



**ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ**

\*\*\*\*\*

**Том VII**

**№1**

**2001**

**Москва-Павлодар**



---

---

**Редакционная коллегия:**

**Профессор А.Л. Катков (главный редактор); профессор В.В. Макаров (главный редактор); Е.В. Денисова (ответственный секретарь); А.Н. Рамм (редактор); С.А. Алтынбеков; профессор Ж.А. Алимханов; профессор О.Т. Жузжанов; профессор Н.Т. Измаилова; кандидат психологических наук Г.А. Макарова; Ю.А. Россинский; академик РАМН В.Я. Семке; А.К. Тастанова; профессор А.А. Чуркин.**

**Редакционный совет:**

**М. Асимов (Алматы); Н.А. Бохан (Томск); М.Е. Бурно (Москва); М.Х. Гопопольский (Хайфа); Ж.А. Доскалиев (Астана); В.Ю. Завьялов (Новосибирск); Р.Г. Илешева (Алматы); Н.А. Корнетов (Томск); Р.Кочунас (Вильнюс); Г.М. Кудьярова (Алматы); И.Е. Куприянова (Томск); С.Р. Мусинов (Астана); Х.Пезешкиан (Висбаден); В.В. Соложенкин (Бишкек); Л.А. Степанова (Томск); М.З. Таргакова (Алматы).**

**Регистрационное свидетельство №1706 выдано  
Министерством печати и массовой информации  
Республики Казахстан**

**Регистрационное свидетельство ПИ № 77-7054 выдано  
Министерством Российской Федерации по делам печати,  
телерадиовещания и средств массовых коммуникаций  
Журнал основан в 1995 году**

**Адрес редакции: Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200.  
Телефон (факс): 8(3182) 45-00-56  
E-mail: neovitae@nursat.kz**

---

---

<b>УЧРЕДИТЕЛИ:</b>	<b>СОДЕРЖАНИЕ</b>	
<b>Костанайский институт валеологии</b>	<i>Бундало Н.Л.</i> Исследование интрапсихической структуры личности у больных с хроническими невротическими и соматоформными расстройствами	5-6
	<i>Кулакова Т.И., Сумароков А.А.</i> Сравнительная характеристика нейропсихологического обследования больных шизофренией и неврозами	6-7
	<i>Мучник М.М.</i> Свободные ассоциации при шизофрении и пограничных расстройствах	7-8
	<i>Соколов М.П., Комаха Г.Г., Гагаркина И.Г.</i> Реабилитация детей и подростков с проблемой суицида	8-9
	<i>Соколов М.П., Черняева Т.Б., Гагаркина И.Г.</i> Игровая и музыкотерапия детей с поведенческими расстройствами	9-10
	<i>Соколов М.П., Новиков Л.А., Новкиова С.Ю.</i> Интенсивная терапия подростков в условиях детского дневного стационара	10-11
	<i>Захаров Н.П.</i> Альтернирующая суггестия и гипносуггестия в сочетании с условно-рефлекторной психотерапией	11-13
	<i>Криндач В., Соловьева Е.</i> Базовые навыки психотерапии	13-14
	<i>Макаров В.В.</i> Личность психотерапевта	14-19
	<b>Профессиональная Психотерапевтическая Лига</b>	<i>Макаров В.В.</i> Психотерапия нового века
<i>Макарова Г.</i> Совместный проект профессиональной психотерапевтической лиги и института психологии и педагогики		21-31
<i>Макарова Г.</i> Особенности работы женщины психотерапевта		31-33
<i>Менделевич В.Д., Сахаров Е.А.</i> Экзистенциальная психотерапия наркозависимых		33-34
<i>Менделевич В.Д., Узелевская А.Э., Боев И.В.</i> Антиципационный тренинг в системе психологической коррекции личностных расстройств и девиаций поведения		35-36
<i>Мяжкова И.</i> Визуальная метафора в психотерапевтической работе		36-39
<i>Нестерюк Т.В.</i> Актуальность проблемы и необходимость разработки программы по телесно-ориентированной гештальт-педагогике		40
<i>Нестерюк Т.В.</i> Игровая психогимнастика как форма оздоровительно-развивающей работы с детьми дошкольного возраста		40-41
<i>Райзман Е.М.</i> Субъективный телесный опыт в психоаналитическом процессе		41-43
<i>Трофимова М.М.</i> Частный случай применения мультимодальной системной психотерапии при стойких изменениях личности переживания катастрофы		43-47
<b>РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании»</b>	<i>Бурно А.А.</i> Из отчета о работе врача-психотерапевта психоневрологического диспансера № 20 Юго-Восточного округа г. Москва за 1996-1998 г.г.	47-50
	<i>Баранников А.С.</i> От эклектицизма к принципам творческой интегративности	50-55

**Том VII  
№1  
2001 год**

**выходит  
4 раза в год**

---

---

<i>Захаров Н.П.</i> Исторические, клинико-психологические и психотерапевтические аспекты авангардизма в изобразительном искусстве	55-57
<i>Адашинская Г.А.</i> Традиционная и (или) альтернативная психотерапия?	57-59
<i>Шушкевич В.П., Саенко П.П.</i> Об особенностях комплексной терапии алкогольной зависимости в условиях городской поликлиники	59-60
<i>Тлеубаева А.У., Осипова Н.Б., Шушкевич В.И.</i> Особенности психотерапевтической работы в ГККП «Городская поликлиника г. Рудного»	60-61
<i>Ромек Е.А.</i> Психотерапевтические противоречия и проблема человека	62-68
<i>Королев К.</i> Формирование процессуальных стратегий психотерапией зависимостей в контексте гештальт-подхода	68-71
<i>Тулегенов Р.М., Россинский Ю.А., Гаськов А.П., Валивач М.Н.</i> Показатели состояния психического и соматического здоровья павлодарцев, ликвидаторов чернобыльской аварии	72-76
<i>К 75- летию Зальцмана Григория Ильича</i>	76-77
<i>Россинский Ю.А.</i> К вопросу о профилактике и групповой коррекции нарушений психического приспособления у детей 6-8 лет, в школах с повышенными нагрузками	76-79
<i>Системный указатель и библиография опубликованных статей в журнале «Вопросы ментальной медицины и экологии» 1995-2001 годы.</i>	

---

---

---

---

## ИССЛЕДОВАНИЕ ИНТРАПСИХИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕВРОТИЧЕСКИМИ И СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

---

---

Н.Л.Бундало

г. Красноярск

Значимость социально - психологических механизмов патогенеза при хронических невротических расстройствах в последние годы хорошо аргументирована. Рассматривать эту патологию сквозь призму личности является важным и актуальным, применяя математические критерии объективации.

Нами была изучена экспериментально - психологическим методом интрапсихическая структура личности в транзактно - аналитическом понимании больных хроническими невротическими и соматоформными расстройствами.

Исследования проводились на базе дневного стационара краевого психоневрологического диспансера и психотерапевтического кабинета поликлиники № 15 г. Красноярска. Было обследовано 118 человек: женщин - 84 (71,2 %), мужчин - 34 (28,8%) в возрасте от 27 до 37 лет (срок заболевания не менее 5 лет). А также 108 человек (женщин - 76 (70,4%), мужчин - 32 - 29,6%), составивших группу контроля, того же возраста с отдельными невротическими и личностными реакциями ситуационного характера, кратковременными, без развития очерченных невротических расстройств. Среди испытуемых обеих групп преобладали лица с высшим и средним специальным образованием.

У большинства больных (76 из 118 (64,4%), из них женщин 59) расстройства были отнесены к соматоформным (в соответствии с классификацией): соматогенные (47, мужчин 17), конверсивные (20, мужчин 8), недифференцированные соматоформные расстройства (9, мужчин 2). 17 (14,4%) человек наблюдались с проявлениями течения болезни характерными для неврастенических (F 48.0, в DSM - IV отсутствуют). Эти расстройства напоминали по симптоматике “невроз утомления”, а также проявления, входящие в обобщенную клиническую категорию “синдром хронической усталости” (2,3). 25 (21,2%) человек наблюдались с разными сочетаниями психических и соматических проявлений тревожно-фобического характера. 15 из них - с простыми (специфическими) фобиями (чаще органофобии), 10 человек - с генерализованным тревожным расстройством.

Для исследования интрапсихической структуры личности и ее основных составляющих был использован опросник “Шкала личностных черт (P-B-D)”, позволяющий оценить интрапсихическую структуру личности (в традициях транзактного анализа), в том числе в динамике, в количественных показателях. В нем представлены популяционные данные по здоровым взрослым лицам, по здоровым подросткам, по группе больных алкоголизмом и

шизофренией, полученные в конце 80-х годов в г. Новосибирске, валидность доказана.

Опросник включает 90 характеристик личностных черт, имеющих два варианта ответов “да” или “нет”. Статистическая обработка проводится подсчетом утвердительных ответов. Каждому интрапсихическому компоненту в опроснике соответствует определенный набор личностных качеств. Возможный математический показатель компонента +1 или -1 (знак минус соответствует неадаптивному компоненту). Сумма показателей адаптивного и неадаптивного компонентов равняется показателю соответствующего психофункционального состояния P - B - D (Ребенок, Дитя), возможный показатель которого от +1 до -1 (знак минус свидетельствует о превалировании неадаптивного компонента). Сумма показателей состояний (P-B-D) определяет показатель “личность в целом” от +3 до -3 (знак минус здесь указывает на превалирование неадаптивного психофункционального состояния).

Испытуемые самостоятельно заполняли анкеты опросника.

Достоверность различий вычислялась с помощью критерия Т - Стьюдента.

Анализ результатов психологического обследования больных позволил получить их структурно - личностный профиль. Сравнивая суммарный показатель интрапсихической структуры “личность в целом” с показателями стандарта (нормы) для здоровых взрослых людей, приведенный авторами опросника, были выделены три группы испытуемых:

1) имеющие показатели, совпадающие со стандартными - среди больных 25 (21,2%) человек, в группе контроля - 23 (21,3%);

2) показатели, у которых выше стандартных - среди больных 3 (2,5%), в группе контроля - 6 (5,6%) человек;

3) ниже стандартных - среди больных, в группе контроля - 90 (76,3%), в группе контроля - 79 (73,1%) испытуемых.

Таким образом, было выявлено преобладающее количество больных, чей показатель “личность в целом” ниже стандарта и существенных отличий в группах структурно-личностного профиля не было.

При изучении же отдельных компонентов (адаптивных и неадаптивных) и состояний личности (P-B-P) в группах были выявлены статистически значимые отличия (табл. 1).

В группе больных (А) показатели адаптивных компонентов Родителя и Взрослого достоверно выше, чем в группе контроля (Б). В то же время, основные показатели интрапсихических состояний личности (P-B-P и показатель личности в целом) в обеих группах достоверно

Таблица 1

Показатели структуры личности в группе больных (А) и лиц группы контроля (Б)

структура личности	А N = 118	Б N = 108	показатели стандарта
адаптивный Родитель	0,80 ± 0,01*	0,76 ± 0,01*	
неадаптивный Родитель	-0,41 ± 0,01	-0,38 ± 0,02	
адаптивный Взрослый	0,74 ± 0,01*	0,68 ± 0,01*	
неадаптивный Взрослый	-0,37 ± 0,01	-0,38 ± 0,01	
адаптивный Ребенок	0,64 ± 0,01	0,67 ± 0,01	
неадаптивный Ребенок	-0,42 ± 0,01	-0,43 ± 0,01	
РОДИТЕЛЬ	0,39 ± 0,02**	0,38 ± 0,02**	0,57 ± 0,03
ВЗРОСЛЫЙ	0,35 ± 0,02**	0,32 ± 0,02**	0,53 ± 0,04
РЕБЕНОК	0,23 ± 0,02**	0,24 ± 0,02**	0,44 ± 0,03
ЛИЧНОСТЬ В ЦЕЛОМ	0,97 ± 0,05**	0,94 ± 0,04**	1,54 ± 0,06

Примечание: значок \* - достоверные отличия между группами А и Б; значок \*\* - достоверные отличия от показателей стандарта; достоверность определялась на уровне  $p < 0,05$

отличаются от аналогичных показателей стандарта (низкие).

#### ВЫВОДЫ:

1. Низкие показатели состояний личности и значительное количество случаев с низкими показателями среди больных хроническими невротическими и соматоформными расстройствами свидетельствуют о необходимости психотерапевтического лечения хронических невротических и соматоформных расстройств ориентированного на структурно-личностные изменения.

2. Более высокие показатели адаптивных компонентов Родителя и Взрослого в группе больных могут свидетельствовать об адаптивно - деструктивном характере хронических невротических и соматоформных расстройств, наличием "вторичной выгоды" болезни.

3. Исследование показателей интрапсихической структуры личности может являться показательным обследованием для объективации результатов психотерапии.

4. В процессе психотерапии необходимо выявлять динамику показателей внутриличностной структуры как ее отдельных компонентов (адаптивных и неадаптивных), состояний (Р-В-Р), так и суммарного показателя "личность в целом".

#### Литература:

1. Берн Э. Игры, в которые играют люди / Пер. с англ. - М.: Прогресс, 1988. - 400 с.
2. Дресвянников В.Л., Куст В.Г. // *Акт. пробл. совр. психиатрии и психотерапии.* - Новосибирск. - 1997. - С. 38 - 41.
3. Королев В.В. // *Клин. динамика невротозов и психопатий.* - М., 1967. - С. 11 - 35.
4. Красильников Г.Т., Гирич Я.П. // *Консилиум.* - 1999, № 2 (5). - С. 21 - 22.
5. Макаров В.В., Лаврова Н.А. *Шкала личностных черт (Р - В - Д). Методические рекомендации* - Красноярск: ФМЗ, 1993. - 10 с.
6. Семке В.Я. *Профилактическая психиатрия.* - Томск: Изд - во Томского ун - та, 1999. 403 с.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И НЕВРОЗАМИ

Т.И. Кулакова, А.А. Сумароков

г. Красноярск

Изучение патофизиологии коры головного мозга позволяет определить, какие из звеньев функциональной мозговой системы нарушены при заболевании. Познание особенностей нарушения мозговых механизмов дает возможность более глубокого понимания сущности психических расстройств.

Впервые патофизиологическая концепция была разработана И.П. Павловым. В дальнейшем этот аспект продолжает привлекать внимание исследователей.

Для уточнения особенностей нарушения интегративной деятельности мозга было проведено нейропсихологическое обследование лиц, страдающих шизофренией и неврозами.

При сравнении полученных результатов были получены следующие данные: при нейропсихологическом обследовании больных шизофренией выявляются расстройства двойного характера:

1. поражение, характерные для поражения определенного участка мозга (зрительные, соматосенсорные, пространственные, моторные);

2. вторичные, где имеет место распад всей функциональной системы, а также других, связанных с первой.

При нарастании дефицитарной симптоматики со стабилизацией течения шизофрении распад функциональной системы носит выраженный характер и выявляется по всем методикам. У больных с ярко выраженной аффективной и продуктивной патологией нейропсихологические отклонения носят минимальный характер или вообще не определяются.

У больных с невротическими расстройствами, при нейропсихологическом обследовании у большей части отклонения выявлено не было. У части обнаружены избирательные расстройства (зрительные либо пространственные), но в отличие от боль-

---

---

ных шизофренией, у больных с невротизмом другие функции, связанные с первичным поражением не нарушаются и функциональная система мозга в целом остается сохранной.

У части больных – нарушение носят модально – неспецифический характер. Таким образом, данные, полученные при нейропсихологическом исследовании, свидетельствуют о том, что при шизофрении, особенно у больных с дефицитарной симптоматикой поражение носит комплексный характер, что нельзя сказать о невротизмах.

В этих случаях модально-неспецифический характер отклонения может свидетельствовать о нарушениях в неспецифических структурах мозга, а

избирательные расстройства – о некотором органическом фоне у части больных невротизмами.

*Литература:*

1. Лурия А.Э. “Нейропсихология памяти” // М., 1974, С. 311.
2. “Частная физиология нервной системы” // Л., 1983, С. 733.
3. Хомская Е.Д. “Нейропсихология” // М., 1987, С. 288.
4. Вассерман Л. И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.М. “Методы нейропсихологической диагностики”
5. Карвасарский Б.Д. “Невротизмы”. М., 1980.

## СВОБОДНЫЕ АССОЦИИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И ПОГРАНИЧНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

М.М.Мучник

Томск

Изучая свободные ассоциации у пациентов с различными психическими расстройствами, мы пришли к выводу, что некоторые особенности этого процесса могут рассматриваться как диагностический критерий и помощь в понимании важных психодинамических механизмов. В данной работе мы хотели бы рассмотреть, какие особенности имеют свободные ассоциации у пациентов, страдающих шизофренией и при пограничных расстройствах. Материалом исследования послужили данные, полученные в ходе групповой аналитической психотерапии. Исследовались особенности свободных ассоциаций 150-ти пациентов, из которых 100 страдали шизофренией и 50 – пограничными расстройствами.

**1. Соблюдение основного правила.** При формулировке основного правила пациенту психоаналитик сталкивается с определенными трудностями. Дискуссии психоаналитиков по поводу инструктирования пациента об основном правиле актуальны до настоящего времени. В любом случае она вызывает смятение у пациента. По разным причинам, но именно больные шизофренией и пограничным расстройством легче всего соблюдают основное правило.

Речь больных шизофренией вне психоаналитического процесса имеет много общего со свободными ассоциациями. Ассоциации больных шизофренией утрачивают связанность вне психоаналитического процесса, часто характеризуются амбивалентностью, время и пространство не структурирует их, причинность теряется. Можно сказать, что в жизни больные шизофренией соблюдают основное правило психоанализа – не контролируют поток ассоциаций и произносят, то, что приходит в голову.

Пациенты с пограничными расстройствами не утрачивают связь с реальностью, поэтому вне психоаналитической ситуации они обычно хорошо контролируют свою речь, чтобы скрыть от окружающих свои переживания. Это причина, по которой внешне пограничные пациенты могут выглядеть вполне преуспевающими и адаптированными, но внутренне готовы на симптоматику психотическо-

го ранга. По этой же причине пограничные пациенты составляют большинство в психоаналитической практике. Психоаналитическая ситуация позволяет не контролировать высказывания, таким образом внутренние переживания вербализуются и не нуждаются в психотическом выражении. Большое количество пограничных пациентов и то, как они держатся за возможность поучать психоаналитическую терапию свидетельствует о том, что психоанализ сразу приносит им определенное облегчение. Свободные ассоциации воспринимаются ими как санкция на выражение тех импульсов, на контроль которых уходит слишком много энергии.

**2. Сопротивление свободным ассоциациям.** Процесс свободного ассоциирования переживается субъектом безболезненно. Страх перед проникновением в бессознательное порождает определенные формы сопротивления, которые пациенты описывают, как отсутствие мыслей и ассоциаций, пустоту в голове, неспособность выразить переживания словами и прочее, что заставляет молчать или предельно контролировать свою речь с помощью клише, наукообразия и других способов. То, что в норме возникает как реакция на основное правило психоанализа, при шизофрении интерпретируется как реакция на контакт. Когда невротический пациент в психоаналитической ситуации жалуется на пустоту в голове и отсутствие мыслей, это можно оценить, как страх погрузиться в собственное бессознательное, в патологии эти же проявления мы встречаем при негативизме, при коммуникативных трудностях. Ассоциативные особенности шизофреников безусловно создают им определенные проблемы в общении. Их не понимают. В то же время, больные не всегда хотят быть понятыми, иногда активно не хотят быть понятыми. Многозначительность, необычность и т.д. иногда служат для того, чтобы замаскироваться, скрыться от понимания, которое воспринимается как опасность. Для невротика большую опасность имеют внутренние импульсы, т.к. в своих внешних границах он достаточно уверен. Больному шизофренией, не уверенному ни во внутренних не во внешних границах собственного Я, необходимо в первую очередь за-

---

---

щищаться от внешних опасностей. Архаическая защита выглядит так: “Пока я не заговорю, меня не обнаружат”. На определенных стадиях психоаналитического процесса эти переживания становятся хорошо понятными и невротикам, и особенно пограничным пациентам.

При пограничных расстройствах главная опасность заключается не в том, чтобы что-то понять (собственные бессознательные импульсы им не менее доступны чем больным шизофренией), а в том, как их поймут окружающие. Пограничные пациенты в отличие от больных шизофренией больше боятся замолчать, чем “проговориться”. Больной шизофренией замолкая символически уничтожает опасный внешний мир, и может при этом довольно уютно чувствовать себя в своем внутреннем мире. Молчание для них выполняет функцию отрицания внешнего мира (“если мы не разговариваем, значит их не существует”). Кардинальное отличие пограничных пациентов заключается в том, что когда они молчат, то чувствуют уничтожение собственного мира. Говорю – значит существую. Однако в “разговаривании” пограничных пациентов есть специфические отличия как от речи больных шизофренией так и от речи здоровых. Эти различия очень хорошо видны в групповой аналитической психотерапии. Паузы, молчание, отсутствие ассоциаций плохо переносятся и здоровыми и пограничными пациентами. Пограничным важно не только (и, может, не столько) занять эфир, сколько постоянно его контролировать. Говоря, он может не обращать внимание на то, сколько он времени это делает, и какую фрустрацию испытывают при этом окружающие. Но его экспансия может появляться и не в “болтливости”: редкие замечания пограничных пациентов должны иметь особую силу, поворачивая поток ассоциаций в нужном направлении, и тоже вызывая у окружающих замешательство и фрустрацию. Это отношение к речи соответствует выделенной Ференци фазой детского всемогущества - всемогущество языка. При этом собственное оживание в речи должно уничтожать других (в отличии от шизофрении: раз я с тобой говорю – значит ты существуешь), а умолкание - уничтожение себя. На групповой терапии можно увидеть, как физически пограничный пациент ощущает это самоуничтожение, когда теряет контроль над ассоциативным процессом группы. Когда он не говорит и не контролирует высказывания других, то может испытывать тяжелые телесные сенсации, может засыпать, иногда

происходящее становится столь невыносимым, что он начинает отворачиваться, затыкать уши, грубить, беспричинно рыдать или смеяться. Таким образом мы видим сопротивление свободным ассоциациям других – они воспринимаются как опасность. Значит и собственные ассоциации не являются совсем “свободными”, т.к. направлены на определенную цель – всемогущий контроль.

То., на начальных этапах психоанализа свободные ассоциации возникают без особого сопротивления и у больных шизофренией и у больных пограничным расстройством, однако при шизофрении они являются продолжением речевой деятельности вне сессинга, а при пограничном расстройстве - они являются отреагированием.

Сопротивление свободным ассоциациям при шизофрении проявляется молчанием или шизофазией и обеспечивает защиту внешних границ. Сопротивление свободным ассоциациям при пограничном расстройстве проявляется речевой экспансией и шокирующим качеством ассоциаций и обеспечивает защиту как внутренних границ так и внешних через проективную идентификацию и всемогущество.

Молчание больного шизофренией защищает внешние границы (отказ от взаимодействия с внешним миром, отказ воздействовать на него путем отрицания), но оно защищает и внутренние границы от окончательной катастрофы (невывыказанное остается фактом внутренней реальности, с которой контакт не утрачен, высказанное – факт внешней реальности, которую он не может контролировать). Пограничный пациент говорит, защищая внутренние границы путем агирования (разряжая энергию конфликта), и защищая внешние границы, путем воздействия на мир и всемогущества. Речевая экспансия воздействует на окружающих, принуждая к безопасному взгляду на внутренние границы. С помощью проективной идентификации внешний мир используется как источник безопасного знания о внутренних переживаниях.

При психоанализе шизофрении основное правило способствует упорядочиванию мышления, улучшению коммуникативных способностей этой группы пациентов. Для пограничных пациентов свободные ассоциации являются оптимальным способом отреагирования неприемлемых импульсов в условиях психоаналитического сессинга, что оказывает стабилизирующее влияние на их реальную жизнь.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПРОБЛЕМОЙ СУИЦИДА

М.П. Соколов, Г.Г. Комаха, И.Г. Гагаркина

Красноярский край

Анализ суицидальных случаев среди детей до 15 лет в Красноярском крае выявил тенденцию к их росту. В 16 районах за три года зарегистрировано 127 случаев суицида среди детей и подростков. В 1997 году – 35 случаев; в 1998 - 54; в 1999 году -38, преимущественно это промышленные районы и города края. По полу преобладают девочки. Способы реализации: 95% - отравление химикатами и

медикаментами, 4 % - через повешенье, 1 % - сбросились из окна.

Основные причины суицида - это конфликты в коллективе, в семье, несостоятельность в учебе, демонстрация, шантаж окружающих, неразделенная любовь; обиды, одиночество, утрата родительской любви, неблагополучная семья, чувство вины, стыда, неразделенная любовь, протест. В общем



---

---

причины можно распределить на три раздела: психическое заболевание, психопатологическое реагирование личности, временная эмоционально-волевая реакция.

Суицидальное поведение детей и подростков обусловлено спецификой физиологических, психологических и психопатологических процессов, свойственных растущему организму и личности с незаконченным процессом социально-биологического развития. Это - психопатологические реакции и социально-психологическая адаптация, впечатлительность, внушаемость, эгоцентричность, импульсивность, стремление наказать других. Среди контингента больных бывают суицидальные попытки: у больных шизофренией, при депрессиях, которые маскируются побегам из дома, отказом от школы. В наших наблюдениях пятеро детей имели нервно-психическую патологию, находились на учете у психиатра.

Дети совершившие попытки самоубийства, поступают для оказания помощи в токсикологическое отделение БСМП и в больницу № 20, после оказания неотложной помощи консультируются психиатрами больницы и при показаниях направляются к психиатру в диспансер. В детском психоневрологическом диспансере г. Красноярска функционирует служба психологов, психотерапевтов, в том числе семейного и подросткового. Однако, родители не все посещают специалистов, не оценивают важность психологической коррекции собственного поведения и внутрисемейных отношений.

Для детей имеет большое значение окружающая среда: семейная, школьная, своевременность оказания поддержки. Влияние семьи на формирование у индивида суицидальных тенденций носит сложный опосредованный характер, так одни семьи обеспечивают для своих членов лучшую психологическую защиту, чем другие. Усвоение ребенком образцов поведения родителей и других, воспитывающихся в собственных семьях, которые ребенок наблюдал в родительской семье. Деадаптирующий фактор проблемных семей проявляется в нескольких поколениях, поскольку в них использу-

ются стандартные отработанные методы и приемы в разрешении конфликтных ситуаций.

Суицидальный феномен представляет собой статистически устойчивое социальное явление, распространенность которого подчиняется определенным закономерностям, связанным с социально-экономическими, культурно-историческими и этническими условиями развития страны и отдельных ее регионов.

Существует зависимость между частотой самоубийств и экономической нестабильностью, интенсивностью миграционных потоков, нарушением привычных жизненных стереотипов под воздействием социальных или политических преобразований. Рост самоубийств обусловлен ослаблением роли традиционных социальных и религиозных институтов, регламентирующих взаимоотношения между поколениями и отдельными людьми. С другой стороны, устойчивость институтов семьи, брака, сохранение традиционного уклада жизни являются мощными антисуицидальными факторами (Г.Амбрумова, О.Э.Калашникова, 1998)

Учитывая вышеперечисленное считаем, что помимо лечебно-реабилитационных мероприятий необходима профилактическая деятельность еще по трем направлениям: социальное, педагогическое, психолого-коррекционное. В частности, расширение и укрепление психотерапевтической службы и психологической помощи в Центрах реабилитации управления образования, социальных центрах. Организация суицидологического Центра с телефонным доверия по данной проблеме. На базе этого Центра организация психотерапевтической помощи семьям детей и подростков, совершивших суицидальную попытку. Включение в школьные программы классных часов и уроков ОБЖ психотерапевтических программ "Помоги себе сам".

#### *Литература:*

Г.Амбрумова, О.Э.Калашникова. Психологическое исследование самоубийства. // Журнал "Социальная и клиническая психиатрия", 1998, стр. 65-77.

---

---

## ИГРОВАЯ И МУЗЫКОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ С ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

М.П.Соколов, Т.Б.Черняева, И.Г.Гагаркина

Красноярский край

Одной из распространенных причин обращения к психологу, психотерапевту является жалоба родителей на трудности общения ребенка со сверстниками, учителями, родителями. Мощный неконтролируемый поток информации, неблагоприятные ситуации дома и ближайшем окружении, вызывают дисгармоничное развитие эмоционально-волевой сферы у ребенка, формирует неправильное восприятие и отношение к окружающему миру. Например, ребенок может выбрать неадекватную модель поведения, подражание более сильной личности с асоциальным поведением.

С целью коррекции подобных нарушений на базе

детско-подросткового дневного стационара (ДПДС) используются методы психотерапии. Дети с расстройством поведения, заиканием, энурезом, поступающие в ДПДС, проходят комплексное обследование и лечение, включающее в себя: медикаментозное, физиотерапевтическое лечение, массаж, занятия с логопедом, психологом, психотерапевтом.

Одним из видов коррекции в детском дневном стационаре является использование игровых и музыкальных занятий "караоке". Мы использовали целебное значение музыки на психическую деятельность, игры - как средства коммуникации для детей. Анализируя работу индивидуальную с пациен-

---

---

---

---

том и групповую, мы пришли к выводу, что положительный эффект достигается именно в групповой динамике. Нами проводились занятия только с детьми и с группами родителей и детей. В данном сообщении мы приводим обзор результатов только детских групп. Группы состоят из 6-7 человек, занятия проводятся каждый день по 1,5. Всего проводим от 4 до 10 занятий. Вовлечение в спектр музыкальных, художественных переживаний, пение (выбор песни, эмоционально ролевое их обыгрывание) позволяет ребенку расширить эмоциональные переживания, осуществить опыт ролевого переноса в образ иного эмоционального состояния и, находясь в нем, пережить те чувства и мысли которые были ему ранее не доступны. Осуществляется выход из зоны конфликта. Закрепление этих изменений идет через игровые занятия.

Видео тренинг позволяет отразить динамику позитивных изменений. Использование видеоряда предполагает отбор и демонстрацию поведения ребенка на первых занятиях с последующей демон-

страцией наиболее ярких, интересных примеров его поведения на занятиях, то есть позитивная видео обратная связь, что увеличивает лечебный эффект.

Наблюдаемые у детей на первых занятиях напряжение, скованность, трудность установления контакта к 3-4 занятию ослабевают и устанавливается более стабильный, ровный контакт с другими детьми, появляются элементы артистизма, повышается эмоциональный фон. У детей с логоневрозом отмечается улучшение речи. Включение в игровую терапию музыкальных занятий позволяет усилить динамику позитивных изменений у детей с нарушением коммуникативных функций.

Таким образом, игровая терапия, включающая в себя музыкальные занятия, может быть рекомендована как один из методов коррекции поведения в условиях детского дневного стационара.

*Литература:*

Плешков В.В. Музыкалотерапия. // М., "Владос", 1999

## ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

М.П.Соколов, Л.А.Новикова, С.Ю.Новикова

Красноярский край

В течение последних лет фармакологические методы лечения психозов заняли доминирующее положение, оттеснив методы биологической терапии. Это обусловлено более быстрым наступлением эффекта, простотой применения, относительной безопасностью препаратов, сокращением сроков исчезновения острой симптоматики. Вместе с тем отмечено, что длительное применение психотропных средств ведет к изменению течения заболевания, к хронизации процесса, к резистентности терапии, приводя к госпитализму и социальной дезадаптации. Если у больных зрелого возраста интенсивная терапия методом внутривенного капельного введения психотропных препаратов уже применяется, то в условиях детского дневного стационара он является новым

Известно, что подростков лечить сложно. Особые трудности испытывают детские психиатры, когда приходится назначать психотропные препараты длительное время перорально и внутримышечно.

В настоящем сообщении обобщен опыт интенсивной терапии путем внутреннего капельного введения психотропных средств 32 больным в возрасте 11-17 лет, находившимся на лечении в детском дневном стационаре.

Показаниями к назначению интенсивной терапии были эндогенные психозы, состояния острого психомоторного возбуждения, выраженные тревожно-депрессивные состояния, нервная анорексия с кахексией, аффективные приступы, состояния резистентные к нейролептическим и антидепрессивным препаратам при их пероральном применении.

Для внутривенного капельного введения исполь-

зовались системы одноразового применения. Процедуры назначались через 24 - 72 часа. Их количество варьировало от 5 до 15. Быстрое исчезновение или значительное ослабление депрессивной симптоматики отмечалось при внутривенном капельном введении 1-2 мл (10-20 мг 1% раствора амитриптилина, разведенного в 200 мл 0,9% хлористого натрия).

При галлюцинозном и бредовом синдроме преимущественно использовался галоперидол от 5 мг - 15 мг 0,5% раствора, разведенного в 0,9% хлористого натрия. При преобладании в структуре психоза тревожно-депрессивного состояния и при выраженном вегето-сосудистом компоненте наилучший эффект наблюдался при введении 1 - 4 мл (5-20 мг) 0,5% раствора седуксена. Доза седуксена наращивалась постепенно. При появлении выраженной сонливости и заторможенности дозу седуксена постепенно снижали и переходили на поддерживающую терапию перорально 5-10 мг в сутки. При появлении побочных явлений в содержимое капельницы добавлялось 5 мл 20% раствора пираретама. При нервной анорексии с кахексией, развившейся после длительного голодания, кроме физиологического раствора или глюкозы с добавлением сердечных средств, вводился 1 мл (50 мг) в редких случаях 4 мл (200 мг) 5% раствор эглонила, способствующего снижению эмоционального напряжения, повышению психического тонуса, появлению аппетита.

Внутривенное капельное введение физиологического раствора в сочетании с 20% раствором пираретама (100 мг) 5 мл, которое назначалось в первые дни после отмены психотропных препаратов

---

---

перорального применения, предотвращало наступление вегетативного компонента синдрома отмены.

За все время применения метода внутривенного капельного введения психотропных препаратов, только у 3 больных были отмечены осложнения в виде озноба, покраснения кожных покровов.

Учитывая, что лечение проводилось детям и подросткам, в лечебном комплексе широко использовались препараты ноотропного действия (аминалон, пирацетам, энцефабол и др.), которые вводились внутривенно или перорально.

В общем комплексе лечения использовались также препараты общего биологического действия (эссенциале, кокарбоксилаза, АТФ, витамины, препараты фосфора, магния).

Анализ применения интенсивной терапии методом внутривенного капельного введения психотроп-

ных препаратов является высокоэффективным методом по эффекту действия превосходящим другие способы введения препаратов. После того, как психическое состояние стабилизировалось, осуществлялся переход на пероральный прием препаратов.

Для расширения показаний и усовершенствования методики и расширения числа используемых препаратов необходимы дальнейшие клинические наблюдения.

#### *Литература:*

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. – М., "Медицина", 1988.- 528 с.

2. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. – М., 1996.- 288 с.

3. Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных. – М., "Медицина", 1989.- 287 с.

## **АЛЬТЕРНИРУЮЩАЯ СУГГЕСТИЯ И ГИПНОСУГГЕСТИЯ В СОЧЕТАНИИ С УСЛОВНО-РЕФЛЕКТОРНОЙ ПСИХОТЕРАПИЕЙ**

Н.П.Захаров

Одной из главных особенностей метода альтернирующей суггестии и гипносуггестии (Н.П. Захаров, 1996) является применение контрастных внушений, которые попеременно (маятникообразно) преподносятся больному. Для повышения эффективности их целесообразно сопровождать комплексным воздействием на ряд анализаторов, формирующим условно-рефлекторные связи лечебного характера (аверсионные, вызывающие отвращение или симпатические, привлекательные).

При проведении метода предварительно изучают анамнез, особенности личности, субъективные психофизиологические реакции, ощущения и переживания пациента, сопровождающие здоровое и патологическое поведение с их оценкой как положительных и отрицательных, так и приятных и неприятных. При этом используют максимальный набор духовных, нравственных, когнитивных, эмоциональных, визуальных, аудиальных и кинестетических характеристик обоих полюсов поведения. В итоге выстраиваются суггестивные комплексы позитивного и негативного, включающие в себя субъективный опыт больного.

