веру в то, что взрослые всегда могут справиться с собой, но и боится собственных неконтролируемых эмоций, особенно если у него есть фантазии, связанные с мезтью.

Страшные сны

Ребенок часто видит страшные сны, связанные с травматическим событием, и это его волнует, т.к. в этих снах он видит предсказание будущего.

Ориентация на будущее

Полезно обсудить с ребенком, как он видит свое будущее, особенно его представление об отношениях с людьми в будущем.

Текущие проблемы

Когда ребенок справится с травмой, он начинает волноваться по поводу текущих проблем: где он будет жить, кто о нем будет заботиться, будет ли он в безопасности и т.д.

III. Третий этап — завершение интервью.

Резюме

Следует обсудить с ребенком интервью. Терапевт должен показать ребенку, что он принимает его чувства как понятные, реалистичные и нормальные для любого человека в подобной ситуации, тогда ребенок не будет чувствовать себя одиноким и будет готов принять дальнейшую помощь и поддержку. Можно снова посмотреть с ребенком его рисунки.

Реальные страхи

Повторите, что совершенно нормально чувствовать беспомощность и страх, а затем печаль и гнев. Обратитесь к опыту других детей, с которыми произошло подобное, повторите, что они испытывали такие же чувства.

Чего ожидать?

Расскажите ребенку, что с ним может происходить в дальнейшем. *«Иногда во время уроков ты можешь вдруг вспомнить маму и расстроиться».* *«Ты можешь вздрагивать от громких звуков».* *«Ты можешь видеть страшные сны, но постепенно это пройдет».* Скажите ребенку, что он может поделиться этими чувствами со взрослыми, и они его поймут и поддержат.

Смелость ребенка

Ребенок нуждается в повышении самооценки. Оцените его смелость, похвалите за поведение во время интервью. *«Ты проявил настоящую смелость, рассказав мне о том, что произошло».*

Отзыв ребенка об интервью

Выясните у ребенка его мнение об интервью, что для него было полезным, что особенно трудным.

Заключительные слова

Поблагодарите ребенка за то, что он поделился с вами своими переживаниями, выразите желание встретиться с ним еще.

ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, ВЫЗВАННЫХ ЭКСТРЕМАЛЬНЫМИ СИТУАЦИЯМИ

Основным звеном профилактики реакций на тяжелый стресс и расстройства адаптации у детей, которые были подвержены воздействию стрессорных событий, является раннее выявление среди них лиц с повышенным риском развития данных заболеваний. Оптимальным в этих целях является проведение специальных обследований детей, обратившихся за помощью по поводу пережитой психотравмы, в максимально сжатые сроки по специально разработанной программе, включающей в себя три блока. Такой подход позволяет с достаточной полнотой выявлять детей с высоким риском развития ПТСР и принимать соответствующие психопрофилактические меры. *Первый блок* — это целенаправленный сбор анамнестических сведений (интервью), обращающий особое внимание на следующие факторы:

– обстоятельства травмирующей ситуации, насколько реальна в представлении ребенка была угроза его жизни или опасность серьезных повреждений;

– в какой степени ребенок был вовлечен в стрессорное событие и подвержен воздействию стрессора. Какие аспекты травмы были наиболее пугающими;

– насколько велика в представлении ребенка была опасность для значимых для него людей, выраженность аффектов ужаса и страха;

– реальная степень опасности ситуации, силу пережитого психологического потрясения;

– реакция значимых для ребенка людей на травматическое событие;

– наличие имевшихся в преморбиде характерологических особенностей и акцентуаций (у родителей, опекунов).

Иногда дети не могут управлять своими чувствами и эмоциями, связанными с травмой, и прибегают к реакциям ухода и избегания. Тем не менее, нужно постараться получить информацию о психотравме от самого ребенка.

Второй блок включает в себя обследование с помощью экспериментально-психологических опросников: шкалы последствий событий (Horowitz, 1987), опросника личностной и реактивной тревоги (Spielberger, 1986), метода цветowych выборов (Люшер, 1984) и глоссария механизмов психологической защиты (Vailiant, 1987).

Третий блок предполагает динамическое клинико-психопатологическое обследование, ориентированное на выявление специфического комплекса симптомов, характерных для ПТСР: навязчивых тягостных воспоминаний и представлений, ночных кошмаров и сновидений о перенесенной ситуации насилия, стремление избежать любых факторов, напоминающих о ней, аффективных галлюцинаций, тревожных руминаций, касающихся травматической ситуации насилия, тревоги, дистресса и пугливости.

