

http://medpsy.ru/mprij/archiv_global/2012_1_12/nomer/nomer07.php

Неотложная психологическая помощь при острой хирургической патологии и травме в условиях детского скоромощного стационара

Подхватилин Н.В., Арбузов С.С. (Москва)



Подхватилин Николай Васильевич

- медицинский (клинический) психолог, руководитель психологической службы (1998-2011), ГУ Научно Исследовательский Институт Неотложной Детской Хирургии и Травматологии (НИИ НДХиТ).

E-mail: psihmed@mail.ru



Арбузов Сергей Станиславович

- медицинский (клинический) психолог, НИИ НДХиТ.

E-mail: psihmed@mail.ru

Аннотация. В статье описывается опыт работы по оказанию неотложной психологической помощи при острой хирургической патологии и травме в детском скоромощном стационаре. Показаны наработанные психокоррекционные методы, эффективные с того момента, когда пациенты приходят в состояние ясного сознания и способствующие более быстрому физиологическому восстановлению, реабилитации и адаптации. Уделено особое внимание нюансам организации психики в первые часы после получения травмы, учету психических особенностей возраста пациентов, сложившейся социальной ситуации для формирования адекватного способа психологического вмешательства.

Ключевые слова: ПТСР, стресс, депрессия, норма здоровья, угнетенные состояния, диссоциативные состояния, помощь в остром периоде травмы, реабилитация, адаптация, неотложная психологическая помощь, возрастная периодизация, психология здоровья, уровни сознания, образ достижения, детская травма, психотерапия, тяжелая хирургическая патология, поведенческая психология, ассоциация, диссоциация, логические уровни, убеждения, влияющие на выздоровление, личность, образ, болезнь, лечение, психосоматика, соматопсихика, скорая психологическая помощь.

Ссылка для цитирования размещена в конце публикации.

Состояние детей, доставленных в скорпомощный стационар, определяется не только физической, но и психологической травмой. Физическая травма, как правило, доминирует, поэтому психологическая травма бывает практически не заметной для хирурга или травматолога. Однако часто именно психологическая травма может явиться причиной замедленного выздоровления ребёнка. Сам факт воздействия физической травмы на психику ребенка является причиной психо-эмоционального стресса. После психологической травмы, вызванной событием, выходящим за рамки обычного человеческого опыта (угроза жизни, разрушение телесной идентичности, потеря дома или близких и т.д.) у ребенка может развиваться патологический стресс, при котором личность поражается на биологическом, психологическом и поведенческом уровнях. При этом психическое состояние человека может отрицательным образом влиять на механизмы выздоровления [8].

В условиях скорпомощного стационара работа психолога проходит в режиме неотложной психологической помощи, оказываемой после хирургического вмешательства, травмы (начиная с того момента, когда пациент приходит в состояние ясного сознания).

Согласно шкале МКБ 10, речь идет о временном периоде острой реакции на стресс (F43.0) и диагностируется при соответствии состояния следующим критериям:

- 1) переживание тяжелого психического или физического стресса;
- 2) развитие симптомов непосредственно вслед за этим в течение часа;
- 3) в зависимости от представленности приведённых ниже двух групп симптомов А и Б, острая реакция на стресс подразделяется на лёгкую (F43/01, имеются симптомы группы А и не менее 2 симптомов из группы Б) и тяжёлую (симптомы группы А и не менее 4 симптомов группы Б или диссоциированный ступор F44.2).

Группа А включает критерии 2, 3 и 4 генерализованного тревожного расстройства (F41.1.).

Группа Б включает следующие симптомы: а) отход от ожидаемого социального взаимодействия, б) сужение внимания, в) очевидная дезориентировка, г) гнев или вербальная агрессия, д) отчаяние или безнадежность, е) неадекватная или бессмысленная гиперактивность, ж) неконтролируемая, крайне тяжёлая (по меркам соответствующих культурных норм) грусть;

- 4)* при смягчении или устранении стресса симптомы начинают редуцироваться не ранее, чем через 8 часов, при сохранении стресса – не ранее, чем через 48 часов;

*По нашим эмпирическим данным, психологическая коррекция, оказываемая в вышеназванный период (от 1 часа до 48 часов после прихода пациента в сознание), предшествующий началу развития копинга поведения, у пациентов с тяжелой хирургической патологией и травмой снижает риск развития симптомов ПТСР и нарушения адаптации.