Затем, в процессе рациональной психотерапии, с учетом уровня возрастного и интеллектуального развития больного осуществляют внушение о зависимости характера поступков и качества жизни человека от сделанного им предшествующего выбора, от сознательного или подсознательного прогнозирования определенной модели поведения. Проводят аналогии, например, с работой компьютера (при этом мозг может быть назван био-компьютером), функционирующего согласно программе, алгоритму или с управлением транспортными средствами. Создают ёмкую формулу о связи выбора, программы и судьбы. Кроме этого пациенту объясняют закономерности развития его заболевания в аспекте выбора и аутопрограммирования, описывают прогноз, который может быть намеренно утяжелен, при зависимости от психоактивных веществ и

психопатиях возбудимого круга, а в случаях с невротическими расстройствами (особенно депрессивными) наоборот, представлен более оптимистично.

Далее больному рассказывают об особенностях метода, в частности о том, что он может сочетаться с гипнозом, музыкотерапией, акупрессурой или вновь акупунктурой (последние могут иметь имитационный, псевдоакупрессурный и псевдоакупунктурный характер) и ароматотерапией. Сообщают, что некоторые манипуляции могут быть несколько неприятны, незначительно болезненны, но от них зависит качество лечения. Определяют зоны повышенной чувствительности - точки выхода лицевого, тройничного, затылочного нервов, области основания и крыльев носа, козелки ушных раковин, ульнарные области, точки Хэ-Гу и др. Делают пробные незначительные надавливания на них. Пациенту в доступной форме объясняют механизм оздоравливающего действия гипноза и стимуляции сенсорных систем.

При осуществлении суггестивного воздействия, которое проводят путём погружения пациента в гипнотический транс с использованием любой техники до индивидуально доступной глубины или в бодрственном состоянии, периодически проговаривают формулу внушения о роли выбора, программирования и прогнозирования в поведении человека и последовательно, многократно чередуют эмоционально-насыщенное описание негативной и позитивной моделей поведения больного, основанных на его выборе в прошлом, настоящем и будущем с прогнозом последствий этого выбора для него самого и окружающих. Используемое при этом условно-рефлекторное подкрепление оказывают с учётом ранее выявленных индивидуальных особенностей.

При использовании гипнотического трансa для интерпретации возможных колебаний глубины погружения и нейтрализации сопротивления пациенту говорят, выделяя интонационно или с помощью

---

---

пауз, пассив более выгодные для лечения варианты: «Во время сеанса Вы будете находиться в том состоянии, которое необходимо лично Вам, для лично Вашего выздоровления. Это может быть очень глубокое погружение или не очень глубокое погружение, оно может наступить сразу или постепенно, быть постоянным или волнообразным, но Вы будете постоянно ясно и чётко слышать меня! Полная концентрация на каждом моём слове! Каждое моё слово впечатается в Вашу память надёжно и прочно! Ваш мозг запомнит каждое мое слово, и каждое мое слово будет помогать Вам в нужное время в нужном месте!»

Описание негативной модели поведения проговаривают с эмоционально неприятными интонациями, с элементами гротеска, описывая жизнь пациента до лечения, со всеми ее проблемами, страданиями. Используют соматовегетативные характеристики, физиологические термины, особенно при злоупотреблении психоактивными веществами, переедании («слизь», «мокрота», «рвотные массы», «разложение», «гниение» и т.п.) с учетом действительных, но преувеличенных закономерностей протекания патологического процесса. В необходимых случаях могут быть спровоцированы тошнотно-рвотные реакции. Внушения сопровождаются фонограммами, имеющими тревожный характер звучания - голоса дельфинов и китов, звуки шаманских бубнов, резкие звуки, композиции из обрывков музыкальных произведений и т.п. Параллельно осуществляют неприятные или болевые акупрессурные и акупунктурные воздействия и раздражение обоняния неприятными для больного запахами, например, нашатырного спирта, а при алкоголизме - водки, если они вызывают отвращение. В речи широко используют образные сравнения, яркие аналогии. Эффективно также раздражение слизистых губ, языка, ротовой полости водкой, табаком или другими веществами и пищевыми продуктами, по отношению к которым необходимо вызвать аверсию. При этом императивно подчеркивается отвращение, непереносимость, недопустимость или опасность их употребления.

После описания негативной модели поведения произносят текст, включающий рассуждения вопросительного характера, например: «Такой была Ваша жизнь, таким был Ваш выбор. Может быть именно в этом истинный смысл Вашего появления на свет, в этом смысл Вашего рождения...». Далее в гиперболизированной форме, в зависимости от нозологии называют варианты саморазрушения или нарушения отношений с другими, например, при алкоголизме: «...пропитывать, загрязнять, заполнять и разрушать себя алкоголем, с каждым глотком водки, вина или пива все больше и больше уничтожать свой мозг, сердце, печень и, в конце концов, исчезнуть, также как исчезает с поверхности Земли сорняк или лужа грязной воды...». Затем больному говорят: «Но может быть Вы родились для другого, и смысл Вашего появления на свет, смысл Вашей судьбы в другом и другим станет Ваш выбор...», после чего повторяют внушение о роли выбора и переходят к описанию позитивной модели.

Позитивная модель поведения преподносится с приятными, обнадеживающими, проникновенными интонациями и сопровождается фонограммами, имеющими просветленный, освобождающий, оптимистический характер (произведения Китаро, Ж.М.Жара, К.де Мальо, шумы, звуки природы и т.п.). Этот же оттенок приобретают телесно-ориентированные воздействия, с помощью которых углубляют расслабление и степень гипнотического погружения (производят успокаивающие контактные пассы, наложение руки на лоб пациента с невербальным сообщением понимания, всепрощения, поддержки, обмахивают веером в неторопливом темпе, дают инструкцию поочередно дышать носом или слегка приоткрытым ртом с фиксацией внимания на усилении прохлады и свежести в носовой, ротовой полости и голове). После подкрепления аверсионными веществами очищают слизистые с помощью влажных тампонов или прополаскивания рта.

На этом этапе внушают стереотипы оптимального, адаптивного поведения в различных ситуациях, в т.ч. в провоцирующих срыв, рецидив заболевания, стимулируют волю, углубляют раппорт, подчеркивают лечебную силу внушений. Суггестию в этой полярности завершают образным внушением разрыва связи с прошлой негативной моделью поведения, дают аналогии, образы, символы обновления, очищения, расцвета, например: «Снять с себя липкую паутину болезни! Стремиться к здоровью! Болезнь заканчивается и скоро полностью исчезнет - также, как исчезает старый, ненужный, прошлогодний снег под лучами яркого, весеннего, веселого солнца!».

Далее повторяют внушение о роли выбора и через переходные рассуждения вопросительного характера описывают негативную модель.

Смену альтернирующих воздействий предпочитают патологической модели поведения, сформировать неприятие ее на всех уровнях психического и психосоматического, и внедрить в сознание и подсознание пациента модель здорового, адаптивного поведения, которая полностью принимается им, в т.ч. на уровне физиологической организации и для достижения которой мобилизуются все его ресурсы. Эта новая модель должна выдержать проверку жизнью, поэтому лечебные фразы целесообразно наполнять ориентированными в будущее установками (постгипнотическими внушениями), способными конкурировать со стрессами и соблазнами окружающей среды. Во время сеансов постепенно снижают объем негативной информации и повышают объем позитивной, переходя от вопросов и сомнений к утверждению выбора позитивной модели. Таким образом, создают ситуацию контролируемого, направляемого выбора и производят переформирование стереотипов поведения индивидуума.

Если целесообразно включение механизмов амнезии для перевода внушений в сферу бессознательного, то используют такие приёмы, как аналогичные стимулы, действия, высказывания до и после сеанса, неожиданные вопросы после сеанса или

прямые или косвенные внушения о забывании информации.

Всего требуется от 1 до 10 подобных сеансов, содержание которых может быть как стандартным, так и модифицируемым (для проработки значимых тем). Параллельно больному рекомендуют изучать и самостоятельно осуществлять альтернирующее аутосуггестивное воздействие (за исключением случаев стимуляции амнезии). При проведении курсового лечения первоначально рекомендуется проводить ежедневные сеансы, в дальнейшем, с учётом динамики выздоровления, постепенно увеличивают интервалы между ними, варьируют их особенности и переходят к поддерживающей психотерапии по индивидуальной схеме. Чрезмерно большое количество сеансов альтернирующей суггестии и гипносуггестии может привести к обратному эффекту и росту толерантности, слабой восприимчивости к подобным внушениям (что характерно для гипнотерапии и суггестии в целом). В связи с этим необходимо постоянно оценивать характер реакций пациента на применяемые манипуляции.

Приемам альтернирующей аутосуггестии обучают в процессе проведения основных лечебных сеансов, при этом внушают запоминание слов врача (которые далее пациент произносит от первого или второго лица), а также образов, ощущений и других сопутствующих впечатлений. Больному внушают: «После наших сеансов Вы сможете самостоятельно поддерживать своё здоровье, полностью контролировать себя, лечить себя! Запоминайте мои слова, изучайте, какие образы, представления, воспоминания и из каких систем – зрительной, слуховой, кинестетической и какие идеи, мысли или дополнительные воздействия - точечный самомассаж, музыка, запахи, вкусовые ощущения оказывают на Вас наиболее сильное влияние. Запомните формулу - Каков выбор, такова и судьба! Какова программа, такова и жизнь! - Повторяйте мои слова о негативной модели поведения, но говорите от первого лица - Я уничтожил себя... - или полностью цитируйте мои слова, говорите от второго лица. Затем повторите формулу о роли выбора и переходите к описанию позитивной модели поведения. Предварительно можете расслабить себя, текст в бодрственном состоянии. Учитесь заниматься самогипнозом, в любых условиях, при любых обстоятельствах: лёжа, стоя, во время ходьбы, с закрытыми и открытыми глазами, в одиночестве или среди других! Проводите большие сеансы или микросеансы.

## БАЗОВЫЕ НАВЫКИ ПСИХОТЕРАПИИ

В.Криндач, Е.Соловьева

Программа, 36 часов.

По нашему убеждению, подтвержденному опытом психотерапевтической практики опытом преподавания психотерапии, существует небольшое число ключевых, первичных, опорных профессиональных навыков незаменимых и необходимых психотерапевту любой специализации. Если представить обучение современной психотерапии как быстро

Помните: чем раньше перед критическим моментом начинается самовнушение, самопрограммирование, тем оно эффективнее!» При аутосуггестии занимающийся самостоятельно «дозировать» объем негативной и позитивной информации.

При проведении альтернирующей психотерапии важно, чтобы больной не догадывался об истинном значении акупунктурно-акупрессурных воздействий, а степень болевых ощущений при этом находилась в пределах разумного.

У детей и подростков при описании негативной модели не следует значительно стимулировать анксиозные реакции, за исключением случаев злоупотребления психоактивными веществами, при которых целенаправленная иатрогенизация и «ипохондризация» могут сыграть свою положительную роль. В детском возрасте целесообразно более широкое использование метафор, образов и сказок бимодельного содержания (демонстрирующих конкуренцию, борьбу хорошего и плохого, победу добра над злом).

Для целей психопрофилактики пограничных психических расстройств и зависимости от психоактивных веществ проводят сеансы соответственно описанной выше технике, при этом в качестве позитивной и негативной моделей поведения используются экспектации данного индивидуума и опосредованные общепринятые представления о двух вариантах существования.

Показаниями к применению метода являются невротические и психосоматические расстройства, расстройства личности и поведения, аффективные нарушения, нервная анорексия и булимия, состояния зависимости от психоактивных веществ, любые другие отклонения, связанные с психогенными факторами, а также психопрофилактика пограничных психических расстройств и зависимости от психоактивных веществ. Возрастные показания – возраст старше 7 лет (в более раннем возрасте применение метода не изучалось).

Противопоказания: острые психотические состояния, слабоумие, острые инфекционные заболевания, обострение хронических соматических заболеваний, состояния с острой болью соматического генеза.

Метод альтернирующей суггестии и гипносуггестии может применяться самостоятельно или в комплексной терапии – он хорошо совместим с любыми другими видами психотерапии, психокоррекции и психофармакотерапией.

развивающийся куст со множеством ветвей - направлений, то предмет нашей программы - это основные питательные вещества почвы этого сложного растения.

Ясно, что психотерапевту нужно самому обладать тем, за чем к нему обращаются люди. Люди приходят за добрым отношением, пониманием,

иногда утешением и прощением, за тем, чтобы их услышали и за тем, чтобы разобраться в себе и изменить лучшему то, что возможно, за “переменной участи”. Все отвечающие этим запросам способности, несомненно, есть даже у начинающего психотерапевта. Мы знаем, по опыту преподавания, как превратить эти способности в умения.

Главные из них таковы: умение быть с другим человеком и для него; различать свои чувства и чувства другого и шире - границу между “Я” и “не-Я”; быть в контакте с сами собой (тогда этому можно научить и другого человека), владеть искусством эмпатии - понимать не только слова, но и то, что за словами; умение симпатизировать другому или хотя бы испытывать к нему искренний интерес; признавать границы своей профессиональной компетентности; умение устанавливать мир в своей душе и в своей семье.

Сознавая, что 36 учебных часов - это менее чем десятая доля того времени, которое необходимо для практического овладения базовыми навыками, мы предлагаем здесь некоторые фрагменты полного курса для опыта проживания и начала освоения в “одно касание”. Базовые темы, в которых мы, веро-

ятно успеем поработать, таковы:

КАРТА МИРА - СТРАНА ЧУВСТВ. Многообразие эмоций и чувств, тренинг сознания, различения, называния. Элементы арттерапии.

РАЗВИТИЕ МЕТАФОРИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ. “Я И НЕ-Я”.

АВТОНОМИЯ, БЛИЗОСТЬ, СЛИЯНИЕ в исследовании невербально-телесного **контя ктэ**

УМЕНИЕ ЗАМЕЧАТЬ НЕВЕРБАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ. Двойное послание. Различение социального и психологического уровней. Когруентность.

ЭМПАТИЧЕСКОЕ ПОНИМАНИЕ как триумфальное возвращение “Маленького Профессора”. Эмпатическая прогулка. Хотелось бы также коснуться и других базовых тем, таких как:

ВЛАДЕНИЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ РЕЧЕВЫМИ МОДЕЛЯМИ КОММУНИКАЦИИ;

ЦИКЛ КОММУНИКАЦИИ С КЛИЕНТОМ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЕССИИ;

ИСКУССТВО ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ;

КАК СОВМЕСТИТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ ПОДДЕРЖКУ И КОНГРУЕНТНОСТЬ

## ЛИЧНОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТА

В.В.Макаров

г. Москва

Два в одном

Человек и прирученный волк

Огонь между ними .....

Хокку, подаренная А.Л. Катковым В.В. Макарову

### Терапевт и его профессиональный рост

Терапевтом может быть человек, одаренный от природы и живущий в условиях, позволяющих развить способности. Таких единицы. Терапевтом может стать человек, получивший специальное образование.

На Западе терапевты вырастают в культуре терапии. Если же они воспитаны в иной культуре, происходит вращение в терапию. Это так называемые “сделанные” специалисты в противовес воспитанным.

Терапевт обучен многим техникам, позволяющим манипулировать другими людьми и собой. Манипулятор — это еще не терапевт. Настоящий терапевт — это тот, кто наряду с владением техниками достиг метавзгляда на терапию и психологию. Тот же, кто еще не достиг обобщенного, мировоззренческого понимания, пока не может называться настоящим терапевтом.

Терапевт сам по себе тонкий, сложный, очень чувствительный и ранимый инструмент терапии. Самое важное и дорогое из того, что есть в терапии. Дорогое как в переносном, так и в прямом смысле. И важно обращаться с самим собой, как с бесценным ресурсом.

Развитие и совершенствование терапевта идет

путем подъема на очередную вершину, достижения плато, пребывания на нем и прохождения очередного кризиса. Кризисы, которые переживает психотерапевт, — это очередные инициации, дающие доступ к следующим профессиональным вершинам. Настоящий терапевт проходит череду таких инициаций. Чаще всего, когда нет кризисов, то нет развития. И только отдельные гармоничные личности могут счастливо развиваться, избегая кризисов становления.

По данным литературы лечебный процесс может расцениваться как интимная встреча, способная пробудить сердце, как самого психотерапевта, так и его клиента. Терапевтическая встреча полна тайн, неожиданностей, непредсказуемых поворотов. Сколь бы хорошо подготовленным в теоретической психологии и лечебной технике не был терапевт, это не имеет значения: встреча с другим человеком, который ищет избавления от страданий, неизменно оказывается для него вызовом — и таким вызовом, к которому его не подготовила клиническая специализация. В большинстве своем психотерапевты признают, по крайней мере в частных беседах, что они часто не понимают, что происходит с их клиентами, испытывают неуверенность и растерянность в вопросе о том, как помочь таким людям. Если психотерапевт воспринимает эту неуверенность, как угрозу своей компетентности, тогда он может ус-

мотреть в ней признак неудачи или поражения. Но когда в лечебном процессе видят взаимную возможность подлинного раскрытия. Психотерапевт может подойти к таким моментам неуверенности по-иному.

## РАСПРОСТРАНЁННЫЕ ТИПЫ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ

Постоянное общение с коллегами, опыт ведения тренинговых, терапевтических и балинтовских групп позволил выделить семь наиболее часто встречающихся вариантов психотерапевтов. Приведём их с краткими характеристиками.

**Скромный труженик.** Это профессионал, который из месяца в месяц из года в год трудится, принимая клиентов и пациентов. Часто работая слишком много в условиях мало приспособленных для психотерапии. Его заработная плата мизерна и позволяет лишь вести очень скромный образ жизни. Такие специалисты обычно используют эклектическую психотерапию, и в результате у них складывается свой подход, своя система. Они открыты для новых знаний и нового опыта, и неохотно делятся своими профессиональными достижениями, считая их малозначительными. Они исполнительны и надежны. Их клиенты и пациенты уверены в том, что всегда могут обратиться к ним, найдя их на рабочем месте.

**Клиницист.** Специалист, использующий парадигмы психиатрии, психотерапии и той области, в которой работает в настоящее время. Они являются сторонниками диагностического подхода и устанавливают диагнозы пациентам. Наряду с методами психотерапии используют и биологическое лечение. В частности широко применяют психотропные препараты: транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики. В самой психотерапии часто предпочитают директивные методы.

**Таинственный волшебник.** Такой психотерапевт особо озабочен своим профессиональным образом. Он окружает себя атмосферой таинственности. Своей внешностью, манерой говорить, обстановкой кабинета всячески подчёркивает свои особые способности. Он соблюдает дистанцию с коллегами и пациентами. Крайне неохотно раскрывает методики, которыми он пользуется в своей профессиональной деятельности. Он одинок. Болезненно переживает профессиональные неудачи. Обычно скрывает их от коллег.

**Терапевт пациент.** Специалист постоянно предъявляющий жалобы на состояние своего здоровья, свою неуспешность. Или не предъявляющий жалобы и обнаруживающий признаки расстройства здоровья и адаптации. Он охотно подвергается терапии, занят своим здоровьем. Или избегает терапии и всё же явно нуждается в ней. Такой терапевт в западной литературе получил название “раненый целитель” или “спасённый спаситель” (по В.Ю.Завьялову)

**Терапевт бизнесмен.** В работе такого специалиста ведущее значение имеют деньги. Он работает в основном ради денег и постоянно соизмеряет

степень своих усилий и их денежную компенсацию. Такой специалист предпочитает директивные методы психотерапии. Он виртуозно использует деньги в качестве стимулирующего материала в психотерапевтическом процессе. Часто он увлечён проведением массовых сеансов. Профессиональный рост интересует его в основном в аспекте преумножения гонорара.

**Конгруэнтный профессионал.** В работе берётся за разрешение только тех проблем, которые можно разрешить у данного пациента, доступными методами при адекватной оплате затраченного труда. Такой специалист имеет профессиональную подготовку на уровне, принятом в развитых европейских государствах. Он является активным членом профессионального сообщества и занят цивилизованной психотерапией. Он работает с супервизором, а часто и сам выполняет эту роль. Участвует в балинтовских и супервизорских группах. Повышает свой профессиональный уровень. Заботится о сохранении и развитии своей ментальной экологии. Он является сторонником одной из научно признанных школ психотерапии. А чаще является эклектиком и профессионально использует концепции и техники разных школ и направлений. Он принимает ответственность и разделяет её с клиентами и пациентами. Большое значение придаёт этике в работе.

**Психотерапевт совместитель.** Явление характерное только для постсоветского пространства. Когда специалист в другой области, чаще психиатрии, наркологии или администратор “подрабатывает” психотерапевтом, выполняя часть полной нагрузки психотерапевта. Учитывая сложность психотерапевтической деятельности и необходимости погружения в профессию и профессиональную субкультуру, этот вариант психотерапевтов представляется лишь переходным. И профессионалом рано или поздно придётся делать выбор. В связи со сказанным, психотерапевт совместитель - явление, которое оправдано в условиях небольших населённых пунктов. Где сам уклад жизни оставляет достаточно времени для профессиональной самоподготовки. А темп жизни позволяет не спеша переключаться со специальности на специальность.

Психотерапевтам всё чаще приходится работать за пределами своих кабинетов. По месту работы можно выделить три типа психотерапевтов: **кабинетный, общественный и константный.** Кабинетный специалист может эффективно выполнять свои профессиональные функции только в привычных условиях своего кабинета. К этому типу относятся: терапевт-пациент и клиницист в меньшей степени совместитель и таинственный волшебник. Общественный психотерапевт способен работать как на своей территории, в кабинете, так и в обществе за пределами своего “профессионального укрытия”. К этому типу относятся: конгруэнтный профессионал, бизнесмен, скромный труженик и в меньшей степени таинственный волшебник и совместитель. Константный психотерапевт везде и всегда, постоянно как бы находится на работе и осуществляет терапевтическую деятельность. Такому специали-

сту нужны очень большие ресурсы. Это доступно только небольшому числу профессионалов. У остальных, невозможность выйти за пределы профессиональной роли, является следствием низкой профессиональной подготовки.

### **ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ОДНОЙ ТЕОРИИ, ЭКЛЕКТИЗМ И ОБЩЕТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ОРИЕНТАЦИЯ**

Возможны три главных подхода к профессии:

- 1) приверженность одной теории, одному методу;
- 2) эклектизм — приверженность многим подходам;
- 3) общетеоретическая ориентация.

*Приверженность одному подходу* дает, с одной стороны, глубокое проникновение в предмет, исчерпывающие знания теории и практики, а с другой стороны — ограничения, связанные как раз с возможностями одного подхода, одного метода.

*Эклектизм* приводит к тому, что специалист знает кое-что выборочное из различных теорий и практик. Он может достигать эффективности, особенно на начальных этапах работы. Он может декларировать, что “использует только всё то, что работает”. А стремление не углубляться возводит в принцип своей работы. Такого терапевта называют “ленивым эклектиком”. И все же этот специалист достаточно скоро столкнется с недостатками своей поверхностной подготовки, с отсутствием основных, стержневых, базовых представлений.

*Общетеоретическая ориентация, или общий континуальный подход, или систематический эклектизм*, — это такой профессиональный подход, где вначале специалист является последователем одной теории. Изучает все, что известно в данной области. А уже затем, приобретя профессиональный фундамент, начинает выходить за пределы данной, базовой для него теории. Такой профессионал может использовать концептуальные представления одних теорий, а техники и практические подходы других. В своем профессиональном развитии он стремится к созданию метатеории психотерапии.

### **ТЕРАПЕВТ “ЗАКРЫТЫЙ” И “ОТКРЫТЫЙ”**

Можно выделить два крайних варианта профессионального стиля психотерапевта: психотерапевт, *закрытый* для клиентов и коллег, и психотерапевт, *открытый* для клиентов и коллег.

Понятно, что два этих полюсных типа крайне редко встречаются в жизни. Каждый профессионал несет в себе как черты открытости, так и закрытости. А вот для удобства изложения и понимания важно остановиться на описании крайних, полюсных вариантов.

**Терапевт закрытый** может быть экспертом — профессионалом. Он знает куда вести пациента, знает его нужды и развивает директивный патерналистический подход, настроен на манипулятивную работу с пациентом. Он воплощает собой власть. Принимает на себя ответственность за пациента и

ход событий. Производит впечатление эффективно-го, надежного.

Чаще всего это специалист, использующий директивные методы психотерапии и преуспевающий именно в этих методах. Он постоянно заботится о соблюдении дистанции с пациентом. Не раскрывает своего внутреннего мира, своих переживаний. Занят сохранением своих профессиональных масок.

Он часто умело оказывает содействие. Он осторожен в обязательствах. Может изменять свои решения. Склонен к психологическим играм. Часто не работает с полной отдачей. И, что важно подчеркнуть, часто плохо справляется с реальными противоречиями изменяющегося мира.

Много написано о том, как преодолеть сопротивление клиента терапии; но ещё больше можно сказать, о противодействии психотерапевта собственному раскрытию. В момент подлинного контакта осознание пациента и осознание психотерапевта оказываются двумя концами одного континуума. Пациент имеет возможность двигаться сквозь проблему с большей готовностью тогда, когда психотерапевт позволяет себе “включиться в неё”. Разделяет с пациентом подлинные его чувства и проблемы, не будучи, однако “проникнутым” ими, иначе говоря когда он вносит в проблему влияние более обширного пространства и осознания, не допуская захваченности самой проблемой.

**Открытый терапевт** - может быть равноправным участником терапии Он не ведёт за собой клиента, а лишь сопровождает его. Он равноправный участник терапии. И в психотерапевтическом процессе он - человек, позволяющий себе откровенность, близость, спонтанность, претендующий на успех, на результат.

Открытый психотерапевт настроен на *партнерские* отношения с пациентом, чаще работает лично ориентированными методами. Партнёрские отношения часто подтверждаются терапевтическими контрактами. Им мы посвятим специальные лекции. Он подстраивается, присоединяется к пациентам, раскрывает свои человеческие качества. Устанавливает тесные отношения, когда в этом есть необходимость. Способен убеждать, а когда надо и увлечь своим примером. Дает выход своим чувствам и тем самым снижает напряжение во время терапии. Часто испытывает внутренние сомнения. Признает свои слабости и неудачи. Больше стремится “быть эффективным”, чем “казаться эффективным”. Поэтому может оказаться незащищенным и “подставить” себя в играх пациентов и их родственников.

Открытый терапевт значительно больше подвержен влияниям со стороны пациентов. Поэтому именно открытые терапевты больше нуждаются в соблюдении норм профессиональной культуры, в восстановлении своих психических ресурсов.

### **“СИНДРОМ СГОРАНИЯ” ПСИХОТЕРАПЕВТА**

Каждый терапевт может настолько глубоко войти в проблемы пациентов, насколько он сам углубился в анализ собственной личности, своих про-



блем. Это особенно касается открытых терапевтов. Для них более характерен **“синдром сгорания”** или **“синдром угасания”**.

Данному расстройству уделяется большое внимание в западной литературе. Многие основные работы на эту тему обобщены Р. Кочюнасом в книге **“Основы психологического консультирования”** (1999). По нашим же данным, то, что описывается под названием **“синдрома сгорания”**, содержит в себе два весьма отличных друг от друга явления. Поэтому помимо **“синдрома сгорания”** нами также выделяется и **“синдром угасания”** психотерапевта. Впрочем, эти синдромы могут встречаться и у специалистов иного профиля, работающих с людьми и использующих в своей работе ресурсы собственной личности.

**“Синдром сгорания”** характеризуется эмоциональным, когнитивным и физическим истощением, вызванным длительной перегрузкой. Такой человек ощущает себя уставшим, даже в утренние часы. Впрочем, ночной сон также зачастую расстроен. У него мало энергии, оптимизма и энтузиазма. Его состояние может быть квалифицировано как астеническое и астено-депрессивное.

К формированию синдрома предрасполагают и личностные особенности психотерапевта, и его профессиональная подготовленность и организация труда. Из личностных особенностей, прежде всего, важно назвать интровертированность, повышенный уровень тревожности, эмпатичности, чувствительности, низкая готовность к постоянным изменениям окружающей среды. Из особенностей профессиональной подготовки важно отметить владение терапевтом техниками и приемами психотерапии, а также глубину проработки им собственных психологических проблем, готовность к постоянным и неожиданным переменам в состоянии пациентов, условиях работы.

К **“синдрому сгорания”** ведет гиперстимуляция в результате профессиональной перегрузки. Особенно индивидуальная и групповая работа с мало мотивированными и немотивированными клиентами. Низкие результаты работы. Запрет на инновации и творческое самовыражение, носящий чаще административный характер. Стремление сохранить свои профессиональные секреты и боязнь быть разоблаченным, когда данные секреты не содержат декларируемых методов. Низкие возможности обучаться и совершенствоваться. А также возможности и желания обобщать и передавать свой опыт. И, конечно же, неразрешенные конфликты собственной личности. Низкая поддержка и высокий уровень критичности коллег.

**“Профессиональное сгорание”** редко достигает своей наиболее выраженной степени, и у терапевта есть возможности восстановления. Об этом мы будем говорить в лекции, посвященной ментальной экологии терапевта.

#### **“СИНДРОМ УГАСАНИЯ” ПСИХОТЕРАПЕВТА**

**“Синдром профессионального выгорания или угасания”** характеризуется расстройствами,

подобными предыдущему синдрому. Только они возникают в результате профессиональной гипостимуляции. И в выраженных случаях могут квалифицироваться как астеническое и астено-апатическое состояние.

Симптома комплекс развивается при длительной монотонной работе, когда смысл ее не определен или мало понятен специалисту, а также когда труд неадекватно низко оплачивается. Ожидания терапевта не оправдываются. Угасание это процесс медленный и достаточно обратимый. Стоит изменить условия профессиональной деятельности и угасание может пойти на убыль и даже совершенно купироваться. А вот стадия выгорания следует за угасанием. Когда процесс профессиональной деформации приобретает мало обратимый характер. И восстановить хорошую профессиональную форму уже не удаётся. Такому человеку правильнее сменить профессию.

**Профилактика** развития указанных синдромов во многом схожа. Она состоит в принятии на себя ответственности за свою работу, свой профессиональный результат и в делегировании части ответственности клиентам и пациентам. В умении не спешить и дать себе время для достижений в жизни и работе. В реалистической оценке своих возможностей и в умении проигрывать без самоунижения и бичевания. Ведь профессиональные спады и даже тупики — это естественные этапы профессионального развития каждого настоящего специалиста.

И ещё, психотерапевту важно быть в профессиональном сообществе. Регулярно получать поддержку от этого сообщества в форме участия в билинговских и супервизорских группах, обмену опытом, просто клубном общении с людьми своей профессии. По нашим данным, для сохранения и развития ментальной экологии психотерапевта, оптимальным является ежегодное участие в двух декадниках повышения квалификации и обмена опытом. Поэтому в нашем проекте закона **“О профессиональной психотерапевтической деятельности”** мы пишем, что психотерапевту важно ежегодно обучаться в очно-заочном варианте в объёме 144 часов. Это составляет два декадника. И, конечно, важна правильная регламентация рабочей нагрузки. Об этом мы сообщим в конце данной лекции

Для профилактики указанных расстройств важна работа по формированию **адекватного банка поглаживаний** и способностей **к обращению к ресурсным состояниям** собственной личности. Об этом подробнее говорится ниже, в лекции по ментальной экологии. Здесь же важно добавить — проблема настолько актуальна и сложна, что при Профессиональной Психотерапевтической Лиге открыт **“Центр психологической защиты психотерапевтов”**, куда могут обращаться профессионалы за помощью и поддержкой.

**“Синдром профессионального сгорания”** так же, как и **“синдром профессионального угасания”**, в числе других причин может привести и к **нарушениям здоровья и поведения терапевта**. Так Psychologie heute (25. Jahrgang, Heft 1, Januar 1998) пишет, что депрессии, стресс, разводы, алкоголизм,

наркотики — все это известно психотерапевтам не только из профессионального опыта. Как утверждает американский психолог Robert Epstein, по меньшей мере три четверти психотерапевтов испытали в течение последних трех лет серьезные психические проблемы. Более 60% психотерапевтов хотя бы раз в жизни уже страдали депрессией, соответствующей всем клиническим признакам. Половина психотерапевтов была не в состоянии оказывать во время личного кризиса психотерапевтическую помощь пациентам.

Проведенное в 1997 г. исследование количества разводов среди выпускников Johns Hopkins University School of Medicine 1948-1964 годов показало, что среди психиатров доля разводов составляла 51%, что было выше средних показателей и значительно выше доли разводов среди других медиков.

Психолог David Leter, руководитель Center for the Study of Suicide, приводит данные, согласно которым среди психотерапевтов, психиатров и психологов-консультантов частота суицидов значительно превышает средние показатели. Психиатры совершают самоубийство примерно в два раза чаще других медиков. Каждый четвертый психолог постоянно носит в себе суицидальные мысли, а один из шестнадцати психологов уже совершал суицидальную попытку.

В результате самоубийства ушли из жизни многие всемирно известные психотерапевты и психоаналитики: Бруно Беттельгейм, Пауль Федерн, Вильгельм Штекель, Виктор Тауск и др. Тяжело больной раком Зигмунд Фрейд в возрасте 83 лет попросил своего лечащего врача Макса Шура помочь ему избавиться от страданий и навсегда заснул, когда Макс Шур сделал ему укол.

Психотерапевты особенно подвержены риску алкогольной и наркотической зависимости. Алкоголь и наркотики часто используются ими для снятия стресса, преодоления страха, выхода из депрессии. Такие психотерапевты представляют особую опасность для клиентов. 40% случаев сексуальных притязаний психотерапевтов к клиентам связано с злоупотреблением алкоголем и наркотиками. Большинство психотерапевтов, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, ведут прием в частной практике или у себя дома, где они не могут быть проконтролированы коллегами.

Работающие в частной практике психотерапевты, подвержены повышенному риску, впасть в зависимость от своих пациентов. Многие психотерапевты удовлетворяют за счет пациентов свою потребность в близости, в социальных контактах, нарциссические потребности. Одинокому пожилому психотерапевту бывает трудно уйти на пенсию, отказавшись от общения со своими пациентами. Некоторым психотерапевтам трудно даже приостановить общение с пациентами на период отпуска.

Профессия подвергает психотерапевта особым психическим нагрузкам. Для большинства людей трудно в течение пятнадцати минут выслушивать душевные излияния соседки, жалующейся на своего мужа. Психотерапевту же приходится по несколь-

ко часов в день разбираться в проблемах десятков пациентов, каждый из которых находится на грани отчаяния: “Родители ненавидят меня. Я не хочу жить. Я ничего не могу. Я импотент. Я никогда не буду счастлив. Никто меня не понимает. Я не знаю, кто я на самом деле. Я ненавижу свою работу. Я ненавижу свою жизнь. Я ненавижу Вас.”

Проведенное в 1990-1991 годах обследование показало, что более половины психотерапевтов сталкивались с угрозой физического насилия со стороны пациентов. На 40% психотерапевтов действительно физически нападали пациенты, что представляло серьезную психологическую травму для психотерапевта.

Другая возможная причина сильного эмоционального потрясения для психотерапевта — самоубийство пациента. От 20 до 30% психотерапевтов столкнулись в своей практике с суицидом пациента. Психотерапевт чувствует при этом свою вину, упрекает себя.

Серьезная проблема состоит в том, что психотерапевты действительно в большинстве случаев не могут справиться со своими собственными психическими проблемами: депрессиями, зависимостью от алкоголя, таблеток, наркотиков, с личными и семейными драмами. Как ни странно, сами психотерапевты редко обращаются за психотерапевтической помощью, даже если она им необходима. Вместо этого они прибегают к обычным “традиционным” средствам: разговору по душам с друзьями, алкоголю, прогулкам в лесу, горячей ванне, бане, сексу.

С другой стороны, пациенту, ищущему психотерапевта, можно дать несколько советов, как не оказаться жертвой “раненого целителя”:

\* Большого доверия заслуживает психотерапевт, имеющий официальную лицензию и работающий вместе с другими коллегами, а не принимающий один дома или в отдельном кабинете.

\* Следует доверять своему чувству и интуиции; если что-то кажется странным или подозрительным, то не нужно бояться прямо об этом спросить.