Все эти расстройства, не будучи синдромально оформленными, могут эпизодически появляться уже спустя 4–6 недель после перенесенного травматического события.

После выявления среди пострадавших в результате насилия детей с повышенным риском развития ПТСР представляется целесообразным проведение комплекса психолого-коррекционных и лечебных мероприятий, направленных на предотвращение

развития данной патологии. Профилактическая работа должна осуществляться в тесном взаимодействии врачей-психиатров, психотерапевтов, практических психологов (социальных педагогов) и родственников пострадавших.

ИНТЕГРАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, ВЫЗВАННЫХ ЭКСТРЕМАЛЬНЫМИ СИТУАЦИЯМИ

Терапия начинается уже с интервью. Наиболее эффективной и относительно краткосрочной (10–20 сессий) является интегративная терапия, использующая эклектический подход в подборе индивидуальных психотерапевтических методик с учетом возрастных и личностных особенностей детей, а также способная потенцировать действие фармакопрепаратов и других мер воздействия.

Одна из главных задач терапии — ориентирование ребенка на терапевтическую среду, понимание задач и процесса терапии, формирование содружественного альянса с терапевтом во время терапевтических сессий. Применяются различные психотерапевтические методики в зависимости от возраста, особенностей психотравмы, личностных особенностей ребенка, а также фабулы переживаний для эффективной стратегии решения проблемы, с которой столкнулся пациент и поиска пути к достижению целей, которые он ставит перед собой.

Показания для применения терапии определяются на основании следующих предпосылок:

1. Особенности пациента — когда при первых контактах с врачом-психотерапевтом он не проявлял признаков острого кризиса, но жаловался на выраженные нарушения в состоянии своего здоровья, продолжающиеся так долго, что это вызвало психопатологические изменения:

– когда он испытывает эмоции, заставляющие его страдать, но это страдание не чрезмерно;

– причины, по которым он обратился за помощью к врачу, хорошо распознаваемы, поддаются формулировке, позволяют сделать соответствующие конкретные психотерапевтические шаги, понятные и одобряемые не только психотерапевтом, но и пациентом.

2. Особенности психотерапевта, так как качество отношений между психотерапевтом и пациентом — важнейший фактор успеха психотерапии. Психотерапевт должен учитывать, что его интерес к пациенту, чувство, что он может ему помочь и личностная эмпатия — очень важные моменты при решении вопроса о психотерапевтической работе с данным больным. В идеальном случае должны присутствовать все факторы.

3. Определение проблемы — отправная точка для решения при выборе метода и стратегии психотерапии для достижения психотерапевтической цели. Следует отметить, что картина болезни может обуславливаться различными факторами, а при выборе психотерапевтических методик следует руководствоваться как причинами, так и симптомами болезни, то есть определением проблемы.

4. Родители или другие лица, несущие ответственность за ребенка, согласны на применение данного метода лечения.

После уяснения показаний к психотерапии и составления плана последующих действий, психотерапевт должен заключить с пациентом психотерапевтический контракт, содержащий обоснование выбранной формы психотерапии, обязанности больного, количество сессий и срок завершения работы.

Противопоказания:

- категорический отказ пациента и нежелание работать (наличие рентных установок);
- крайне выраженные расторможенность и агрессивность;
- низкий интеллект;
- наличие антипатии в отношениях «пациент — врач»;
- угроза усложнения проблемы.

Фармакотерапия

Целью фармакотерапии является облегчение симптомов избегания, навязчивости и автономных симптомов, а также снятие таких сопутствующих симптомов, как тревога, депрессия, нарушения сна и диссоциация.

Психофармакологический блок терапевтического комплекса включает в себя симптоматически обоснованное применение таких препаратов, как транквилизаторы анксиолитики (альпразолам, транксен, неурол, диазепам, феназепам), антидепрессанты (амитриптилин,

имипрамин, кломипрамин, мапротилин, миансерин, моклобемид, пароксетин, пипофезин, флувоксамин), как правило, в целях создания «восприимчивого» состояния для дальнейшей психотерапии и в случаях островыраженной симптоматики в качестве коротких курсов (5–20 дней). Ноотропы (глутаминовая кислота, пирацетам, пиридинол, фенибут, церебролизин), адаптогены-нормотимики (экстракт элеутерококка, настойка женьшеня), фитотранквилизаторы (валериана, пустырник, боярышник, гелариум гиперикум) и мультивитамины назначаются при наличии показаний на протяжении всей терапии (возрастные дозы препаратов указаны в Приложении 1).