5) отсутствие признаков какого-либо другого психического расстройства за исключением генерализованного тревожного (F41.1), эпизод какого-либо предшествующего психического расстройства завершён не менее, чем за 3 месяца до действия стресса [9; С. 196].

Без психокоррекционного вмешательства симптомы нарушения адаптации (F43.2) появляются в течение месяца [9; С. 198]. Симптомы ПТСР проявляются, в течение нескольких месяцев с момента травматизации; в первые дни и часы после травмы часто преобладает психологический шок или состояние острого стресса [13; С. 47].

Таким образом, встаёт задача подбора психокоррекционных методов и их адаптацию к условиям неотложной медицинской помощи, оказываемых (во времени) параллельно лечебному процессу.

Методы психокоррекции, пригодные в условиях скорпомощного стационара и наиболее эффективные для использования в периоде острого стресса, определяются предположением о психической вменяемости пациента и наличии объективной и сильной мотивации получить облегчение своего состояния.

Лучше всего себя зарекомендовало использование методов, направленных на формирование позитивных ожиданий и снятия стрессовых состояний на пути к выздоровлению [3].

Зарубежный опыт психокоррекции стресса, в методологической основе, содержит приемы, направленные на формирование «образа достижения выздоровления».

Карл Прибрам, нейрофизиолог из Стенфордского университета, ввел термин «образы достижения» или «образ конечного результата» и сформулировал тезис о том, что человеческая психика организует себя в соответствии с глубинными образами достижения, которые определяют направление жизни человека: «В этом образе конечного результата кодируются, следовательно, внешние явления (например, силы), а не наборы мышечных сокращений. Образ конечного результата регулирует поведение так же, как термостат регулирует температуру: на диске прибора закодированы не включение и выключение котла, а лишь пределы допустимой температуры» [10; С. 278].

Майкл Спарк – доктор философии, профессор Калифорнийского университета, изучающий проблему моделирования поведения, развивая тему «образа конечного результата», ввел термин «образа достижения» как метода и способа реабилитации после тяжелых психологических травм. По эмпирическому опыту Стивена Гиллигена – доктора психологии Стэнфордского университета, который знаменит своими успехами в работе с людьми, перенесшими тяжелые психологические травмы, жизнь их не менялась, пока они не получали задание вызывать у себя «образы достижения», позитивные образы их собственного будущего»

Внутренний образ достижения, который отвечает за организацию поведения, его последовательный характер, следует понимать не как соединение движений в цепи, а как их дифференциацию, процесс декодирования ранее сформулированной пространственной конфигурации. Таким образом, во многих отношениях проблема поведения является обратной стороной проблемы Образа. Образ – это отражение в окружающей среде того, что имеется внутри организма. Поведенческие акты – это достижение результатов [10; С. 248].

Методы, позволяющие менять или формировать «образы достижения», как правило, могут быть изменены в двух типах ситуаций. Первая ситуация позволяет человеку находиться в состоянии релаксации, неподвижности и направить внимание внутрь себя. Второй путь к изменению этих образов предполагает ритмические движения [12; С. 19]. Применительно к детям, это могут быть совместные с родителями (синхронные) движения.