\* Подозрительным признаком может быть сильная усталость психотерапевта (красные глаза, сонливость).

\* Должно настораживать, если психотерапевт интимно прикасается к пациенту или пытается встретиться с ним вне психотерапии.

\* Должно настораживать, если от психотерапевта пахнет алкоголем, если в кабинете оставлены пустые коробки или баночки из-под лекарств.

\* Должно настораживать, если психотерапевт рассеян, испытывает проблемы со зрением или слухом.

\* Должно настораживать, если психотерапевт все время говорит о своих собственных неразрешенных проблемах.

\* Должно настораживать, если психотерапевт постоянно опаздывает, отменяет сеансы или забывает о них.

\* Должно настораживать, если психотерапевт все время отвлекается в своих мыслях, как бы витает в облаках.

Оценивая своего психотерапевта, не следует все же забывать, что психотерапевты тоже люди. Так считает *Psychologie heute* (25. Jahrgang, Heft 1, Januar 1998), и у нас нет причин не разделять это мнение. Для терапевта важно собственное мировоззрение, обеспечивающее успех в работе, способности восстановить собственные душевные и духовные силы. Важно то, что мы называем ментальной экологией. Она будет специально рассмотрена в блоке лекций, посвященных методу кристаллизации проблем.

В литературе говорится о важности обращения внимания на промежутки неуверенности, когда психотерапевту нужно освободиться от перечной симптоматики, хранящихся в уме, могут вынудить его вступить в более непосредственные отношения с пациентом. Если терапевт, не зная, что делать дальше, не отступит к теории и технике, в подобные мгновения может проявиться новое качество обостренного восприятия, “единство” с клиентом. По мере того, как ослабляется потребность психотерапевта контролировать ситуацию, он становится способным присутствовать в этой ситуации с более открытым сердцем. Когда мы не знаем, что делать мы вынуждены замедлить темп действий, стать более внимательными и ждать - а это освобождает внутри нас пространство для проявления более обширного разума.

#### Регламентация нагрузки психотерапевта

Важным представляется оптимальная временная регламентация труда психотерапевта. В сегодня отсутствуют директивные документы, регламентирующие нагрузку психотерапевтов. Изучение сложив-

шейся практики и особенностей труда специалистов позволяет нам сформулировать следующие предложения. Обычный психотерапевтический прием клиента, пациента состоит из пяти частей: подготовка к приему, беседа, психотерапевтический сеанс, заполнение документации, восстановление необходимого уровня работоспособности (ментальной экологии) терапевта. В работе с разными клиентами данные составляющие занимают различный временной отрезок. Во время первой встречи больше времени уходит на беседу и заполнение документации. При следующих встречах особое место занимает сам процесс лечебного воздействия — психотерапевтический сеанс. Обзор сложившейся в различных регионах России практики показывает, что на одного пациента врач затрачивает от 30 до 75 минут. С нашей точки зрения минимальные затраты времени на одного пациента, с учетом пяти составляющих приема, не могут быть меньше 45 минут. А оптимальное время приема одного пациента равно 75 минутам. При групповой терапии личностно ориентированные группы чаще встречаются два-три раза в неделю и работают по 135 минут. Подготовка к каждому такому сеансу составляет 270 минут. А восстановление ментальной экологии терапевта после каждого сеанса не менее 60 минут. Наши пациенты весьма отличаются друг от друга, в том числе по необходимым затратам времени на работу с ними. Поэтому приведенные нами примерные нормы могут рассматриваться только как среднестатистические нагрузки.

Таковы некоторые представления и размышления о личности психотерапевта.

## ПСИХОТЕРАПИЯ НОВОГО ВЕКА

В.В.Макаров

г. Москва

**Новейшая специальность — психотерапия — на наших глазах и с нашим непосредственным участием перерастает в сверхновую профессию — психотерапию.** История отечественной психотерапии творится на наших глазах и нашими усилиями! Многие наши действия или бездействие тут же отражаются на состоянии и перспективах психотерапии в Российской Федерации, да и далеко за ее пределами.

В данной книге собраны лекции, читаемые автором в последние годы. Быстрое, порою стремительное развитие психотерапии, вызывают изменения и в нашем понимании профессии. Поэтому многие лекции в публикуются впервые.

Важнейшая и основная характеристика нашей эпохи это постоянные перемены. В нашу жизнь входят всё новые факторы, определяющие развитие. На протяжении всего Советского и первого десятилетия постсоветского периода жизни общества значение психологии и психотерапии для развития страны преуменьшалось или попросту игнорировалось. Теперь **мы вступили в эпоху, когда психо-**

**логия и психотерапия становится осознаваемой и необходимой частью общественной жизни России.** И эта эпоха будет весьма продолжительной. В качестве наших стратегических ресурсов будут рассматриваться не только нефть и газ, а главным образом граждане нашей страны с их психическими ресурсами.

Параллельно с бурными социальными изменениями в нашей стране происходят изменения в европейской психотерапии. Третье тысячелетие начинается новой волной подъема в психотерапии. Прежде всего, психотерапия больше не является принадлежностью только Западного мира. Она всё больше представляет собой всемирную реальность. И новый этап развития психотерапии, новый подъем начинается со старого континента, из Европы. Места, где наиболее представлены традиции психотерапии.

Психотерапия вышла за пределы медицины, в одних странах; клинической психологии, в других странах и перерастает в важную, необходимую часть культуры современного общества. А психотерапевт из границ новой врачебной или психоло-

гической специальности переходит в пределы новейшей свободной, гуманитарной профессии.

Огромное многообразие методов психотерапии, и даже их кажущийся хаос постепенно образуют новый порядок в психотерапии. Прогресс психотерапии обеспечивается как свободным развитием методов (модальностей), так и их объединением в эклектические, синтетические и интегративные системы. **Именно интегративные системы психотерапии отражают новую содержательную реальность психотерапии.**

Профессиональное образование психотерапевта осуществляется на базе завершённого (высшего) образования и состоит из: теории, практики и эксклюзивного раздела личного самопознания, анализа, и личной терапии. Уровень профессиональной подготовки психотерапевта подтверждается национальным сертификатом психотерапевта. А его соответствие международному уровню подтверждается Европейским Сертификатом Психотерапевта и внесением в Европейский Реестр Профессиональных Психотерапевтов.

**Огромное разнообразие и терпимость к иному мнению и вместе с тем строгие научные и этические критерии.** Вот что характерно для современной психотерапии. Одна из наших задач в полной мере открыть российскую психотерапию для европейской, а европейскую для российской. Интегрировать российскую психотерапию в европейскую, сохраняя и развивая наши национальные традиции.

Психотерапия в нашей стране развивается столь быстро, что вчера еще самые новые методы и техники сегодня воспринимаются как вполне привычные и даже архаичные. А деятели, которые вчера олицетворяли прогресс нашей профессии, сегодня могут оказаться тормозом в ее развитии. То же происходит и с профессиональной литературой. Если в восьмидесятых, начале девяностых годов мы переводили основные работы зарубежных специалистов и в результате по стране распространялись сотни и тысячи ксерокопий книг по психотерапии, то сегодня вся издающаяся литература уже не может быть прочитана полностью одним специалистом. Или же ему придется стать профессиональным читателем и посвятить все свое время непрерывному чтению литературы по психотерапии и смежным областям. Поэтому часто приходится делать трудный выбор. Отказывать себе в удовольствии чтения некоторой части профессиональной литературы. А изменения в нашей области совершаются чрезвычайно быстро. Ведь те годы дефицита и сегодняшней день избытка разделяют каких-то неполных десять лет.

Конечно, еще не все классические и современные издания по психотерапии вышли на русском языке. И далеко не все издания представляются ценными и информативными. Только сегодня основной вопрос для читателя, что выбрать из такого большого и доступного предложения книг. В этих условиях мы стремимся помочь нашему читателю, нашим коллегам с выбором. И с этой целью издаем “Библиотеку психологии, психоанализа и психоте-

рапии”. А некоторые издания этой библиотеки рекомендуем в качестве учебных пособий при обучении психотерапии.

Сказанное относится и к данной книге.

Есть и иной тип публикаций. В нем новейшая информация сочетается с фундаментальными знаниями, проверенными результатами. Данное издание, с точки зрения автора, несет в себе оптимальное соотношение новейших и фундаментальных идей и технологий в области психотерапии. Кроме того, в нем обобщается опыт отечественной психотерапии последнего десятилетия и **впервые приводятся основные идеи и положения проекта закона Российской Федерации “О профессионально психотерапевтической деятельности”.** Наше развитие привело к необходимости принятия специального закона о психотерапии. И Профессиональная Психотерапевтическая Лига разработала и предложила для широкого обсуждения проект такого закона.

Мировая психотерапия переживает этап накопления новых методов, формирования школ, концепций, технологий. Около 10 лет назад говорили о 250 методах психотерапии, затем о 400, вскоре заговорили о 500 методах и в последние годы часто сообщается, что в мире более 700 методов психотерапии или более 1000. Уже говорят, что число методов перевалило за тысячу. И каждый новый метод, новая школа, заявляющие себя в психотерапии входят в эту большую “копилку” методов. И мало кто пока получает отказ. Ведь есть большое опасение отказать самому лучшему и передовому, только по тому, что он не похож на других. “Копилка” наполняется и не переполняется. Кроме того из объединения нескольких методов или их составляющих сегодня рождаются новые эклектические или синтетические или интегративные школы. **Конечно, наступит такой этап развития психотерапии когда она сформируется в самостоятельную науку.** Когда будут предложены строгие критерии отнесения к этой науке тех или иных школ и направлений психотерапии. Тогда число психотерапевтических школ и направлений уменьшится, а в развитии психотерапии наступит более спокойный и упорядоченный этап. Наступит это и в нашей стране. А пока бурный процесс формирования в нашей стране особенно выражен. Более того, **в течение нескольких десятилетий мы были огромной пограничной территорией, где кончалась Европейская психотерапия и начинались Восточные психологические практики. Сегодня мир психотерапии уже без границ.** Это особенно ярко показал II Всемирный конгресс по психотерапии в Вене в 1999 году. В конгрессе участвовали представители 90 стран со всех континентов планеты. И наша страна, в контексте мировой психотерапии, представляется в числе развитых стран. А в эклектической, интегративной психотерапии и в числе стран передовых. Ведь у нас в силу ряда причин эклектическая психотерапия получила большое развитие и продолжает развиваться. Здесь уместно сравнение с соревнованием по бегу. Представим себе беговые дорожки Всемирного стадиона психотерапии. Впе-

реди бегут, используя отточенные, выверенные техники Соединённые Штаты Америки, Канада, Австрия, Швейцария, Германия. И где-то далеко сзади, используя сразу несколько разнообразных техник движется Российская Федерация. И посреди всего этого упорядоченного движения вдруг выясняется, что будущее за эклектическими техниками и школами, а бежать надо вовсе в противоположную сторону. И вот все повернулись и мы Россия уже в числе лидеров этого мирового движения. И наши доброжелатели радостно восклицают: "Мы всегда верили в успех и звезду России!" Мы тоже верили, да и продолжаем верить в особый Путь в особую Миссию в мире нашей Родины! **Только теперь уже понимаем, что для воплощения в жизнь нашей особой Миссии важно много, постоянно и с полной самоотдачей работать.** К материалам второго Всемирного конгресса по психотерапии мы ещё вернёмся в специальной лекции данной книги, говоря об истории психотерапии.

## СОВМЕСТНЫЙ ПРОЕКТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЛИГИ И ИНСТИТУТА ПСИХОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ

Г.Макарова

Второе высшее образование по специальности психолог – консультант. Государственный диплом + Европейская Сертификация.

Образование Европейского уровня проводится по современным технологиям в очно - заочном варианте. Обучение осуществляют ведущие профессионалы

Психотерапевтической Лиги, психотерапевты Европейской Регистрации и главные специалисты Института Психологии и Педагогики.

Первые, льготные потоки в Москве приступают к занятиям в 2001 году.

### ВВЕДЕНИЕ

Психологическое консультирование является одной из новейших направлений психологии, весьма родственное, а зачастую просто не различимое с психотерапией. Приведём основные положения и документы Европейской Ассоциации Консультирования и Института Консультирования Профессиональной Психотерапевтической Лиги

### ЕВРОПЕЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Европейская Ассоциация Консультирования (ЕАС) была создана в 1992 году с целью установления единых стандартов консультирования на территории Европы.

Современная политика Европейских стран направлена на интеграцию, на стирание границ, что делает необходимым установление единых, профессиональных стандартов, как обучения, так и

По данным Министерства Здравоохранения в государственных учреждениях здравоохранения Российской Федерации работает: врачей - психиатров — 15 000; врачей психиатров-наркологов — 4 000; врачей психотерапевтов — 1 900; медицинских (клинических) психологов -1500. И вместе с тем только официально зарегистрировано 300 000 народных целителей. А ведь еще во времена перестройки, когда психотерапевты уже были, официально зарегистрированных народных целителей не было совсем. Прошло только одно десятилетие, и теперь психотерапевты государственных медицинских структур составляют 0,66% от общего количества народных целителей. А ведь народные целители занимаются ни чем иным как психотерапией. **А это значит, что потребность в психотерапевтах в нашей стране составляет не менее 300 000 специалистов.** Для удовлетворения этой потребности нам предстоит большая и увлекательная работа. Эту работу мы уже начали.

практики для консультантов.

Европейское сообщество превращается в мультикультуральное общество. Адаптация и сохранения собственной и национальной идентичности в мультикультуральном обществе — одна из важнейших, современных задач консультирования.

В Европе резко возросла потребность в консультативной и психотерапевтической помощи.

Заниженные профессиональные стандарты позволили Великобритании в начале 90-х годов удовлетворить потребность в консультантах, однако было потеряно качество профессиональной квалификации. Идея создания единых, высоких стандартов консультирования для стран Европы объединило в 1992 году консультантов стран Европы в Ассоциацию.

Первоначально в Европейскую Ассоциацию Консультирования вошли Великобритания, Ирландия, Греция, Нидерланды. Позже изъявили желание присоединиться Швейцария, Италия, Франция, Португалия.

1-2 декабря 2000 года в Дублине на 7 ежегодной конференции Россия была принята в Европейской Ассоциации Консультирования.

Институт Консультирования ОППЛ является Национальной организацией, представляющей ЕАС в России с правами выдачи европейского сертификата консультанта.

ЕАС поддерживает национальные организации консультирования и уважительно относится к национальным, профессиональным сообществам консультантов. Европейский сертификат консультирования, можно получить только через Национальную организацию, аккредитованную в ЕАС. Индивиду-

альное членство в ЕАС существует, но индивидуальные члены не входят в программы сертификации и “Grandparents”. Сертификация идет через аккредитацию в Национальной организации.

Президентом Европейской Ассоциации Консультирования является Мика Харитос-Фатурос, профессор психологии Аристотелевского Университета в Греции. Она родилась в Афинах, образование получила в Великобритании в Оксфорде. Новый президент ЕАС преподает и читает лекции в Оксфорде, Стэнфорде, в Университетах Копенгагена и Мюнхена. Её книги, статьи посвящены психотерапии и консультированию детей, женщин, семейным проблемам, эмигрантам и беженцам. Она стажировалась в поведенческой психотерапии и консультировании. Она советник Премьер министра Греции. Мика Харитос-Фатурос выбрана президентом ЕАС до 2003 года.

У ЕАС три офиса, каждый из которых имеет свой профиль работы. Афинский -офис президента, Дублинский – офис секретариата по оформлению аккредитации и сертификации членов ЕАС, офис в Женеве, занимается правами консультанта. Например, на 7 конференции в Дублине рассматривался вопрос о правах консультантов, не имеющих высшего образования, но работающих в консультировании успешно. По законам многих Европейских стран (Греции, России) такие специалисты не могут претендовать на сертификацию. Представитель Женевского офиса входит в Совет Европы и имеет поручение отстаивать интересы членов ЕАС.

ЕАС входит в Международную Ассоциацию Консультантов.

Приветственная речь Dr.h.c.Hans Zacharias Hoxter, Honorary Life President International Association for Counselling.

#### Консультирование в новом тысячелетии

Мир характеризуется нарастающими процессами глобальных экспериментов, преодолением коммуникационных барьеров, массовых миграций, мультикультуральных сообществ и все это становится нормой.

Эффективное эмпатическое слушание уже недостаточно и консультантам необходим посредник для продвижения и социального включения в мировые процессы. Эта конференция посвящена этой интеграции.

Что такое консультирование?

Термин “консультирование” имеет много определений, включающих различные национальные и профессиональные контексты. Есть необходимость в принятии единого, стандартного определения.

Консультирование может быть описано как метод вопросов и ответов к другим с целью обеспечения удобства изучения, внесения ясности и работы в направлении персонального удовлетворения и ресурсного пути клиента. Консультирование может быть индивидуальным, парным (муж-жена, партнеры, продавец-покупатель и т.д.), семейным или групповым и может использоваться в широком контек-

сте и различных обстановках (фонах).

Когда необходимо консультирование?

Самораскрытие, самопознания в процессе обучения необходимо для каждого консультанта.

Многие люди, которые в своей жизни испытывают стресс, падение уверенности в себе, депрессии не могут справиться самостоятельно и нуждаются в помощи другого. Консультирование именно необходимо в период кризисов или перемен, таких как: разлука, травматический инцидент, потеря супруга, инвалидность (нетрудоспособность), угроза жизни, потеря работы, дома, семейные трудности и прочие трудности, которые подрывают привычный образ жизни. Люди могут обнаружить у себя неспособность к адекватной реакции на ситуацию или к переменам условий жизни.

Ещё к группе нуждающихся в консультировании можно отнести молодых людей, которые оканчивают школу, и поступают в колледж, или на работу; социально дезадаптированных; правонарушителей или употребляющих наркотики (drug addicts); эмигрантов и беженцев; пожилых и умирающих.

#### Консультирование и руководство

Ввиду того, что консультирование первоначально не директивно и не является советованием, тем не менее, в ряде ситуаций возможно руководство посредством передачи имеющейся информации и совета. Руководство может быть необходимо во время тренингов или в направлении будущего обучения, профессионального выбора, социального и физического здоровья, в направлении помощи и необходимых условий для инвалидов, безработных, иммигрантов или беженцев.

#### Консультирование и психотерапия

Консультирование апеллирует к сознательному, психотерапия к бессознательному. Вместе с тем у обеих дисциплин есть области перекрывания.

Консультант индивиду помогает распознавать, принимать противоречивые эмоции, которые влияют на психическое и физическое здоровье индивида, которые возникают под действием внешних обстоятельств. Однако, обстоятельства бывают столь травматическими, что консультирование не эффективно. В таких ситуациях необходима психотерапия, которая сосредотачивается на темах неосознаваемых индивидуумом, недоступных для самопонимания, которые слишком стойкие, чтобы измениться без профессиональной помощи.

Однако, оба, и консультант, и психотерапевт, уважительно относятся к клиенту, делают заключительные выводы в согласии с системами ценностей обоих направлений, персональных ресурсов и саморазвития клиента.

#### Консультирование сегодня

Последние три года консультирование имеет прогресс в развитии, особенно в индустриальных развитых странах. Европейская Ассоциация консуль-

тирования добилась интеграции, стирания культуральных и политических границ. Дух организации соответствует стремлению народов Европы к объединению и принятию друг друга. Члены ЕАС демонстрируют диалог между профессионалами разных стран, обмен идеями, практиками и внутренними переживаниями.

#### Программа европейской сертификации по консультированию института Консультирования ОППЛ

Институт консультирования ОППЛ является членом Европейской Ассоциации Консультирования.

Институт Консультирования - национальная организация, осуществляющая европейскую сертификацию по консультированию на территории России.

Институт Консультирования ОППЛ является награждающей организацией по программе Grandparents Европейской Ассоциации консультирования в России.

Европейскую сертификацию по консультированию получают члены ОППЛ, имеющие любое высшее образование и прошедшие подготовку по программе института консультирования ОППЛ и имеющие 7 лет стажа в областях, где используется психологическое консультирование.

Программа института консультирования ОППЛ соответствует стандартам Европейской сертификации консультантов. Программа состоит из 950 часов, из которых 450 часов теории и навыки консультирования, 450 часов – практики консультирования с супервизией и 50 часов личной терапии в выбранной модальности. Программа рассчитана на 2-3 года обучения. Возможна экстернатура.

После прохождения обучения выдается национальный сертификат консультанта и по истечению года Европейской Ассоциацией Консультирования (ЕАС) выдается документ о Европейской сертификации в области консультирования. Европейский сертификат консультирования позволяет работать консультантом в странах Европы без сдачи дополнительных экзаменов.

800 часов программы по европейской сертификации консультирования засчитываются ОППЛ при выдаче Европейского сертификата психотерапевта.

Институт консультирования (ИК) ОППЛ засчитывает часы по темам, которые соответствуют программе по европейской сертификации консультанта, преподавателей и супервизоров практики ОППЛ. Личная терапия осуществляется только сертифицированными психотерапевтами (ЕАР) или консультантами (ЕАС) при заключении договора на терапию (согласно уставу ОППЛ).

Институт консультирования ОППЛ засчитывает часы по темам, которые соответствуют программе по европейской сертификации консультанта, учебных заведений, заключивших с ИК ОППЛ договор о сотрудничестве.

## Варианты обучения в ИК ОППЛ

Для получения образования по европейской сертификации консультирования в ИК ОППЛ существуют следующие модели.

**1. Бесконтрактный.** Часы и темы программы по европейской сертификации консультанта набираются студентом самостоятельно. Учет ведется с помощью стандартных свидетельств ОППЛ.

**2. Контрактный.** Студент заключает контракт с ИК ОППЛ на получение образования и европейской сертификации по консультированию. За 3 года студент получает полный курс образования, супервизию и личную терапию. Обучение проходит в постоянно действующей группе.

**3. Индивидуальный.** Обучение по программе европейской сертификации консультирования проходит индивидуально или в малых группах по 3-5 человек.

#### Из документов европейской ассоциации консультирования

Консультирование имеет давние традиции в англо-говорящем западном мире, а в настоящее время широко практикуется во всем мире увеличивающимся числом профессионалов, полупрофессионалов и добровольцев.

Хотя эта практика широко распространена, определение такого понятия как Консультирование прежде было путанным, сложным и неточным.

**Консультирование** - это интерактивный обучающий процесс, в котором консультант(ы) и клиент(ы) - будь то отдельный человек, семья, группа или организация - связаны контрактом, заключенным для достижения определенных социальных, культурных, экономических и/или эмоциональных результатов.

Консультирование может касаться решения специфических проблем, принятия решений, выживания в кризисной ситуации, улучшения взаимоотношений, личностного роста, пробуждения и развития осознания, работы с чувствами, мыслями, восприятием, а также внутренних и внешних конфликтов. Общей задачей является дать возможность клиенту выработать собственные подходы в обустраивании своей жизни таким образом, чтобы эта жизнь обладала бы большим потенциалом, и чтобы клиент начал ощущать себя более комфортно и удовлетворенно как индивидуум и член общества.

В Европейской Ассоциации Консультантов (ЕАК) существуют три категории членства.

**Ассоциированный член** - тот, кто проявляет интерес и оказывает поддержку ЕАК.

**Квалифицированный член** - тот, кто отвечает минимальным требованиям, установленным ЕАК, и работает в направлении получения аккредитации в ЕАК.

**Аккредитованный практикующий член** - тот, кто получил аккредитацию согласно установленным ЕАК процедурам и получил право называться Аккредитованным Европейским Консультантом.

Следующие две категории членства имеют от-

ношение к двум уровням обучающего стандарта (согласно training standard document).

**Минимальный стандарт - применим для Квалифицированных членов.** Удовлетворяет минимальным профессиональным обучающим/тренинговым стандартам для Европейского Консультанта

#### Тренинговый стандарт для квалифицированного члена

- 150 часов теории и навыков
- 100 практики консультирования
- 25 часов супервизии практики
- 25 часов личного развития

Продвинутый профессиональный стандарт - применим для Аккредитованных практикующих членов.

Аккредитованный Европейский Консультант.

#### Тренинговые стандарты для Аккредитованных Европейских Консультантов

- 450 часов, теории и навыков, включая курсовые работы
- 450 часов супервизии практики
- минимум 50 часов личного развития, соответствующей модельности

Обычно обучающая программа рассчитана минимум - на 3 года, максимум - на 6 лет.

Дополнительно требуется:

- Подписание соответствующего Кодекса по Этике и практике
- страхование профессиональной ответственности, где это принято
- продолжающаяся супервизия Консультанта
- постоянное профессиональное развитие

Заявление на Европейскую аккредитацию принимается только через год практической работы после завершения обучения.

#### Европейский уровень требований к компетентности консультанта

ЕАК ожидает от аккредитованного консультанта следующее:

- постоянно развивать осознание в области различия культур,
- признавать культурные различия между консультантом и клиентом (на уровне страна/культура) и относиться к ним безоценочно,
- ориентировать собственное поведение в общении с клиентом в сторону клиента.
- устанавливать, поддерживать и пересматривать соответствующие структурные границы отношений на разных стадиях процесса консультирования.
- заключать контракт или устанавливать ясное взаимное соглашение относительно целей работы.
- Развивать осознание:
  - а) контекста, в котором сотрудничают консультант и клиент
  - б) и как консультирование влияет на этот кон-

текст.

- уметь так общаться с клиентом, чтобы источник присутствующего дискомфорта был усилен достаточным образом, чтобы внести свой вклад в процесс консультирования.

- обновлять (уточнять) цели консультирования с тем, чтобы продвигать их вперед.

- способствовать продвижению клиента к собственному инсайту, развитию, изменению

- способствовать перенесению в повседневную жизнь клиента тех изменений, которые достигнуты в рамках отношений "консультант-клиент"

- анализировать ("пере-просматривать") процесс консультирования в терминах, используемых клиентом, и с точки зрения его (клиента) опыта,

- завершать (подводить к завершению) процесс консультирования, признавая, что оба участника (консультант и клиент) приобрели новый опыт,

- последовательно работать в рамках четкой теоретической ориентации,

- признавать ограничения и границы, как профессионального, так и личного характера,

- признавать потребности клиента, которые могут нуждаться в обращении к специалисту иного профиля, и соответственно переадресовывать клиента,

- постоянно осознавать этические решения и искать соответствующие подходы в решении этических дилемм,

- оценивать процесс консультирования с точки зрения собственного обучения (научения) быть консультантом,

- признавать потребность в постоянной супервизии.

Целями личностного развития являются:

- осознание личных мотивов/целей при выборе данной профессиональной деятельности, и осознание того, как это может влиять на процесс консультирования,

- постоянный рост/приумножение: интеллектуального понимания и знаний; эмоциональной зрелости; принятия себя самого и других;

- собственный опыт быть в роли клиента. И, по возможности, с соответствующим оформлением контракта.

- Развитие отношения к миру и видение своей роли в нем.

#### Супервизия консультирования

Под Супервизией практики понимается оформленная контрактом супервизия практики Консультанта как указано ниже. РТС понимают, что в некоторых странах в настоящее время трудно получить Супервизию от аккредитованного или профессионального консультанта. В таких случаях рекомендуется получать Супервизию от квалифицированного профессионала, имеющего понимание особенностей консультирования.

- Супервизия Консультирования - это оформленные контрактом профессиональные отношения, в которые вовлечены 2 или более участников, занимающихся консультированием, и которые ведут



к осознанию ситуации в консультационном процессе и к осознанию его структуры.

- Супервизия Консультирования имеет две функции: поддержка и сдерживание консультанта и процесса консультирования.

- Супервизия Консультирования содержит элемент обучения, включая разъяснение положений Этического кодекса.

- Супервизия ответственно отслеживает рабочий процесс между консультантом и его клиентом.

- Процесс Супервизии и взаимоотношения Супервизии связаны с потребностями супервизируемого в его совершенствовании

- Супервизор несет ответственность за соблюдение собственных этических границ и возможностей.

Супервизия повышает эффективность консультанта в соответствии с потребностями клиента и помогает консультанту в выполнении следующих задач:

- приобретать навык осознания собственных реакций, возникающих в процессе работы,

- углублять профессиональные знания и навыки,

- справляться с нагрузкой,
- уметь оценивать собственную профессиональную практику.

Супервизор несет ответственность за создание условий, в которых супервизируемый осознает собственный опыт как предмет исследования, чувствует потребность в разъяснении и приобретении новых знаний. Супервизор создает атмосферу понимания и поддержки, а также инструктирует и помогает консультанту в его работе.

Возможные формы супервизии:

- индивидуальная Супервизия (супервизор - консультант)

- индивидуальная ко-супервизия (даваемая друг - другу опытными и квалифицированными консультантами)

- групповая супервизия во главе с супервизором консультирования

- комбинация перечисленных моделей

Желательно избегать ситуаций, когда одно и то же лицо имеет обязанности руководителя и супервизора одновременно. В тех случаях, когда избежать этого невозможно, задачи и роли должны быть строго ограничены и определены.

В тех странах, где супервизия как профессия находится в зачаточной стадии, для взаимной супервизии могут временно использоваться "группы поддержки", в которые входят разные профессионалы (такие группы, однако, должны иметь строго определенные функции и границы, и в долгосрочной перспективе не должны подменять собой супервизию как таковую).

Программа "GRANDPARENTS"  
("GRANDPARENTING")

Понятие "GRANDPARENTING" может быть определено как признание со стороны профессиональной организации тех практикующих специали-

стов, чье образование не соответствует минимальным критериям данной организации, однако практический вклад в профессию признается значимым и долговременным.

Подобный процесс "признания" необходим в такой быстро развивающейся профессии как консультирование, где признание профессиональной квалификации, дающее статус и преимущества новым практикам (получившим хорошее образование), могло бы "оставить за бортом" тех практиков, которые признаны экспертами в своей области, но чей опыт, главным образом, почерпнут в практической работе.

"GRANDPARENTING" - это экстраординарный путь к профессиональному признанию, открытый практикам с большим опытом, но небольшим (или неофициальным) образованием. Все формальности данного процесса должны быть полностью завершены в течение четырех лет с начала его действия, т.е. с 1.09.2000.

### Принципы "GRANDPARENTING"

Кандидат должен получить рекомендацию:

- либо от соответствующей Национальной Ассоциации, отвечающей критериям "GRANDPARENTING",

- либо от Всеевропейской Организации (БЕО), представляющей определенное теоретическое направление и отвечающей критериям "GRANDPARENTING",

- либо от специального органа ЕАК по "GRANDPARENTING", отвечающей критериям ЕАК

Кандидат должен заниматься практическим консультированием последние семь лет. (иметь доказательства)

Кандидат должен демонстрировать уровень мастерства и навыков, не меньший чем консультанты, прошедшие специальное обучение по стандартам ЕСК

Кандидат должен придерживаться Этического Кодекса, соотносимого с Кодексом ЕАК.

### Процедура "GRANDPARENTING"

Кандидатам требуется представить документы, свидетельствующие о:

- опыте в данной сфере, например, обучение, презентация, публикация, case studies, исследования, иная подобная работа,

- длительности практической работы (в часах),
- компетентности, доказываемой на примерах из практики, включая использование супервизии,

- поддержка со стороны супервизии в течение 7-летнего периода,
- продолжающееся профессиональное развитие,

- два рекомендательных письма.

Национальные Ассоциации могут представить имена кандидатов на присуждение ЕСК (Европейского Сертификата Консультанта) по линии "GRANDPARENTING".

Каждая Национальная Ассоциация будет располагать **периодом в 2 года (начиная с даты представления первого претендента)** для представления имен остальных кандидатов от данной страны. По окончании двухлетнего периода ЕАК не будет рассматривать кандидатов на “GRANDPARENTING” от данной страны.

### ТРЕНИНГОВЫЕ СТАНДАРТЫ ДЛЯ ЕВРОПЕЙСКОЙ СЕРТИФИКАЦИИ КОНСУЛЬТАНТА

Требования профессионального стандарта обучения, необходимые для Аккредитированных Европейских Консультантов

Аккредитированный Европейский консультант включает предложение по «Grandparent»

Высшее образование обязательно

- 450 часов обучение (теория и навыки)

- 450 часов практика консультирования (включая практику супервизии)

- супервизия (соотношение часов решается)

- 50 часов опыт самопознания, личного развития и терапии (в соответствующей модели)

Итого: 950 часов минимально рассчитанных на 3 года, максимально на 6 лет

Во время обучения необходимо:

- продолжать профессиональное развитие

- подписать кодекс этики и практики консультанта

- осознать профессиональную ответственность и осуществить ее страхование

Программа подготовки в области психологического консультирования Института Консультирования ППЛ

Теория и навыки

Теория/  
Навыки

(час) Введение в теорию консультирования

Навыки эффективного интервью в консультировании

Навыки активного слушания в консультировании

Навыки внимания и воздействия в консультировании

Навыки индивидуальной и культурной эмпатии

Навыки задавания вопросов

Навыки наблюдения за клиентом

Навыки оценки клиента – резюме для дальнейшей работы консультанта с клиентом.

Навыки интерпретации

Навыки технологии совета и директивы

Навык поиска позитивного.

Навыки заключения контракта с клиентом.