Лечебные дозы препаратов подбираются по правилам, применяемым в педиатрической практике (с учетом возраста, глубины расстройств, тяжести состояния и колеблются от малых до среднетерапевтических возрастных).

Физиотерапия

Физиотерапия должна дополнять психофармакологический блок воздействий и может быть представлена электросном совместно с электрофорезом лекарственных веществ (бромистый натрий, сернокислый магний) и водными процедурами (валериановые, йодно-бромные, хвойно-валериановые, жемчужные ванны и подводный душ-массаж). Число сеансов физиотерапии в среднем составляет 10–12, что способствует нормализации общего состояния организма ребенка, изменению реактивности, активизации защитных мобилизационных ресурсов, привнося тем самым вклад в достижение общего терапевтического эффекта.

Проблемно ориентированная психотерапия

В сочетании с психофармакотерапией и физиотерапией используется многомерная модель проблемно ориентированной психотерапии (Blaser A., Heim E., Ringer C., Thommen M., 1998), включающая различные методики (игровую, групповую, семейную психотерапию, разнообразные техники гипнотерапии, бихевиоральную психотерапию, глазодвигательную десенсибилизацию и проработку травматического события, сказкотерапию, арт-терапию).

Воздействие на определенную проблему лучше начинать с *игровой терапии* (примеры рекомендуемых игр указаны в Приложении 2)

с последующим присоединением сказкотерапии с активизирующими и мобилизующими метафорами и элементами *арт-терапии* (терапия изобразительным творчеством) в качестве коммуникативного средства для преодоления фрустрации, улучшения самооценки и катарктического эффекта. Это позволяет детям (7–15 лет), перенесшим психотравму, символически изображать себя тем персонажем, которому дозволено делать то, что ему хочется, а не то, на чем настаивают другие. Необходимость такой тактики диктуется тем, что родные и близкие ребенка, как правило, директивно настаивали на проявлении мужества и стойкости, способных, по их мнению, победить страдание. Эта внешне правильная установка не может не вызвать у пострадавших в результате насилия детей своеобразную реакцию протеста (сопротивления), поскольку самостоятельно они уже не могут справиться со своими исключительно тяжелыми переживаниями. А в игре, используя и «примеряя» роли различных, значимых для них сказочных персонажей при проигрывании сцен, дети испытывают облегчение от возможности проявления своих чувств и эмоций, допустимых вспышек раздражительности и гнева по поводу случившегося, слез и высказывания обвинений в адрес истинных или мнимых персонажей-виновников произошедшего с ними. Игры основываются на использовании защит, таких как идентификация с агрессором или тем персонажем, при проигрывании которого ребенок с течением времени перестанет беспокоиться снова стать страдающим или отвергнутым. Одним из наиболее важных аспектов игр является возможность постоянного контроля психотерапевта, с подачи последнего ребенок исполняет роли, которые изменяют (вытесняют) его прежний жизненный опыт, достигая тем самым значимых для него чувств и эмоций, приводящих к отреагированию или компенсации. Достижение отреагирования снижает интенсивность тревоги, аффективных галлюцинаций, тревожных руминаций, чувства обиды, помогает преодолеть «застой» аффекта.

Параллельно можно использовать прием *прослушивания персонажей* соответствующих *игр и сказок*, где в процессе спонтанного рассказа пострадавшего ребенка улавливаются актуальные переживания, касающиеся перенесенного травматического события, что обеспечивает возможность дать им адекватную интерпретацию и

использовать в конструктивных целях. Вербализация патогенного аффекта, связанного с перенесенной психогенией, способствует его отреагированию, своеобразному дистанцированию от негативных эмоций, позволяя пострадавшим «переработать» перенесенное травматическое событие, а в последующем осознать его связь с имеющимися психопатологическими расстройствами, а также найти позитивную, замещающую мотивацию (определенные ценности в жизни, возможность быть нужным другим и т.п.). Сказка благоприятно влияет на обретение «общего языка» и для взрослого, работающего с ребенком, так как обычно они разговаривают на разных языках, а язык сказки их сближает. В результате происходит трансформация: некто сначала маленький и слабый к концу превращается в сильного, значимого и во многом самодостаточного. Это своего рода история о повзрослении. Сказка ведет ребенка вперед, а взрослого возвращает назад, в детство («Сказка о рыбаке и золотой рыбке»; «Красная шапочка»; «Гуси-лебеди»; «Золушка»; «Три поросенка»; «Мальчик с пальчик»).