Состояние стресса – застывшее состояние. В моменты дезорганизации, изменений, кризисов люди испытывают стресс и застывают. Внимание становится жестко зафиксированным. Мышцы напрягаются. Дыхание становится жестко зафиксированным и может даже прерываться на краткий момент. В мозг поступает меньше кислорода. И именно тогда, когда человек нуждается в новых образах достижения, в новых мечтах и целях для того, чтобы по новому направить свою жизнь, сама физиология делает создание этих образов невозможным. Сознание отчаянно пытается облегчить муки стресса. Оно описывает все новые и новые круги в пределах тех ситуаций и событий, которые вызывают боль и от которых хотелось бы избавиться. Человек напоминает ракету, запущенную по жестко заданной траектории. Он не способен тогда задать себе более важный вопрос: «Чего я хочу?» [12; С. 19]. Без посторонней помощи пациент не сможет выйти из этого состояния с минимальными нарушениями в личностной и эмоционально-волевой сфере.

Один из самых ярких примеров по целенаправленному созданию образа достижения выздоровления иллюстрирует Далласский центр онкологических исследований и консультаций в штате Техас, США. В течение четырех лет специалисты этого центра (К. Саймонтон, С. Саймонтон.) занимались обучением неизлечимых больных различным методам саморегуляции через управляемую визуализацию. В результате, из 159 человек, использующих приобретенные навыки, выжили 63 пациента. Причем, у 22,2% их них по прошествии четырех лет после начала занятий опухоли не визуализировались [11; С. 95].

Исследования 110 пациентов на базе стационара Научно Исследовательского Института Неотложной Детской Хирургии и Травматологии (2011) выявили некоторые особенности организации психики пациентов в остром состоянии стресса после тяжелой хирургической патологии и травмы: физические ощущения и связанные с этим чувства вытесняются из области осознания с помощью естественного механизма визуально-кинестетической диссоциации. Это одна из защитных реакций организма. Цель её – убрать из переживаний их первоначальную эмоциональную насыщенность, переводя негативные воспоминания в эйдетических образах (ассоциированное восприятие) в воспоминания в конструированных образах.

В литературе, посвященной этому вопросу, можно отметить довольно устойчивую тенденцию рассматривать диссоциацию как основной патогенетический механизм возникновения и развития ПТСР, но ни как защитное свойство мозга. (см., например, Braun V.G., 1988). Сторонники этой точки зрения считают все психические последствия травматического стресса диссоциативными по своей природе и предлагают отнести ПТСР к группе диссоциативных расстройств. Эта точка зрения не стала общепринятой, однако до сих пор сохраняет свой вес и имеет сторонников. Диссоциация, являясь существенной составляющей отсроченной реакции на психическую травму, по-видимому, играет существенную роль и в развитии симптомов ПТСР, представляя собой один из основных, но не единственный патогенетический механизм ПТСР [13; С. 75].

Наши исследования диссоциированного состояния как «защитного механизма» (а не патологического состояния) выявили, что глазодвигательные реакции таких пациентов находятся

в областях, ответственных за визуально-аудиальную информацию, хранящуюся в головном мозге. То есть при вопросе о конкретных телесных ощущениях зрачки пациентов двигаются в аудиальных и визуальных направлениях мозга. Если же искусственно (методом ведения) опустить зрачки вниз, в область телесных ощущений, то возникают болевые ощущения и угнетающие чувства. Наоборот, пациенты, которые сильно переживают острый период стресса, ассоциированы с событием, приведшим их к тяжелой хирургической патологии и травме. Их ключевой образ, вызывающий переживания, относится к внешним ключам реального мира, таким, как, например, руки в крови на месте аварии и т.д. Это обеспечивает то, что ключевой образ из реального мира запускает механизм переживаний, который основан на внутренней картине того же ключевого образа (простой взгляд на свои руки).

Отсюда, те подходы и методы, которые направлены на работу с ощущениями, чувствами, осмыслениями своего теперешнего состояния (активирующие ассоциативное состояние) были исключены из практики работы с острыми состояниями. Методы, щадящие чувства человека в остром состоянии, мы использовали, в основном, из репертуара поведенческой психологии. Превалирование «поведенческого подхода» психокоррекции, в противовес «аналитическому», когда анализируются причины попадания человека в данную ситуацию, определяется известным постулатом: «физический недуг, с позиции психологии, уже рассматривается как следствие комбинированных соматопсихических и психосоматических обстоятельств, приведших пациента к травматическому событию» [8]. Работа с моделированием обусловлена естественным состоянием диссоциации – поэтому приемлема.