Использование психологических тестов и методик

ИТОГО

100

Практика с супервизией консультирования

Практика психологического консультирования в малых группах 50

Супервизия практики консультирования в малых группах 10

Самостоятельная практика консультирования 35

Супервизия самостоятельной практики консультирования 5

ИТОГО 50

Гуманистические теории консультирования

Личностно-центрированное консультирование Теория/  
навыки

Основные положения теории

Современные нововведения

Навыки конгруэнтности

Навыки безусловного позитивного отношения

Навыки эмпатии

ИТОГО 15

Практика с супервизией личностно-центрированного консультирования

1. Практика консультирования в малой группе (3-5 человек)

2. Супервизия практики консультирования в малой группе

3. Самостоятельная практика консультирования

4. Супервизия самостоятельной практики консультирования

ИТОГО 20

Трансактный анализ

1. Основные положения теории Теория/  
навыки

2. Современные нововведения

3. Контракт в психологическом консультировании

4. Автономия (осознание, спонтанность, интимность)

5. Структурный анализ

6. Анализ транзакций

7. Анализ игр

8. Анализ сценариев

ИТОГО 50

Практика с супервизией в консультировании в трансактном анализе

1. Практика консультирования в малой группе (3-5 человек)

2. Супервизия практики консультирования в малой группе

3. Самостоятельная практика консультирования

4. Супервизия самостоятельной практики консультирования

ИТОГО 20

Гештальт-консультирование		Практика с супервизией консультирования с использованием НЛП	
1. Основные положения теории	Теория/ навыки	1. Практика консультирования в малой группе (3-5 человек)	
2. Современные нововведения		2. Супервизия практики консультирования в малой группе	
3. Техники осознания		3. Самостоятельная практика консультирования	
4. Навыки симпатии и фрустрации		4. Супервизия самостоятельной практики консультирования	
5. Навыки выявления фантазий			
6. Правила гештальт-терапии			
7. Техники гештальт-терапии			
ИТОГО	20	ИТОГО	30
Практика с супервизией в гештальт-консультировании		Опосредованные методы консультирования (выбираются из списка не более 4)	
1. Практика консультирования в малой группе (3-5 человек)			Теория и навыки
2. Супервизия практики консультирования в малой группе		1. Консультирование с использованием терапии творческим самовыражением	10
3. Самостоятельная практика консультирования		2. Консультирование с использованием музыкотерапии, ароматерапии и цветотерапии	10
4. Супервизия самостоятельной практики консультирования		3. Динамическая групповая психотерапия	10
ИТОГО	20	4. Арт –терапия и консультирование	10
		5. Телесно-ориентированная психотерапия	10
		6. Символ-драма и консультирование	10
		ИТОГО	40
Психодинамические теории консультирования			
1. Основные положения теории психоанализа	Теория/ навыки	Практика с супервизией опосредованных методов консультирования (не более 4)	Практика и супервизия
2. Современные нововведения		1. Практика с использованием терапии творческим самовыражением	10
3. Техники свободного ассоциирования		2. Практика с использованием музыкотерапии, ароматерапии и цветотерапии	10
4. Перенос		3. Динамическая групповая психотерапия	10
5. Сопrotивление		Практика с супервизией	10
6. Навыки интерпретации		4. Практика и супервизия арт –консультирования	10
7. Навыки интерпретации сновидений		5. Телесно-ориентированная практика и супервизия её	10
ИТОГО	30	6. Символ-драма - практика и супервизия	10
		ИТОГО	40
Практика с супервизией в психодинамическом консультировании			
1. Практика консультирования в малой группе (3-5 человек)		Возрастные, половые и культурологические особенности консультирования	Теория/ Навыки/ практика
2. Супервизия практики консультирования в малой группе			
3. Самостоятельная практика консультирования			
4. Супервизия самостоятельной практики консультирования			
ИТОГО	20		
Интегративные методы консультирования Нейролингвистическое программирование		1. Психологическое консультирование детей и подростков	20
1. Основные положения теории		2. Психологическое консультирование в геронтологии	20
2. Нововведения в теории консультирования		3. Учет половых , культурологических факторов в консультировании	10
3. Навыки диагностики репрезентативной системы		ИТОГО	50
4. Навыки переформирования (рефреминга)			
5. Навыки диссоциации, “якорения”			
ИТОГО	30		

Практика с супервизией консультирования клиентов с учетом их возрастных и половых особенностей

1. Практика консультирования в малой группе (3-5 человек)	
2. Супервизия практики консультирования в малой группе	
3. Самостоятельная практика консультирования	
4. Супервизия самостоятельной практики консультирования	
ИТОГО	30

Практика с супервизией консультирования клиентов со специальными проблемами (см. выше)

1. Практика консультирования в малой группе (3-5 человек)	
2. Супервизия практики консультирования в малой группе	
3. Самостоятельная практика консультирования	
4. Супервизия самостоятельной практики консультирования	
ИТОГО	35

Консультирование клиентов с зависимостями

1. Основы наркологии	10
2. Особенности консультирования клиентов с зависимостями	5
3. Созависимость (консультирование семьи алкоголика)	5
ИТОГО	20

Телефонное консультирование

1. Организация консультативной телефонной службы	
2. Особенности консультирования по телефону	
3. Темы консультирования по телефону	
4. Возрастные, культурологические особенности	
ИТОГО	10

1. Практика консультирования в малой группе (3-5 человек)	
2. Супервизия практики консультирования в малой группе	
3. Самостоятельная практика консультирования	
4. Супервизия самостоятельной практики консультирования	
ИТОГО	20

Практика с супервизией консультативной работы по телефону

В малых группах	
ИТОГО	20

Семейное консультирование

Особенности семейного консультирования	20
--	----

Специальные темы психологического консультирования

1. Консультирование тревожных клиентов	
2. Консультирование при реакциях страха и фобий	
3. Консультирование враждебно настроенных и агрессивных клиентов	
4. Консультирование при переживании вины	
5. Консультирование при переживании утраты, горя	
6. Консультирование при алкоголизме	
7. Консультирование клиентов с психосоматическими расстройствами	
8. Консультирование клиентов с депрессией и суицидальными намерениями	
9. Особенности беседы с умирающим человеком	
10. Консультирование при сексуальных проблемах	
11. Консультирование клиентов с различными акцентуациями личности	
ИТОГО	50

Практика с супервизией в семейном консультировании

В малых группах	
В индивидуальной практике с супервизором	20

Практическая психология в бизнесе, организационное консультирование

Основы организационной психологии и консультирования	
Навыки и приёмы консультативно-тренинговой деятельности в сфере бизнеса	
Консалтинговые услуги	
ИТОГО	20

Практика с супервизией в бизнес консультировании

В малых группах	
В индивидуальной практике с супервизией	
ИТОГО	20

Практика с супервизией консультативной работы в выбранной курсантом модальности

Самостоятельная практика консультирования курсанта	60
Супервизия самостоятельной практики консультирования	40
ИТОГО	100

Этика психотерапии и психологического консультирования

Этические аспекты консультирования и психотерапии	
Требования к личности консультанта, психотерапевта.	
Профессиональная ответственность, границы терапевтических отношений.	
Этический кодекс ИК ОППЛ и хартия ЕАС	
ИТОГО	20

Опыт самопознания и участие в групповой работе	75
Индивидуальная, личная терапия	25
ИТОГО	100

В данной программе количество часов превышает 950, необходимых для сертификации Консультанта. Из программы Института Консультирования студент сам выбирает темы, с учетом своих профессиональных интересов. Однако, количество часов должно соответствовать стандартам Европейской Ассоциации Консультирования (450 часов – теории и навыков, 450 – практики с супервизией и 50 часов личной терапии). Студент имеет право набирать часы в семинарах и тренингах, которые проводит ППЛ в рамках образовательных проектов по психологическому консультированию и психотерапии. Своё участие студент должен подтверждать сертификатом ППЛ и наличием своей фамилии в списках участников, которые подаются тренерами исполнительному директору ППЛ Васягину Ивану Андреевичу.

Учебные заведения, имеющие договор о совместной деятельности с Институтом Консультирования, являются полноправными партнёрами. Теоретические часы, полученные студентом в этих Вузах по темам программы Института Консультирования ППЛ, засчитываются для получения Европейской сертификации консультанта.

Для Европейской сертификации консультанта также засчитываются теоретические часы по психологическому консультированию, которые были получены студентом во время получения высшего образования. Часы засчитываются при предъявлении вкладыша к государственному диплому.

Супервизия практики студента проводится супервизорами ППЛ. Личная терапия проводится только держателями Европейских сертификатов Психотерапевтов.

Для проведения супервизии или личной терапии заключается отдельный договор согласно прави-

лам ППЛ.

Совет Института Консультирования допускает, что предложенная выше программа одна из многих программ, которые могут осуществляться ОППЛ в рамках сертификации.

Официальным преподавателям и супервизорам практики ОППЛ предлагается принять участия в работе Института Консультирования. В настоящий момент формируется список преподавателей для программы по Европейскому Сертификату Консультанта. Ваши заявки можно подавать как по отдельным темам консультирования, так и по полным курсам (в 950 часов), в одной модальности или в мультимодальном варианте.

Институт Консультирования ОППЛ предлагает региональным представителям подключиться к программе Европейской Сертификации по Консультированию. Мы приветствуем любые формы взаимодействия. Однако, приоритетными являются – использование собственного ресурса!

Институт Консультирования ОППЛ использует контрактную систему взаимодействия с участником Программы, построенную на доверии и партнерстве.

### КОНТРАКТ

на программу Европейской сертификации в консультировании

Институт Консультирования ППЛ в лице его директора Макаровой Г.А., обеспечивает теоретическую подготовку и практику с супервизией, необходимые для получения Европейского сертификата консультанта.

Институт консультирования ППЛ обеспечивает регулярную терапию с группой участников программы в системе марафонов. Для индивидуальной терапии участник Программы заключает отдельный договор.

Обязательства участника Программы:

1. Я - член ППЛ
2. Я согласен посетить все обязательные семинары и терапевтические сессии Программы.
3. Я согласен нести финансовую ответственность за пропуски обязательных семинаров и терапевтических сессий Программы и погашать за должность по пропускам в течение одного календарного года.
4. Я согласен выполнять домашние задания и предварительное чтение к семинарам.
5. Я буду определять мои личные проблемы по мере того, как они будут проявляться в обучении и супервизировании и согласен работать с ними в моей личной терапии.

Фамилия, Имя, отчество \_\_\_\_\_  
Адрес \_\_\_\_\_  
Телефон \_\_\_\_\_ Эл.почта \_\_\_\_\_  
Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Обязательства Института Консультирования ППЛ:

1. Институт Консультирования ППЛ в лице директора Макаровой Г,А, согласен обучать, выше

упомянутого участника Программы для Европейской сертификации в консультировании согласно руководствам и стандартам Института Консультирования ППЛ в структуре теоретических тем, обязательных для сертификации.

2. Институт консультирования ППЛ согласен проводить практику с супервизией выше упомянутого участника программы для Европейской сертификации в консультировании.

3. Институт консультирования ППЛ согласен проводить регулярные терапевтические марафоны с группой участников Программы по Европейской сертификации в консультировании.

4. Институт консультирования ППЛ согласен уведомлять участников программы о плане, стоимости и сроках проведения занятий заблаговременно (не менее чем за 1 месяц до занятия).

5. Институт консультирования ППЛ согласен обеспечивать участников программы учебными пособиями заблаговременно и в полном объеме.

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЛИГА

### ИНСТИТУТ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

#### *Программа Европейской сертификации по консультированию*

Европейская Ассоциация  
Консультирования  
в Российской Федерации

Глобальная политика стран Европы направлена на интеграцию, стирание границ, что делает необходимым установление единых, профессиональных стандартов, как подготовки, так и практики для консультантов.

Европейская Ассоциация Консультирования (ЕАК) создана в 1992 году с целью установления единых высоких стандартов консультирования на территории Европы и создания возможностей для консультантов заниматься профессиональной деятельностью в различных странах Европы без сдачи экзамена на профессиональное соответствие.

1 декабря 2000 года в Дублине на ежегодной конференции ЕАК Общероссийская Профессиональная Психотерапевтическая Лига, принята в Европейскую Ассоциацию Консультирования, в качестве профессиональной организации, представляющей Российскую Федерацию в Европейской Ассоциации Консультирования.

Институту Консультирования ППЛ поручена миссия Национальной организации, представляющей ЕАК в России с правами выдачи Европейского Сертификата Консультанта и реализации программы "Grandparents".

Этапы получения сертификата консультанта.

Человек, желающий стать высококвалифицированным консультантом:

- Вступает в Профессиональную Психотерапевтическую Лигу по направлению консультирования,

- Дополнительно получает специальную, профессиональную подготовку в Институте консультирования ППЛ и может претендовать на аккредитацию в качестве консультанта

- Аккредитованный консультант может претендовать на получение Национального Сертификата Консультанта.

- Профессионал, имеющий Национальный Сертификат Консультанта может претендовать на аккредитацию в Европейской Ассоциации Консультирования.

- Получив такую аккредитацию, он может претендовать на получение Европейского Сертификата Консультанта.

Важно отметить, что на всех этапах предусматривается процедура "Grandparents".

#### Программа Европейской Сертификации по консультированию Института Консультирования ОППЛ

Программа Института Консультирования ППЛ соответствует стандартам Европейской сертификации консультанта, она состоит из 950 часов, из которых 450 часов - навыки консультирования, 450 часов – практики консультирования с супервизией и 50 часов личной терапии. Программа рассчитана на 3 года обучения. Возможна экстернатура.

800 часов программы по Европейской сертификации консультанта засчитываются ППЛ при выдаче Европейского Сертификата Психотерапевта.

Институт консультирования засчитывает часы, которые соответствуют программе ИК, преподавателей и супервизоров практики ППЛ., государственных или уполномоченных учебных заведений, заключивших с ИК договор о сотрудничестве. Личную терапию и супервизию практики осуществляют профессионалы, имеющие Европейский Сертификат Психотерапевта или супервизоры ППЛ, имеющие Европейский Сертификат Консультанта

Варианты подготовки к Европейской Сертификации по Консультированию в Институте Консультирования ППЛ.

Для получения Европейского Сертификата Консультанта в Институте Консультирования ППЛ существуют следующие модели.

1. *Безконтрактная.* Часы и темы программы по Европейскому Сертификату Консультанта набираются студентом самостоятельно. Учет ведется с помощью стандартных свидетельств ППЛ.

2. *Контрактная.* Человек заключает контракт с Институтом Консультирования ППЛ. Институт гарантирует набор обязательных часов (950) по навыкам консультирования, супервизии и личной терапии, в постоянно действующей группе (20 человек).

3. *Индивидуальная.* Программа по Европейской Сертификации Консультанта проходит индивидуально или в малых группах по 3-5 человек.

Административный Совет:

Макарова Галина Анатольевна, к.пс.н. –дирек-

тор ИК

Т./факс 275-45-67 (суб. с 10.00 до 18.00)

Зобов Александр Сергеевич, к.п.н. – зам. директора по оргметод. работе т.236-09-32 (с 21.00 до 23.00)

Козлова Марина Иосифовна – этический комитет

Юдина Ирина Вячеславовна – маркетинг и PR  
т. 460-42-54 (с 18.00 до 21.00)

Есаулов Владимир Игоревич - комитет по супервизии и терапии, т. 390-97-93 (с 21.00 по 24.00)

Адрес:

Москва, 2 Автозаводский проезд 4/5

Кафедра “Психотерапии и медицинской психоло-

логии РМАПО”.

Тел./факс 275-45-67 Васягин Иван Андреевич, исполнительный директор ППЛ.

[e-mail: vikgal@aha.ru](mailto:vikgal@aha.ru)

<http://ppl.ptt.ru>

Институт Консультирования готов к сотрудничеству с региональными представителями ППЛ, вузами и заинтересованными организациями.

В мае 2002 года в Москве пройдет итоговая международная конференция Европейской Ассоциации Консультирования.

Институт Консультирования ППЛ организатор конференции. Заказы на участие в конференции принимаются орг. комитетом.: [vik\\_gal@chat.ru](mailto:vik_gal@chat.ru)

## ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ЖЕНЩИНЫ ПСИХОТЕРАПЕВТА

Г.Макарова

г. Москва

«Лидера расстрелять,  
А оставшихся - унасекомить»  
Игорь Ватолин, Рига, 2000г

Однажды на семинаре по Трансактному анализу обсуждалась тема игнорирования. И школьный учитель рассказал, как он справляется с неуправляемыми подростками в классе. Он выбирает лидера и “расстреливает” его публично, используя орудие обесценивания, игнорируя лидерские, сильные личностные характеристики подростка. Лидерскую группу “унасекомливает”, обесценивая их возможности, акцентируя внимание на приверженности недостойному лидеру. Оставшиеся “унасекомливаются” самостоятельно, из боязни быть осужденными, униженными публично. Они гласно или негласно поддерживают учителя и соглашаются с расправой.

Игнорирование, обесценивание – сильное оружие. Учитель от бессилия использует его против учеников, не имея иной стратегии взаимодействия в своем арсенале. Классическая транзакция между Критикующим Родителем и Адаптивным Ребенком, Критикующим Родителем и Родителем Свиньей (Родитель в Ребенке). Против нагиска Отрицательного Критикующего Родителя с обесценивающими характеристиками выстоит не каждый Взрослый. Ребенок реагирует мгновенно, подчиняясь и мучаясь виной.

Приёмы “унасекомливания” можно часто наблюдать во взаимодействиях между женщиной и женщиной. Когда у партнёра исчерпаны аргументы Взрослого, то “на помощь” приходит Критикующий Родитель и Родитель Свинья с орудием обесценивания и игнорирования. Женщина может больно ранить, обесценив мужское достоинство, бессилие, несостоятельность партнера. Однако, не каждый мужчина согласится из позиции Ребенка. Женщина же, чаще всего, безропотно подчиняется и внутренне соглашается с критикой.

В чём причина? Воспользуемся инструментами Трансактного анализа.

Рассмотрим банальные жизненные позиции бла-

гополучия мужчин и женщин. Хочется особо подчеркнуть, что будут рассматриваться крайние, полярные позиции. Реальные имеют более смешанные, размытые картины.

Итак, банальная жизненная позиция мужчины: Мужчина + Женщина-. В рамках Эго-функционирования мужчина развивает своё Взрослое состояние и становится высоко рациональным, логичным, прагматичным, все просчитывающим. Мужчина не развивает в себе Заботливого Родителя. “Забота о деле”! – девиз его заботливого Родителя. Если мужчина нуждается в заботе, то со стороны других. Мужчине предопределено относиться отрицательно к тому, что связано с Естественным Ребенком. Под действием воспитания мальчика принуждают к холодности, бесчувствию, обесцениванию своих эмоций, ложно заявляя, что мужчина не должен быть слабаком, слишком чувствительным. Не следует обращать внимание на интуицию (своего Маленького Профессора). Полицейский надзор за поведением мужчины выполняет Родитель в Ребенке – Родитель Свинья, который говорит, что нужно быть “Настоящим мужчиной”, который не должен быть заботливым, интуитивным и чувствительным

Женщину программируют так, чтобы она стала продуктивным дополнением к мужчине. Жизненная позиция Женщина – Мужчина +. Учат развивать в себе Заботливого Родителя. Её дело рожать детей, быть внимательной, заботливой. Она не обязана иметь сильного Взрослого, быть рациональной и логичной, ответственной, а следовательно, не обязана отвечать за поступки и их последствия. Она должна иметь сильного Родителя - Свинью подтверждающего законность её места, её униженную позицию, её бессилия и беспомощности. Сильный Родитель-Свинья контролирует Заботливого Родителя и указывает, какой должна быть женщина. Интересно то, что Родитель Свинья контролирует внутренний облик женщины. А внешний - физический

облик – не зависит от него, да и порой от самой женщины, т.к. зависит от внешних оценок, визуальных пристрастий, других людей и моды. Естественный Ребенок слабый, возможно именно поэтому женщина никогда не знает, чего ей хочется на самом деле. Для банальной женской ОК позиции характерно хорошо развитая интуиция (Маленький Профессор), особенно интуитивное понимание, когда нужна другим её забота.

Итак, банальные мужское и женское Эго-состояния следующие:

#### **Мужчина**

Заботливый Родитель -  
Критикующий Родитель +  
Взрослый +  
Родитель-Свинья +  
Маленький Профессор -  
Спонтанный Ребёнок -

#### **Женщина**

Заботливый Родитель +  
Критикующий Родитель -  
Взрослый -  
Родитель – Свинья +  
Маленький Профессор +  
Спонтанный Ребёнок -

Диагноз: выраженная симбиотическая связь, созависимость.

Следует банальный вывод, который получается в результате воспитания: мужчины и женщины только вместе, в союзе могут создать одно целое, т.к., где у одного слабое место, у другого сильное. Однако, это очередной миф “о двух половинках одного целого”. На самом деле нет единого целого, а есть две личности с не лучшим деформированным набором качеств.

Рассмотрим транзакции, которые при такой схеме ЭГО состояний навязываются или ожидаются партнерами. Сильный заботливый Родитель женщины чаще направлен к Ребенку партнера и редко наоборот. У мужчины Контролирующий Родитель может легко “находить общий язык” с Родителем Свиньи женщины и еще раз подтверждать её не благополучие.

Существует слабая коммуникация между Взрослыми состояниями. Существуют трудности и в равнозначной интимности, кооперации и эффективных отношениях. Коммуникация между Маленькими профессорами также мала. Всё это является причиной малой интимности, неспособности интуитивного понимания друг друга и препятствует полноценному удовлетворению от близости.

Орудия обесценивания и “унасекомливания” женщины частое явление.

Здесь уместно заметить, что мужчины преподаватели обычно примеры патологий приводят на образцах пациенток. Для многих мужчин признание физических достоинств женщины единственный, возможный способ позитивной оценки. Наличие у женщины профессиональных успехов, карьеры, личностных достоинств, как правило, вызывают у

таких мужчин бессознательное желание обесценить или проигнорировать их. Патриархальные, культурные, национальные истоки лежат в бессознательном. Стремление мужчины в отношении к женщине к жизненной установке Я+ Ты- редко осознается обоими партнерами.

Как пример, я хочу привести работу среди студентов, которые выполняли ролевую игру “Терапевт – Клиент”. Каждый раз, когда Клиентом был мужчина, а Терапевтом женщина, Клиент “унасекомливал” с начало Терапевта, а затем начинал работу в роли Клиента. Если женщина Терапевт не шла на компромисс, то Клиент становился “трудным”, бунтовал, сопротивлялся, бойкотировал работу. Хочу отметить, что результаты были всегда предсказуемы, хотя упражнение проводилось среди студентов разных национальностей, культурных традиций (Москва, Рига, Алма-Ата, Красноярск). Позиция Клиента, приходящего за помощью к психотерапевту, неблагоприятна. Своим приходом он подтверждает “Я не благополучен, у меня не всё в порядке”. У терапевта же позиция “Я благополучен”. Учет этих неосознаваемых позиций позволяет избежать игр и манипуляций.

В работе женщины группового психотерапевта чаще всего, именно мужчина в группе подвергнет сомнению профессионализм её работы. Эта может быть открытая конфронтация в виде критики или скрытые формы обесценивания с привлечением мимики, жестов или цитат классиков психоанализа о комплексах неполноценности у женщин.

Известно, что обучение в ТА дает у студентов проекцию на отца, а психотерапия на мать. (Дж.Мак Намара, 2000). И, если психотерапевт женщина то, проекция усиливается.

Интересно явление переноса, как разновидность психологической защиты, при котором в женщине групповом психотерапевте, участник группы видит значимую фигуру, чаще всего из детства. В зависимости от возраста психотерапевта возможны следующие проекции на родительские фигуры матери, бабушки, сестры, воспитательницы, учительницы, начальницы или подружки. Явление переноса используется, как мощный инструмент в работе, так как позволяет помочь клиенту осознать то, какими были значимые для него детские отношения с родительскими фигурами.

Артур, врач, 30 лет. Высокий, видный мужчина, держится высокомерно. Неженат. Находясь в роли клиента в терапевтической группе с групповым терапевтом женщиной, он пассивно наблюдал за происходящим, в групповой работе не участвовал. Его активность проявлялась только в критике “женского” стиля работы терапевта. Терапевт обратила внимание на то, что при критике мимические реакции больше соответствовали мимике ребенка, чем мужчины.

Из детства Артура: папа редко бывал дома, мама мягкая, пассивная. Бабушка – основная фигура, на ней держалась вся семья. Любые детские провинности внука жестоко наказывались, наказания длились несколько дней. Внук покорно подчинялся, никогда против бабушки не бунтовал. Сейчас гово-



рит о большой любви к ней.

Артур в детстве был слабым, стал заниматься спортом, борьбой. Часто менял секции. Добиваясь хороших результатов, вступал в конфронтацию с руководством. Отстаивая своё равенство, или превосходство избивал тренера и покидал секцию с чувством победителя.

В группе соединились два привычных паттерна: подчиняться женской, авторитетной фигуре и бить тренера. Невозможность отстоять собственную значимость и выразить агрессию в отношениях с бабушкой Артур реализовал в драках с тренерами мужчинами. Его Адаптивный Ребенок подчинялся бабушке, а бунтовал он против подчинения бабушке в секциях по борьбе.

В группе Артуру удалось найти цивилизованные способы выражения своих чувств и отстаивания своих границ.

Часто образ женщины психотерапевта воспринимается клиентом или участниками группы как фигура Заботливого Родителя, “Матери Терезы”, любящего и всепрощающего “Спасителя”.

Они принимают только заботу и поддержку, игнорируя или “бунтуя” против иной роли терапевта.

Иногда, проявление негативных чувств по отношению к терапевту интерпретируется группой как проявление черной неблагодарности, и терапевт оберегается, как хрупкая вещь. И, тогда терапевт сам “вызывает огонь на себя”, конфронтируя с группой.

Как построить работу с клиентом или участниками в группе? Какой должна быть профилактика “унасекомливания”?

Как показал опыт работы стратегия строиться на усилении слабых сторон, неразвитых Эго-состояний как клиента, так и терапевта.

Для женщины это усиление Взрослого состояния, принятие ответственности за свои действия, а для её Естественного Ребенка – быть самой собой! Отказаться от зависимости от мнения других. Оценивать и вознаграждать себя. Прекратить поглаживания и заботу, которые остаются без ответа!

Мужчина нуждается в развитии Заботливого Родителя, Естественного Ребенка и Маленького Профессора. Одновременно мужчина и женщина должны избавиться от угнетающего воздействия Родителя Свиньи. И тогда, отношения между ними будут настроены на сотрудничество и равенство.

Что же с женщиной терапевтом?

- Перестать быть “матерью Терезой” для своих клиентов, как это роль “Спасительницы” не привлекательна.

- Помнить, что у клиента за ролью “Жертвы”, следует роль “Преследователя”.

- Проявлять своего Естественного Ребенка, радуясь и плача вместе с клиентом, не боясь осуждения в непрофессионализме.

- Разделять с клиентами ответственность за терапию и не кормить своего Родителя Свинью, если работа оказалась неуспешной.

## ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ НАРКОЗАВИСИМЫХ

В.Д.Менделевич, Е.А.Сахаров

Казань

Как известно, эффективность психотерапевтической помощи наркозависимым далека от искомой. Данный факт можно связать не только, с тем, что наркомания является хроническим заболеванием с выраженной резистентностью к терапии, но и с тем, что неадекватным может быть признан выбор методов и способов психотерапевтической помощи. Основопологающими принципами в выборе психотерапевтических методик, направленных на купирование девиаций поведения, в том числе наркозависимости, можно считать принципы: добровольности, осознанности, соответствия (адекватности), целесообразности, допустимости и гуманности (В.Д.Менделевич, 2001).

В психотерапии наркозависимости часто используются сходные с лечением алкоголизма методы. Однако, можно утверждать, что, если медикаментозные стратегии купирования физической зависимости от психоактивных веществ (алкоголя и наркотиков) идентичны (способы суггестивной психотерапии и психофармакотерапия), то психологические стратегии снятия психологической зависимости нередко кардинально разнятся. Подобная особенность может говорить о существенной разнице психологических механизмов формирования алкогольного и наркотического зависимого поведения. Одной из таких особенностей можно назвать тен-

денцию возникновения наркозависимости по механизмам аддиктивного, а алкогольного - патохарактерологического поведения. Вторая особенность - это признание наркозависимости семейным аддиктивным паттерном (В.Д.Менделевич, Б.Д.Менделевич, 1999, 2000).

Учитывая научные факты, можно утверждать, что основными методами психотерапии девиантного поведения в форме наркозависимости должны являться экзистенциальная и семейная психотерапия. В основу экзистенциального подхода в психотерапии наркотической зависимости положено разрешение базисных экзистенциальных конфликтов личности, связанных с проблемами: 1) осмысленности и бессмысленности существования; 2) жизни и смерти; 3) изоляции от общества и вовлеченности в общение с людьми; 4) свободы, ответственности, воли и несвободы, зависимости и безволие. Условием терапии становится: принятие пациента таким какой он есть (т.е. эмпатийность, беспристрастность, отказ от позиции осуждения и даже оценки употребления наркотиков); искренность (истинное желание помочь пациенту осознать собственные проблемы, найти способы их решения, а не манипулирование им); позитивный взгляд на возможность избавления от наркозависимости.

Процесс психотерапии включает в себя совмес-

тные размышления психотерапевта и наркозависимого об экзистенциальных кризисах, обусловленных неразрешенностью одного из перечисленных базисных конфликтов, а также в игровых условиях моделирование фрустрирующих житейских ситуаций, в которых испытуемый должен сориентироваться и адекватно отреагировать. Важным становится выработка навыков коммуникативной компетентности и толерантности. Экзистенциальная психотерапия в своей деятельности исходит из положения о том, что “терапия может быть причиной личностного изменения лишь постольку, поскольку она приводит пациента к принятию нового способа поведения” (А.Велис). При анализе экзистенциальной проблемы смерти упор делается на постулате о том, что “существование не может быть отложено”. Изучается концепция жизни и смерти, существующая у наркозависимого, исходя из уравнения: “удовлетворенность жизнью обратно пропорциональна страху смерти” (И.Ялом). Изучается иерархия ценностей пациента, делается попытка показать относительность любой ценности.

Наиболее важным в процессе экзистенциальной психотерапии девиантного наркотического поведения является разработка проблемы осмысленности и бессмысленности существования, которая направлена на разрешение одного из наиболее значимых и сущностных кризисов наркомана - кризиса бессмысленности. Можно утверждать, что наиболее частым мотивом включения наркотика в систему ценностей человека и становления наркотического поведения является ощущение бессмысленности существования. Кризис бессмысленности способен формировать аддиктивный тип девиантного поведения, т.к. именно при нем отмечается стремление уйти от реальности (т.е. от отсутствия осмысленности собственной жизни) путем искусственного изменения своего психического состояния. Проблема поиска смысла жизни включает рассуждения о существовании космического и личного смысла жизни. Под первым подразумевается некий замысел, существующий вне и выше личности и обязательно предполагающий какое-либо магическое или духовное упорядочение вселенной. Принципом же данного вида терапии является утверждение о том, что жизненные смыслы лежат не вне, а внутри человека, что только сама личность способна творить смыслы, т.е. являться смыслопорождающим субъектом. Основой же осмысленности жизни является, наряду с интеллектуальным, нравственным, телесным и материальным совершенствованием, понятие вовлеченности в жизнь. Под вовлеченностью понимается включенность человека в любую практическую деятельность, реальную активность в преобразовании мира, близкого окружения и самого себя.

Не менее важны в терапии наркотической зави-

симости и купирования девиантного поведения групповые психотерапевтические стратегии, направленные на формирование ответственности. Они включают принятие пяти следующих убеждений-осознаний (И.Ялом): 1) осознание того, что жизнь иногда устроена нечестно и несправедливо; 2) осознание того, что в конечном счете не избежать какой-то части жизненных страданий и смерти; 3) осознание того, что какова бы ни была близость с другими людьми, все равно я должен справляться с жизнью в одиночку; 4) встреча с базовыми вопросами моей жизни и смерти, благодаря которой я могу теперь проживать свою жизнь более честно и меньше вовлекаться в тривиальности; 5) осознание того, что я несу конечную ответственность за то, как я проживаю свою жизнь, независимо от того, сколько поддержки получаю от других.

Необходимость и обоснованность применения экзистенциальной семейной психотерапии в коррекции девиантного наркозависимого поведения связана с доказанным существованием семейных аддиктивных паттернов поведения, способствующих формированию подобного поведения. Если традиционная экзистенциальная психотерапия на сегодняшний день является достаточно хорошо разработанным подходом, то экзистенциальная семейная психотерапия является новым и весьма перспективным направлением современной психотерапии. Семейная психотерапия подразумевает терапию всей семьи, становление в ней оптимальных взаимодействий, формирование саногенных паттернов поведения. Достаточно часто психотерапевтическая практическая работа с большими наркоманиями дает повод говорить об их семьях как об источниках психической травматизации личности больных, а нарушения семейных взаимоотношений нередко лежат в основе формирования наркотической зависимости. Данный вид психологической помощи представляет сочетанное применение различных элементов основных психотерапевтических технологий (клиент-центрированная психотерапия К.Роджерса, логотерапия В.Франкла, гештальт-психотерапия Ф.Перлза и др.) по отношению ко всей семье в целом. Семья рассматривается как пациент, к которому применимы основные принципы гуманистической психотерапии: безусловное позитивное принятие семьи, эмпатия и конгруентность. Основной целью психотерапевтического процесса является создание феноменов психических переживаний у каждого члена семьи по принципу “здесь и сейчас”.

Таким образом, можно утверждать, что основой психотерапии наркозависимых должна стать индивидуальная и семейная экзистенциальная психотерапия, являющаяся адекватной поведенческой девиации и демонстрирующая высокую эффективность.

## АНТИЦИПАЦИОННЫЙ ТРЕНИНГ В СИСТЕМЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ И ДЕВИАЦИЙ ПОВЕДЕНИЯ

В.Д.Менделевич, А.Э.Узелевская, И.В.Боев

Казань

Психологическая коррекция личностных расстройств и девиаций поведения, в первую очередь, направлена на изменение патогенных шаблонов поведения и повышение эффективности психосоциальной адаптации. В структуре адаптивного поведения важная роль отводится прогностическим способностям человека, умениям точно оценивать складывающуюся жизненную ситуацию, видеть многообразие ее развития и планировать с упреждением собственные поступки. Как показывают психологические и психофизиологические исследования последних лет функционирование механизмов вероятностного прогнозирования (антиципации) может зависеть помимо прочих факторов и от характерологических, личностных, стилевых особенностей человека. Предполагается, что структура характерологических черт способна формировать различные предпочтения прогностической деятельности, склонность к моно- или поливариантному типам предвосхищения будущего, к изменениям структуры антиципации житейских событий, упреждения пространственных и временных переменных. Можно говорить о взаимовлиянии характерологических особенностей человека и его антиципационных способностей (прогностической компетентности), т.е. как специфика черт характера и личности способна определять стиль прогностической деятельности, так и наоборот в процессе социализации психофизиологически обусловленные механизмы вероятностного прогнозирования могут являться базой для становления тех или иных характерологических паттернов и стилевых шаблонов.

В структуре характера и личности значимыми параметрами, имеющими корреляции с антиципационной деятельностью считаются: степень психологической зрелости (здравомыслие или наличие инфантилизма); ригидность или гибкость психических процессов, в частности установок, отношений, ценностных ориентаций, аффекта; автономность или зависимость в принятии решений под влиянием группового давления; степень регулятивных возможностей, базирующихся на темпераментальной основе; склонность к драматизации (катастрофизации) происходящих событий; сложность или простота когнитивных схем – понимания и осмысления происходящих событий и специфика ментальных репрезентаций и некоторые другие.

Вследствие вышеперечисленного научный и практический интерес представляет изучение и анализ прогностической (антиципационной) деятельности у лиц с девиантными формами поведения на базе личностных расстройств, а также разработка и внедрение эффективных психотерапевтических методов коррекции отклоняющегося поведения с целью полноценной психосоциальной адаптации индивида. Известно, что для людей с личностными расстройствами типичным является прямое следо-

вание случайно возникшей ситуации под непосредственным влиянием внешних условий без учета соответствующего вероятностного прогноза. Они обычно опираются на короткий ряд предшествующих последовательностей (В.В.Гульдан, В.А.Иванников). В определенных ситуациях у них может проявляться интеллектуальная недостаточность в виде своеобразной некритичности, склонности их к поступкам без понимания путей и средств, ведущих к их результативности, отсутствие, несмотря на печальный жизненный опыт, какого-либо понимания своей недостаточности. Эта недостаточность проявляется не в связи с утратой знаний, снижением способности к усвоению нового, а в связи с отсутствием должного учета прошлого, надлежащего прогнозирования на будущее, осмысления и предвидения последствий сделанного.

Исходя из полученных научных данных о нарушении прогностической компетентности пациентов с личностными расстройствами и девиациями поведения, лежащими в основе нарушения их психосоциальной адаптации, нами был разработан и апробирован метод, названный антиципационным тренингом. Его можно причислить к группе методов психотерапии “здравым смыслом”, которые включают в себя, наряду с элементами рациональной психотерапии, т.е. переубеждения человека на основании логической аргументации и формирования правильного мышления, основанного на определенности, последовательности и доказательности, становление многовариантного способа осмысления действительности. Он противопоставляется одновариантному (ригидному), являющемуся частью патологического мыслительного паттерна при т.н. каузальной атрибуции и приводящему к частым межличностным конфликтам и дезадаптации. Базой личностной позиции при антиципационном тренинге считается “антиципационная состоятельность” (В.Д.Менделевич) - способность человека предвосхищать ход событий, строить процесс прогнозирования на многовариантной гибкой основе, используя прошлый жизненный опыт. Считается, что гармоничные характерологические черты и свойства личности, а также стрессо- и невротозустойчивость способны формироваться лишь в случае использования таких принципов антиципационного тренинга, как: а) отказа от претензий (“мне никто ничего не должен”); б) отказа от однозначности (при истолковании происходящих событий - “это может значить все, что угодно”); в) отказа от фатальности (при истолковании будущих событий - “все возможно”); г) выработки стратегии “антиципирующего совладания” и “предвосхищающей печали” взамен “предвосхищающей радости”.

Таким образом, новую психотерапевтическую методику - антиципационный тренинг - можно считать эффективной и патогенетически значимой для

коррекции личностных расстройств и девиаций поведения, способной формировать полноценную

психосоциальную адаптацию лиц с подобными отклонениями.