Изобразительная деятельность детей позволяет им невербально выразить свои мысли. У детей-жертв насилия обычно затруднена способность к разрядке эмоционального напряжения. Использование же рисования облегчает отреагирование переживаний и фантазий, способствует изменению поведения, снижает сопротивление в процессе лечения, способствует концентрации внимания на переживаемых трудностях, в связи с чем улучшается их понимание, формулирование и отреагирование (Бурковский Г.В., Хайкин Р.Б., 1982).

Гипнотерапия с прямыми и косвенными внушениями на общеседативном фоне показана при наличии выраженного страха, фобий, аффективных галлюцинаций и тревожных руминаций (пример метода гипнотерапии приведен в Приложении 3). Применяется у детей с целью «установки надежды» на разрешение проблемы с использованием своих «внутренних ресурсов». Пострадавшим рекомендуется в гипнотическом состоянии вспомнить пережитую ситуацию насилия и устанавливать последовательность событий и определение их места в уже окончательно пережитом прошлом. Достигнув у детей диссоциации тягостных переживаний, связанных с перенесенным травматическим событием, им предлагается вслух

чередовать произвольные воспоминания о перенесенной психогении с эмоционально приятными для них образами и событиями, постепенно переключаясь на них. При этом часто используется технология «якорения», обеспечивающая противообуславливание и гашение на бессознательном уровне последствий травматического опыта (Bandler R., Grindler J., 1975).

При лечении эмоциональных травм эффективна *техника десенсибилизации и переработки травм движениями глаз* (ДПДГ) (Шапиро Ф., 1987). В ходе ДПДГ ребенку предлагается следить глазами, не поворачивая головы, за пальцем терапевта, совершающим 24–36 быстрых движений из стороны в сторону, что моделирует ритмические билатеральные саккадические (следающие) движения глаз. Ребенок одновременно визуализирует травматическое событие и повторяет про себя связанные с событием иррациональные убеждения или негативные самооценки. Естественный процесс следающих движений глаз активизирует внутренний, присущий самой природе нервной системы механизм переработки травматических воспоминаний, что и положено в основу техники Ф. Шапиро.

Процедура ДЦЦГ:

1. Пациент называет эмоции, связанные с событием.
2. Пациент называет физические симптомы и ощущения в теле, воспоминания о событии.
3. Пациент описывает, что он говорит себе в связи с событием.
4. Пациент следит глазами за движением пальца терапевта, одновременно визуализируя событие.
5. Сессия заканчивается, когда симптомы стресса явно уменьшаются.

Процедура заканчивается, когда пациент явно успокаивается: он сам это отмечает, меньше плачет, дыхание замедляется, лицо расслабляется, прекращается дрожь. Сессия может занимать от нескольких минут до двух часов. ДПДГ позволяет:

- десенсибилизировать память в короткий период времени (одной сессии бывает достаточно, если речь не идет об интенсивной пролонгированной тревоге);
- на когнитивном уровне перестроить вербализированную самооценку и переформировать визуальную картину;

– выстроить прочное конгруентное поведение.

Эффект ДПДГ:

1. Десенсибилизация памяти.

2. Изменение отношения к событию и переформирование воспоминаний о нем.

3. Изменение поведения в связи с событием.

Все элементы основных психологических методов объединяются в интегрированном подходе ДПДГ для преобразования информации в адаптивном направлении, которое может быть достигнуто сравнительно быстро с помощью этого фокусированного и имеющего физиологическую основу подхода, несомненно приводящего к разблокированию как системы переработки информации, так и памяти ребенка.

В ходе *структурированных когнитивно-бихевиоральных терапевтических сессий* происходит раскрытие, моделирование, образование, тренировка навыков совладания и предотвращения. В основе терапии лежит постепенное раскрытие, позволяющее ребенку разорвать связи между тревогой/стыдом, страхом и другими разрушительными мыслями и воспоминаниями. В безопасной терапевтической обстановке ребенок контактирует со связанными с травмой стимулами до значимого снижения тревоги. Первые сессии посвящены созданию раппорта, обсуждению возможностей терапии и сбору информации.

