

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ, СТРАДАЮЩИМ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Н.А. Кравцова (Владивосток)

Аннотация. Рассматривается проблема оказания психологической помощи детям и подросткам, страдающим различными психосоматическими расстройствами. Излагаются теоретико-методологические основы, анализируются имеющиеся модели психотерапевтической помощи. Приводятся основные положения модели психологической помощи автора.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, интегративная психотерапия, этиопатогенетическая онтогенетическая модель.

В последние десятилетия проблема психосоматических расстройств, их генезис, профилактика и лечение занимают врачей и психологов. Усилиями многих авторов была создана многофакторная открытая модель болезни, которая объясняет происхождение психосоматических расстройств сочетанием социальных, психологических, биологических вредностей, воздействию которых подвергся индивид. Д.Н. Исаев, ведущий детский психосоматолог, отмечает, что обратившегося за медицинской помощью ребенка следует квалифицировать не как терапевтического, неврологического или психического больного в соответствии с преобладающими расстройствами в тех или иных системах, а как страдающую личность, у которой имеется то или иное заболевание.

Таким образом, вместо «правильного выбора» «соответствующего» специалиста для больного каждый врач должен уметь обеспечить не только диагностику и лечение соматических заболеваний, но и эффективное изучение личности и психологических трудностей, от которых зависит успешность терапевтического вмешательства. В связи с недостаточной психолого-психиатрической подготовкой врачей реализация такого подхода, к сожалению, в настоящее время представляет значительные трудности [6]. Для эффективной профилактики и лечения необходимо создать условия, в которых реальными будут воздействия на все факторы этиопатогенеза психосоматических расстройств (ПСР).

Д.Н. Исаев считает, что организация помощи детям и подросткам, страдающим ПСР, должна осуществляться в рамках педиатрической службы. Это соответствует традиционному подходу к проблеме здоровья и болезни детей. Однако традиционный подход, на наш взгляд, связан со следующими трудностями в оказании психологической помощи детям и подросткам с ПСР. Исходя из основных механизмов психосоматогенеза можно заключить, что точки приложения психотерапии при работе с детьми, страдающими ПСР, находятся в сфере семейных и детско-родительских отношений. Однако традиционно считается, что для того чтобы вылечить или избавить ребенка от какого-то недуга, в том числе связанного с психологической проблемой, необходимо работать прежде всего со

страдающим ребенком. При этом родители проявляют незаинтересованность или открыто отказываются изменять свое отношение к ребенку и характер детско-родительских отношений. Это связано с тем, что они просто являются передатчиками стереотипов отношений в их родовой системе. Попытка психолога привести к осознанию причин страдания ребенка вызывает сильное сопротивление, в основе которого лежит отрицание как психологическая защита. Каждый родитель искренне считает, что все лучшее для ребенка сделает он. В случае осознания негативного влияния на здоровье ребенка своих стереотипов и проблем у родителя возникает сильное чувство вины. Если психолог говорит матери часто болеющего ребенка, что основа страданий ребенка – ее изначальное неприятие его, которое вызвало чувство вины и впоследствии гиперопеку и гиперпротекцию, не позволяющие ребенку адекватно развиваться, то это вызывает негативную реакцию на психолога и отказ от его помощи. Такие матери ищут «своего психолога», «доброе, ласкового», который ее поймет и «вылечит» ребенка. Позиция врачей-педиатров поддерживает матерей детей с ПСР в их старании «лечить ребенка».

Традиционная позиция матери – «мой ребенок слабенький, он нуждается в постоянном врачебном контроле, лечении, диспансерном учете» – поддерживается, а иногда и формируется именно врачами. Это помогает матери почувствовать свою значимость для ребенка: «Без моей заботы он не выживет». Ребенку это дает любовь и внимание матери. Таким образом, обе стороны – мать и ребенок – заинтересованы в заболевании. Поддерживается это социальным стереотипом – «растить больного ребенка тяжелее и почетнее, чем здорового». Мать, которая всю жизнь посвящает лечению ребенка, заслуживает уважения и восхищения. В нашем обществе, к сожалению, отсутствует понимание того, что вырастить здорового ребенка, создать условия для реализации его потенциала, помочь ему в решении проблемы собственной идентичности – более сложная задача. Считается, что здоровые дети растут сами по себе, их родителям достаточно только накормить, одеть в школу, спортивную секцию и т.д.