## ВИЗУАЛЬНАЯ МЕТАФОРА В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ

И. Мягкова

Москва

Когда-то, в пещере на р.Белая, в Башкирии я видела наскальные рисунки. Это интересный рассказ о жизни человека в глубоком прошлом... Есть там рисунки диких животных, людей с оружием, изображенных древним художником. Вероятно, рисуя, он размышлял о месте человека в окружающем его мире. Но возможно, одна из функций этих рисунков, или подобных - особая. Я представила себе такую картинку. Очаг, племя людей, одетых в шкуры и греющихся от голода и холода у костра, мужчин, готовящих оружие к завтрашней охоте. Неизвестность, непредсказуемость будущего можно было компенсировать хорошей технической подготовкой, как сказали бы мы сегодня. И еще созданием необходимого психологического состояния. Издревле были люди, знающие в этом толк - сохранение в человеческой культуре и по сей день шаманизма и колдовства может это объяснить. В ритуальном танце под ритмичные удары барабана (когда задействованы все три системы восприятия) это состояние и создавалось. А метафорическое поражение изображения животного завершало создание событий, которые еще только должны были произойти в будущем. Человек побеждал свой страх, побеждал в схватке с животным, наслаждался ожидаемой победой - создавал эффекты. Охотник прожил свое успешное будущее и в этом ему помогли изображения.

Под визуальной метафорой обычно понимают графическое изображение некоего объема информации по принципу аналогии, сходства, сравнения. Визуальная метафора может иметь вид конкретных предметов живой и неживой природы; это могут быть схемы-рисунки, как в mind-map (ментальных картах) Тони Бузана; это могут быть сюрреалистичные картинки без конкретного содержания - лишь линии, цвета, штриховка и т.д. С помощью визуальной метафоры мы можем обозначать события, состояния, чувства, работать в разных точках временной линии, планируя будущее, анализируя и перепросматривая (если это необходимо) прошлое, осознавая настоящее.

Вообще говоря, идея использования визуальной метафоры не нова. Без нее невозможно представить себе арт-терапию, работу с рисунком в приемах гештальттерапии (по осознанию чувств, состояний через рисунок - например, упражнение "стань персонажем рисунка и поговори от его имени"). Но, если идти дальше, с помощью рисунка мы можем не только осознавать, определять в себе или клиенте нечто - чувства, состояния, отношение к чему-либо - но и вносить изменения в соответствующий контекст. Происходит следующее: изменяем что-то в рисунке - меняется что-то в нас. Интересных эффектов с помощью визуальной метафоры можно достигать, применяя приемы и техники НЛП, в ко-

торых уже "отшлифованы" успешные модели получения изменений (скажем, техника "изменения личностной истории", "изменение субмодальностей"). Используя рисунок как заякоренное пространство информации, с визуальной метафорой можно работать и в разных техниках и на разных логических уровнях: миссии, на уровне личностного своеобразия - создавать желаемый образ себя, избавляться от ограничивающих убеждений и создавать новые, работать со способностями, ценностями. Все это открывает новые возможности для терапии, дает новые инструменты для психотерапевтической работы, особенно в тех случаях, где осложнено "словесное" общение, а именно в работе с детьми, в работе с собой, в работе с информацией клиента, о которой ему трудно говорить.

Визуальная метафора в работе с детьми. Можете ли вы представить себе ребенка 6 лет (и даже старше), который вам точно расскажет о том, с чего начался его невроз - тик, заикание или почему ему трудно общаться со сверстниками. Как правило и фильтр родительского внимания редко совпадает с тем, что на самом деле происходит в психической жизни ребенка, как он воспринимает события, происходящие вокруг него, в семье. Для того, чтобы терапия была эффективной, необходима хорошая диагностика, качественный сбор информации. Сделать это, напрямую задавая вопросы мета-модели, трудно или практически невозможно до тех пор, пока ребенок не научился устанавливать причинно-следственные отношения, анализировать. С помощью визуальной метафоры и фантазии-сюжета можно получить эту информацию в виде проекции психической жизни ребенка на плоскость рисунка, обозначить ее и уже используя рисунок, задавая вопросы, можно понять, как он воспринимает те или иные события. Используя рисунок и изображенных персонажей, мы переходим на метафорический язык и уже говорим не о ребенке и его проблемах, а о жизни нарисованных персонажей. На стадии диагностики рисунок помогает увидеть - с чем, собственно, работаем. Можно дополнить эту информацию тем, что по этому поводу скажут нам взрослые, родители. Находим позитивные намерения и вторичные выгоды невроза или проблемного поведения. И переходим от диагностики к терапии, коррекции. И здесь можно использовать психодраму, игру в сказку, какие-то другие приемы. При точном попадании в карту ребенка-клиента, он отождествляется с героем, проживает какие-то события в его "шкуре", научается полезным навыкам и приобретает необходимые знания и умения.

Приведу случай из практики, когда я работала с семьей и поводом для обращения был лицевой тик у 6-летней девочки Кати. Тик начинался, когда девочке одевали шапку, чтобы вести ее в детский сад..

Я спросила какая у нее любимая сказка. Оказалось - "Волшебник Изумрудного города". Мы придумали с ней "волшебную" шапку (используя настоящую), одевая которую она могла превращаться в разных героев этой сказки - Элли, Тотошку, Дровосека, Льва, Страшилу..., и мы разыгрывали с ней сцены из этой сказки. Собрав ресурсы героев, пережорив, наконец, эту шапку, мы избавились от тика. ... Но, через 10 дней мама и дочка пришли снова - у тика, как оказалось, была масса вторичных выгод. И нам предстояло собрать информацию об оставшихся. Мама и дочь по-разному воспринимали ситуацию, складывающуюся в семье, мама не могла найти других причин невроза. И тогда на помощь пришел рисунок. Я попросила девочку, на минуту закрыв глаза, представить себя цветком - розовым кустом. Потом спросила: "Какой ты - розовый куст, ты растешь в поле, огороде, в саду, на окне? Ты большой или маленький, розовый куст? Кто или что тебя окружает, кто ухаживает за тобой? С кем ты дружишь, розовый куст?" И она нарисовала розовым фломастером цветок, а рядом с ним - огромную зеленую елку, ветви которой тянулись к розе. А еще она нарисовала своего маленького друга в виде фиолетового цветка. "А что будет, если розовый цветок вырастет в большой, мощный розовый куст?", - спрашивала я. Девочка рисовала новый рисунок, но елка снова хищно тянула свои лапы на втором и третьем рисунке, а у девочки опять появлялся тик. Я спросила у мамы о том, кого напоминает ей эта елка. Мама, подумав, сказала - "Это похоже на мою сестру, которая все время "задирает" дочку, мы живем с ней вместе...". Необходимая информация была получена. Мы продолжили работу. С девочкой, с мамой, их взаимоотношениями с сестрой. (Мама смогла найти взаимопонимание с сестрой по этому поводу). А девочка нарисовала большой фиолетовый цветок рядом с собой. И елка больше не была ей страшна. И так мы разбирались со всеми вторичными выгодами этого тика, которых было немало в этой непростой семье, состоящей, практически из трех семей, тесно живущих под одной крышей. Тик привлекал внимание к девочке и к ее стремлению "навести мосты между родственниками". По мере нашей работы его становилось все меньше. Окончательно он пропал, когда мама вместе с девочкой смогли жить отдельно от родственников и у девочки появились свои интересные занятия, новые друзья, школа.

Возможность использовать рисунок как язык общения с миром ребенка подсказал и еще один случай. Личная история Даши - девочки из семейного детского дома - к 12 годам была полна жизненных драм. В момент нашей встречи, когда девочка попала в хорошую приемную семью, ее жизнь постепенно начала налаживаться и все же прошлое давало о себе знать негативными эмоциями, ночными страхами. Я проводила коррекционные занятия вместе с другими детьми, мы, прорабатывая разные чувства, рисовали на темы наведенных (подсказанных) фантазий. Я попросила детей представить себя маленькой лодочкой, которая выходит в открытое море. "Она плывет себе по морю,

море спокойно. Но вдруг начинает дуть ветер, он дует все сильнее, поднимаются волны, они становятся все больше, захлестывая и раскачивая лодочку, свистит ветер, грохочут молнии... Продолжи историю маленькой лодочки, нарисуй ее на листе бумаги..." Ассоциировавшись с попавшей в беду лодочкой, девочка нарисовала метафоричную историю своей жизни. На первом рисунке мы видим изображение лодки, причем как бы нарисованное рукой 4-5 летнего ребенка (возрастная регрессия?). Далее - сам шторм. Во время работы с рисунком я разговариваю с ребенком, задаю вопросы, а Даша рассказывает: "Маленькой лодочке было страшно и холодно, но в море появились добрые рыбы, которые стали толкать лодочку к берегу, тут и шторм начал затихать". Она смотрела на свою картинку (добрыми рыбами, вероятно были ее приемные родители - действительно удивительные люди - в ее настоящем). Но она продолжила и нарисовала еще одну картинку, радующую своими красками - большой корабль, на котором люди танцуют ламбаду. Это было ее желаемое будущее. Интуитивно ребенок искал логического окончания своих драм и начала новой счастливой жизни. И это стало для меня подсказкой к использованию рисунков в терапии. Ведь обозначив, осознав свой драматический путь, прожив его маленькой лодочкой еще раз, и создав позитивную картинку настоящего и будущего, ребенок фактически изменил субмодальности своего опыта - в настоящем и будущем.

Я привожу здесь фрагменты работы с визуальной метафорой. Безусловно, такая работа дает хорошие результаты, но важно помнить, что это лишь один из инструментов для получения изменений. Для того, чтобы жизнь Даши по-настоящему наладилась в ее новой семье, чтобы ребенок смог преодолеть травмирующие воспоминания прошлого, необходима большая системная работа, воспитание, любовь, поддержка взрослых - ее новых родителей и воспитателей.

Говоря о работе с детьми, хотелось бы отметить, что работа с рисунком - это хороший способ для групповой коррекционной работы. Приведу еще один пример. Предстояло работать с детьми, пришедшими во второй класс к новому учителю. И так сложилось - по вине или беде учителя - что у детей этого класса было в целом негативное отношение к школе, недоверие, страхи, провалы в знаниях. Новый учитель обратился ко мне с просьбой помочь что-то сделать с этими как - будто "замороженными" детьми. И плюс к колоссальной работе учителя по возвращению доверия детей к школе, мы вместе с ними учились выражать свои чувства, писали "незаконченные предложения" (с набором "ресурсов") : "Мой самый лучший день в школе...", "Больше всего на свете я люблю..." и т.д. А также рисовали. Вот одно из занятий. В начале урока мы поговорили о том, что запомнилось им в первом классе - что понравилось и что не понравилось. Потом попросила нарисовать картинку. Очень диагностичными были эти рисунки - кто-то из ребят нарисовал класс, в котором были одни парты, без людей, кто-то - огромного учителя, повернутого спиной, и очень ма-

ленького - себя, как-то было дискомфортно от многих из них. Далее я попросила детей нарисовать то, что хотелось бы изменить им в своем отношении к школе. "Как бы хотелось тебе чувствовать себя в школе?" - такова была тема второго рисунка. Дети сосредоточенно работали. В конце урока, мы собрали "негативные" картинке в общую кучу и просто убрали их подальше. А из "позитивных" сделали выставку в классе. С помощью этого приема, мы отразили чувства, обозначили их. И нарисовали себе "счастливое школьное будущее", как в стихе: "Что нам стоит дом построить - нарисуем, будем жить!"

Визуальная метафора в работе с собой. Пожалуй, психотерапевтическая работа с собой - одна из самых трудных. Но необходимость в такой работе периодически возникает - мы анализируем происходящие с нами события, планируем, размышляем, ставим проблемы, решаем задачи. Не всегда "под рукой" хороший психотерапевт или не всегда мы к нему обращаемся. Используя визуальную метафору, можно решать такие задачи самому, обращаясь к своему подсознательному опыту.

Допустим, у вас завтра - ответственная встреча, и необходимо настроиться на нее, создать версию желаемого для вас будущего (которое во многом зависит от вашего состояния), иметь это состояние, провести важные переговоры, решить много важных дел. Накануне, когда никто и ничто не мешает, можно включить медитативную музыку - она необходима для создания особого раппорта со своей глубинной частью, и для отключения Критика, внутреннего диалога, внутренней "говорилки". Здесь, пожалуй, полезно "включать" собственного Мечтателя и отправляться в доверительное путешествие навстречу своему бессознательному. Можно взять цветные карандаши, фломастеры или цветные гелиевые ручки и начать рисовать. Процесс похож на медитацию. Вы выбираете цвета, рисуете какие-то абстрактные линии, которые как-то будто сама выводит рука, они соединяются в замысловатый рисунок, что-то заштриховываете. Есть какая-то логика в нарисованном, во время работы могут приходиться какие-то мысли, им место на бумаге - добавляете цвет или линии в рисунок - мысль превращается в знак. Потом смотрите на все это со стороны. И если вам нравится ваш рисунок (Саша Любимов называет его "сюром" - наверное, от "сюрреализма"), нравится метафора вашего желаемого состояния - и, соответственно желаемого развития событий - и, соответственно "соединиться" с ним, буквально интериоризировать, взять его вовнутрь. Если не нравится (проверка на экологию) - можно отставить в сторону, перерисовать. Такая работа позволяет создавать реальность будущего, обозначать его, а находясь в настоящем, "двигаться уже по знакомой территории", глубже проживая реальность. Рисунок становится еще и визуальным якорем.

Если не хватает собственных сил или ресурсов, их можно нарисовать, а, следовательно, иметь к ним доступ - так появится картинка "поток любви, счастья", "ресурсы Вселенной", "здоровье" или что-то, что хотелось бы добавить в собственную жизнь.

Полезность работы с визуальной метафорой заключается и в том, что она предоставляет возможность для выражения негативных чувств в социально приемлемой манере и освобождения от них (это упражнения типа "Нарисуй свой страх, гнев", "Нарисуй свои отрицательные эмоции"). Это способ безопасной разрядки. Подсознательные конфликты и внутренние переживания легче выражаются с помощью зрительных образов, чем, вербально, т.к. нет сознательной цензуры.

Визуальная метафора в случае, если человек не хочет о чем-либо говорить или не может не что выразить словами. В этих случаях легче нарисовать, а потом обсуждать нарисованное. Всегда ли человек, запрашивающий психотерапевтическую помощь, готов до конца откровенно рассказывать вам о своих "скелетах в шкафу"? Или он не может точно описать, что с ним происходит. В этих случаях можно работать без содержания. Просим человека нарисовать проблему, а потом уже ее описать.

Скажем, если у клиента проблемное отношение к кому-либо или чему-либо, можно попросить его нарисовать это "отношение" (с помощью абстрактных линий, штрихов) - как это сейчас, в настоящем. Затем рисуем "желаемое отношение". Далее, если желаемая картинка нравится, не вызывает внутреннего напряжения (проверка на экологию), то мы просим клиента "заякорить" ее, буквально поместить в тело этот ресурс. О том, что делать с "проблемной" картинкой лучше спросить у клиента - в нее вложена часть "территории" его карты и его выбор - что с ней делать - убрать в дальний ящик стола, порвать на кусочки, сжечь... Желаемую картинку лучше иметь в зоне видимости (повесить на стенку, положить в записную книжку). Эти действия также носят метафорический характер и должны приниматься внутренней экологией.

Визуальная метафора, как экономичный (с точки зрения затрат времени и сил) способ работы с клиентом, добавляющий разнообразие в инструменты психотерапевтической работы.

Подобно тому, как в математике, мы целое математическое выражение, состоящее из большого количества знаков, можем принять за некий X, также большой объем информации, который мы имеем, работая с собой или с клиентом, мы можем обозначить метафорой рисунка. Количество единиц информации, которое можно одновременно воспринять, составляет  $7 + 2$ . Решая задачи с помощью визуальной метафоры, мы можем большой информативный объем "укладывать" в  $7 + 2$ . Мы выигрываем силы и время за счет приема аналогий, плюс использование самой быстрой репрезентативной системы - визуальной, с помощью которой (субмодальности) мы кодируем информацию. И далее происходит следующее: человек рисует, потом что-то меняет в рисунке, потом меняется сам.

Работая с одной клиенткой в течение какого-то времени по поводу ее проблемных отношений в семье и убеждений о невозможности что-либо изменить, в один из сеансов, я попросила ее "нарисовать жизнь семьи в виде предметов или животных или растений, назвать их". - "Но я не умею

рисовать.”- “ Попробуй представить себя художником-примитивистом или абстракционистом...” Во время ее работы можно было наблюдать, как много она вкладывает в этот рисунок, как сосредоточенно вырисовывает животных, выражая эмоции и отношение к персонажам - в рисунок . Затем я предложила ей нарисовать картинку на тему “ Какой бы я хотела видеть свою жизнь, семью ?” Она снова задумалась и сказала: “Я хочу , чтобы все было по-другому...” и начала рисовать другую картинку “семейки животных”. После окончания работы я спросила: “Ты уверена, тебе все здесь нравится, оптимально ли это для тебя и твоего окружения?” - “Да, я уверена, теперь я знаю как мне надо жить и действовать” Второй рисунок символизировал ее новую, самостоятельную жизнь - желание, осуществление которого она не могла себе позволить до нашей совместной работы. И работа с рисунками стала “последней соломинкой, переломившей спину верблюда”, по-настоящему изменившей ее убеждения по поводу взаимоотношений с близкими.

В работе многих тренеров можно видеть работу с визуальной метафорой. В семинаре Роберта Дилтса по системному мышлению, проходившему в Московском Центре НЛП, было одно замечательное упражнение. В “пятерках” человек рассказывал о своем проблемном пространстве, и каждый участник группы должен был изобразить метафорически ( т.е. с использованием изображений предметов, явлений природы, животных и т.д.) свое понимание проблемы. В результате человек получал несколько карт- визуальных метафор своего проблемного пространства, что помогало ему более многомерно его осознать (и завершить ТОТЕ осознания самой проблемы - очертить ее границы, сформулировать, увидеть целиком). И используя эти же карты по аналогии, выбрать оптимальное решение метафорически, а затем и в переводе на собственную реальность.

\*\*\*

Мой интерес к визуальной метафоре был почерпнут из различных семинаров , в основном - в Московском Центре НЛП, группе Интегральной графики Саши Любимова, в совместной работе с гештальттерапевтом Маргарет О’Брайен (Англия) в Китежском семейном детском доме, книги Вайолетт Оклендер (“Окна в мир ребенка”, из собственной “правополушарности”, из собственного психотерапевтического опыта, и из любви к искусству. Я работала с детьми, проводила проективную рисуночную диагностику в школе (“Рисунок семьи”, “Несуществующее животное”и т.д.), многократно наблюдала поразительную связь между рисунком и реальной жизнью ребенка. Дети хорошо владеют языком рисунка, метафоры, для них рисовать - естественно, редко кто из них скажет, что не умеет

рисовать, нет внутренней цензуры - пожалуй, тем и удивителен мир детского рисунка, что, присмотревшись повнимательнее, мы сможем прочесть по нему чувства и состояние ребенка, его радости, интересы, трудности. Например, “рисунок семьи” дает настолько точную информации о структуре семьи и эмоциональной жизни ребенка, что в процессе сбора информации остается лишь уточнять увиденное. Он выделяет значимых членов семьи, старательно прорисовывая детали или выделяя их размером, у тех, к кому испытывает неприязнь, будет лишь символический контур и т.д. Дружную семью дети рисуют , построив всех в ряд или круг, и взявшись за руки , а семью, где каждый сам по себе - в комнате с перегородками. Почти всех мам- у кухонной плиты... Как правило у каждого “художника” свой стиль - с повторяющимися закономерностями - из рисунка в рисунок. Присмотревшись к рисункам и немного понаблюдав за ребенком в процессе работы, можно достаточно точно определить его мета-программный профиль (ценности, фокус сравнений, ассоциация-диссоциация, размер разбивки, позиции восприятия, мотивация, референция, время). Это также можно использовать в работе - , например, в более точной подстройке и ведении.

Подводя некоторые итоги по затронутой теме (она всего лишь затронута, на самом деле - “черепах в ней - до самого верха и до самого низа...”), можно сказать, что проблема (пока она не переведена в стадию задачи) всегда находится в том месте, где есть незавершенность каких-то процессов; нет целостного восприятия, не завершен гештальт - как скажут гештальт- психологи . Или в переводе на язык НЛП - не завершен ТОТЕ процесса. Как правило, именно в этот период к консультантам и обращаются люди. Им необходимо что-то завершить, до- понять, до- думать, осознать. И изменения во внутренней психической жизни человека происходят, а ,соответственно, и меняется что-то в его реальной жизни тогда, когда завершены “открытые ТОТЕ” . Касается ли это планирования его будущего, осмысления настоящего или завершения процессов в прошлом. Работа с визуальной метафорой позволяет обозначать незавершенные внутренние процессы, буквально видеть их, осознавать и доводить до логического завершения. Что, безусловно, ценно для психотерапии. И , помимо этого, использование визуальной метафоры способствует возникновению чувства внутреннего порядка вследствие необходимой организации формы и цвета. Усиливается ощущение собственной личностной ценности. А в качестве дополнительного положительного эффекта - получение удовольствия от созданного произведения.

## АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ И НЕОБХОДИМОСТЬ РАЗРАБОТКИ ПРОГРАММЫ ПО ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ГЕШТАЛЬТ-ПЕДАГОГИКЕ

Т.В. Нестерюк, к.п.н.

г. Дубна

Главная задача - здоровье, современное понимание здоровья и его сохранение. Необходимо, чтобы ребенок воспринимал себя как личность, как организм, что необходимо для его оздоровления. Работа должна строиться по созданию образов в труде и продуктивной деятельности, а сама трактовка образов - как оживление, как пантомима, как игровое действие, как драматизация - все это дано в комплексе может помочь ребенку выразить себя. Наша работа должна проходить на стыке нескольких наук (педагогике, психологии, философии и медицины), наибольший вес должен приобретает медицинский аспект, важно чтобы охрана здоровья вводилась в педагогику через искусство. Психотерапия, проводимая через моторику может создать благоприятные условия для общего развития ребенка. Это очень важно, потому что по-иному понимается подход к пониманию здоровья ребенка, когда мы говорим не только о сохранении и укреплении здоровья дошкольника, но и о его формировании. Представленная сегодня модель оздоровительно-развивающей работы и особенно средства игровой психомоторной гимнастики вызывают интерес и имеют огромное практическое значение.

Терапевтический момент становится уже не моментом, а основным содержанием. С одной стороны, это - проявление духа времени, с другой стороны, это - отражение сути той работы, которую я провожу в этом аспекте. Когда мы говорим об арттерапии, телесно-ориентированной терапии, об экспрессивной терапии, мы говорим об понятных вещах, но пришло время говорить о экспрессивной педагогике, телесно-ориентированной гештальт педагогике. Это не просто игра словами, за этим - определенные существенные подвижки в понимании того, что происходит в отношениях между ребенком и

взрослым, в том что происходит с самим ребенком в процессе всех этих упражнений и действий. Идея психоэмоционального или просто здорового ребенка - как идея интегрального звучания. Наши зарубежные коллеги психотерапевты называют это тотальной конгруэнтностью. Это действительно очень позитивная идея, но только в том случае, если ребенок начинает звучать как интеллектуальная инстанция, как эмоциональная инстанция, как семантическая или образная инстанция. Есть шансы сохранить свое здоровье, приумножить его.

На уровне работы со взрослыми психотерапия совершенно четко обнаруживает корреляцию между различного рода психологическими затруднениями людей и состоянием тела человека. Не случайно существует телесно-ориентированная психотерапия. Такое направление, когда к работе с телом ребенка относятся именно как к направлению психологической работы, можно обозначить как "работу с телом, как способ пробуждения и порождения смысла". Работа с телом в качестве стратегической цели имеет духовно-ценностную направленность. Работая со взрослыми, нужно действительно воспроизводить все то, что проводится с детьми, но это только одно направление. Обращаясь к "дитю взрослого человека", когда ему дается детская программа, необходимо так же работать со взрослыми и на уровне взрослой программы. Взрослого надо возвысить на несколько уровней. Необходимо программа подготовки людей, которые могли бы работать по нашей методике. Чтобы на уровне взрослого они могли бы воспринимать замыслы нашей программы: работы с телом как с самооценностью, работу с личностными смыслами, с духовными образованиями - это направление может проложить свой путь.

## ИГРОВАЯ ПСИХОГИМНАСТИКА КАК ФОРМА ОЗДОРОВИТЕЛЬНО-РАЗВИВАЮЩЕЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Т.В. Нестерюк, к.п.н.

г. Дубна

В условиях современной природно - и социально-экологической ситуации комплексная проблема состояния здоровья детей дошкольного возраста приобретает глобальный характер.

Снижение уровня жизни, падение качества медицинского обслуживания, социальные потрясения ведут к росту заболеваемости народов России. Основной группой риска являются дети дошкольного возраста

Возможный выход из создавшегося положения состоит в радикальной гуманитаризации всей проблематики психического и физического здоровья современного ребенка-дошкольника, в разработке соответствующих методов научного анализа и способов проектирования условий детского разви-

тия. Только исходя из этого может быть намечен комплекс эффективных лечебно-профилактических мер, создана система надежных средств коррекции психофизического развития на протяжении всего дошкольного детства.

Образовательно-коррекционные средства должны стать средствами медико-педагогического и психологического воздействия, расширения и обогащения перспективы развития психосоматических возможностей ребенка. Этот результат может заключаться в том, что эффект отдельной оздоровительной меры закрепляется в виде "устойчивого, константного, целостного психосоматического состояния, которое далее может воспроизводиться в режиме саморазвития.



Одной из форм оздоровительной работы с детьми может стать специально организованная двигательная активность ребенка, стержнем которой является психологическое проектирование психосоматических возможностей ребенка

На «стыке» психологии и медицины сложилось специальное полидисциплинарное направление - психосоматика, которое ставит своей задачей раскрытие неразрывной связи психического и физического и механизмов влияния этой связи на общее состояние организма человека. Учитывая же динамичность, пластичность, лабильность психофизической организации ребенка, можно допустить, что в детском возрасте это влияние может быть выражено более сильно.

Источником позитивной психосоматической целостности в дошкольном возрасте является особый тип моторики ребенка. Он характеризуется осмысленностью, управляемостью (А.В.Запорожец), эмоциональной насыщенностью (включая высокий уровень эмоциональной регуляции). Это определяется внутренней связью данного типа моторики с творческим воображением как универсальной психической способностью (Э.В.Ильенков, В.В.Давыдов, В.Т.Кудрявцев) и центральным психологическим новообразованием дошкольного детства. Его культивирование в работе с дошкольниками может способствовать достижению устойчивых оздоровительно-развивающих эффектов.

Среди многообразных форм физического воспитания и оздоровления детей дошкольного возраста психогимнастика (прежде всего - психомоторная гимнастика), основанная на развитии умения управлять своим воображением, является одним из самых эффективных и универсальных средств физического воспитания дошкольника. Систематическое применение психогимнастики позволяет комплексно и целенаправленно решать самый широкий спектр воспитательных задач в сфере не только двигательного, но также умственного, нравственного и эстетического развития ребенка.

Внутренним основанием единства психическо-

го и соматического в процессе оздоровительно-развивающей работы с дошкольниками выступает творческая деятельность ребенка, которая протекает в рамках его эмоционально насыщенного контакта со взрослым (педагогом) и другими детьми.

Одним из путей достижения позитивных психосоматических эффектов оздоровительно-развивающей работы является использование средств игровой психогимнастики, направленной на развитие творческого воображения детей как универсальной психической способности ребенка. Это развитие осуществляется в рамках особых форм двигательной активности, где перед ребенком возникает задача «вхождения в образ».

Благодаря специальной организации работы педагога с детьми развивающееся воображение влияет на целостное психосоматическое состояние ребенка, способствует достижению устойчивых оздоровительных эффектов. Исходя из этого психогимнастические средства развития воображения включаются в структуру оздоровительной работы, что приводит к ее существенной внутренней перестройке. Такое включение способствует: развитию произвольности, осмысленности и эмоциональной регуляции движений; овладению доступными умениями самокоррекции психосоматического состояния, включая необыденные способы «самоврачевания», в чем выражается первоначальная тенденция детей к самосовершенствованию; формированию способности к содействию и сопереживанию ближним.

На этой основе может быть создана целостная модель оздоровительно-развивающей работы в ДООУ.

Реализация указанной модели в педагогическом процессе ДООУ может привести к положительным сдвигам в общем состоянии здоровья дошкольников, их физическом и психическом развитии. В равной степени это касается как здоровых, так и ослабленных детей.

Исследование продемонстрировало необходимость существенной корректировки программы по физическому воспитанию, принятой в ДООУ.

## СУБЪЕКТИВНЫЙ ТЕЛЕСНЫЙ ОПЫТ В ПСИХИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ

Е.М.Райзман

Томск

Представление о невротических телесных симптомах как результате вытеснения имплицитно подразумевает, что психодинамические гипотезы основываются на экономическом аспекте метапсихологии.

При всем разнообразии точек зрения, в современном психоанализе существует определенное единство мнений о том, что экономические аспекты метапсихологии имеют ограниченные возможности в качестве основы для психодинамических гипотез (Х.Томэ, Х.Кэхеле, 1996). Экономические построения следует скорее понимать как метафоры, чем как описание неких психофизиологических процессов

С другой стороны, взгляд на телесные феномены просто как на часть невербального поведения и как на область экспрессии и символизации, подчиняющуюся первичному процессу, также недостаточен. Подобный подход не учитывает специфичность такого феномена, как переживание телесности, сложную структуру того, что вслед за Ясперсом можно назвать сознанием телесности или телесным самосознанием.

Целесообразно рассмотреть различные телесные переживания в аналитическом процессе в контексте сознания телесности. Это подразумевает взгляд на телесные феномены не как на атомарные события, а как на относительно самостоятельную и

внутренне организованную и целостную сферу субъективного опыта, сопоставимую, например, с аффективной или инстинктивной сферой.

Ниже будут проанализированы некоторые из возможных вариантов презентации телесности в процессе терапии.

Ряд наблюдений в индивидуальной психоаналитической терапии и группаналитической терапии позволил описать часто повторяющуюся последовательность событий. Речь идет о ситуациях, когда поводом для обращения за психотерапевтической помощью были массивные соматоформные симптомы. Телесные жалобы на неприятные ощущения и нарушение телесных функций были ярко представлены в начальном интервью. После начала терапии, в течение определенного (иногда достаточно длительного) периода соматические жалобы не представлялись спонтанно во время сеансов.

Таким образом, можно предположить, что динамика телесных ощущений в значительной степени была обусловлена ситуацией аналитического процесса. Аналитическая ситуация задает новые условия и параметры переживания телесности. Эти новые условия оказываются, в какой-то момент, более важными, чем бессознательные конstellации, порождавшие телесные феномены.

Рассмотрим ситуацию с точки зрения структуры телесного самосознания. Область телесного до начала терапии являлась источником дискурса субъективности.

Во-первых, субъективность, описанная в терминах боли, ощущений, телесных феноменов, перестает быть невыразимой, а разговор о ней становится безопасным. Во-вторых, язык, описывающий тело, легитимен в социальном смысле. Существует социальная санкция на сообщение о своей субъективности в телесных терминах.

Очевидно, что в возникновении телесных симптомов у описываемых пациентов принципиальное значение имеют механизмы вытеснения, чувство вины, аутоагрессия и т.д. Возвращение телесных симптомов в терапевтическую ситуацию на более поздних этапах позволяло интерпретировать их символическое значение.

Но все это плохо объясняет исчезновение телесного материала из терапии на начальном этапе (на фоне формирования позитивного переноса и рабочего альянса). Телесность перестает быть способом презентации “Я”. На фоне регресса и развития переноса с повторением инфантильных структур отношений, происходит как бы временная десоматизация.

Полученные данные позволяют придти к следующим выводам. Регресс ослабляет давление на Эго со снижением требований Эго-контроля за интегрированностью и идентичностью. Эти параметры (структурированность Эго) поддерживаются системой языкового описания. Причем, в данном случае, речь идет о языке конвенциональном, социальном, определяемом вторичным процессом. Телесные симптомы и жалобы обеспечивают этот язык, структурирующий Эго.

Регресс в аналитической ситуации в условиях

хорошего рабочего альянса и неглубокого позитивного переноса позволяет это “расслабиться”, стать менее интегрированным, ослабить контроль за своими границами. Как ни парадоксально, это делает ненужной соматизацию в качестве интегрирующего дискурса.

Объектом подобного анализа может быть другая, постоянно возникающая в аналитическом процессе, ситуация. Речь идет о кратковременных, проходящих, интенсивных телесных ощущениях, имеющих характер симптомов вегетативного возбуждения (жар, дрожь, потливость, гиперемия) и/или конверсионного расстройства (удушье, онемение и т.п.).

В большинстве случаев появление подобных телесных ощущений связано с возникновением фантазий об аналитике. Эти фантазии обычно хорошо осознаются и имеют эротическое или агрессивное содержание и сопровождаются страхом перед аналитиком. Они часто конкретны и связаны с представлениями о совершении определенных действий (оскорбить аналитика, дотронуться до него, испачкать и т.п.).

Возможна следующая интерпретация описанной ситуации. Телесный симптом возникает не как элемент эмоциональной реакции на инсайт или осознание своих фантазий, а как событие, предшествующее высказыванию этих фантазий. Особенно ярко это проявляется в группе. Высказывание подобных фантазий об аналитике представляет собой некое нарушение конвенциональности, выражает стремление к сокращению дистанции с аналитиком, является вызовом, провокацией, агрессивным актом и сопровождается смущением и страхом.

С точки зрения телесного самосознания телесные переживания в структуре “Я” выходят в этот момент на первый план. “Я” переживается погруженным в неясные, плохо контролируемые телесные события. Структура такого состояния может быть связана с хорошо известными интерперсональными и социальными контекстами: человек находящийся во власти телесного недуга имеет право не контролировать в полной мере аффекты, мысли и высказывания.

Таким образом, использование концепций телесного самосознания и субъективного телесного опыта при анализе динамики телесных ощущений в аналитическом процессе, позволяет сформулировать следующие выводы.

1. Происхождение телесного симптома может быть связано как с регрессом, так и с сопротивлением регрессу.

“Язык тела”, служащий свидетельством ресоматизации, говорит о регрессе к довербальным способам экспрессии, к инфантильным структурам нерасчлененности психического и соматического

“Язык описания тела” имеет другое значение. Телесный симптом дает возможность воспользоваться вербальной системой коммуникации, имеющей определенные признаки. Эта вербальная система предельно конвенциональна, вводит субъективность в социальный контекст и легитимизирует ее. “Язык описания тела” рационалистичен, подчинен вторичному процессу, противостоит регрессивным

тенденциями и связан с системой Эго-защит.

Таким образом, телесный симптом может породиться не только ресоматизацией, но и, как ни парадоксально, десоматизационными процессами, обеспечивая вербальные способы экспрессии, коммуникации и социализации.

2. Одной из функций телесного симптома, возникающего в процессе терапии является облегчение инсайта и его высказывания. Бессознательный материал, становясь доступным осознанию или уже частично осознанным, порождает тревогу и сопротивление, в результате которого инсайт может быть не высказан и снова подвергнут вытеснению.

Возникновение телесного симптома в такой ситуации свидетельствует о сдвиге в структуре самосознания. Телесное самосознание выходит на первый план и обеспечивает следующие эффекты:

- Меньшая ясность и контролируемость телесного самосознания снижают степень ответственности

за аффекты и высказывания. Это соответствует социальным моделям “снисходительности” к поведению человека, охваченного телесным страданием.

- Телесный симптом инициирует вопрос о происходящем со стороны Другого. Таким образом, сообщение о субъективности не требует инициативы, а выступает как “вынужденный” ответ на вопрос, за который говорящий не несет ответственности.

Таким образом, вызывающий смущение инсайт (чаще всего связанный с переносом) может быть высказан, так как пациент не является ответственным за его инициирование и находится в состоянии, позволяющем “не отвечать за свои слова”. И то и другое обеспечивается преобразованием субъективного телесного опыта, включая не только сам симптом, но и его социальные коннотации.

## ЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ СИСТЕМНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ СТОЙКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ ЛИЧНОСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ КАТАСТРОФЫ

М.М. Трофимова

Москва

Мультимодальная системная психотерапия (мультимодальная от лат. *multum* - много и лат. *modulus* – мера, образец) – это направление психотерапии, сочетающее в себе множество современных методов и школ и имеющее системный подход к избирательному применению психотерапевтических методик.