Очевидно, что с помощью диссоциации психика защищает себя от разрушения, а значит её можно использовать для создания образа достижения здоровья (произвольно структурируя этот естественный механизм психики).

Зарубежные авторы приводят примеры методов мотивации к желанию жить при депрессивных состояниях и тяжелых заболеваниях с использованием искусственно наведенного диссоциативного состояния как неотъемлемой части создаваемого само-образа достижения здоровья (для того, чтобы он стал мотивирующим). В этом случае пациента как бы притягивает по направлению к этому образу, если он диссоциирован.

Ассоциированное состояние позволяет находиться внутри образа и поэтому ни к чему не мотивирует, более того, ассоциированное состояние не позволяет изменить визуальную картину происходящего [1; С. 64].

При создании образа достижения выздоровления необходимо учитывать периоды психического развития ребенка. Выготский подчеркивал, что нельзя предъявлять ребенку непосильных требований, не соответствующих уровню его актуального развития и ближайшим возможностям [4; С. 66]. В различных возрастах у ребенка можно определить различные «зоны психической чувствительности», которые наиболее ранимы и подвержены стрессу. При создании визуального образа достижения в младенческом и раннем возрасте необходимые элементы образа достижения выздоровления вплетаются в психику мамы, так как она является неотъемлемой частью психики ребенка.

Пример. Мама визуализирует образ счастливого и здорового ребенка (компенсированного в случае инвалидизации) и наблюдает за своей психоэмоциональной реакцией. Эффект воздействия

будет большим, если он переделан из существующего негативного образа, где ребенок видится болезненным и несчастным.

В младенчестве и раннем возрасте ребенок и мама связаны между собой практически симбиотической связью: движения младенца очень сложны и связаны с целостным восприятием, объединяющим ощущения разных модальностей. Это относительно недавно открытая синхронизация движений ребёнка и матери. Под звуки речи или при совместном рассматривании картины и мать и ребёнок движутся синхронно, не осознавая этого. Это плавные, малозаметные движения настолько гармоничны, что у психологов, их фиксирующих, вызывают ассоциации с вальсом [6; С. 63].

По мере взросления, симбиоз ребенок–мама сохраняется, переходя от состояния «Мы», как назвал его Л.С. Выготский, к отношениям, когда мама и папа служат «гидами» в познавательной деятельности ребенка (0-2 лет).

Возрастные особенности использования метода создания «образа достижения выздоровления» включают разную степень вовлеченности родителей (их взрослых способностей визуализации) и условия передачи этого образа через невербальную коммуникацию.

Особенности организации поведения родителей для наилучшей передачи образа достижения выздоровления через невербальную коммуникацию в зависимости от возраста выглядят следующим образом.

От 0 до 2 лет

Чтобы компенсировать травму у детей данного возрастного периода, необходимо инструктировать маму следующим образом: больше держать ребенка на руках, совершать с ним плавные вальсирующие движения, больше обычного оказывать внимание выполнению капризов ребенка. Быть с ним внимательнее, добрее, ласковее и заботливее. Помнить, что депрессия или агрессия родителей негативным образом сказывается даже на самых маленьких детях.

С пятимесячного возраста лучше всего способствуют игры, особенно прятки, которые заставляют ребенка поверить в то, что, несмотря на временные исчезновения, папа и мама всегда возвращаются и что они всегда где-то рядом. Уходя, оставлять рядом с ребенком его любимые игрушки.

От 2 до 5 лет

Детям дошкольного возраста ещё трудно выразить чувства словами, особенно общаясь со взрослыми. Хорошим способом установить невербальную коммуникацию и выяснить, что именно происходит с ребенком, является прослушивание его разговоров с любимыми игрушками, наедине с которыми малыш бывает гораздо более откровенен, нежели рядом со взрослыми людьми. Еще одним хорошим способом является быстрое, механическое рисование с использованием ярких красок, а также крик: дайте ребенку возможность покричать (если есть возможность) на улице. Нужно чаще болтать с сыном или дочерью о том, о сем, брать их на руки, обнимать.