1. Моделирование/тренировка навыков совладания — первая стадия терапии. При поддержке терапевта ребенок как можно полнее раскрывает эмоции и воспоминания, связанные с травмой. Тренировка навыков совладания, включающая релаксацию и медитативный разговор с собой, помогают ребенку распознавать и выражать эмоции. Например, терапевт учит ребенка новым для него, неструктивным способам выражения гнева вербально, письменно или через искусство.

2. Вторая стадия терапии — дальнейшее раскрытие с использованием альтернативных способов, таких как воображение, игра с куклами, рисование и т.д. В ходе этих сессий терапевт/учитель помогает ребенку распознавать и выражать эмоции и учит его использовать релаксацию, что позволяет контролировать уровень тревоги.

3. На заключительной стадии терапевт обсуждает с ребенком решение жизненных проблем и планы на будущее — проблемы здоровья ребенка, где он будет жить и т.д.

Бихевиоральную (поведенческую) терапию необходимо применять для исправления болезненных форм поведения. Разнообразные методики терапии используют внешние воздействия с целью подкрепления или подавления отклоняющихся форм поведения. С этой же целью вычлняются из поведения те элементы, которые будут поощряться с помощью выбора оптимальной программы и организации такой обстановки, в которой наиболее вероятно достижение желаемой модификации поведения. Рекомендуемые техники:

– десенсибилизация (постепенное, кратковременное, с ростом интенсивности столкновение со стимулом, вызывающим отрицательную эмоциональную реакцию);

– наводнение (быстрое, продолжительное, интенсивное изначально столкновение с отрицательным стимулом (*in vivo*));

– имплозия (то же, что и наводнение, но в воображении (*in vitro*));

– контрактная программа, по Б. Скиннеру, предполагающая положительное подкрепление позитивного поведения.

Многие методы *бихевиорально-когнитивной* терапии эффективны при применении их в группе. В ходе групповой терапии дети, перенесшие психотравму, приобретают навыки рационального мышления, решения проблем и межличностных отношений. Эти же навыки необходимы детям и взрослым для совладания со стрессовыми ситуациями в жизни.

Формирование групп. Ведущему (психотерапевту, психологу) необходимо обладать базовыми знаниями когнитивно-бихевиоральной терапии и этапов нормального развития ребенка. Кроме того, он должен использовать такие детские качества, как воображение, любопытство, способность играть. Размер группы зависит от возраста детей и типа проблем. Пятеро детей с неадаптивным поведением могут оказаться сложнее, чем десять с замкнутостью и стеснительностью. Малыши требуют больше индивидуального внимания и структурированности группового процесса. С помощью ко-терапевта, работающего вместе с ведущим, можно увеличить размер группы.

Количество и продолжительность сессий. Со старшими детьми, особенно подростками, достаточно встреч 1–2 раза в неделю, с младшими — чаще. Продолжительность сессии — не менее часа.

Мотивация участников. Успех групповой терапии определяется интересом и мотивацией участников. Групповой процесс строится так, чтобы детям было интересно: можно использовать больше игр, мозаик, всего, что может вовлечь и заинтересовать детей. Ведущему желательно быть ребячливым, подвижным и веселым. Рассказы и ролевые игры подбираются в соответствии с возрастом и развитием детей.

Терапевтические стратегии. Терапия начинается с оценки. Изменения начинаются с того момента, когда ребенок задумывается о своих эмоциях и о том, что он собирается делать. Отношения с другими детьми в группе увеличивают количество выборов.

Методы:

1. Закончи предложение. Ведущий предлагает незаконченные предложения, специфичные для тематики группы: *«Я веселюсь, когда...»*, *«Мне особенно грустно, когда...»*. То, как ребенок заканчивает предложение, помогает терапевту выявить иррациональные представления, способы решения проблем, аффективные и поведенческие реакции. Ведущий поддерживает в ребенке позитивную самооценку.

2. Сочинение рассказа. Можно предложить детям картинки из журнала или придумать что-то другое. Ведущий задает вопросы типа: *«Что происходит на этой картинке?»*, *«Как ты думаешь, что она собирается делать?»*.

Некоторые вопросы могут быть очень специфическими, направленными на определенные когнитивно-бихевиоральные навыки: *«Как она себя чувствует?»*, *«Как эта маленькая девочка выйдет из положения?»*, *«Как ты думаешь, что она думает об этом?»*.

Ведущий может также начать рассказ, а дети его продолжают или заполняют пропуски.