Данное направление является специфичным для России. Западные психотерапевты придерживаются строго одной модальности: получая образование в области данного метода или школы, применяют только его теоретические представления, технологии и техники воздействия (2). В России психотерапия изначально зарождалась как симбиотическая наука. Еще В.М. Бехтерев, основоположник русской групповой психотерапии, разработал в начале XX в. триаду, заключающуюся в применении рациональной терапии, гипноза и обучении пациентов формулам самовнушения (3). Применение в работе с пациентом сразу нескольких методов психотерапии именуется эклектизмом. Выделяют три этапа развития эклектизма в России:

I этап – *эkleктический подход* – применение отрывочных теоретических представлений, концепций, техник и технологий из различных методов и школ психотерапии, имеющихся у специалистов с максимальным использованием их на практике, что связано с существовавшими сложностями в приобретении иностранной литературы и изучении мировой психотерапии;

II этап – *синтетический подход* – применение определенных теоретических представлений и методик практического воздействия, выбранных из огромного количества существующих методов и школ, ставших доступными для российских специалистов после перестройки;

III этап – *системный подход* - зарождение и развитие мультимодальной системной психотерапии, где существует система применения теории и технологий, взятых из различных методов, заключающаяся в использовании теоретических представлений и методик практического воздействия одного, тщательно изученного метода как основного в терапии и дополняемая выжимками из других (2).

Ниже приводится история болезни пациентки в лечении которой была применена мультимодальная системная психотерапия.

**Большая У.**, 36 лет, инженер, обратилась с жалобами на нарушения сна, проявляющиеся в затруднении засыпания и частом пробуждении, на чувство нервозности, вспышки раздражительности, сопровождающиеся сердцебиением, сухостью во рту, возникающие при подозрениях на измену мужа.

Анамнез жизни и заболевания. Родилась от II беременности, II родов в срок. Имеет старшую сестру, разница в возрасте 6 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Воспитывалась в полной, благополучной семье. Мать – домохозяйка. Отец – водитель. Воспитанием дочерей занималась мать, эмоционально несколько холодная женщина. Отец основное время проводил на работе, дома появлялся поздно вечером, детям внимания уделял мало.

Посещала детский сад. Взаимоотношения с детьми и воспитателями были равные. Отмечает, что в период с 4,5 до 6 лет в группе существовало наказание: расшалившихся во время тихого часа детей, раздевали до гола и ставили на подоконник на всеобщее обозрение. Наказанию подвергались мальчики. Девочки напуганные предупреждением вели себя тихо. Пациентка отмечает существовав-

ший интерес к созерцанию голых мальчиков и страх оказаться на “позорном месте”.

Взаимоотношения с сестрой Л. В преддошкольные и дошкольные годы были дружеские. С момента вступления Л. в период пубертата, отношения между сестрами ухудшились, что пациентка объясняет некоторой заносчивостью старшей сестры, не желавшей брать У. на вечерние прогулки с подругами.

В школу У. поступила в 7 лет. Успеваемость хорошая. Была общительной. В третьем классе завидовала девочке, которую выделяла пионервожатая. Хотелось быть на ее месте. Успешно окончив школу, поступила в институт. В конце II курса, в возрасте 19,5 лет появилось беспокойство по поводу отсутствия семейного счастья. Это был период свадеб среди однокурсников. Все попытки У. завязать знакомство с молодым человеком заканчивались 1-2 встречами.

Летом У. познакомилась с парнем. На первом свидании в лесу парень силой принудил пациентку к интимной близости. От дальнейших контактов с ним отказалась. Осенью, когда ей было 20 лет, появилась близкая подруга Р, с которой вместе ходили на вечеринки. В 22 года встретила К., своего будущего мужа. Отношения с ним были серьезные. Проводила его в армию, ждала, регулярно писала письма, общалась с его матерью. Подруга негативно относилась к их дружбе, считала К. легкомысленным парнем.

После окончания института устроилась на хорошо оплачиваемую работу. Встретив вернувшегося из армии К., пациентка продолжила встречаться с ним. У подруги также был парень. Решили сыграть свадьбу в один день. За 1 месяц до бракосочетания Р. попала в автокатастрофу на глазах у нашей пациентки и через несколько часов Р. умерла.

У. тяжело переживала смерть подруги. Видела ее во сне живой, здоровой и умирающей, после чего просыпалась раздражительной, вспыльчивой. Снизилась концентрация внимания. Нарушился сон: затруднение засыпания и частые пробуждения. Надеялась, что после свадьбы самочувствие восстановится. Бракосочетание состоялось в запланированный день. Семейная жизнь не улучшила состояние пациентки. У. Обратилась к психиатру. Назначено лечение: амитриптилин. Эффекта не было. В связи с появлением побочных явлений: нарушением мочеиспускания, сухости во рту, самостоятельно отменила препарат. Состояние нормализовалось через 5 месяцев от момента автокатастрофы когда, переехав на новую квартиру, подружилась с соседкой.

Через полтора года приревновав мужа к вышеуказанной соседке и обвинив его в измене, развелась с ним и вступила в интимные отношения с сотрудником, который давно симпатизировал ей. В связи с грубым поведением партнера в сексе, вскоре рассталась с ним. Вновь в сновидениях стала видеть умершую подругу, которая успокаивала ее, давала советы. Стала вспоминать автокатастрофу и последние часы жизни подруги. Тосковала о ней, думала о ее негативном отношении к К. Появилась

тревожность, раздражительность, затруднение концентрировать внимание, нарушился процесс засыпания. Через некоторое время сошлась с К., вновь зарегистрировали брак. Самочувствие восстановилось.

В последствии муж, со слов пациентки, неоднократно изменял ей. Заподозрив измену У. становилась раздражительной, возникали вспышки гнева, сопровождавшиеся сердцебиением, сухостью во рту, нарушался процесс засыпания, снилась умершая подруга и вспоминалась ее смерть. Устав от измен мужа и своего нервного состояния, обратилась к психотерапевту.

Неврологический статус. Признаков органического поражения головного мозга не выявлено.

Психическое состояние. Правильно ориентирована во времени, месте, собственной личности. В беседу вступает охотно. Многословно, подробно рассказывает о своих переживаниях, сложившейся ситуации в семье. Фон настроения снижен. Свое состояние связывает с неудачным замужеством. Резко критична ко всем мужчинам. Интеллект сохранен.

Диагноз клинический: Стойкие изменения личности после переживания катастрофы (F 62.0 по МКБ-10).

Сопутствующий: Эндометриоз.

Лечение. Мультимодальная системная психотерапия данной пациентки состояла из следующих методов:

1. Трансактный анализ (ТА) – основной метод терапии.
2. Нейролингвистическое программирование (НЛП) – были применены техника присоединения и “линия времени”, целью которой были выявление вытесненных стрессовых ситуаций и оказание быстройдействующей психотерапевтической помощи.
3. Гипносуггестивное воздействие для снижения возбуждения и нервозности.
4. Обучение релаксации и самовнушению по Куэ.
5. Терапия творческим самовыражением с целью ознакомления с характерами людей и способов реализации себя в творчестве в соответствии со своим радикалом.
6. Рациональная терапия – разъяснение клинических симптомов с преподаванием элементов психиатрии.
7. Элементы психоанализа, а именно анализ сновидений для выявления вытесненных желаний.
8. Символдрама – проработка некоторых моментов на бессознательном уровне.

Первоначально был сформулирован контракт на выявление цели лечения (ТА). Пациентка четко определила, что хочет избавиться от нервозности, вспышек раздражительности, сопровождающихся сердцебиением, сухостью во рту, нарушения сна. Предполагаемое время лечения – 2 месяца.

Затем была проведена работа с линией времени (НЛП). В начале работы линия времени вырисовывалась как клубок спутанных ниток. Была применена техника хождения по линии времени и последняя определилась как спираль. Во время хожде-

ния по воображаемой спирали, пациентка ярко почувствовала каждый период своей жизни. Отмечалась умеренная тревожность в возрасте с 4,5 до 6 лет (наказание детей в детском саду за непослушание), с 19,5 лет до 21 года (беспокойство, что останется не замужем) и сильно выраженную тревожность с 25 до 30 лет, умеренную тревожность с 30 лет до настоящего времени (Рис. 1).

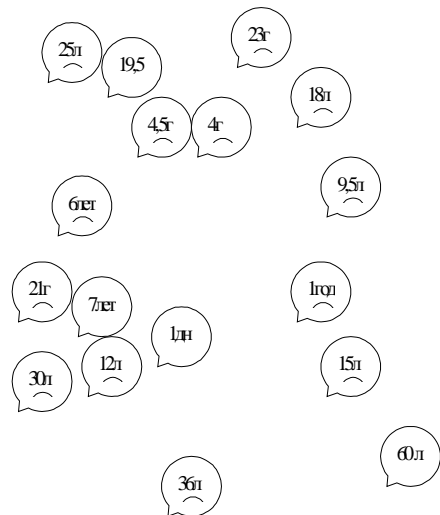


Рис.1 Линия времени

Затем пациентке было предложено представить объемно линию времени. Прошлое выглядело как перевернутая воронка, покрытая полосой папиросной серой бумаги, ширина которой 30 см. Над прошлым она представила будущее в виде воронки цвета кофе с молоком. Т. о. линия времени в пространстве выглядела как песочные часы, где будущее располагалось в верхней части, а прошлое в нижней. Проведена коррекция линии времени с распределением ее впереди пациентки таким образом, что она увидела и прошлое, и будущее. Прошлое теперь представилось слева в виде алюминиевой пластинки, шириной 30 см, будущее – справа в виде желтой пластмассовой полосы, шириной 30 см (Рис.2) Через 2 дня контроль – линия времени в том же скоррегированном состоянии, менять ее не хотелось.

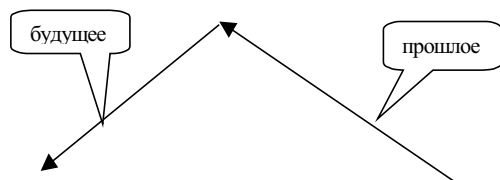


Рис. 2 Коррекция линии времени

Итак, при работе с линией времени был дополнен анамнез: пациентка вспомнила ранние тревожные ситуации (наказание детей в детском саду обнажением гениталиев, беспокойство по поводу одиночества в период массовых свадеб) и была подтверждена связь тревожного состояния с психотравмой (автокатастрофой, вызвавшей смерть подруги).

Вся дальнейшая работа шла в русле транзактного анализа и дополнялась вспомогательными тех-

нологиями из других методов психотерапии.

**Транзактный анализ.** Были исследованы эго-состояния. Пациентка основное время находилась в позиции Критикующего родителя, детское эго-состояние было исключенным. Родительское эго-состояние проявлялось не вербально в снисходительной улыбке, поджатых губах, сложенных на груди руках, грозном виде и вербально в выражениях “муж обязан”, “муж должен”, “глупый”, “я всегда знаю, как правильно поступить”.

**Экзистенциальная позиция.** При изучении данного раздела транзактного анализа, пациентка определила, что находится в позиции “Я +, ты +” или “Я – благополучна, Вы – благополучны”, а муж в позиции “Я +, ты -”, о чем она с радостью ему сообщила. Выполнив домашнее задание: определение в течение суток своей позиции в разных ситуациях, пациентка обнаружила, что чаще находится в позиции “Я +, ты -”. Данную позицию также подтверждали ощущение собственного превосходства над мужем (“он думает, что хозяин в доме, а в действительности все решения принимаю я”), над подругами (“она готова прыгнуть в постель к первому встречному мужчине, но они от нее шарахаются”; “ношу в сумочке презерватив на всякий случай, сама я ни за что не соглашусь, но вдруг кто изнасилует, от мужиков отбоя нет”), над сотрудниками (“она профессионально работает, но до сих пор не нашла себе мужчину”; “он глуп, думает медленно и постоянно делает ошибки, а я всегда работаю быстро и грамотно”).

**Рэкетные чувства.** Узнав, что истинными, аутентичными чувствами являются страх, печаль, радость, гнев, а ревность – рэкетное, пациентка увидела свой рэкет в виде слоеного пирога:

3 этаж – ревность

2 этаж – страх

**1 этаж – радость**

Т. о. при обнаружении, что мужем интересуются другие женщины, возникало аутентичное чувство радости, так как подтверждалось ее мнение, что супруг привлекательный и сексуальный мужчина, которого желает заполучить каждая женщина. То же чувство она испытывала в детстве, когда видела как нравится женщинам ее отец. Так как мать наказывала ее за неуместную радость и говорила, что чужая тетя может увести отца, чувство заменялось рэкетным страхом, что также не поощрялось родителями. Проявление ревности щедро вознаграждалось позитивными поглаживаниями, как матерью, так и отцом, что она заучила и ярко демонстрирует, став взрослой. Когда У. не удается получить поглаживания в ответ на рэкетную ревность, она добывает их путем ухода в психосоматические расстройства – нарушение сна, нервозность, сопровождающаяся сердцебиением и сухостью во рту, заболеванием верхних дыхательных путей и гинекологической патологией.

Увидев происхождение своих патологических симптомов, пациентка воскликнула: “Из-за такого человека, как мой муж, я страдаю, да еще и болею!!! Слишком много для него одного”. Сразу нормализовался сон, прошли вспышки раздражительности,

сопровождающиеся вегетативными реакциями. В сновидении попросилась с подругой: умершая Р. попросила оставить ее в покое, на глазах начала рассыпаться и в таком виде удалилась за горизонт. Одновременно пациентка бросила курить (параллельно велась работа с второстепенной проблемой – табакокурением).

Игра. “Попался, сукин сын!”

Тезис. У. знакомится с незамужней или разведенной женщиной, имеющей привлекательную внешность. Рассказывает ей о некоторых приятных интимных подробностях и о том, как легок муж на измены. Приглашает подругу домой, в случае отказа заманивает просьбой о помощи в быту, ссылаясь на собственное нездоровье. Щедро угощает и поит крепкими алкогольными напитками. Показывает обиду, если женщина пьет мало. Гостя, как правило, напивается так, что не в состоянии идти домой. Хозяйка начинает демонстрировать ревность и указывать мужу на совращающие вид и поведение подруги: короткая юбка, яркая губная помада, частый смех при разговоре с ним, а так же невзначай бросает фразу о сексуальной жажде гостя. Затем У. уговаривает гостью остаться ночевать, ради ее безопасности, так как недавно в их местности был замечен маньяк. Укладывает пьяную подругу в двуспальную кровать, где вдвоем прекрасно помещаются. В три часа ночи хозяйка дома просыпается от возни и видит картину сексуальной измены. Она возмущенно кричит на обоих, одевается и уходит из дома. Муж предполагает, что она направилась к одной из своих подруг. У. тем временем оказывается в квартире нового сотрудника, который явно заинтересован ею. Вступает с ним в интимную близость, забывая о презервативе в сумочке. На следующий день возвращается к супругу и устраивает скандал. Муж, стоя на коленях, вымаливает прощения, дарит дорогой подарок, оказывает помощь по хозяйству. У. великодушно прощает его и награждает половой близостью, которая является большой редкостью в их отношениях, несмотря на постоянную готовность К. Через некоторое время пациентка посещает гинеколога и обнаруживает очередное венерическое заболевание. На мужа обрушивается лавина гнева, так как источником инфекции может быть только его новая сексуальная партнерша. Муж в свою очередь изливает гнев на недавнюю гостью, вновь добивается прощения у жены. Пациентка открыто видится с новым сексуальным партнером, который становится другом семьи.

Вот как анализирует данную игру Эрик Берн (1).

“Тезис. Попался, сукин сын!”

Цель. Оправдание.

Роли. Жертва, Агрессор.

Динамика. Гнев ревности.

Социальная парадигма. **Взрослый – Взрослый.**

**Взрослый:** “Смотри, что ты наделал”.

**Взрослый:** “Теперь, когда ты привлекла к этому мое внимание, я вижу, что ты права”.

Психологическая парадигма. **Родитель – Ребенок.**

**Родитель:** “Я все время слежу за тобой и жду, когда ты ошибешься”.

**Ребенок:** “На этот раз ты меня поймала”.

**Родитель:** “Да, и на этот раз ты почувствуешь всю силу моего гнева”.

Ходы: 1. Провокация – обвинение.

2. Защита – обвинение.

3. Защита – наказание.

Вознаграждения.

1. Внутреннее психологическое – оправдание гнева.

2. Внешнее психологическое – возможность избегать собственных недостатков.

3. Внутреннее социальное – Попался, сукин сын!

4. Внешнее социальное – они всегда готовы поймать тебя.

5. Биологическое – обмен гневными транзакциями, обычно между людьми одного пола.

6. Экзистенциальное – людям нельзя доверять”.

Родительские приказания:

- “не будь близкой” (половая холодность, как следствие прохладного отношения обоих родителей);

- “не доверяй” (“нельзя доверять мужу, он всегда готов изменить тебе”);

- “не будь ребенком” (“не играй с отцом, с ним могу играть только я”).

Драйвер: “Будь лучше”, что видно по следующим признакам:

- речь наполнена вводными словами;

- тон голоса ровный: не высокий, не низкий;

- выражение лица – глаза в момент паузы направлены в одну точку и рот напряжен;

- жесты – рука подпирает подбородок или щеку в традиционной манере “мыслителя”.

Сценарий: “Пока не...” (“Я не могу наслаждаться интимной близостью, пока не удостоверюсь в том, что муж не изменит мне ни при каких обстоятельствах”).

Сценарное решение: “Сделать так, чтобы муж принадлежал только мне”.

Реализация проявляется в частых сновидениях: пациентка сообщает мужу, что разводится с ним и выходит замуж за другого. Супруг удивляется и тихо уходит из дома. Входит новый муж. Ложатся на брачное ложе. Она с нетерпением: “Пора уже приступить к супружеским обязанностям”. Он откидывает простынь и показывает кастрированную генитальную область.

Для лучшего видения сценарной игры, необходимо представить мужа с позиции трансактного анализа (пациентка устроила три незапланированные встречи с ним).

Преобладающее эго-состояние – Бунтующий Адаптивный Ребенок; экзистенциальная позиция “Я -, ты +” (восхищение умом своей жены, принижение своего интеллекта; восхваление женщины, как сексуального объекта и хозяйки дома, принижение мужской значимости в интимных и семейных отношениях). Рэкетный слоеный пирог:

4 этаж обида

3 этаж печаль

2 этаж гнев

**1 этаж страх**

Игра “Пни меня” (провокация на коллективную

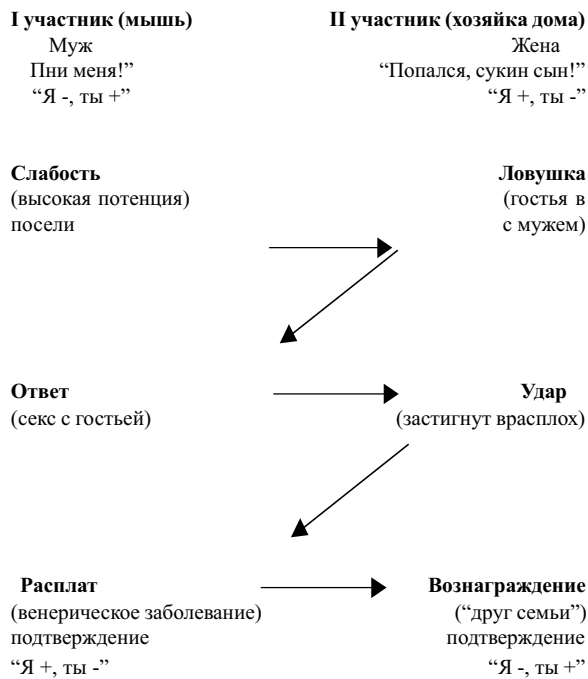
и индивидуальную критику).

Родительские приказания: “не доверяй”, “не рasti”, “не будь самим собой”.

Контрприказания: “Будь сильным!” и “Спеши”. Сценарий “Всегда”.

Т. о. супруги полностью подошли друг другу для исполнения своих сценарных игр. Наглядно их совместную игру можно представить, как игру “Мышеловка”:

#### Игра “Мышеловка”



Т. о. игра была раскрыта, контракт на цель лечения выполнен в срок.

В процессотерапии у пациентки периодически

возникало сопротивление и негативный перенос к терапевту. В таких случаях применялись другие методы психотерапии. Успокаивающее действие оказывали сеансы гипноза. Самовнушение по Куэ снижало беспокойство и появлялась вера в свои силы. Благодаря терапии творческим самовыражением, пациентка стала творчески использовать время отдыха. Рациональная терапия была необходима при работе с психотравмой, для изменения отношения к ней, при изучении имеющихся клинических симптомов и в лечении никотиновой зависимости. Психоанализ применялся в работе со сновидениями. С помощью символдрамы прорабатывалась на бессознательном уровне фригидность.

В заключение хотелось обратить внимание на преимущество мультимодальной системной психотерапии по сравнению с работой в одной модальности. Сочетание нескольких методов позволяет обойти сопротивление пациента путем отвлечения его внимания другой технологией, обратиться поочередно к сознанию, к ближайшему бессознательному и к глубинному, и научить накапливать и использовать энергетические ресурсы.

#### Литература.

1. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. Екатеринбург: ЛИТУР, 2000, с. 71.
2. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000, с. 21, 30, 49-51.
3. Руководство по психотерапии. / Под ред. В.Е. Рожнова. – 3-е изд., доп. И перераб. – Т.: Медицина, 1985, с. 25.

### ИЗ ОТЧЕТА О РАБОТЕ ВРАЧА-ПСИХОТЕРАПЕВТА ПСИХНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА № 20 ЮГО-ВОСТОЧНОГО ОКРУГА г. МОСКВЫ ЗА 1996-1998 г.г.

А.А.Бурно

г. Москва

#### Раздел IV

##### Лечебная работа

В своей работе пользуюсь следующими специальными методиками: рациональная психотерапия, гипнотерапия, внушение в бодрствующем состоянии, аутогенная тренировка, терапия творческим самовыражением.

Рабочий день строится так, чтобы в первые часы приема принять первичных больных. На прием первичных больных отводится от 30-45 минут до 1 часа (знакомство с анамнестическими сведениями, с проявлениями заболевания, с окружением больного, с его интересами). В первую встречу с пациентом намечается план лечения, по необходимости назначаются дополнительные обследования.

Гипнотические сеансы проводятся 2 раза в неделю в утренние часы, 1 раз в неделю - для группы больных пожилого возраста. На гипнотические сеансы направляются пациенты чаще с астено-депрес-

сивными, астено-невротическими, тревожными состояниями различной этиологии, с дистимическими расстройствами настроения в рамках вялотекущей невротоподобной шизофрении или в рамках циклотимии. Гипнотические сеансы чаще групповые (в группе от 2-4 чел. до 10-12 чел.). Перед первым сеансом проводится разъяснительная беседа о том, что такое гипноз, о врачебном внушении. Во время гипнотического сеанса проводится мотивированное внушение приблизительно следующего содержания: «...в этом состоянии лечебного отдыха оживляются защитные, природные силы самого организма, в кровь выливаются самые лучшие лекарства, лекарства самого организма, они успокаивают, снимают тревогу, выравнивают настроение..., легче, светлее становится на душе, ... набираетесь душевных сил, бодрости, уверенности в себе...»

Гипнотические сеансы хорошо смягчают тревогу, успокаивают тревожно-депрессивных пациентов.

Занятия по аутогенной тренировке проводятся в небольших группах (2-4-6 человек). Аутогенная тренировка проводится по классической методике И.Шульца. В предварительных беседах пациентам рассказывается в доступной форме о явлениях внушения и самовнушения, показывается опыт с маятником, рассказывается о строении нервной системы, о взаимосвязи эмоциональных проявлений и состояния мышечной системы, о возможностях аутогенной тренировки. Далее пациентами изучается в определенной последовательности 6 упражнений АТ. На изучение каждого упражнения отводится 1-2 недели. В конце курса обучения вместе с пациентом составляется формула самовнушения в зависимости от клинической картины заболевания.

АТ хорошо и быстро овладевают пациенты циклотимического склада. Пациенты с вялотекущим эндогенным процессом часто останавливаются на первых двух упражнениях, но и это хорошо им помогает справиться с охватившей тревогой, с состояниями вялости, апатии.

Больше всего в своей работе использую метод терапии творческим самовыражением, предложенный Бурно М.Е. ТТС как клиническая терапия творчеством показана пациентам и здоровым людям с душевными трудностями, напряженным тягостным переживанием своей неполноценности (дефензивностью).

Задача терапии творческим самовыражением состоит в том, чтобы помочь пациентам, страдающим депрессивными расстройствами настроения, тревогой, переживанием своей неполноценности, прочувствовать, изучить, осознать в беседах с психотерапевтом и в разнообразных творческих занятиях в группе и дома свои ценности, силу своей слабости как человека определенного склада, обрести творческий стиль жизни, свою, соответствующую творческим особенностям общественно-полезную дорогу, идти по ней в более или менее стойкой ремиссии (если это малопрогрессирующий дефензивно-шизофренический процесс) или в компенсации (если это психопатия с дефензивностью).

Терапия творческим самовыражением основывается на известных положениях: 1) познай самого себя, 2) познай других, чтобы согласиться с тем, что для каждого своё, 3) обрети себя в творческом самовыражении. Но это своё понимается в смысле конкретного характерологического радикала, душевного расстройства определенной структуры.

В течение последних 3-х лет, как и раньше, работаю постоянно с 2-мя группами пациентов (группами творческого самовыражения). Группы открытые, в них входят от 6-8 до 12 человек.

В «молодежной» группе (8-12 человек) занимаются пациенты от 20 до 40 лет (8 женщин, 4 мужчин). По нозологии распределились следующим образом: 7 человек с вялотекущей неврозоподобной шизофренией, 1 человек с циклотимией, 2 человека с шизоидной психопатией, 1 человек с психастенической психопатией, 1 человек с органическим поражением центральной нервной системы.

3 человека из этой группы имеют II гр. инвалидности, 1 человек III гр. инвалидности.

Групповые занятия с этой группой проводятся 1 раз в неделю в течение 1,5 часов в уютной обстановке психотерапевтического кабинета.

На первых занятиях в группе в доступной форме пациентам рассказывается о навязчивостях, страхах, болезненных сомнениях, тревожной мнительности, болезненной застенчивости, об ипохондрических и депрессивных расстройствах. Обсуждаются проявления этих расстройств у участников группы, способы психологической защиты, приемы смягчения их.

В уютной лечебной обстановке с чаем, с музыкой, свечами на многих занятиях изучаются характерологические радикалы, характерологические особенности, особенности творчества известных художников, поэтов, писателей, музыкантов. Пациенты учатся как бы примеривать свое мироощущение, свое видение мира к мироощущению художника как человека с определенным характерологическим радикалом, с определенными душевными особенностями (Так ли я вижу мир? На кого больше похож характером? Как бы я сам рисовал, если б умел? Всё прекрасно, но что мне более созвучно, что более по душе).

На групповых занятиях даются задания: написать рассказ о своем детстве, о летнем путешествии, нарисовать любимый уголок природы, созвучный цветку, принести созвучные марки и т.д.

В лечебной группе, общаясь с другими пациентами, изучая свои и другие характерологические особенности, другие болезненные расстройства, особенности творческих произведений друг друга, пациенты учатся понимать, чувствовать, кто чем силен и слаб, в чем «сила слабости», что есть для него истинно ценное, как с кем вести себя для обоего блага, как щадить ранимость людей, глубже узнают и себя самих, со своими особенностями и недостатками, находят свой «творческий стиль жизни».

В этой молодежной группе проводятся занятия о целебно-творческом общении с природой (слайды, рассказы, чтение миниатюр Пришвина, пластинки с записью рассказов Пришвина, записи звуков природы), о целебно-творческом общении с музыкой, о целебно-творческом погружении в прошлое (своей семьи, страны, города), о целебно-творческом поиске одухотворенности в повседневном и т.д.

Приведу пример одного занятия:

**занятие 2/II-99, присутствовало 8 человек.**

В начале занятия читала свои рассказы об одном из февральских дней. Г., 35 л. читала, как морозное утро, скрип снега под ногами напомнили ей детство. М., 27 л. написала о нежных снежинках, о том, как они падали ей на лицо, как на душе от этого становилось мягче, спокойнее. Н. никогда не любила зиму, но теперь вдруг почувствовала, что зима была и будет вечно, и от этого стало спокойнее на душе. И., 39 л. прочитала свое стихотворение о снегопаде. Говорили об эпилептоидном радикале, каждый рассказал, как он представляет этот характер. Прочитали рассказ А.Чехова «Тяжелые люди», разобрали характерологические радикалы



героев этого рассказа.

Каждый по очереди говорил «о силе и слабости» человека с эпилептоидным радикалом, о том, какие профессии можно рекомендовать подобному человеку, как вести себя с человеком данного склада в семье, на работе и т.д.

Помимо занятий в группе с каждым членом группы проводятся индивидуальные беседы от 1 и 2-3 встреч в месяц до 1 встречи в 2 месяца.

Используется лекарственная терапия, лекарства назначаются по обстоятельствам, временно, чтобы смягчить тревогу, навязчивости, легче перенести тяжелое расстройство настроения. Из транквилизаторов назначаются феназепам, реланиум, грандаксин, фенибут, из нейролептиков - небольшие дозы стелазина, этаперазина, соннапакса; из антидепрессантов - амитриптилин, прозак, лудиамил. К сожалению, у нас нет опыта работы со многими лекарствами нового поколения (коаксил, паксил, золодэт, ксанакс и т.д.), потому что они не входят в список льготных лекарств и дороги для наших пациентов.

Многие пациенты сами часто отказываются от систематического приема лекарств, отмечая, что с ними (лекарствами) еще тяжелее, так как «приходится бороться и со своим состоянием и с действием лекарств», лекарства таким пациентам мешают ощутить себя личностью, мешают по-своему реагировать на окружающее.

В группу пациентов пожилого возраста входят 10 пациентов. Из них 3 человека с МДП, 5 человек с циклоидной психопатией, 2 человека с органическим поражением центральной нервной системы сосудистого генеза. Возраст больных в этой группе от 65 до 73 лет.

В этой группе занятия проводятся по методикам терапии творческого самовыражения, описанным выше. Учитывая возраст пациентов, больше времени уделяется занятиям по целебно-творческому погружению в прошлое (пациенты в группе рассказывают о своей профессии, семье, детях, рассказывают о путешествиях в молодости, приносят фотографии, слайды прошлых лет). Так как пациенты по своему возрасту уже не могут практически уезжать далеко от дома, то на групповых занятиях с удовольствием «путешествуют» со слайдами на экране по музеям Москвы, по музеям других городов России, совершают «путешествия» по старым уголкам Москвы, знакомятся с творчеством разных художников.

Много времени уделяется занятиям по теме целебно-творческого общения с окружающей природой, с домашними животными. Пациенты сами готовятся к этим занятиям, делают небольшие сообщения. К каждому занятию пациенты составляют новые букеты, каждый по-своему, из живых цветов летом, из сухих цветов и трав зимой и осенью, пекут пироги, печенье по собственным рецептам.

Устраиваются праздничные занятия накануне праздников Нового года, 8 марта, с праздничным столом (душистый чай с травами, пироги, печенье, варенье), с прослушиванием любимых мелодий прошлых лет, с танцами (вальс, танго).

Как оценить эффективность психотерапевтичес-

кой работы в данной группе?

В силу пожилого возраста пациенты уже не могут изменить свой социальный статус, но благодаря групповым занятиям повышается «качество жизни», за многие годы пациенты сближаются друг с другом, помогают друг другу в тяжелых ситуациях, поддерживают друг друга. Сознание, что «я не одна, есть группа», помогает пациенткам пережить потерю близких (несколько пациенток похоронили мужей).

Тяжелое переживание для группы, когда умирает кто-то из членов группы (умерла одна пациентка после осложнения гриппа). Стараемся сохранить светлую память о ней, вспоминаем ее рассказы, все ее добрые дела для группы.

Помимо групповых занятий с пациентами этой группы проводятся индивидуальные беседы 1-2-3 раза в месяц, гипнотические сеансы 1 раз в неделю. Из лекарственных препаратов назначаются антисклеротические, ноотропы, по необходимости гипотензивные средства (обязательно консультация терапевта). Психотропные средства назначаются периодически: транквилизаторы (реланиум, мезапам, феназепам, грандаксин), антидепрессанты (амитриптилин, триптизил, лудиомил, прозак).

По-прежнему тесно сотрудничаю с врачами дневного стационара ПНД №20. Из ДС направляются пациенты с невротическими состояниями, с неврозоподобной шизофренией, с тревожно-фобическими расстройствами различной этиологии, с органическими поражениями центральной нервной системы с астено-невротическими и астено-депрессивными синдромами. Для этих пациентов 2 раза в неделю проводятся гипнотические сеансы, занятия по аутогенной тренировке. Гипнотические сеансы проводятся часто с музыкальным сопровождением, используются «мелодии спокойного отдыха», старинная лютневая музыка, записи голосов птиц в природе, композиция японского композитора Анугамы (соединение электронной музыки с голосами природы). Еще год тому назад в весенне-летнее время, когда окна гипнотария открывались в диспансерный сад, врачебное внушение перекликалось с живыми природными звуками (шумом листвы, пением птиц), что усиливало эффективность гипнотических сеансов, особенно «просветляло» пациентов. В настоящее время вместо сада за окнами гипнотария вырастает многоэтажный дом.

С пациентами ДС проводятся групповые занятия по методикам краткосрочной терапии творческим самовыражением по темам: «Что такое расстройство настроения?», «Творческое общение с природой», «Общение с домашними животными», «Творческое общение с живописью», «Красота в обыденном».

В летнее время пациентам предлагается принести на занятие небольшой букет из созвучных цветов и трав, собранных по дороге в ПНД, в диспансерном парке (теперь очень небольшом). Некоторые пациенты впервые в жизни обращают внимание на эти неброские нежные цветы, узнают их названия, впервые замечают их скромную красоту и через эти цветы учатся замечать красоту в обыден-

ном.

Составленные букеты ставятся вместе и в их сравнении отмечаются индивидуальные особенности. Пациенты после этих занятий становятся понятнее самим себе, отмечают свои личностные особенности, улучшается контакт друг с другом, своими близкими в семье.

Эффективность всех перечисленных выше психотерапевтических методов терапии (в том числе творческим самовыражением) оценивается в основном клинически. Попытки «измерить» эффективность принятыми у нас психологическими методиками здесь ненадежны. Например, при явном и длительном улучшении, установленном клинически, социально, профиль ММРІ нередко остается прежним.

Оценивая эффективность терапии творческим самовыражением и всего психотерапевтического процесса в целом, опираюсь на методические рекомендации Минздрава РФ от 10/V 1988 г. №103/4-4,7.

Высокая степень терапевтической эффективности - стойкие компенсации и ремиссии, с возмож-

ностью сопротивляться внутренним и внешним трудностям, смягчать и просветлять себя при ухудшении определенным творчеством, подъем социальной кривой жизни, с убежденностью в том, что указанные перемены обусловлены терапией.

Средняя степень - более или менее стойкое улучшение со способностью существенно смягчать свои расстройства выработанными психотерапевтическими приемами.

Малая степень - нестойкое улучшение, в процессе которого у пациента складывается впечатление, что болезненное способно отступать именно благодаря психотерапии.

За последние 3 года в психотерапевтическом отделении прошло лечение (долгосрочное - годы и краткосрочное - до 2-х месяцев) 530 человек (450 амбулатория и 80 чел. из дневного стационара). По степени терапевтической эффективности все больные распределились следующим образом:

высокая степень - 10 человек

средняя степень - 465 человек

малая степень - 50 человек

без эффекта - 5 человек.

## ОТ ЭКЛЕКТИЦИЗМА – К ПРИНЦИПАМ ТВОРЧЕСКОЙ ИНТЕГРАТИВНОСТИ

А. С. Баранников

Трудно представить себе прогресс любой области знаний и рост личности без осознания явных и скрытых особенностей и тенденций, а значит и перспектив развития. Но это особенно необходимо, когда ощущение распутия становится совершенно очевидным.