Педиатры акцентируют внимание мамы на соматических аспектах заболевания и уводят от решения

психологической проблемы, являющейся пусковым фактором развития ПСР. В результате происходит постоянная репликация ситуации, провоцирующей психосоматическое расстройство, и из сферы лечения выпадает главный этиопатогенетический фактор, запускающий вновь механизм заболевания. Без элиминации пускового психогенного фактора из цепи лечения больного невозможно добиться ни полного выздоровления, ни профилактики рецидивов заболевания. Этот фактор может быть незаметен для врача педиатра, терапевта и врача другой специальности, не обладающего возможностями и знаниями психодиагностики. Поставленная на поток повременная система приема больных, бюджетная система оздоровления детей по своей структуре не предусматривают возможности применить психодиагностику, психокоррекцию. Бюджетная медицина все более тяготеет к использованию стандартных алгоритмов диагностики и схем лечения как способу выхода из временного цейтнота (10 минут на прием одного больного в поликлинике).

Переход на систему ФОМС привел к появлению дополнительной организации, которая выполняет в основном контролирующую и карательные по отношению к врачу функции. Масса проверок, возможные наказующие выводы по работе с больным ребенком приводят к тому, что врач поликлинической сети находится в состоянии постоянного профессионального стресса, что сказывается на его возможностях изучения психического состояния пациента, выявления семейных нарушений, влияющих на состояние ребенка. Документация, регламентирующая работу врача, также не предусматривает отражения в ней психического состояния ребенка, особенностей его психического развития, состояния детско-родительских отношений. Отсюда необязательность их изучения для врача педиатра (с него это не спросят даже при изучении истории болезни в судебных инстанциях).

Таким образом, можно сделать вывод, что при лечении больных с ПСР в условиях бюджетной поликлинической системы оказания помощи детям практически полностью отсутствует воздействие на главный этиопатогенетический механизм их возникновения и развития.

В условиях начинающей развиваться коммерческой медицины ситуация с диагностикой и лечением ПСР несколько улучшается. Связано это с тем, что врач, консультирующий ребенка и его родителей на платной основе, напрямую заинтересован в благополучном исходе заболевания, на него оказывается меньшее давление со стороны проверяющих и контролирующих органов, он менее ограничен временными рамками и может посвятить пациенту личное вне рабочее время.

С другой стороны, врач, оказывающий платную лечебную помощь в условиях внебюджетной орга-

низации, заинтересован в том, чтобы пациент из разряда быстро выздоровевших перешел в разряд постоянно обращающихся за медицинской помощью. Его устраивает рецидивирование болезни, необходимость в нем как в семейном докторе, боязнь «потерять» постоянного пациента приводит к стремлению не вылечить, а показать свою полезность и значимость для семьи.

Позиция врачей психиатров также не способствует излечению ПСР. Традиционная психиатрия рассматривает причиной ПСР не столько психогенный фактор, сколько его следствие – психическое состояние. Психиатрические воздействия направлены на состояние, а главный метод воздействия – психофармакотерапия. Применение антидепрессантов, транквилизаторов, седативных препаратов притупляет душевную боль, избавляет от негативных эмоций, но не избавляет от ПСР.

Биопсихосоционезическая (Г.В. Залевский) модель человека требует рассмотрения его в единстве всех указанных составляющих. С этой позиции психосоматическое расстройство – это расстройство взаимосвязи (софункционирования) всех составляющих. При этом психологический фактор выполняет главную связующую роль. Можно сравнить его с функцией «эго» в структуре личности. «Эго» производит отбор и коррекцию взаимодействия телесных импульсов, потребностей тела и социально допустимых (одобряемых) возможностей. Психика является главной регулирующей силой функционирования человека как в окружающей среде, так и в интравертивной сфере. С этих позиций он играет главную роль в развитии любого расстройства функционирования тела. При построении модели оказания помощи детям, страдающим ПСР, нужно учитывать ведущую организующую роль психического фактора как в возникновении, развитии и поддержании (хронизации) заболевания, так и в выздоровлении.