3. Ролевые игры. Ведущий предлагает ситуацию, предполагающую получение разнообразных когнитивно-бихевиоральных навыков. Разыгрывание ролей позволяет гибко и в то же время специфично моделировать возможные жизненные ситуации.

4. «Игра в чувства». Детям и подросткам, перенесшим травму, важно уметь распознавать и называть свои эмоции. Ведущий раздает детям карточки, на которых написаны названия различных чувств. Малышам, не умеющим читать, можно назвать шепотом эти

чувства. Затем каждый ребенок по очереди изображает, проигрывает чувство, написанное на его карточке, а остальные отгадывают, что это за чувство и объясняют свою догадку. Возможные варианты игры: 1) рисунки лиц, выражающих различные эмоции; 2) дети рисуют лица, выражающие различные эмоции; 3) ведущий изображает определенное чувство, а дети отгадывают это чувство и оценивают в баллах его интенсивность; 4) дети предлагают чувства, уместные в различных ситуациях: кто-то не получил подарка, над кем-то смеются.

5. Игра в решение проблем. Ведущий предлагает проблемную ситуацию, и дети вслух рассуждают, как можно ее разрешить.

Работа с малышами. Работая с дошкольниками, ведущий должен знать:

- достаточен ли словарный запас ребенка для обозначения чувств;

- понимает ли ребенок, что такое «взаимоотношения», а также слова «почему», «если» и «потому что»;

- может ли ребенок следовать указаниям;

- может ли ребенок посещать группу необходимый период времени.

При работе с малышами не так важно изменить их иррациональные представления, как внедрить позитивную самооценку, помогающую совладать с травмой. Важно также научить их навыкам социализации. Следует обратить внимание на такие навыки, как контакт глазами, сдерживание своей активности на приемлемом уровне, контроль импульсов.

В ряде случаев можно обучать ребенка *глубокой мышечной релаксации* по Оллендрик (1981) (сценарий релаксации указан в Приложении 4) с элементами аутоуггестии: «я — могу, я — готов, я — способен, я — свободный, я — сильный». Дети создают иерархию стимулов, вызывающих тревогу, от слабого до самого сильного. Затем они устанавливают связь между тревожным стимулом и релаксацией. Занятия мышечной релаксацией повоятся с детьми в позе, благоприятствующей расслаблению, после вводной беседы об основных группах мышц, наглядно демонстрируя работу мышц-антагонистов, что облегчает усвоение методики. После достижения общей релаксации проводится позитивная гетеросуггестия.

Терапевту необходимо тщательно подготовить ребенка к завершению терапии. Этот процесс должен быть постепенным. Окончание терапевтических отношений обеспечивает замечательную возможность самого ребенка справляться с ситуацией новым и более адаптивным образом. Терапевт поощряет ребенка к обмену своими собственными чувствами о завершении психотерапевтической работы, в то же время уверяя его в том, что сессии завершаются по причине достижения прогресса, а не потому, что врач недоволен пациентом или не хочет больше заботиться о нем. Маленький ритуал (например, чаепитие при свечах) или символический подарок обеспечат ребенку финальное, конкретное воспоминание об откровенности взаимоотношений, безопасности и значимости этого для обоих — пациента и терапевта. Важным аспектом в творческой работе терапевтической группы являются интерпретации, сделанные детьми, а не психотерапевтом. Они выявляют скрытые чувства, переживания, связанные с ситуацией насилия и наличием у детей существующей проблемы.

Описанные стратегии не только учат ребенка выражать чувства и справляться с потерями более адаптивным способом, но и показывают, что терапевт эмпатичен, чувствителен и отзывчив на нужды и переживания ребенка, связанные с вопросом психотравмы.

Параллельно с терапией ребенка целесообразно проводить работу с родителями, где психотерапевт проявляет свою готовность к сотрудничеству, намечает вместе с ними конкретную программу встреч, что способствует психологической стабилизации родителей, появлению у них чувства уверенности за ребенка и за то, что их собственные проблемы также найдут решение. Не следует давать необоснованных заверений, предвосхищать результаты терапии. Помогая родителям обрести уверенность в себе и навыки адекватного реагирования на трудности в поведении ребенка, а также снимая страх его дальнейшего воспитания, групповая, семейная психотерапия в конечном итоге добивается семейной стабилизации, способствует повышению взаимной эмпатии у членов семьи и созданию альтернативных стандартов взаимодействия.