Нельзя не отметить, что особенности развития психотерапии в России, как и развитие духовной культуры, определялись характером общественных отношений. При этом причудливо сосуществовали: декларированная “несформированность общественного запроса” на психотерапию (этот миф стал разрушаться в последние десятилетия); некоторая застывшая архаичность представлений и подходов и многолетний самоотверженный труд отечественных психотерапевтов, отдающих пациентам свои знания и частицу души.

В то время как психотерапия в нашей стране носила отпечаток родительски-регламентирующей государственности, на Западе услуга психотерапевта всегда была товаром. Рынок, необходимость выживания оттачивали техники, психотерапевтические модели, заставляли постоянно искать новые аспекты и подходы, раскрывать новые стороны человеческой индивидуальности.

Последнее десятилетие характеризуется прорывом информационных барьеров, появлением значительного количества переводной литературы и расширением личных контактов российских психотерапевтов с зарубежными коллегами, достаточно успешно и быстро набирающей обороты учебной и практической деятельностью представителей различных западных школ в нашей стране. Эта тенденция проявляется и в проводимой Профессиональ-

ной Терапевтической Лигой (ППЛ) совместно с Европейской Ассоциацией Психотерапевтов программой подготовки отечественных специалистов по европейскому стандарту.

Такое проникновение в Россию зарубежной психологии и психотерапии вызывает нередко в среде российских психотерапевтов высказывания защитного характера о неповторимости национальных особенностей менталитета, социальных условий, об “ином” характере отечественной психотерапии. Такая позиция является отражением реальной проблемы прекрасно сформулированной К. Роджерсом: как сочетать открытость с сохранением своей индивидуальности. В переформулированном виде она может звучать следующим образом: как соотносить свой многолетний и достаточно успешный опыт с изменениями, происходящими в отечественной психотерапии; как найти свое место в этом многообразии школ и направлений; что нужно понять в себе самом.

Достаточно очевидно, что длительное время находясь в стороне от процесса дифференциации зарубежной психотерапии, отражающего многогранность человеческой индивидуальности, отечественная психотерапия встретила со своей родственницей на том этапе, когда стали набирать силу тенденции к интегративности, к разумному эклектизму, к поиску общего языка, на котором все чаще говорят представители различных психотерапевтических школ. Эти тенденции явились отражением объективного процесса диалектического познания истины. Понимание того, что личность есть нечто большее, чем отдельные ее характеристики неизменно приводит к необходимости опоры на праг-

матический и теоретический эклектицизм, проявлениями которого изобилуют многие современные зарубежные руководства по психотерапии.

Несомненно, российская почва проявит себя в авторском, национально-окрашенном развитии основных моделей западной психотерапии. Но не менее важной и даже более всего соответствующей своей национальной традиции мне представляется перспектива развития интегративных подходов, основанных как на отечественных особенностях, так и на зарубежных парадигмах. В некотором смысле российская клиническая психотерапия уже двигалась по этому интегративному пути многие годы, отдавая дань роли бессознательного, когнитивного и духовного в поведении человека, используя отдельные подходы различных западных школ вследствие необходимости, продиктованной потребностью практической жизни. Не случайно сегодня это движение привело к формированию Мультимодальной интегративной Российской психотерапии.

Осознанно или неосознанно многие из них используют эклектичность и интегративность в своей работе и на пути к собственной метатеории. Не лучше ли вывести этот процесс в область осознания и попытаться вербализовать, основываясь на принципах автономности и непосредственности к какой психотерапии движется каждый из нас, каковы основные ориентиры, сообразно собственной базе знаний, профессионального опыта и душевного склада.

Особого внимания заслуживает понятие “разумный эклектицизм”, которое стало сейчас широко распространенным как у нас в стране, так и за рубежом.

С одной стороны, это понятие отражает реальность, характеризующуюся теоретической и практической мультимодальностью, с другой стороны, оно подменяет необходимость раскрытия п и р и н ц и п о в интегративности. Сам термин “эклектицизм” означает механистичность выбора (15), неорганическое, чисто внешнее соединение (11), соединение разнородных идей, принципов, теорий (16). В то же время, только раскрытие и анализ принципов выбора позволит преодолеть противоречия, связанные с мультимодальностью, которые еще в двадцатые годы Л.С. Выготский назвал кризисом психологии (3).

Какие принципы представляются мне естественными, созвучными как для врача-психиатра-психотерапевта, формировавшегося на почве отечественной клинической психотерапии (с учетом, конечно же, индивидуального восприятия этой проблемы) при построении ее современной интегративной метатеории?

Самое главное – это принцип творчества, использующий возможности, раскрываемые творческим мышлением, характеризующимся открытостью, непосредственностью, гибкостью, критичностью, широтой.

Не менее важен учет удобных для восприятия национальных особенностей и того что стало уже очевидным в мировой практике. Это сочетание национального и очевидного (без противопоставле-

ния) при построении медицинской модели психотерапии, в частности, проявляет себя в признании сосуществования структурно-функциональных характеристик личности с клиническими. Примером подобного рода может служить концепция О.Кернберга (6).

При этом как клинические, так и функционально-психологические характеристики должны быть адаптированы к нуждам психотерапии, а психотерапевтическая диагностика должна рассматриваться как особая, отличная все же от чисто клинической и чисто психологической.

Концепция интегративной метатеории должна способствовать, по возможности, естественной интеграции с различными психотерапевтическими подходами и моделями, позволяя использовать при этом основной критерий – индивидуализацию терапии и повышение ее эффективности.

Одной из важнейших характеристик современной отечественной концепции психотерапии, потребность в которой мне представляется очевидной, является стройность, структурированность, позволяющие структурировать и процесс преподавания и работу с пациентом с видением как ближайших так и отдаленных перспектив (не в ущерб интуиции, а для ее развития). К сожалению, обучающиеся отечественной психотерапии сегодня, улавливая главное, важное, созвучное себе, все же не выносят стройности, системности, структурированности представлений. Этими качествами обладают зарубежные школы, излагающие свои положения в ясной и доступной форме, противопоставляющие “традиции субъективной интуиции” “традицию объективной системы”, которая и привлекает сегодня к себе начинающих психотерапевтов. Осознание этой проблемы необходимо для понимания путей повышения конкурентоспособности российской психотерапии.

К числу наиболее важных формирующих концепцию составляющих можно отнести конечно же необходимость отражения в ней опыта практической работы с отпечатком личности психотерапевта, высвечивающей в пациентах и в методах свои душевные свойства, свой жизненный и профессиональный опыт, особенности мышления.

В интегративной метатеории, как мне представляется, велика роль используемого понятийного аппарата, отражающего универсальные явления. Это может обеспечить принятие представителями разных направлений, так же как и студентами и самими пациентами

Одной из центральных проблем является также проблема обязательного отнесения метатеории к какой-нибудь уже существующей школе. Однозначное решение этого вопроса вряд ли может быть верным в нашей стране, где из-за недостаточной структурированности подхода подготовкой психотерапевтов задавались лишь общие рамки позволительно со стандартным набором методов, а самое важное, особые психотерапевтические “добавки”, составляющие секрет высокой эффективности метода в руках конкретного специалиста, оставались, как правило, “за кадром”, в ореоле таинственности. Не

достаточная стройность, структурированность и прагматичность в отечественной школе при заданных жестких рамках допустимого способствовали повышению роли интуитивно-субъективного, магического. Это в какой-то степени подготовило и взлет популярности телевизионной психотерапии и привычку засекречивать «самое главное» не смотря на традиции коллективизма, что отмечает В.В.Макаров (9).

Эти рассуждения ни в коей мере не могут перечеркнуть положительный опыт российских психотерапевтов индивидуализировавших свои подходы, додумывая то, чего не дала школа, структурируя работу с пациентом сообразно клинической традиции. Такое положение, как это отмечает также и В.В.Макаров (9), больше способствовало совершенствованию конкретных методик, чем широким теоретическим разработкам самой модели психотерапии.

Если говорить о психотерапии как о лечении средствами души, то следует, прежде всего, при выборе своего направления, задуматься – какими средствами души ты располагаешь. Задолго до занятий психотерапией в подростковом возрасте я пытался определить причину притягательности для меня того или иного знакомого. Тогда еще совершил для себя открытие, что это, как правило, люди творческие, искренне увлекающиеся разными видами деятельности, умеющие испытывать при этом вдохновение. Увлекался и коллекционированием марок, и рыбной ловлей, и спортом, и музыкой, и поэзией, и песенным самодетельным творчеством, и научными исследованиями. Одним из самых больших увлечений, конечно же, всегда была профессиональная деятельность. Интерес к принципу творчества как одной из психотерапевтических универсалий с которой я связываю будущее отечественной психотерапии в XXI веке заставляет внимательно рассмотреть именно те проявления творчества, которые сегодня бытуют и утверждают себя в отечественной психотерапии.

Не удивительно, что первое же знакомство с психотерапией творческим самовыражением М.Е.Бурно вызвало в душе ощущение созвучия. Эту школу считаю наследницей и ярким проявлением российской национальной духовной культуры и клинико-психотерапевтической традиции. Этот факт особенно важен сейчас, когда, как я уже говорил ранее, возникает ощущение распутия в отечественной психотерапии. Тем более важно отметить что же делает эту школу истинно национальной.

Поскольку корни общественно-политической жизни и духовной культуры следует искать, прежде всего, в историко-культурной почве, не трудно увидеть, что обе этих сферы жизнедеятельности человека в России испытали на себе влияние силы и слабости авторитаризма и табуирования. Эти особенности стали естественной характеристикой исторически сложившегося у конкретного народа на конкретной территории способа выживания. Если в общественно-политической жизни индивидуальность должна была быть подавлена, то духовная культура компенсаторно старалась выразить индивидуаль-

ность в реалистической манере, в высоких морально-нравственных (одно из традиционных табу) и патриотических традициях, начинающих еще с летописного прошлого (8).

Психотерапия творческим самовыражением продолжает национальную духовную традицию своей реалистичностью и опорой на высокую нравственность. Она, несомненно, глубоко родственна гуманистической психологии, которая не имеет все же такого реалистически-материалистического наполнения.

Это направление продолжает клиническую традицию российской психотерапии, связанную с именами И.И.Консторума (7), А.М.Свядоша (14), В.Е.Рожнова (13), М.Е.Бурно (1).

Попытаемся определить, чем объясняется универсальное значение для психотерапии процесса творчества.

Одно лишь перечисление психологических компонентов творческого процесса свидетельствует о том, что он содержит важнейшие для психотерапии элементы в виде диалектических противоположностей: индивидуальное – коллективное; осознанное – неосознанное; вербально-логическое – эмоционально-образное; идентификация-отграничение; индивидуализация – коммуникативность. Творчество, по сути дела, дает человеку уникальную возможность процессуально повторить эволюцию психики в онтогенезе – от поиска “своих” языково-знаковых средств выражения – к формированию “своих” понятий, представлений, логического и эмоционально-образного ряда – к аутоидентификации и отграничению от окружающих – к социализации и ощущению себя частью сообщества, творящей свою индивидуальность (истинный коллективизм). Не трудно увидеть, что цель психотерапии определяемая К.Роджерсом (12) как процесс (а не как статика) представляет собой ни что иное как формирование “творческой личности”. Это понятие раскрывает способ полноценного функционирования.

В творчестве происходит актуализация своего “Я”, стремящаяся к формам коллективного сознательного и подсознательного, к родовым понятиям национального образно-логического ряда. Именно эти качества ярко отражены в наивысших достижениях различных видов искусств.

Динамика характеризуется движением от индивидуального, связанного со средствами выражения к коллективному, от вербально-логического – к эмоционально-образному, где постепенно лучик освещает подсознание, озаряя в нем «космос» – образ, художественность которого зависит от личности творца, его индивидуальных и клинических свойств. В любом случае этот «космос», наполненный соединением индивидуального и коллективного, эта «добровольная галлюцинация» (2) меняет восприятие окружающего мира и повышает собственную самооценку. Но это состояние не отрицает индивидуальное. Оно возвращает творца самому себе обновленным, на более высоком уровне самосознания, осуществляя его рост. Наступает принятие себя и окружающего мира, в результате чего, по выражению А.Блока, «с миром утвердилась

связь».

Эмоции носят катарктический, обновляющий,отреагирующий характер, “просачиваясь” в процессе творчества (по выражению К.Роджерса), даже когда прорабатываются негативные и трагические моменты жизни. Эмоция и образ играют индивидуальную защитно-приспособительную роль. Они важны и диагностически и лечебно.

Онтогенетические и типологические аспекты творческой активности хорошо раскрываются через представления А.Маслоу (10) о первичной и вторичной креативности, баланс которых в виде сочетания эмоционально-вдохновенного и рационально-поведенческого компонентов является важной характеристикой полноценного функционирования.

Индивидуальное и коллективное, осознанное и неосознанное, вербально-логическое и эмоционально-образное, сосуществуя параллельно, усиливаясь и ослабевая, претерпевая постоянные изменения, находятся в процессе творчества в динамическом взаимодействии. Основная тенденция может быть выражена в следующем виде: от индивидуального, осознанного, вербально-логического – к коллективному, подсознательному, эмоционально-образному – возврат к индивидуальному, осознанному, вербально-логическому ( но уже на более высоком уровне). Причем, возврат может происходить через катарсис, особенно, в случаях, когда мы имеем дело с высоко художественным образом. Так писатель, поэт, художник или композитор ведут нас каждый по-своему, с помощью индивидуальных средств (язык, форма, композиция, туше и др. ) к общечеловеческому, коллективному, глубинному, давая опору и возвращают нас самим себе просветленными.

Подразумевая существование такой цикличности можно оценивать творчество как эстетический феномен искусства и творческое самовыражение как лечебный психотерапевтический процесс. В обоих случаях общая конфигурация процесса сохраняется. Завершенность цикла или его незавершенность характеризуют завершенность или незавершенность творческого процесса, его глубину, художественность и, в случае лечебного применения, психотерапевтическую завершенность. В то же время, базисные индивидуальные психологические особенности (содержательно-смысловые и типологические), клинические проявления накладывают свой отпечаток на компоненты и динамику.

Определение творчества как создания новых культурных или материальных ценностей (11) позволяет характеризовать его по уровню создаваемого продукта как «субъективное», либо «объективное». Психологические закономерности этих двух видов творчества исследованы Д.П.Ильиным (5). При «субъективном» творчестве его продукт имеет в основном индивидуальную ценность, а при «объективном» - социальную с выраженной коммуникативной функцией.

Таким образом, универсальное значение процесса творчества для мобилизации ресурсов объясняется его уникальной многокомпонентностью и уникальной динамикой.

Подчеркивая уникальность принципа творчества для психотерапии, хочу отметить также некоторые весьма важные “добавки” в методе психотерапии творческим самовыражением, которые имеют, на мой взгляд, вполне определенные национальные и характерологические корни, определяя ее успех и у пациентов и у последователей.

Думаю, что в облике российского психотерапевта соответствующем общественным представлениям все еще больше от священнослужителя, доброго знакомого, излучающего тепло и сочувствие, чем от мэтра, вооруженного схемами и таблицами. Благостный внешний вид М.Е.Бурно, его мягкий, задушевный голос, так созвучный психастенической дефензивности, говорящий о самом сокровенном в окружении рисунков пациентов и других результатов их творческого самовыражения создают то душевное состояние, которое возникает лишь при входе в храм, когда, обезоруженный благостностью, хочешь думать лишь об одном – обустройстве своей души. Поскольку эти качества сочетаются также с широкой эрудицией, магическим воздействием высокохудожественных произведений и клинической глубиной, воистину, это явление отечественной психотерапии заслуживает названия “просветленный психотерапевтический российский клиницизм”!

Приведенные выше соображения хотя бы отчасти раскрывают уникальное значение творчества для психотерапии как одной из психотерапевтических универсалий (общепризнанных понятий и принципов), с которой связано ее будущее. В то же время, использование творчества как лечебного метода совсем не обязательно должно предполагать как цель терапии создание полноценной творческой личности. Именно такая характеристика как “полноценность” требует пояснения с точки зрения возможностей ее реализации в индивидуальном стиле жизни больного. Ведь как в норме, так и при патологии мы сталкиваемся с еще одной психотерапевтической универсалией – с «недостаточностью», позволившей В.А.Гиляровскому назвать психотерапию «психоортопедией»(4). Именно с этой универсалией связан тот факт, что как в норме, так и при патологии особенно мы далеко не всегда встречаем то целостное сочетание индивидуальных психологических особенностей, которое характеризует полноценную творческую личность.

Лечебная работа по творческому самовыражению, несомненно, способствует мобилизации ресурсов. Но она может способствовать дезинтеграции, формированию искаженных представлений о себе и деформировать внутреннюю картину болезни, если информация о реальном дефиците-дефекте не найдет должного места в представлениях больного. Этот дефицит-дефект хоть и кажется мягче, но также реален как момент вдохновения испытанный душевнобольным в процессе индивидуального или группового самовыражения. Понимая необходимость творческого самовыражения для больного психотерапевт обязан помочь ему завершить свои представления о значении творчества для ощущения полнокровия жизни, интегрируя Я-здоровое

(опору) и Я-больное (патологическую почву). Это поможет преодолеть нередко формирующееся у дефектных больных, занимающихся творческим самовыражением, «противоречие почвы и опоры». Здесь весьма важно обратить внимание пациента на то, что «полнокровие жизни» и «полноценное функционирование» не являются идентичными характеристиками осуществления себя в своей жизни. «Полнокровие» имеет более общее смысловое поле с понятием «качество жизни».

В то же время, использование творчества в качестве лечебной среды в ходе индивидуальной и групповой терапии позволяет структурировать ее таким образом, что пациент может чувствовать себя человеком в самом высоком смысле этого слова. Это действительно человеческая лечебная среда в противоположность монотонному склеиванию коробочек и формальному общению пациентов в коридорах диспансеров и трудовых мастерских. Творческое структурирование среды и творческое наполнение метода терапии способствуют установлению реального баланса актуализации (выявления себя) и регламентации (ограничения и нормирования себя). Этот баланс сдвигается в сторону актуализации, когда ресурсы личности, собственные ростки творчества, основанные на базисных индивидуально-психологических особенностях ближе к норме и к модели полноценной творческой личности с характерными особенностями мышления (развивающий аспект терапии). Но он становится более ограничивающим, нормирующим (регламентирующим) когда имеем дело с патологической дефицитарностью и дефектностью (замещающий аспект терапии). Актуализация, позволяя узнавать себя, вспоминать себя, конечно же, противостоит процессуальной деперсонализации, смягчая ее.

Но цель психотерапии как формирование полноценно функционирующей творческой личности в полной мере у таких больных не достижима, хотя мы видим, что их ощущение полнокровия жизни, приобщения к жизни в творческой среде столь важно, что создает эффект компенсации, позволяя чувствовать себя человеком включенным в высокоорганизованный специфически-человеческий процесс творчества.

В психотерапии творческим самовыражением мы сталкиваемся с непрепарирующим, холическим подходом, связанным с национальной клинической традицией и с использованием творчества как способа самовыражения пациента. В то же время, не менее перспективным является использование принципа творчества в рамках концепции творчески-аналитической терапии, исследующей проявления креативности в трех реальностях: реальность терапевта; реальность пациента; реальность терапевтической ситуации. Творчески-аналитическая терапия представляет собой принцип использующий возможности творчества как способа мышления терапевта и пациента-клиента в сочетании со структурно-функциональным анализом клинико-психологической феноменологии.

Таким образом, признавая универсальность принципа творчества для психотерапии и связывая

с ним перспективы отечественной психотерапии, все же хочу разграничить его значение для терапевта, для интеграции методов (как противопоставление принципу стиля, школы, стереотипа, шаблона) от его реализации в индивидуальном стиле жизни пациентов и клиентов, характеризующемся понятием «недостаточности», «дефицита», «дефекта», где творческая атмосфера, творческая лечебная (в высоком смысле человеческая) среда выполняет не только раскрывающую, актуализирующую, развивающую роль, но и замещающую, регламентирующую, нормирующую. Вполне естественное противопоставление принципов творчества принципам стереотипа, школы свидетельствует о том, что интеграция в психотерапии представляет собой, прежде всего, творческий процесс. Терапевту принадлежащему к любой из психотерапевтических парадигм всегда приходится решать вопрос о том какие взгляды и методы не противоречат его школе и индивидуальности. Его творческий человеческий потенциал всегда настроен на интегративность по своему. И настоящая публикация лишь предваряет изложение концепции творчески-аналитической терапии, в которой я попытался реализовать рассматриваемые выше принципы.

Новый век должен несомненно открыть простор творческой инициативе отечественных психотерапевтов, подтолкнуть их к широким теоретическим изысканиям не только в разработке методик и техник, но и в разработке своих моделей, своих парадигм, продвигающих психотерапию к труднодостижимой, но манящей вдалеке общей парадигме. Этому в значительной степени будет способствовать смещение интереса психотерапевтического сообщества от «разумного эклектицизма» к исследованию принципов творческой интеграции.

#### *Литература*

1. Бурно М. *Клиническая психотерапия*. - М.: Академический Проект, 2000.
2. Вygотский Л. С. *Психология искусства*. - М.: Искусство, 1968.
3. Вygотский Л. С. *Исторический смысл психологического кризиса. Собрание сочинений*. - Т.1. *Вопросы теории и истории психологии*. - М.: Педагогика, 1982, С. 291-437.
4. Гиляровский В. А. *Психиатрия*. - Москва - Ленинград: - М., 1938.
5. Ильин Д. П. *Эстетический феномен в поэзии. Контекст* - 86.- М., 1986, С.108-155
6. Кернберг О. *Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии*. -М.: Класс, 2000.
7. Косторум С. И. *Опыт практической психотерапии*. - М.: Минздрав РСФСР. 1959, 2-е изд. - 1962.
8. Коялович М. О. *История русского самосознания*. - Минск, 1997.
9. Макаров В. В. *Истоки, настоящее и будущее психотерапии / Вопросы ментальной медицины и экологии*. - 2000. - т. VI.- № 1, С. 5 - 10.
10. Маслоу А. Г. *Дальние пределы человеческой психики*. - СПб.: Евразия, 1997.
11. Ожегов С. И. *Словарь русского языка*. - М,

1989.

12. Роджерс К. Р. *Взгляд на психотерапию. Становление человека.* - М.: Прогресс, 1998.

13. Рожнов В. Е. *Руководство по психотерапии.* - Ташкент: Медицина Уз. СССР, 1985.

14. Свядощ А. М. *Неврозы и их лечение.* - М.:

Медицина, 1982.

15. *Советский энциклопедический словарь.* - М.: «Советская Энциклопедия», 1987.

16. *Философский энциклопедический словарь.* - М.: «Советская энциклопедия», 1983.

## ИСТОРИЧЕСКИЕ, КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АВАНГАРДИЗМА В ИЗОБРАЗИТЕЛЬНОМ ИСКУССТВЕ

Н.П. Захаров

Наш опыт изучения современного изобразительного искусства и использования отдельных его направлений в психотерапии позволяет отметить ряд закономерностей и дать рекомендации, которые описаны ниже.

Отношение к авангардизму и модернизму, в целом, в настоящее время можно оценить, как положительное, у эстетически развитой части общества и как нейтральное у носителей массового сознания. Времена агрессивного отношения к разного рода отхождением от академизма или социалистического реализма отошли в прошлое. В наибольшей степени прижился модернизм в дизайне архитектурных, технических и бытовых объектов. Современные искусствоведы чаще приветствуют новации в искусстве и чаще критикуют консерватизм, возврат к старому. Основная же масса зрителей, потребителей художественных произведений тяготеет к академизму и произведениям, максимально повторяющим, копирующим или приукрашивающим реальность.

При ретроспективно-историческом анализе изобразительного искусства можно увидеть много совпадений в изобразительном языке древних, в т.ч. первобытных людей (или живущих сейчас на уровне первобытнообщинного строя) и авангардистов современности. В связи с этим можно говорить о своеобразном регрессе (псевдорегрессе) авангарда к примитивно-первобытному мировосприятию, самовыражению, коммуникации и эстетике. В некоторых случаях практически невозможно отличить архаическое творчество (графику, живопись, скульптуру) от творчества представителей новейшего времени. Разницу при этом можно установить лишь в мотивации, побуждающей к созданию подобных произведений и в значении, роли этих произведений в жизни людей. Так, у древних и современных примитивных народов доминирует их магическое и ритуальное предназначение. У авангардистов аналогичные произведения создаются на основе идеи новаторства или в соответствии с воспринятыми канонами современного искусства, а также в результате воздействия психопатологических или близких к ним состояний (таких, как сублимация или осознанная реализация реакций протеста и оппозиции, наличие патологии интеллекта, шизофрении или шизонидности).

В истории изобразительного искусства вначале доминировала тенденция к всё более полному

отображению, копированию действительности. В процессе очень длительного накопления знаний в этой области был достигнут апогей в виде гиперреализма (фотореализма) – для этого понадобились тысячелетия.

После освоения реальности наметилась тенденция к её улучшению, украшению световыми и цветовыми оттенками, тонами, полутонами, рефлексами, отображению воздушной среды (импрессионизм). Появилась смелость в выборе темы, в её интенсивной проработке и выражении с помощью цвета, пластики форм и линий (экспрессионизм).

Все эти “улучшения реальности” были предвестниками будущего псевдорегресса. Последний был осуществлён главным образом психологически проблемной частью творцов, в т.ч. психически нездоровыми или социально дезадаптированными лицами, а также теми, кто испытывал сложности (личностные, психосенсорные или сенсомоторные) в освоении академической манеры творчества. Большинство из них при жизни славой не пользовалось. Подобные лица жили и в прежние века, оставили свой след, но из-за узкой клановости искусства и жёстких канонов не оказали революционизирующего воздействия на развитие художественной эстетики (например, первые сюрреалисты Босх и Гойя).

Авангардизм начался с попыток деформировать реальность для того, чтобы, как это ни парадоксально, лучше её изобразить или чтобы полнее выразить своё отношение к ней. Достаточно быстро объективная реальность была заменена субъективной, а затем и вовсе уничтожена. Её заменила сюрреальность – реальность подсознания, сновидений, галлюцинаций, фантазий, психоаналитической символики с пансексуализмом, агрессией, ущемлёнными влечениями, страхами, комплексами и т.п. Однако и сновидная реальность была преодолена пошедшим дальше абстракционизмом, устранившим фигуративную реальность вообще, утвердившим лишь реальность самого художественного произведения, представленного бессодержательными линиями, цветом или формами. Последним, не преодоленным пока пределом авангардной мысли, являются художественные “произведения без произведения” - белый квадрат на белом фоне, точка на холсте, пустой холст и, наконец, просто пустая стена.

Авангардизм психологически (в некоторых случаях патогенетически) близок лицам с психически-

ми расстройствами, изобразительная продукция которых как правило несёт на себе отпечаток той или иной нозологической принадлежности и представляет собой рудиментарные, “зачаточные” или “зрелые” варианты различных “измов” искусства. Особенно здесь показательны графические диагностические тесты. Соответственно и психотерапия с использованием авангардизма в большинстве случаев может быть расценена как патогенетическая, достаточно лишь создать у пациентов положительную мотивацию к лечению подобным методом.

К психотерапии авангардизмом приступают после стандартного клинико-психологического диагностического обследования и рациональной психотерапии. Лечение проводится индивидуально или в группе.

Так как авангардизм до настоящего времени является искусством элитным, необходимо подготовить пациентов к его восприятию вообще и как к средству психотерапии в частности. Для этого читают небольшую лекцию о развитии художественной эстетики, различных направлениях авангардизма. Объясняют роль формы, линий, цвета, композиции в искусстве, восприятию художественных произведений и восприятию жизни, природы, поведения людей (мимики, пантомимики, локализации в пространстве). Убеждают в лёгкой доступности техник создания подобных работ и их высоких психотерапевтических возможностях. Наконец, выбирают стиль произведения.

Пациентам дают инструкцию создать цветочное, плоскостное или объёмное (рисунок, полотно, аппликацию или скульптуру), стилизованное, символическое, с допуском любых искажений и деформаций изображение своей проблемы, состояния. Например, может быть дана инструкция создать живописный рисунок ткани для хорошего или грустного настроения или для формирования уверенности в себе – так, чтобы эту ткань, если бы она была изготовлена, можно было одеть на себя или других, повесить в качестве штор, сделать из неё покрывало или вставить в раму и повесить на стену. Объясняют, как пользоваться соответствующими материалами для того или иного произведения.

Наиболее удобно и технически просто использовать масляную живопись – выразительную и долговечную. Хорошей альтернативой является поп-арт с использованием аппликации и других способов фиксации творчески перерабатываемых и обрабатываемых предметов быта, техники, урбанистики, агрофермерства или других материальных (но экологических) “свидетельств” человеческого бытия. Могут быть использованы предметы, имеющие отношение к проблемам, конфликту конкретного больного. Все они должны прямым или косвенным, метафорическим образом выполнять соответствующие психотерапевтические задачи. Очень важно ориентировать пациентов на создание законченных произведений, которые могут быть выставлены, повешены в рамках. При целесообразности, для лечебных целей эти работы могут быть уничтожены (например уничтожение депрессивной карти-

ны, как символическое преодоление депрессии).

Можно отметить следующие преимущества психотерапии авангардным творчеством по сравнению со многими другими видами арттерапии: 1).отсутствие необходимости в художественной подготовленности пациентов; 2).отсутствие эффекта разочарования в созданной работе (т.к. здесь не требуется академическая точность и реалистичность и авангардное произведение сложнее оценивать с точки зрения его достоинств); 3). быстрота создания лечебных произведений; 4).прямое воздействие авангардного творчества на чувственную сферу, подсознание через линейно-цветовые эффекты, метафору и символику; 5).перспектива социализации больных через выставки, клубное общение и продажу произведений.

Психотерапия авангардным творчеством может иметь различную направленность и задачи:

1). диагностика, оценка динамики (аналогично проективным тестам);

2). катарсис, осознание скрытых причин заболевания и их отреагирование на основе расшифровки символики работ больных;

3). десенсибилизация по отношению к психотравме и нейтрализация патогенного эмоционального заряда благодаря экстернизации, метафоре “извлечения и отстранения” изображаемых негативных объектов, в сочетании с их стилизацией, позитивной художественно-психологической переработкой и варьированием “дозы” патогенной символики, с постепенным переходом от негативного к позитивному;

4). косвенная и опосредованная суггестия с использованием динамики и пластики линий, форм, цвета, символов;

5). коррекция межличностных отношений на основе совместного создания художественно-психотерапевтических произведений, в т.ч. метафорического содержания, раскрывающего суть межличностного конфликта и пути его разрешения;

6). развитие коммуникативных способностей при групповой творческой психотерапевтической работе или в процессе клубного общения;

7). социализация, социальная адаптация – через создание произведений, которые могут иметь рыночную стоимость, через формирование среды творческого общения, организацию выставок;

8). занятость – как основная, если авангардное творчество становится ведущим в иерархии интересов, так и досуговая, заполняющая свободное время;

9). коррекция самооценки, компенсация различных вариантов психологической дефицитности на основе реализации задач рассмотренных выше пунктов;

10). приобщение к современной эстетике, обогащение культурного уровня больных.

Психотерапевтические работы могут создаваться индивидуально или в группе, в психотерапевтическом кабинете под наблюдением врача или дома. Их темы задаются соответственно психотерапевтическим задачам. Работы обсуждаются в группе или индивидуально. Необходимо, чтобы пациент на-



учился пользоваться средствами модернизма для выражения своих переживаний и, что особенно важно, авангардная экспрессия должна стать инструментом для коррекции негативных переживаний или для разрешения других актуальных для пациента проблем, находящихся в сфере приложения этого метода.

Количество и частота сеансов лимитируются (или никак не лимитируются) особенностями личности пациента и психотерапевтическими задачами. Важно, чтобы пациент не только овладел полученными навыками и преодолел психологический кризис, но и использовал этот вид творчества для

аутопсихотерапии, психической саморегуляции в проблемных ситуациях, для улучшения социальной адаптации.

Показаниями для психотерапии авангардным творчеством являются любые психогенные и эндогенные психические расстройства (без нарушения ясности сознания и бредовой продукции), патология личности, различные психологические проблемы донозологического уровня, нарушения социальных контактов, интеллектуальная патология (от пограничной умственной недостаточности до дебильности).

## ТРАДИЦИОННАЯ И (ИЛИ) АЛЬТЕРНАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ?

Г.А.Адашинская

г. Москва

Трудности, переживаемые в последнее десятилетие в нашей стране, резкое снижение медицинского обслуживания, привели в повышенном интересе к целительству, оздоровительным техникам и практикам, корни которых являются составной частью различного рода философских и (или) религиозных учений (йога, дзэн-буддизм, христианство и пр.)

Мотивы обращения к целителям различны, чаще это отсутствие положительных результатов при лечении у врача, отсутствие внимательного и сочувствующего отношения к пациенту. Таким образом, практика целительства часто выявляет недостатки медицины, зачастую игнорирующей роль психологических и социальных факторов в возникновении заболевания. Воздействие целителя в большей степени направлено на пациента, и поэтому приобретает для него эмоциональное и психологическое значение.

Подобную психотерапевтическую практику относят к так называемой альтернативной психотерапии. При этом последняя рассматривается как антагонистическая к академической научной медицине. При этом справедливо отмечают возможные негативные последствия альтернативного целительства и чаще всего – это запоздалая диагностика. “Концепция врачевания” альтернативных целителей рассматриваются как существенно расходящиеся с теми, которые приняты научной медициной. Взаимоотношения между врачами и альтернативными целителями признаются как антагонистические, отмечается, что в ряде стран их деятельность объявлена вне закона.

Однако даже при негативном отношении к практике целительства признается положительный психотерапевтический эффект, который наблюдается у пациентов под влиянием альтернативных технологий.

К альтернативной психотерапии относят часть биоэнергетических подходов, в которых изменения в психическом и психоэмоциональном статусе рассматриваются как различные нарушения энергетического

обмена организма – концентрацией или недостатком или перераспределением, перемещением энергии.

Первое направление биоэнергетики включает в себя современные разработки концепции Райха (11.18). В представлении авторов этой концепции “биоэлектрический океан” энергетического обмена человеческого тела представляет собой свободный поток биоэнергии, который охватывает весь организм. Терапевтический эффект в рамках этих представлений обусловлен нормализацией процесса энергетического обмена. Так при лечении депрессии предлагаются приемы, направленные на повышение энергетического уровня, а при истерических проявлениях – на высвобождение энергетических каналов. Терапевтические средства имеют как индивидуальную, так и групповую формы.

Ко второму направлению биоэнергетики относятся методы, ориентированные на использование эзотерических представлений о психике. В основу их положены философские или религиозные идеи о природе биоэнергии. Число этих подходов чрезвычайно велико: идеи буддизма (дзэн-психотерапия), йоги, христианской психотерапии и др.

Дзэн-буддизм возник как синтез индийского буддизма и распространенного в Китае даосизма. В рамках дзэн-буддизма определяется, что истинная реальность не может быть адекватно сформулирована и описана общепринятыми лингвистическими средствами с помощью дискурсивно-логического мышления и для того, чтобы постичь истину рекомендуется вернуться к целостному нерасчлененному источнику опыта, который обнаруживается в глубинных слоях психики, не затронутых вербализацией. Состояние сознания, с помощью которого можно слиться с истинной реальностью осуществляется практикой психической регуляции – медитацией.

Техника медитации, как один из методов психической саморегуляции, широко практикуется в настоящее время во всем мире. Она состоит, в правильной позе и правильном дыхании, что вызывает

спокойное состояние ума. Считается, что состояние полного покоя способствует высвобождению реликтовых дологических форм мышления с открытием глубинных его потоков (Самадхи). Многие западные психологи и психиатры Юнг, Хорни, Маслоу, Перлс интересовались практикой дзэн-терапии и отмечали ее психологическую значимость.