Сегодняшнюю ситуацию в сфере лечения ПСР можно назвать «эклектической». Каждый специалист воздействует локально на свой участок, оказывая, по сути, симптоматическое воздействие. Отсутствует целостный интегративный подход. Каждый специалист гипертрафирует значение того фактора, о котором имеет наиболее полное знание. В результате имеет место даже конкуренция в отстаивании значимости факторов патогенеза, а следовательно, приоритетного направления лечения. Следуя поддерживаемой всеми специалистами логике полиэтиологичности ПСР, необходимо разработать целостную организационную систему профилактики и лечения расстройств, построенную на совокупности воздействий на все звенья этиопатогенеза: телесный (медицина), психологический (клинический психолог), социальный (социальный психолог, социальный работник) и неэтический (свя-

щенник, которого на современном этапе развития общества заменяет психолог гуманистически-экзистенциального направления).

Психика человека является главным орудием построения образа мира и образа себя. В обществе сложилось определенное усредненное представление об адекватности этих образов, главным критерием которого служит успешность адаптации человека как в окружающей материальной, так и социальной среде. ПСР свидетельствует о нарушении адаптации, т.е. о неадекватной модели мира и себя у носителя ПСР. Менять систему представлений у взрослого человека крайне сложно, что и является причиной малой эффективности имеющихся методов лечения ПСР. В детском возрасте происходит активное становление как картины мира, так и Я-концепции. На этот процесс оказывают непосредственное и мощное влияние близкие ребенку люди, нагруженные поведенческими и когнитивными представлениями, искажениями и т.д.

Таким образом, происходит постоянная генерация расстройств. Казалось бы, невозможно повлиять на этот процесс, ибо он имеет характер замкнутого «порочного» круга. Однако известно, что чем дальше идет развитие человеческой цивилизации, тем более социально зависимым, подверженным социальным стереотипам становится каждый человек. Чтобы разорвать «порочный круг», необходимо наравне с развитием методов медицинских и психологических воздействий формировать здоровую социальную среду. Назрела необходимость создавать не просто медицинские учреждения, в которых будут работать клинические психологи и социальные работники. В таких учреждениях всегда будет главенствовать медицинская, телесно ориентированная парадигма, а психологическая и психосоциальная помощь будет восприниматься как дополнительная. Необходимо создание центров, работа в которых будет строиться на основе признания биопсихосоциально-этической модели человека и интегративного подхода к оказанию помощи страдающим ПСР.

По структуре и этиопатогенезу психосоматические расстройства можно рассматривать как психосоматический синдром, являющийся сложной, иерархически организованной системой, включающей как измененные психические и телесные функции, так и их взаимное отражение. Исходя из этой посылки можно заключить, что теоретико-методологической основой оказания психологической помощи детям и подросткам, страдающим различными психосоматическими расстройствами, являются: культурно-историческая теория Л.С. Выготского о прижизненном развитии высших психических функций (ВПФ) [5]; теория системной и динамической локализации ВПФ А.Р. Лурия [9]; психология отношений В.Н. Мясищева [10]; психология телесности А.Ш. Тхостова [13];

теория психосоматического развития В.В. Николаевой [11]; культурно-исторический подход в трактовке психосоматического симптома Г.А. Ариной [4]; динамическая психиатрия Г. Аммона [1, 10].

Используя основные положения указанных теоретических концепций, можно выделить следующие принципы оказания психологической помощи: принцип синдромного анализа, принцип мультимодальности, принцип системного анализа проблем, событийно-биографический подход, принцип актуализации роли активности субъекта в психосоматогенезе, принцип приоритета решения проблемы идентичности перед простым устранением симптомов.

Согласно культурно-историческому подходу главный вектор развития телесности совпадает с центральной линией развития любой психической функции и видится как преобразование ее (телесности) в универсальный символ и орудие (Тищенко П.Д., 1989; цит. по: [4]). Телесность встраивается в общий ход психического развития как необходимое условие и его инструмент и подобно любой психической функции обретает знаково-символический характер, «культурную» форму. Сущность синдромного анализа, основного методологического принципа нейропсихологии, направленного на топическую диагностику локальных поражений головного мозга, заключается в качественной квалификации нарушений психических процессов, выделении основного дефекта и вторичных системных нарушений, анализе состава не только нарушенных, но и сохраненных психических функций. Указанный методологический принцип применительно к психосоматическим расстройствам в детском возрасте оправдан закономерностями психического (психосоматического) развития и опирается на представление о неразрывной связи психического и телесного феноменов.