Непрерывным условием эффективности диагностики, профилактики и интегративной терапии больных ПТСР является комплексность подходов, предполагающая сочетание психотерапевтических, фармакологических и физиотерапевтических методов воздействия.

Приложение 1

Возрастные дозы препаратов, применяемых при лечении посттравматического стрессового расстройства у детей и подростков

Название препарата	Интервал возрастных суточных доз (средние и максимальные), мг		
	3–6 лет	7–14 лет	15–18 лет
Транквилизаторы-анксиолитики			
Альпразолам (ксанакс, неурол)	–	–	0,125–1,5
Феназепам	0,125–0,25	0,25–1,0	1,0–3,0
Диазепам (реланиум, сибазон)	1,0–5,0	2,5–10,0	5,0–20,0
Медазепам (рудотель)	–	5,0–20,0	20,0–40,0
Хлордиазепоксид (элениум)	5,0–10,0	10,0–20,0	10,0–50,0
Антидепрессанты			
Амитриптилин (амизол)	6,25–12,5	12,5–75,0	25,0–125,0
Имипрамин (мелипрамин)	–	12,5–50,0	25,0–125,0
Кломипрамин (анафранил)	–	12,5–75,0	25,0–125,0
Мапротилин (людиомил)	–	12,5–50,0	25,0–100,0
Миансерин (леривон)	–	0	10,0–90,0
Моклобемид (аурорикс)	–	–	150,0–600,0
Пароксетин (паксил)	–	–	10,0–40,0
Пипофезин (азафен)	6,25–12,5	12,5–50,0	25,0–125,0
Флувоксамин (феварин)	–	–	100–300
Ноотропы			
Пирацетам (ноотропил)	200,0–400,0	500,0–1200,0	1000,0–1600,0
Пиритинол (энцефабол)	25,0–100,0	100,0–300,0	300,0–500,0
Пантогам	250,0–500,0	500,0–1000,0	750,0–1500,0
Фенибут	62,5–125,0	125,0–500,0	500,0–1000,0
Церебролизин	1 мл (40 мг активного вещества) на 10 кг массы тела		

Рекомендуемые игры

«Скалолаз»: ведущий должен пройти по воображаемой тропинке вдоль обрыва скалы, а участники группы мешают ему, создавая своим телом различные препятствия, которые необходимо преодолеть.

«Дождь»: участники группы «гуляют по лесу», где их застает дождь, всем надо спрятаться в маленьком домике лесника (квадрат, нарисованный мелом на полу).

«Прятки»: ведущий с завязанными глазами ловит участников группы, поймав кого-либо, пытается узнать его с помощью прикосновений и назвать имя.

«Последний стул»: участники группы ходят друг за другом по кругу, а по хлопку ведущего быстро усаживаются на стулья, которых на один меньше, чем играющих. С каждым новым этапом игры убирается один стул, а количество игроков остается прежним (можно садиться на колени друг другу). В результате на последнем стуле образуется «куча мала».

В этих играх на высоком эмоциональном подъеме происходит сплочение группы, разрушаются межличностные барьеры, нет проигравших.

**Пример метода гипнотерапии
«Путешествие в страну игр»**

«...Представьте, что вы отправляетесь в приятное и необыкновенное путешествие в «Страну игр», где вам очень весело, хорошо и интересно. Возможно, представить его будет легче, если вы закроете глаза, но можете держать их и открытыми, если хочется, но в любой момент их можно закрыть. В этой стране постоянно отмечается день вашего рождения, вам всегда рады и все играют в игры, в которые хотите играть вы. Там показывают фильмы, где вы можете попасть на экран и стать участником приключения. Там есть деревья, на которых растут спагетти вместе с соусом. Там можно встретить шоколадные растения, леденцовые цветы и кусты, на которых можно вырастить всё, что угодно. В этой стране есть огромная площадка для игр, где вы можете играть в любую игру, которая вам больше всего нравится. А после всех игр и развлечений можно лечь в «Постель сновидений» и отдохнуть, чтобы набраться сил...». (На фоне релаксации могут даваться лечебные внушения, подкрепляя воображение детей путем добавления отдельных деталей, характерных только для участников группы).

При снижении самооценки у пациентов с помощью гипнотерапии дается оптимизирующая установка надежды на разрешение его проблемы и необходимость опоры на свой позитивный опыт, внутренние ресурсы, которые им предлагается воспроизвести и оптимизировать — личностно-реконструктивная терапия.