От 5 до 10 лет

В данном возрастном периоде ключевым психическим новообразованием является рост эмоциональной самооценки «я хороший». Дети преувеличивают свои способности, что помогает им осваивать новые виды деятельности без сомнения и страха [6; С. 101]. Это чувство особенно страдает при стрессе в данном возрастном периоде. Помочь восстановить чувство самодостаточности должны, совместные с ребенком, рисунки своих страхов и болезни, рисунки здоровья и игры. Одновременно это также позволяет лучше узнать о том, что беспокоит ребенка. Ко всему прочему рекомендуется говорить детям правду (если это сопутствовало травмирующему событию) и о разводе, и о смерти, и о болезни, или хотя бы ту часть ее, которая не приведет к дополнительной травме. При этом, конечно же, ребенок должен знать, что родители любят его, поддерживают, гордятся им.

От 10 до 16 лет

Симптомы стресса у ребенка старшего подросткового возраста практически ни чем не отличаются от симптомов взрослого человека. Поэтому используются методы психокоррекции, приемлемые для психики взрослого человека, но с поправкой на ведущие психические функции данного возраста. Они должны быть вплетены в образы достижения как часть присутствующего в диссоциированном образе будущего поведения. А именно: повышенное внимание к своему внешнему виду, статус в подростковой группе, отношения с противоположным полом, гносеология познания мира. Для этого можно использовать «мини-лекции» о сексуальных отношениях, самореализации, добре и зле, предназначении.

Родители строго инструктируются, что они не должны предъявлять ребенку непосильных требований. Нельзя говорить: «встряхнись, возьми себя в руки, ты обязан быть сильным». Все это приводит к тому, что ребенок чувствует себя виноватым. Ему кажется: он провинился, потому что попал в такую ситуацию. Важно разрушить это убеждение и дать ему понять: он имеет право на ошибку. Конечно, нужно следить, чтобы у пострадавшего не возникло соблазна манипулировать родителями в качестве компенсации. Тем не менее, он должен знать, что родители любят его, что бы с ним ни случилось. Это очень помогает в работе, и дети, как правило, быстро приходят в норму.

Скажите: «Я знаю, что у тебя возникли трудности с друзьями, но я не сомневаюсь, что ты сумеешь все уладить. Если я понадоблюсь тебе, я всегда буду здесь». Расскажите им о своих воспоминаниях. Поделитесь с детьми воспоминаниями о своих взлетах и падениях, и объясните; как вы справились со стрессом. Расскажите ребенку истории о своем детстве, о том, что причиняло вам боль, и что вас смущало. Это сделает нормальными его собственные переживания. Пр продемонстрируйте свой метод контроля над стрессом. Ничто не действует так хорошо, как демонстрация своего метода самоуправления.

Нами было отмечено, что после тяжелой хирургической патологии и травмы наведенное диссоциативное состояние является спасательным кругом для психики пациента.

При объяснении пациенту, что такое «диссоциированный образ достижения выздоровления», предлагается использовать доступный для понимания пациента язык:

«Нужна одна фантазия, которая является примером того, как вы себя вели бы, если бы у вас уже было то, что вы хотите иметь. А затем, если эта фантазия нравится вам, когда вы наблюдаете за

ней, извне и это выглядит безопасно, никто не нападает на вас, вы не падаете со скалы и т.д., используйте её для наблюдения...» [2; С. 104].

Это пример метода – временной диссоциации (видение картинки себя в будущем), так же как и пространственной диссоциации (видение себя со стороны в текущей ситуации) – для детей лучше всего достигается с помощью метафор или «скрытых инструкций» в общем коррекционном процессе.