Мультимодальность – это умение интегрировать информацию, полученную разными методами диагностики: медицинским, психологическим, социологическим, психосоциальным. С.А. Кулаков отмечает, что «при этом диагност располагает определенными фундаментальными познаниями в диагностике, близко знаком с разносторонними методами и умеет интегрировать данные диагностики и использовать их для терапии». При этом реализуется современное представление о междисциплинарности психосоматики, использующей медицинский метод диагностики наряду с психологическим, социологическим, психосоциальным [8].

Принцип системного анализа проблем базируется на современном представлении личности как совокупности системы отношений, претерпевающей изменения на протяжении жизни. Исходя из этого, психосоматические расстройства – это нарушения системы отношений личности на различных уровнях: биоло-

гическом, экологическом, интерперсональном, интраперсональном. При этом учитывается полиэтиологичный характер психосоматических расстройств.

Принцип событийно-биографического подхода ориентирован на фактор времени, т.е. требует анализа прошлого личности и ее будущего. При этом реализуется психодинамический подход, который согласуется с традиционным медицинским, рассматривающим патологический процесс в динамике его развития, и учитывает воздействие различных, прежде всего психогенных, факторов в преморбидном периоде.

Развитие гуманистического направления в психологии вообще, в клинической психологии в частности привело к актуализации роли активности субъекта в психосоматогенезе. В построении психотерапевтического процесса важная роль стала отводиться способности к самоуправлению физическими процессами через управление своим психическим состоянием. Это способствовало внедрению в практику терапии различных соматических заболеваний методов управляемого воображения, биологической обратной связи, различных форм медитации, что трансформирует терапию в тренинг, в обучение оздоравливающим техникам.

Принцип приоритета решения проблемы идентичности перед простым устранением симптомов согласуется с актуализацией активности субъекта в психосоматогенезе и имеет особое значение при работе с подростками. По мнению основателя психодинамической психиатрии Г. Аммона, «здоровье есть не отсутствие болезни, а защищенность и свобода собственной идентичности, ее конструктивно агрессивная и креативная реализация в группе» [12].

Таким образом, перечисленные принципы позволяют рассмотреть изучаемую проблему в пространственно-временных отношениях с различных методологических позиций, приблизиться к пониманию содержательной стороны психосоматического синдрома и выделить факторов, являющихся детерминантами симптомообразования у пациентов, страдающих психосоматическими расстройствами.

Оказание психологической помощи представляется в неразрывной связи психодиагностики и психотерапии. Принцип синдромного анализа А.Р. Лурия, реализуемый в комплексном нейропсихологическом исследовании, в настоящее время практически не используется в психосоматике, ведь согласно традиционным представлениям соматические расстройства мало связаны с развитием психических процессов и высших психических функций. Мультиmodalный принцип реализуется в процессе проведения системного анализа проблем. На сегодня принятыми в психосоматике подходами в диагностике являются: системный анализ Лазаруса, проводимый по 7 направлениям, представлен в опроснике жизнен-

ной истории; модель Оудсхоорна из 6 уровней; многоосевая клиническая диагностика. В перечисленных моделях есть общее – проблема личности рассматривается в разных плоскостях ее системы отношений.

Событийно-биографический подход активно развивается в психологии жизненных ситуаций, рассматривающей ситуацию болезни как одну из жизненных ситуаций, требующих коррекции. В рамках этого подхода ведущей психодиагностической методикой является «психологическая автобиография». Это экспрессивная проективная методика исследования переживаний, связанных с наиболее значимыми сферами жизни. К этой группе методов можно отнести методики психодинамического направления, и в частности анализ ранних детских воспоминаний по А. Адлеру.

С точки зрения Г. Аммона, главная задача психолога – сопровождение клиента в направлении его страхов, волнений и конфликтов и помощь в их конструктивном преодолении. Главный страх страдающего психосоматическими расстройствами: «Меня не любят!». В связи с этим возникает надежда: «Может быть, меня больного будут жалеть, а значит, любить. Чтобы быть любимым, нужно быть больным». Особо значимым психологическое сопровождение является в детском и подростковом возрасте.