Сценарий релаксации

Кисти и руки

Начни с левой кисти. Сильно сожми ее. Почувствуй напряжение в кисти и руке при сжатии. Теперь расслабь руку. Посмотри, насколько лучше она чувствует себя расслабленной. Опять сожми. Хорошо. Теперь расслабь и опусти руку. (Повторить то же самое для левой руки).

Руки и плечи

Вытяни руки вперед. Подними их над головой. Заведи их назад. Почувствуй напряжение в плечах. Сильнее вытяни руки. Теперь дай рукам упасть вдоль тела. Хорошо. Теперь снова вытяни. Протяни руки перед собой. Подними их над головой. Заведи их назад. Сильнее. Теперь быстро опусти. Хорошо. Почувствуй, как расслабились плечи. Теперь потянись сильно-сильно. Старайся достать руками потолок. Вытяни руки перед собой. Сильно заведи назад. Почувствуй напряжение в руках и плечах. Потянись как можно сильнее. Отлично. Теперь быстро урони руки вниз и почувствуй, как они расслабились. Они теперь такие теплые и ленивые.

Плечи и шея

Подними плечи к ушам и втяни голову в плечи. Напряги их. Хорошо, теперь расслабь и почувствуй тепло. Опять подними плечи и втяни голову, сильнее. Хорошо, расслабься. Почувствуй, как плечам и шее хорошо, когда они расслаблены. Еще раз: втяни голову в плечи и подними плечи. Подержи их так. Почувствуй напряжение в шее и плечах. Хорошо. Теперь расслабься и почувствуй себя удобно.

Рот

Сильно сожми зубы. Напряги мышцы шеи, чтобы зубы сжались сильнее. Теперь расслабься. Почувствуй, как это приятно. Теперь снова сожми зубы. Расслабь. Еще раз. Сильнее. Изо всех сил. Еще сильнее. Хорошо работаешь. Теперь расслабься. Постарайся расслабить всё тело.

Лицо и нос

Наморщи нос. Чтобы было как можно больше морщинок. Сильно-сильно. Хорошо. Расслабь нос. Снова наморщи. Сильней. Так и держи. Хорошо. Теперь можешь расслабить лицо. Смотри, когда ты

морщишь нос, твои щеки, рот и лоб тебе помогают. А когда ты расслабляешь нос, всё лицо расслабляется, и это так приятно. Теперь сделай как можно больше морщинок на лбу. Расслабь лоб. Просто расслабься. Пусть лицо станет гладким. Никаких морщинок. Лицо такое милое, гладкое и расслабленное.

Живот

Напряги мышцы живота. Живот напряжен. Не двигайся. Держи живот. Теперь расслабься. Живот становится мягким. Расслабь как можно больше. Правда, так приятней? Так, снова напряги. Хорошо, расслабь. Устройся поудобней. Заметь разницу, когда живот напряжен и когда расслаблен. Нам так приятно, когда живот расслаблен. Хорошо. Напряги еще раз. Сильнее. Еще сильнее. Хорошо. Расслабь. Совсем расслабь. Почувствуй себя удобно, расслабленно.

Теперь втяни живот изо всех сил. Прижми его к позвоночнику. Стань совсем худым. Расслабься. Больше не надо быть худым. Живот теплый, расслабленный. Теперь опять втяни, до самого позвоночника. Опять стань худым. Стой так. Теперь расслабься. Пусть живот вернется на место и станет естественным. Хорошо себя чувствуешь? Ты славно поработал.

Ноги и стопы

Упрись подошвами в пол. Можешь помочь себе всей тяжестью ног. Упирайся, разведи подошвы в стороны. Теперь расслабь ноги. Почувствуй, как это приятно. Хорошо. Снова упрись подошвами в пол. Помогите мышцами ног. Сильнее упирайся. Расслабь стопы, ноги. Приятно, никакого напряжения. Может, ты почувствуешь тепло и покалывание.

Всё тело

Расслабься как можно больше. Почувствуй расслабление каждой мышцы. Через несколько минут я попрошу тебя открыть глаза и на этом мы закончим сессию. Сегодня был хороший день, и ты можешь вернуться домой, чувствуя себя совершенно спокойным. Ты хорошо поработал. Это так приятно — хорошо поработать. Встряхни руки. Теперь ноги. Покрути головой. Теперь медленно открой глаза. Молодец! Ты настоящий специалист по релаксации!