Образ достижения или образ «себя здорового» должен создаваться с обязательным информированием (проговариванием) пациенту, что алгоритм (способ) достижения этого состояния для него самого останется тайной (так снимается возможная невротическая защита). Самый простой пример этой методики это «Видеть себя в будущем счастливым».

Более сложные образы достижения выздоровления для пациентов с потенциальной или случившейся инвалидизацией (перспективой жить без погибших родителей, родственников и т.д.) создаются как модель компенсированной личности в будущем времени. Это будет уже не просто картинка, это модель поведения целостной личности в различных жизненных ситуациях, формируемая с учетом сложившихся обстоятельств. Наиболее эффективно, в остром периоде, использовать как метод формирования личностных убеждений, помогающих выздоровлению и адаптации (используя логические уровни) [5; С. 27]. Пример. Если это ребенок подросткового возраста, то упор в сотворении образа делается на самореализацию при любом исходе хирургической патологии и травмы. Ребенку, оставшемуся с одной рукой, встраивается установка, что он не такой как все и избран достичь значительных высот в писательстве, компьютерной технике, аналитике и т.д. И под это подстраиваются все логические уровни, формирующие его личность: от друзей до способностей, до ценностей и идентичности. Напомним, что в остром периоде ребенок очень легко воспринимает эти инструкции. Необходимо также помнить, что работа с убеждениями, подкрепляющими создаваемый образ, предполагает следующее условие: изменение убеждений осуществляется с более высокого логического уровня, чем уровень, на котором осознается происходящее с пациентом [5; С. 55].

Результаты психокоррекции в остром периоде показывают, что симптомы ПТСР, выявляемые методикой структурированного клинического диагностического интервью – СКИД (SCID – Structured Clinical Interview for DSM) и клинической диагностической шкалой (CAPS – Clinical-administered PTSD Scale), не развиваются у пациентов, если им своевременно оказана помощь вышеназванными методами.

Тем не менее, в модифицированном виде она использована в практической работе для диагностики поздних стадий реабилитации пациентов и составления отчетности по динамике выздоровления. Обследование 110 пациентов НИИ НДХиТ (2011) выявило особенности психологических нарушений у пациентов 1-16 лет, вызванных острой хирургической патологией и тяжёлой травмой:

– нарушение процессов мышления, (причинно-следственные связи, обобщение – разделение по существенным признакам и т.д.) обнаружено у 8 больных;

– изменения в эмоциональной сфере и нарушения структуры личности: у данных больных наблюдались симптомы возбудимости, недетерминированные текущей ситуацией (ажитация, бессонница, страх на медицинские процедуры, стресс) – у 54 детей.

Особый интерес представляли 9 больных, у которых травматическое переживание проистекало из внутрисемейных взаимоотношений (негативный ролевой импринтинг). При длительном существовании травмирующей ситуации внутри семьи, эмоциональные переживания ребёнка вытесняются в область бессознательного и ищут разрешения. Детский ум, не находя другого способа влияния на ситуацию, выбирает «жертвенность», которая часто проявляется в бессознательных формах поведения. Другими словами, ребенок с негативным импринтингом психологически более предрасположен ко всяким травматическим ситуациям, чем ребенок из здоровой семьи.

Для детей с нарушением процессов мышления лечащему врачу было рекомендовано направить их на дополнительное обследование к психоневрологу или детскому психиатру.

Больным с изменениями в эмоциональной сфере и нарушениями структуры личности, а также негативным импринтингом были проведены психокоррекционные сессии, которые включали в себя эффективную для быстрого и долговременного уменьшения восприимчивости пациентов к травмирующим происшествиям и фобиям *визуально-кинестетическую диссоциацию, изменение личностной истории*, позволяющей быстро оценивать и переоценивать адаптивные поведенческие ресурсы и интегрировать их в определённые ситуации, *рефрейминг* – процесс, с помощью которого можно воспринимать определенные проблемные ситуации иначе, чем прежде, и превращать их в позитивные и адаптивные ресурсы выздоровления и *психометафорирование* – эффективная при работе с детьми мягкая терапия через специально подобранные истории.