Полиэтиологический характер психосоматических расстройств предполагает использование интегративного подхода в психотерапии, а истинно интегративная психотерапия – концептуальный синтез разных теоретических систем, а уже на этой основе объединение конкретных лечебных методов, возникших из различных теоретических источников. В России признанными являются две школы интегративной психотерапии. Школой В.Е. Рожнова (Москва) предложена биологически ориентированная модель интегративной психотерапии, а школой Б.Д. Карвасарского, Г.Л. Исуриной, В.А. Ташлыкова (Санкт-Петербург) разработана личностно-ориентированная модель интеграции [7].

Первая модель представлена эмоционально-стрессовой психотерапией. Ключевое слово в этой модели психотерапии – стресс. В основе первой модели лежат нейрогуморальные теории патогенеза психосоматических расстройств. Вторая модель основана на интеграции суггестивного метода (эмоционально-стрессовый гипноз), рациональной психотерапии (сократовский диалог) и системы психической саморегуляции, проводимой как медитационная аутогенная тренировка. В соответствии с теоретической концепцией, определяющей данный психотерапевтический подход, в эту модель могут включаться все методы, целенаправленно использующие мобилизирующий психофизиологический эффект эмоционального потрясения: арт-терапия, психодрама, бихевиоральные и когнитивные приемы.

В основе личностно-ориентированной модели интеграции лежит психология отношений и учение о неврозах В.Н. Мясничева. Данная модель может быть отнесена к психодинамической школе, которая во главу угла ставит позитивные личностные изменения в виде реконструкции и гармонизации нарушенной системы отношений за счет коррекции неадекватных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов. Психотерапевтическая модель строится на интеграции принципов и методов поведенческой, когнитивной и гештальт-терапии. Среди методических приемов используются групповая дискуссия, психодрама, психогимнастика, психопантомима, проективный рисунок, музыкотерапия и пр.

Объектом психотерапии Б.Д. Карвасарский считает интрапсихический конфликт, механизмы психологической защиты, внутреннюю картину болезни, патологическую реакцию личности на заболевание, систему значимых отношений больного, включая нарушенные в результате болезни, социальные связи больного. Наибольшее внимание в этой модели уделяется групповой работе в сочетании с различными видами симптоматической психотерапии. Основным терапевтическим механизмом – реконструкция личности. При этом термин реконструкция используется в 2 значениях. Первое под реконструкцией понимает восстановление преморбидных особенностей личности больного, утраченных вследствие болезни. В этом значении термин «реконструкция» используется в клинической (психиатрической) психотерапии. Второе значение понимает «реконструкцию» как коренное переустройство, усовершенствование личности. При этом болезнь или расстройство трактуются не как причина изменений личности, а как следствие личностных особенностей, состоящих из определенных когнитивных, устойчивых поведенческих паттернов, стиля эмоционального реагирования, присущих данному человеку. В таком случае восстановление доболлезненного состояния не является по сути лечебным, т.е. не приведет к излечению. Второе понимание термина «реконструкция» личности более характерно для методологии психологического подхода и по своей сути является этиопатогенетическим.

В практике детской и подростковой психотерапии основной методологии является онтогенетический подход к построению психотерапевтической модели (методики). Теоретическая основа этого подхода – интеграция культурно-исторической теории психического развития Л.С. Выготского и эволюционно-биологическая концепция психических заболеваний, учение о психическом дизонтогенезе (Сухаре-

ва Г.Е., 1955; Ушаков Г.К., 1973; Ковалев В.В., 1979, 1985, 1995; Касаткин В.Н., 1999) [3]. Ю.С. Шевченко в 1995 г. предложил онтогенетически ориентированную, реконструктивно-кондуктивную модель психотерапии для детей и подростков, страдающих ПСР [3]. Сопровождающий кондуктивный подход, по И.А. Скворцову (1995), заключается в обеспечении адекватных каждому возрастному периоду и достаточных для полного выполнения соответствующей ему программы развития мозга и его функций средовых воздействий, в предупреждении вредного влияния факторов, тормозящих развитие или препятствующих ему. Это хорошо согласуется с основными положениями культурно-исторической теории Л.С. Выготского о ведущей роли в развитии высших психических функций обучения, ориентированного на зону ближайшего развития.

Онтогенетически-ориентированная психотерапия активизирует два разнонаправленных процесса: первый – саморегуляция, мышление, деятельность с активным включением их в активную перестройку психики в качестве неиспользуемых ранее резервов; второй – стимуляция освоения личностью и ее ближайшим окружением более зрелых индивидуальных и социально-психических уровней функционирования, которые находятся в зоне ближайшего развития. Психокоррекция ориентирована на закономерности формирования психических свойств функциональных систем и личности ребенка [3].

Нами, на основе практической работы Краевого центра охраны психосоматического здоровья детей и подростков (г. Хабаровск), была построена и апробирована на практике интегративная модель оказания психологической помощи детям и подросткам, страдающим различными ПСР. Эта модель во многом сходна с моделью интенсивно-экспрессивной психотерапии и психокоррекции Ю.С. Шевченко и соавт., но имеет и существенные отличия.

Основные положения ЭПОГ¹ модели психокоррекции и психопрофилактики ПСР у детей и подростков:

1. Обязательная системная семейная психотерапия, направленная на изменение характера внутрисемейных и детско-родительских отношений, ибо страдающий ПСР ребенок – симптом нарушения семейной системы.

2. Психотерапия мамы ребенка, так как нарушенные ранние детско-материнские отношения являются этиологическим фактором психосоматогенеза ПСР. Приоритетным направлением является работа с материнской идентичностью.

3. Групповая психокоррекция по возрастному принципу с опорой на ведущий вид деятельности и

¹ ЭПОГ – этиопатогенетическая онтогенетическая модель психокоррекции и психопрофилактики психосоматических расстройств у детей и подростков.

закономерности развития психических функций и личности ребенка.

4. Сочетание групповой и индивидуальной психотерапии в программе психокоррекции страдающего ПСР ребенка (подростка).

5. Направленность групповой психотерапии на отработку навыков презентации себя в группе, спонтанности и открытости в установлении контактов, эмпатии к другому, умению конструктивно отстаивать свои интересы.

6. Работа с одним ребенком специалистов разного профиля: детского психолога, педиатра, логопеда, арт-терапевта.

7. Организация работы школы родителей с целью повышения психологической грамотности родителей и формирования навыков построения адекватных детско-родительских отношений.

8. Работа психологов с профессионалами, оказывающими значимое влияние на психическое развитие ребенка. Прежде всего, речь идет о педагогах начальной школы и среднего звена. Основные направления работы: повышение психологической грамотности, разрешение личностных проблем, профилактика и психотерапия СЭВ.

9. Повышение психологической грамотности педиатров, ознакомление их с психологическими механизмами ПСР.

Литература

1. Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб.: Речь, 2000. 239 с.
2. Абрамова Г.С., Юдич Ю.А. Психология в медицине: Учеб. пособие. М.: Кафедра М, 1998. 272 с.
3. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб.: Речь, 2002. 557 с.
4. Арина Г.А. Психосоматический симптом как феномен культуры // Интернет-журнал «Ломоносов». – <http://www.nature.ru/db/author.html?id=1045>, 4.11. 2000
5. Выготский Л.С. Собрание сочинений. М., 1982.
6. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. СПб.: Питер, 2000. 512 с.
7. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. СПб.: Питер Ком, 1998.
8. Кулаков С.А. Основы психосоматики. СПб.: Речь, 2003. 238 с.
9. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Асадема, 2002.
10. Мясичев В.Н. Психология отношений / Под ред. А.А. Бодалева. Москва: Изд-во МПСИ; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2003. 400 с.
11. Николаева В.В., Арина Г.А. Клинико-психологические проблемы психологии телесности // Психологический журнал. 2003. Т. 24, № 1. С. 119–125.
12. Очерки динамической психиатрии: Транскультуральное исследование / Под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. СПб.: Изд-во Ин-та им. В.М. Бехтерева, 2003. 438 с.
13. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002. 287 с.

THEORETICO-METHODOLOGICAL ASPECTS OF BRINGING PSYCHOLOGICAL HELP FOR CHILDREN AND TEENAGERS WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS

N.A. Kravtsova (Vladivostok)

Summary. Theme of bringing psychological help for children and teenagers with differencing psychosomatic disorders is observing. Theoretico-methodological bases, analyzing of models of therapeutically helping are introducing. Basically evidence of psychological model of helping by author.

Key words: psychosomatic disorders, integrative psychotherapy, ethiopathogenetic ontogenetically model.