Результаты терапии оценивались по характеру изменений эмоционального отношения больного к травматическому переживанию.

В результате психокоррекции удалось у 58 больных «ламинировать» травматические переживания, у 15 больных на фоне психокоррекции наблюдалось улучшение общего состояния и взаимоотношения с родителями. По мере физиологического восстановления после травмы, небольшие психологические отклонения личности перестали наблюдаться у 37 детей.

Наш опыт подтверждает важность и необходимость внедрения в скоропомощные стационары методы неотложной психологической помощи детям при травматических повреждениях. Комплексный, синтетический подход к изучению острых и хронических патологических состояний оказывается важнейшим, если не единственным в ряде случаев, условием дальнейшего повышения эффективности всей медицинской работы [14].

Литература

1. Андреас К., Андреас С. Измените ваш мозг и сохраните изменение – РИА ПИНЛ ПРЕСС МОАБ, ЮТА, 1987. – 240 с.
2. Бендлер Р., Гриндер Д. Рефрейминг: ориентация личности с помощью речевых стратегий / Пер. с англ. – Воронеж: НПО МОДЭК, 1995. – 256 с.
3. Гудимов В.В. Методические аспекты работы с ПТСР в условиях детской больницы неотложной детской хирургической помощи // Тезисы международной конференции «Психология и экология человека: психологические факторы культуры мира и ненасилия современной России». – 1999.
4. Гамезо М.В., Петрова Е.А., Орлова Л.М. Возрастная и педагогическая психология: Учеб. пособие для студентов всех специальностей педагогических вузов. – М.: Педагогическое общество России, 2003. – 512 с.
5. Дилтс Р. Изменение убеждений с помощью НЛП – М.: Независимая фирма «Класс», 1997. – 192 с.
6. Кулагина И.Ю. Возрастная психология. Развитие ребёнка от рождения до 17 лет. Учебное пособие. – М.: Изд-во РОУ, 1996. – 180 с.
7. Подхватилин Н.В. Психологическая коррекция в детской травматологии // XXII научно-практическая конференция по итогам работы медицинского совета комитета здравоохранения г. Москвы по экспертизе отдалённых результатов лечения травм и ортопедических заболеваний у детей. – М., 1995. – С. 45.
8. Подхватилин Н.В., Арбузов С.С., Исхаков О.С., Шипилевский В.М., Басенцян Ю.Г., Бухрашвили М.К., Рошаль Л.М. Психологическая служба в клинике Неотложной Детской Хирургии и Травматологии: двенадцатилетний опыт работы // Журнал Здравоохранение. – № 8. – 2009.
9. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – М: Экспертное бюро. – М., 1997. – 496 с.
10. Прибрам Карл. Языки мозга. Экспериментальные парадоксы и принципы нейропсихологии / Пер. с англ Н.Н. Данилова – М.: Прогресс, 1975. – 464 с.
11. Саймонтон К., Саймонтон С. Возвращение к здоровью: новый взгляд на тяжелые болезни. – СПб.: Питер Пресс, 1995. – 283 с.
12. Спарк Майкл «Начальные навыки эриксоновского гипноза» – Воронеж: НПО МОДЭК, 1995. – 80 с.
13. Тарабрина Н.В. «Практикум по психологии посттравматического стресса – СПб: Питер, 2001. – 272 с.
14. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.

Ссылка для цитирования

Подхватилин Н.В., Арбузов С.С. Неотложная психологическая помощь при острой хирургической патологии и травме в условиях детского скоромощного стационара. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. N 1. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: чч.мм.гггг).

Все элементы описания необходимы и соответствуют ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка" (введен в действие 01.01.2009). Дата обращения [в формате число-месяц-год = чч.мм.гггг] – дата, когда вы обращались к документу и он был доступен.

Печатается с разрешения электронного научного журнала "Медицинская психология в России" №1, 2012 год.