С философией индуизма и буддизма исторически связана йога. Часто йогу рассматривают как специфическую разновидность психотерапии, психической саморегуляции, цель которой достижение особого состояния сознания, позволяющего управлять психоэмоциональной, вегетативной и волевой сферами. Классическая йога включает в себя семь ступеней. Две из них – асана и пранаяма – составляют хатху-йогу, которая направлена на совершенствование тела, замедление процесса старения (разрушения). Согласно учению йогов, в организме человека постоянно циркулирует по меридианам-каналам энергия – Прана. Задача хатха-йоги гармонизация двух начал: положительной энергии – ха (Индия) или ян (Китай) и отрицательной энергии – соответственно тха или инь. Внимательное изучение медитационной и других практик йоги выявляет тесную связь этого учения с психотерапией. В последние годы появилось большое разнообразие психотерапевтических подходов и техник, использующих оздоровительные техники йоги.

В своих основных подходах терапия христианства, в том числе и Православия достаточно близка к позициям личностно-ориентированной психотерапии. Принадлежность к христианству выражает определенную человеческую позицию и ситуацию при оказании и принятии психотерапевтической помощи. Она ориентирована на видении человека, созданного по образу и подобию Бога, рассматриваемого как образец недостижимого совершенства. Православная психотерапия – это совокупность форм и подходов, имеющих в основе мировосприятие, основанное на вере, духовном и аскетическом и литургическом опыте. Ритм, темп, интонация, наличие красочного оформления, общность людей, присутствующих на службе, являются древнейшими составляющими религиозных обрядов. Если рассматривать церковную службу в отрыве от иррациональной сущности, то она является синтезом изобразительного, словесно-поэтического, музыкального искусств. И если ритм, темп и интонация соблюдены, то чтение, пение и молитва производят свое психотерапевтическое действие, а высокая эмоциональная насыщенность службы способствует разрядке отрицательных эффектов – катарсису. Практика христианской исповеди представляет собой своеобразную технику психоанализа и позволяет личности осознать истоки своих внутренних конфликтов. Следует отметить, что важным моментом христианской психотерапии является личность и внутренняя гармония души человека.

Проблемы соотношения психотерапии и религии касались в своих работах многие известные исследователи: Юнг, Мей, Фромм, Франкл и др. Со времен первобытного общества медицина и религия были связаны между собой. Внимательное изу-

чение древних обычаев и традиционных ритуальных празднеств у различных народов мира позволило выявить глубокий их психотерапевтический смысл, порой скрывающийся за дикими и нелепыми действиями шамана, а также подтвердить существование элементов индивидуальной и групповой психотерапии в примитивных культурах. Все эти факты стали объектом исследования для различных научных дисциплин: этнологии и этнографии, философии, социологии, психологии, психиатрии, психотерапии и др.

Многие традиционные лечебные приемы и техники, использовавшиеся в древних обществах, а также в различных философских и (или) религиозных школах, осознанно или неосознанно применяются в современной психотерапии. И если психотерапия (от греч. *psyche* - душа и *therapeia* – забота, уход, лечение), определяется, как комплексное межличностное вербальное и невербальное воздействие на человека (его эмоции, суждения, самосознание), при различных психических нервных и психосоматических заболеваниях, а также в ситуациях разнообразных личностных проблем и затруднений, при котором оказывается профессиональная психологическая помощь, с использованием различных научных знаний и практических подходов из области психологии, медицины, антропологии, социологии, философии. Следовательно, логично было бы определить совокупность религиозных и обрядовых этнических оздоровительных практик и техник, применяемых в психотерапии и оказывающих достоверный положительный лечебный эффект, как традиционная психотерапия, в отличие от термина – альтернативная психотерапия.

#### *Литература:*

- 1.Александр Ф., Селесник Ш., Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней, М., 1995*
- 2.Голмен Д., Многообразие медитативного опыта, Киев, 1993*
- 3.Гуревич С.А., Психотерапия в народной медицине. В кн.: Руководство по психотерапии. Под ред. В.Е.Рожнова. Ташкент. 1985, с. 129-147*
- 4.Жидков С.Н. Российская йога. Рига. 1991*
- 5.Зарин С.М. Аскетизм по православно-христианскому учению. М., 1996*
- 6.Каптен Ю.Л. Основы медитации. СПб, 1991*
- 7.Кочова З., Хауснер М. Этнотерапия. Садска (Чехословакия). 1979*
- 8.Петров Н.А. Самовнушение в древности и сегодня. М., 1996*
- 9.Психологический словарь под ред. В.П.Зинченко Б.Г. Мецгерякова М. Педагогика-Пресс. 1998*
- 10.Психологический словарь под ред. В.В.Давыдова А.В., Запорожца Б.Ю., Ломова и др. – М., Педагогика. 1983*
- 11.Психотерапевтическая энциклопедия под ред. Б.Д.Карвасарского. С.П.: Питер. 1998*
- 12.Радхакришнан С. Индуистская философия. М., 1957*
- 13.Сумерки богов (Ф.Ницше, З.Фрейд, Э.Фромм, А.Камю, Ж.П.Сартр). М., 1989*

14. Транскультуральные исследования в психотерапии. Л., 1989

15. Фромм Э. Психоанализ и этика

16. Шериевский А.М. Фактор доверия к врачу и

его роль в психотерапии. В кн.: Вопросы психотерапии. М., 1977, с. 73-75

17. Юнг К. Аналитическая психология, СПб, 1996

18. Lowen A. Bioenergetic – Munchen. Scherz, 1976

## ОБ ОСОБЕННОСТЯХ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Шушкевич В.П., Саенко П.П.

г. Рудный

Актуальность проблемы терапии алкогольной зависимости послужила целью данной публикации.

Проанализировано 1083 случая обращения в городскую поликлинику за период с 1996 по 2000 г., страдающих алкогольной зависимостью 1013 мужчин (93,5%) и 70 женщин (6,5%), в возрасте от 20 до 65 лет (средний возраст – 39 лет), из которых 30% проходили у психотерапевта повторные поддерживающие курсы лечения.

Практически у всех пациентов преобладали пограничные психические расстройства в виде астеновегетативной, аффективной, обсессивной и ипохондрической симптоматики, причем у 271 (25%) человек алкоголизму сопутствовали различные психосоматические заболевания (бронхиальная астма, язвенная и гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца), т.е. имели дело с контингентом больных неврозами и психосоматическими расстройствами, уже осложненными алкоголизмом.

В 1978 г. Д.Бэллмержер и Р.Пост (США) создали Т.Н. “Киндлинг – модель” алкоголизма, по которой алкоголизм рассматривается как результат киндлинга определенных мозговых структур (гипокамп и амигдалы), из чего следует, что привыкание (создание зависимости) в одном организме может создаваться многократно, причем каждый последующий раз привыкание срабатывает быстрее и разрушается труднее и медленнее. Таким образом, привыкание, зависимость и абстинентные явления появляются еще во время первого потребления алкоголя, после чего следует разрушение этой зависимости, т.е. алкоголизм – процесс привыкания (до определенного момента), при котором абстинентные явления нарастают ступенеобразно.

Одним из мощных антикиндирующих медикаментов является диазепам, что делает его более универсальным, учитывая, что диазепамовые рецепторы есть не только в подкорке, но и в коре головного мозга. Рекомендуются также применение парацетама, повышающего резистентность клеток к киндлингованию, улучшающего утилизацию кислорода на митохондриальном уровне.

Таким образом, в лечении алкогольной зависимости, помимо патогенетически направленной медикаментозной терапии, использовались методы недирективной психотерапии по М. Эриксону, построенной на выявлении позитивных возможностей и перспектив жизни человека, его ресурсных состояний. Пациент получает позитивную программу жизни без спиртного, т.е. блокируется психоте-

рапевтически влечение к алкоголю.

Параллельно активно использовались методы иглорефлексотерапии, музыкотерапии, физиолечения. Групповая психотерапия использовалась для коррекции нарушений отношения личности и приобретения навыков адекватного общения, причем большое внимание уделялось подражательности, изменению мотивации и взаимной индукции, в создании специфических условий взаимовлияния друг к другу. Осуществляется анализ алкогольных психологических игр пациента в его ближайшем окружении. На сеансах семейной психотерапии разрушались деструктивные игры и формировался новый стиль взаимоотношений в семье. Раньше семью наставляли, прежде всего, “лучше понимать” алкоголика и учиться “облегчать ему пребывание в воздержании”. Сам алкоголик обязан отвечать за все трудности перехода к трезвости и возвращения к здоровому образу жизни: за работу над собой, за необходимость владеть своими эмоциями, распоряжаться собственной жизнью. Такой подход составляет главнейшую и первостепенную цель как во время первоначальной реабилитации алкоголиков, так в дальнейшем. Никто не должен нести ответственность за ваш переход к трезвости, кроме вас. По результатам данной работы с пациентом заключается терапевтический договор, где изложен возможный стиль поведения пациента, а также действия и ответственность сторон за результаты лечения. Одной стороной является пациент, другой – врач. Кроме того, пациент получает поддерживающее лечение с помощью медицинских препаратов или же сеансов психотерапии, что зависит от настроения самого пациента.

Иглорефлексотерапия применялась с целью рефлекторного влияния с точек акупунктуры на различные отделы ЦНС, при этом использовались общие, сегментарные и местные точки по первому и второму вариантам тормозного метода классической корпоральной и аурикулярной терапии. Группы формировались из 6-8 человек разного пола и возраста. Лечебные сеансы проводились в специально оборудованном гипнотарии городской поликлиники, оснащенным кушетками, креслами, стереооборудованием. В среднем на курс лечения приходилось 5-10 процедур иглорефлексотерапии с суггестивным подкреплением, введением диазепама с начальной дозы 20 мг в/в однократно, с дальнейшим оральным приемом. В течение года проводились обязательные этапы “поддерживающей” пси-

хотерапии.

704 (65%) пациента в течение года “сделали паузу”, что характеризует высокий непосредственный эффект терапии. Высокий эффект наблюдался в первую очередь у лиц с меньшим стажем потребления алкоголя, у 35% отмечалось уменьшение тяги к алкоголю, выразившимся в сокращении приема алкоголя в 3-4 раза, что положительно отмечено членами семей алкоголиков. В процессе лечения выявлялись лица, как с иждивенческой установкой (“бросить поможет врач”), так и высокомотивированные (“прижала болезнь – дальше некуда”), причем пациенты с тревожно-нervозными чертами бросали пить из-за боязни перед последствиями алкоголизации (развитие цирроза печени и т.д.), акцентуанты “пили из риска” (“авось запой минует стороной”), и некоторые бросали пить даже из стремления досадить врачу (“сам бросил, а не лечение помогло”), хотя и эти побуждения искусственно формировались врачом в атмосфере коллективного взаимовлияния. Однако импульсивные лица чаще других давали “срывы” и рецидивы “запойного употребления”.

Таким образом, анализ полученных данных указывает на необходимость комбинированного применения в комплексной терапии алкогольной зависимости методов психотерапии (с упором не на ремиссию или воздержание, а на превращение больного с алкогольной зависимостью в трезвенника, с активным подключением в работу семьи алкоголика, активного использования патогенетических механизмов в медикаментозном лечении алкоголизма, а также методов иглорефлексотерапии, что согласуется с данными литературы (В.В.Макаров, 1996

г., И.С.Павлов, 1999 г., Д.В.Владимиров, 1991 г. и др.)

#### Литература

1. Владимирова Д.В. /София, Болгария/, Построение патогенетической терапевтической схемы лечения алкогольных абстинентных состояний и алкогольных психозов. Сб. вопросы психотерапии и наркологии. Костанай, 1991 г., с. 131-135
2. Макаров В.В., Новые подходы помощи злоупотребляющим алкоголем. // Вопросы ментальной медицины и экологии, т. 99, № 2, 1996 г., с. 82-84
3. Павлов И.С., Технология психотерапии алкогольной зависимости 21 века: человек с зависимостью трезвенник // Вопросы ментальной медицины и экологии, т. 5, № 3, 1999 г., с. 48-49
4. Шушкевич В.И., Об опыте психотерапевтической работы на промышленном предприятии. Сб. Вопросы психотерапии и наркологии. Костанай, 1991 г., с. 212
5. Шушкевич В.И., Литвинович В.Д., Об опыте комплексной психотерапевтической работы на базе поликлиники общесоюзической сети // Сб. вопросы ментальной медицины и экологии, 1977 г., т.з., № 3, с.28-31
6. Яшина В.А., Шушкевич В.И., Об опыте психотерапевтической работы на базе стационара общесоюзической сети // Вопросы ментальной медицины и экологии, т. 5, № 3, 1999 г., с. 40-41
7. Шушкевич В.И., Особенности комплексной терапии табачной зависимости // Сб. вопросы психотерапии и наркологии, т.10, Костанай, 1999 г., с. 79-80

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ГККП “ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА г. РУДНОГО”

Тлеубаева А.У., Яшина В.А., Осипова Н.Б., Шушкевич В.И.

г. Рудный

Актуальность проблемы в том, что с малыми формами психических отклонений встречается, прежде всего, не специалист психиатр, а участковый терапевт, “находящийся, можно сказать, на переднем крае охраны психического здоровья населения (Кербиков О.В., 1971 г.), где особенно нужен постоянный контакт психиатра с врачами общего профиля.

По статистике, 22% с жалобами психосоматического характера отнимают до 50% и более рабочего времени врача, причем, не менее 30% (а по мнению большинства авторов, не менее 50%) больных, обращающихся с соматическими жалобами в стационары, нуждаются в коррекции эмоционального состояния. Поэтому, особое внимание при отборе больных для лечения уделялось пациентам с так называемыми психосоматическими заболеваниями (гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, язвенная болезнь и др.) (В.Б.Захаржевский, 1989), относимых к категории длительно и часто болеющих, “больных с толстыми картами”, у которых значительную роль в клинической картине, на

фоне соматического страдания, играют невротические черты. При этом задача сохранения положительных социальных установок и трудоспособность была одной из наиболее важных в нашей работе. Так же особое внимание уделялось наличию у пациентов заболеваний из так называемой “ирритирующей триады” (В.Б.Захаржевский, Л.Л.Дмитриева с соавт., 1989 г.), включающей шейный остеохондроз, хронический холецистит, хронический тонзиллит. Именно при этих заболеваниях выявлялась периферическая ирритация в виде болезненности вегетативно-сосудистых точек в местах прикрепления сухожилий мышц и фасций к костным выступам, изменение тоничности и чувствительности отдельных мышц и мышечных групп, а также характерны гемодинамические расстройства общего и местного характера, затрагивающие мозговое кровообращение, вызывающие гипоксию мозга и ограничивающие функциональные возможности корковых клеток в условиях психоэмоционального напряжения, что позволило выдвинуть гипотезу о роли циркулярной гипоксии в патогенезе невротиче-

ческих расстройств.

Под нашим наблюдением находилось 39 человек (20 женщин и 19 мужчин), проходивших лечение в ГКПП "Городская поликлиника г. Рудного 1999-2000 годах, в возрасте от 23 до 62 лет ( $38,1 \pm 9,8$ ), согласно клиническим проявлениям, пациенты распределились следующим образом:

1. С бронхиальной астмой, атопический, психический вариант средней и легкой степени тяжести – 14 человек (35,9%)

2. С гипертонической болезнью 1-2 степени – 11 человек (26,2%)

3. С язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки – 9 человек (30,7%)

4. С хроническим холециститом – 5 человек (12,8%)

Причем, зафиксировано при сборе анамнеза, что в 36,5% (15 человек) случаев сопутствовал шейный остеохондроз, хронический холецистит и хронический тонзиллит соответственно в 43,6% (17 человек), 25,6% (10 человек) случаев.

Также прослежена связь между обострением вышеуказанных заболеваний в весенне-осеннее время и срывом адаптивных возможностей организма на невротизирующие воздействия.

Практически у всех больных преобладали пограничные психические расстройства в виде астено-вегетативной, аффективной, obsессивной и ипохондрической симптоматики, то есть имели дело с контингентом больных с невротами и психосоматическим расстройствами. Лечебный комплекс включал проведение методов суггестивной, эриксоновской психотерапии, иглорефлексотерапии, методов музыкотерапии с комплексом медикаментозного и физиолечения.

заболевания	1999 год		2000 год	
1. Бронхиальная астма	14	143	5	63
2. Гипертоническая болезнь	11	83	7	59
3. Язвенная болезнь	9	107	3	51
4. Хронический холецистит	5	66	1	12
	кол-во случаев	кол-во дней	кол-во случаев	кол-во дней

Выводы:

1. Достаточно высокая медико-социальная эффективность психотерапевтической помощи больным поликлиники подтверждает необходимость создания структур психотерапевтической службы на базе общесоматической лечебной сети, что полностью коррелирует с последними приказами по вопросам здравоохранения Республики Казахстан.

2. Наличие у пациентов хотя бы одного заболевания из группы ирритирующей триады необходимо рассматривать как соматогенный фактор развития невротической патологии.

Литература:

1. Шушкевич В.И., Роль "ирритирующей триады" в генезе нервно-психической патологии // Сб. Вопросы психиатрии и наркологии, Кустанай, 1991 г., с. 72

Групповая психотерапия использовалась для коррекции нарушений отношений личности и приобретения навыков адекватного общения, причем, большое внимание уделялось подражательности, изменению мотивации и взаимной индукции, в создании специфических условий взаимоотношения пациентов друг на друга. Параллельно проводилась коррекция заболеваний из "ирритирующей триады".

В процессе лечения в обследуемой группе наблюдалось:

- изменение установок в отношении болезни у 30 человек (76,9%) от общего числа пролеченных;

- изменение самооценки в положительном плане у 28 человек (71,8%);

- осознание больными причин возникновения невротических симптомов – 34 человека (87,2%);

- изменение некоторых аспектов поведения у 20 человек (51,3%).

Таким образом, при определении эффективности психотерапии учитывались изменения в клинической картине и адаптации пациента, в частности, в соматической, психологической и социальной сферах, а также включалась и субъективная оценка с позицией самого пациента.

При анализе динамики клинической картины обращает внимание сочетание соматизации со сложными вегетовисцеральными нарушениями, в генезе которых, вероятно, лежит длительная соматическая ирритация симпатической нервной системы.

Отмечена тенденция к уменьшению случаев и длительности пребывания на больничном листе. Почти вдвое (а при хроническом холецистите – в 5 (!) раз).

2. Шушкевич В.И., Об опыте психотерапевтической работы на промышленном предприятии // Сб. Вопросы психиатрии и наркологии, Кустанай, 1991 г., с. 212

3. Шушкевич В.И., Особенности комплексной терапии табачной зависимости // Сб. Вопросы психиатрии и наркологии, Кустанай, 1992 г., с. 79

4. Шушкевич В.И., Литвинович В.Д., Об оплате комплексной психотерапевтической работы на базе поликлиники общесоматической сети // Сб. Вопросы ментальной медицины и экологии, 1997 г., Т.3., с. 28-31

5. Яшина В.А., Шушкевич В.И., Об опыте психотерапевтической работы на базе стационара общесоматической сети // Сб. Вопросы ментальной медицины и экологии, 1999 г., том 5, с. 40-41.

## ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОТИВОРЕЧИЯ И ПРОБЛЕМА ЧЕЛОВЕКА

Е.А.Ромек

-...У Вас получается, что какая-нибудь снимающая порчу бабка, может называться психотерапевтом ровно с тем же правом, что и, скажем, дипломированный психоаналитик... Что же такое психотерапия, по-вашему?

- Вы спрашиваете, что такое психотерапия? Возьмите любое руководство... или учебник – там Вы найдете определение. (Из обсуждения доклада “О современном состоянии психотерапии” на одной научной конференции).

Если бы слова прямо и непосредственно выражали суть дела, природу вещей - в терминологии Нового времени, то в науке вообще не было бы надобности. Однако в реальности, находящейся за пределами сослагательного наклонения, все гораздо сложнее: логика слов и логика дела, увы, весьма часто не совпадают, между вербальными определениями предмета, фиксирующими различные представления о нем (в том числе однобокие, случайные, фантастические и т.п.), и понятием, воспроизводящим – опять-таки в словесной форме – закон его существования – дистанция во истину огромного размера. Более того, само это расхождение имеет закономерный характер (а вовсе не является результатом чьей-то недобросовестности, оплошности или глупости). Ведь для того, чтобы быть постигнутым в понятии, предмет должен существовать, т.е. быть созданным или освоенным человеком; его практическое производство предшествует какому- бы то ни было научному познанию. Вначале под воздействием насущной потребности люди создают предметы, не сознавая при этом форм собственной деятельности, и законов, которым она соответствует, а затем...сталкиваются с ними как с внешними себе и загадочными свойствами самого продукта – вещей, явлений, процессов, технологий и т.п., восприятие которых и оформляется в различных вербальных определениях. Ну а разделение труда в современном обществе, в силу которого теоретическое мышление является особой профессией (ученых), приводит к тому, что практическая деятельность в той или иной области и постижение “необходимости ее происхождения”, т.е. системное познание ее единичных и особенных моментов в их закономерной (историко-генетической) связи, осуществляются разными людьми. В этом положении дел и коренится парадокс профессиональной компетентности, когда специалист, весьма успешно занимающийся своим делом, не может выразить это дело в слове, имеет о нем весьма расплывчатое (одностороннее, фантастическое и т.п.) представление и до поры до времени – пока гром (кризис) не грянет – не испытывает особой нужды в понятии своего предмета.

Психотерапия в этом смысле – типичный предмет познания, специфическая притягательность которого для теоретической рефлексии – а в XX в. в нее оказались вовлечены практически все важнейшие психологические и философские школы – в том,

что его становление в качестве особого института и профессиональной сферы деятельности происходит на наших глазах. Но это, равно как и очевидность социальной потребности в психотерапии – родившись в венской приемной Фрейда, в течение столетия она завоевала пол мира, не означает, что необходимость ее происхождения легче понять. Как раз наоборот. И уж во всяком случае наивна надежда выяснить суть дела путем обращения к дефинициям учебных пособий – в них любопытствующий не найдет ничего, кроме широкого спектра не только различных, но и противоречащих друг другу представлений о предмете. На каком из них остановиться? На том, что звучит наукообразнее? На том, что высказано признанным авторитетом? А может соединить их все союзом “и”, или ... нет, лучше – поставить учебники на верхнюю полку и, решив, что всякое знание, действительно (прав Ницше, сто раз прав!), относительно, заняться привычным делом. Большинство практикующих психотерапевтов останавливаются в исследовании своего предмета именно на этой – скептической (постмодернистской) стадии<sup>1</sup>. Большинство, но не все. Работы Л. Бинсвангера, посвященные анализу *differentia specifica* психотерапии, - ярчайшее тому подтверждение. Но, прежде чем, руководимые Бинсвангером, мы углубимся в теоретическое основание психотерапии, бросим взгляд на поверхность ее определений.

Лучшим символическим отображением этой поверхности является сам термин психотерапия, представляющий собой типичное “трудное слово” Шалтая-болтая - “совсем, как портмоне, – в одном слове упакованы два смысла”(L. Carol, 1999, p. 92). Первый из них содержит указание на душу и соответствующее ей множество пониманий, от примитивного фетишизма до “Феноменологии духа” Гегеля и просто феноменологии Гуссерля. Второй, а именно, - “лечение”, тут же уведит в область человеческой телесности и ее патологии – анатомии, физиологии, нейробиологии, биохимии и т. д. и т. п. Эта двойственность обнаруживается далее в многочисленных дефинициях, в том числе принадлежащих перу высоких профессионалов: “Наиболее принятым в нашей литературе, - пишет Б. Д. Карвасарский, - является определение психотерапии как системы лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного. И, следовательно, будучи методом лечения, психотерапия традицион-

но входит в компетенцию медицины” (Б.Д. Карвасарский, 1985, с.7). Однако в третьей главе своей монографии, посвященной применению психотерапии в медицине, Б. Д. Карвасарский определяет ее задачи гораздо конкретнее, а именно, - как “изменение нарушенной системы отношений больного, коррекцию неадекватных эмоциональных реакций и форм поведения” (там же, с.163). Но осуществление этой функции выходит за пределы компетенции медицины, составляет предмет другой области знания – психологии, и, следовательно, “традиционная” принадлежность психотерапии медицинскому цеху проблематизируется...

За двойственностью определений психотерапии скрывается в свою очередь противоположность методов, школ, позитивистского и феноменолого-герменевтического подходов. Первый восходит к Фрейд, решительно возражавшему против отождествления психоанализа с мировоззрением, этикой, философией и рассматривавшему его в качестве строгой опытной науки, подобной физиологии, биологии и даже физике. Такое понимание и в наши дни преобладает в США и Великобритании, а типичным его примером могут служить исследования психотерапии, нацеленные на эмпирическую верификацию (сбор и количественную оценку *фактов*) различных ее направлений<sup>2</sup>. Феноменолого-герменевтический подход, напротив, противопоставляет психотерапию науке. Его многочисленные сторонники в разных странах – Франции, Австрии, Германии, Италии и др., видят в психотерапии прежде всего *освобождающую практику* (точнее, практику, освобождающую дух), которая разными средствами содействует самопониманию человека, осознанию личностных противоречий, снятию интериоризованных запретов и т. п. Наука лишь правдоподобно объясняет человека, психотерапия понимает и этим лечит. Развивая эту тему, Ю. Хабермас бросил Фрейд знаменитый упрек в “сциентистском самонепонимании”: дескать, создав абсолютно новую дисциплину, тот, находясь в плену позитивистской установки, объяснил ее превратно.

Феноменолого-герменевтический подход положен в основу психотерапевтических законодательств некоторых стран: “... психотерапевтическая практика базируется на познании субъективного мира переживаний пациента, стремлении вникнуть в этот мир с доброжелательностью при помощи методически обоснованного стиля терапии...”, - гласит Закон о психотерапии Австрийской республики. (Цит. по: Притц А., Тойфельхарт Х., 1999. С.11.).

Иногда “научный” (позитивистский) и “понимающий” (*verstehende*) подходы причудливо переплетаются в психотерапевтической рефлексии. Например, в работах К. Г. Юнга утверждение принципиальной непостижимости коллективного бессознательного соседствует с “эмпирическими” доказательствами “медицинского” факта его существования. И все же гораздо чаще они противопоставляются как альтернативные или взаимоисключающие методологии.

Однако и методологический раскол выступает

лишь формой проявления более глубокого и исторически предшествующего конфликта между биологической и антропологической психиатрией, объективной и субъективной психологией.

Что же в конечном счете проявляется в этом движении противоречий и служит его началом? В томто и состоит величие Л. Бинсвангера, что за внешними, облаченными в сугубо специальную терминологию антитезами он сумел увидеть психофизическую проблему и, лежащее в ее (и всех ее дочерних форм) основании единство человека. Это означает, что без философии, в компетенции которой психофизическая проблема находится уже две с половиной тысячи лет, разрешить психотерапевтические противоречия невозможно. Не поможет тут ни изучение нейродинамических механизмов и биохимии мозга, ни исследование индивидуальных психологических процессов, ни семантический анализ языковых определений, просто потому, что все это не о том. Все перечисленные и подобные им изыскания направлены на внешние и односторонние манифестации проблемы человека, или того способа существования, который человека специфицирует, и не только не поднимают эту проблему в ее целостности, но и вовсе не замечают ее...

\* \* \*

Итак, Людвиг Бинсвангер (1881-1966) - выдающийся представитель блестящей швейцарской династии врачей, племянник Отто Бинсвангера, лечившего самого Ф. Ницше, ученик Э. Блейлера, близкий друг Фрейда, наконец, знаток и тонкий ценитель философии, одним из первых теоретически выразил дилемму психиатрии. Является ли душевнобольной “расстроенным” биологическим организмом, объектом естественнонаучного изучения и воздействия или же он - “психически больной собрат, другой”, субъект межличностных отношений? “Несовместимость этих двух концептуальных горизонтов ведет не только к бесконечным научным противоречиям, но и ... к расколу на два обособленных психиатрических лагеря. Сам этот факт демонстрирует насколько важен для психиатрии вопрос: что же мы, человеческие бытийности представляем собой” (Л. Бинсвангер, 1999, с.82).

После Ницше, Дильтея, Шпрангера, Ясперса о противоположности “наук о духе” и “наук о природе”, “объясняющей” и “понимающей”, “объективной” и “субъективной” психологии было сказано немало. В отличие от других, Л. Бинсвангер видел свою задачу не в умножении антитез “сциентизма” и “антисциентизма”, а в теоретическом анализе предпосылок, лежащих в основании этих двух концепций, “рассматриваемых то ли как научные, то ли как даже донаучные или “наивные” способы трансцендентальной мотивации или обоснования” (там же, с. 83).

Такая постановка проблемы стала возможной благодаря крайне редкому сочетанию у одного человека компетентности в двух различных областях знания - медицине и философии. Что касается медицины - а в первой половине XX в., как, впрочем, и в наши дни, психиатрия проходила по врачебно-

му ведомству, - то как научная дисциплина она, по убеждению Бинсвангера, пребывает в кризисе: “Великая хартия” или устав психиатрии, которым до настоящего времени она руководствовалась, был разрушен” (там же, с. 84). В роли главного психиатрического революционера, Бинсвангер видит своего друга Фрейда, хотя в коперниканском величии все же ему отказывает: Фрейд лишь радикально преобразовал базисные идеализации психиатрии, оставив без изменения ее точку отсчета. Но и этого оказалось недостаточным для возникновения психофизической трещины в фундаменте дисциплины.

Что же до философии, то в 20-ые г.г. Бинсвангер был совершенно поглощен идеями неокантианства и философии жизни<sup>3</sup>. Однако позже - после выхода “Бытия и времени” Хайдеггера (1927), он обратился к более широкому “философскому горизонту”, включавшему феноменологию Э. Гуссерля и критическую философию И. Канта. Под влиянием этих мыслителей и сложилась его стержневая методологическая установка - наука не способна достичь самопонимания без помощи философии.

Условием существования любой научной дисциплины является некоторая совокупность базисных онтологических допущений, способов доказательства и обоснования, принципов классификации и т.п. Поскольку наука нацелена на изучение своего специфического предмета, этот концептуальный фон остается вне поля ее зрения, точнее принимается в качестве само собой разумеющейся предпосылки. Такая некритичность вполне допустима, пока дисциплина функционирует без сбоев. Однако дело коренным образом меняется во время кризиса, когда, например, в рамках одной науки возникают альтернативные и равно обоснованные системы базисных идеализаций, как это произошло в психиатрии первой половины XX в. Тогда априорные предпосылки дисциплины проблематизируются и перемещаются с периферии в центр ее внимания.

Тем не менее, подчеркивает Бинсвангер, даже перед лицом насущной жизненной потребности ни одна наука не может объяснить свою интерпретацию, используя собственные методы просто потому, что последние для этого не предназначены: любой специальный метод имеет в виду особенный предмет, а не себя самое в качестве предмета, и уж тем более не тот способ, каким научная дисциплина превращает первоначально безразличное ей явление в свой предмет.

Между тем, с сократовых времен концептуальный горизонт знания, или в традиционной терминологии - предпосылки, формы и способы мышления, составляют предмет философии. Во всяком случае Бинсвангер вслед за Кантом и Гуссерлем усматривает ее миссию именно в этой критической функции. Даже хайдеггеровская онтологическая терминология не в силах замаскировать его истинные философские приоритеты: “... в то время, как наука выдвигает вопросы, определяющие ее подход к существующему, философия формулирует вопрос относительно природы доказательства как основания и обоснования - то есть вопрос относительно функции, выполняемой трансценденцией как

таковой, функции установления оснований. ... В такой и только в такой мере науку следует “соотносить” с философией; то есть постольку, поскольку самопонимание науки, рассматриваемое как артикуляция актуального запаса онтологического понимания, возможно лишь на основе философского, то есть онтологического понимания в целом.” (Там же, с. 81).

Поскольку психиатрия пребывает с начала XX в. в состоянии теоретической растерянности, не находя в себе самой достаточных оснований для выбора между двумя взаимоисключающими научными концепциями, она нуждается в помощи философии, или, если угодно, - в философотерапии. Так, предвосхищая наиболее плодотворные методологические идеи структурализма, Л. Бинсвангер сформулировал задачу критического анализа априорных предпосылок клинической психиатрии, или всего того, что будучи неартикулированным в виду самоочевидности, предопределяет ее отношение к душевнобольному.

Но прежде, чем мы перейдем к характеристике психиатрических априори, мне кажется важным обратить внимание на оборотную сторону медали: не только психиатрия не может достичь самопонимания без философии; философия нуждается в психиатрии ничуть не меньше. Причем, речь идет не о формальной междисциплинарной вежливости, а о принципиальном обстоятельстве. Какой бы терминологией не оперировала психиатрия - медицинской, физиологической, биологической или даже патологоанатомической, на какую бы степень “объективности” ни претендовали ее методы, краеугольным камнем ее фундамента был и остается вопрос «что означает» и “как” быть человеком” (там же, с. 56). Психиатрия задает этот вопрос в отношении “аномальных” и, следовательно, находящихся за пределами антропологических изысканий философии форм существования человека. Стало быть, одно и то же явление - всеобщие формы человечности - “тематизируется” в обеих дисциплинах с противоположных сторон. “Но так или иначе, возникает необходимость отобразить целостное существование - а не одну его грань, какой бы важной она ни была” (Там же). Эта необходимость, равно как и общее антропологическое основание, обуславливает движение философии и психиатрии на встречу друг другу.

Позже М. Фуко выразил общий принцип современных наук о человеке (философии, психологии, психиатрии, психотерапии и т.д.) трехчленной формулой: “человек - его безумие и его истина” (М. Фуко, 1997, с. 509). В безумии таится истина человека, которая, тем не менее, обнаруживает и утверждает себя только посредством разума; разум и безумие находятся в рефлексивных отношениях взаимопредопределения. Замечательно, что задолго до повального увлечения философов психиатрией, а психиатров - философией, инициированного семинарами Ж. Лакана, Л. Бинсвангер прекрасно отдавал себе в этом отчет.

Итак, Великая хартия, или картина мира, психи-



атрии сложилась во второй половине XIX столетия, Бинсвангер даже указывает точную дату и событие, ознаменовавшее ее рождение, - 1861, выход в свет *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* Гринингера. В этом сочинении был сформулирован основополагающий принцип клинической психиатрии, впоследствии принимавшийся без каких бы то ни было специальных обоснований, т. е. в качестве *a priori*. Его содержание таково: (1) психическое является функциональным комплексом материального органа (организма) и, следовательно, “должно интерпретироваться учеными-естественниками” (Л. Бинсвангер, 1999, с. 57).

Главное здесь - не установление закономерной связи между определенной органической формой - мозгом, его морфологией, гистологией, биохимией, центральной нервной системой или всем организмом в целом и поведением человека, а утверждение физикалистского материализма. Вдохновленный идеями позитивизма и “светом эмпирической психологии”, Гринингер лишь в общезначимой форме выразил веру в сводимость психических процессов, как нормальных, так и аномальных, к материальному субстрату человеческого тела. Эмпиризм, подчеркивал он, “вынужден терпеливо ждать того времени, когда вопросы, касающиеся связи между содержанием и формой психической жизни человека, станут наконец, проблемами физиологии, а не метафизики” (там же, с. 58). На фундаменте этой веры и было возведено здание естественнонаучной психиатрии.

Вариации понимания указанной функциональной связи в последующем развитии психиатрии не имеют существенного значения, поскольку не выходят ни за пределы принципа Гринингера, ни за рамки принятого на веру. Так, сам автор *Pathologie...* полагал, что “умопомешательство является ... симптомом-комплексом различных аномальных церебральных состояний” (там же); Майнерт редуцировал его к патологии клеточной и волокнистой структуры мозга; Вернике стремился “превратить психическое в объект невропатологии” (там же, с. 63); Кальбаум, Крепелин и Блейлер расширили диапазон “клинического интереса” от отдельных органов до организма в целом, новейшая биологическая психиатрия углубила его вплоть до генного, биохимического и т.д. уровня. Однако все эти и подобные им концепции исходят из общей идеи: “*Nihil est in homine intellectus, quod non feurit in homine natura*”<sup>4</sup>.

Первое психиатрическое *a priori*, несомненно, уходит корнями в эмпиризм Дж. Локка и французский материализм XVIII в.<sup>5</sup> Фактически возникновение естественнонаучной психиатрии во второй половине XIX в. стало отсроченным ответом на призыв П. Гольбаха: “Пусть физики, анатомы, врачи объединяют свой опыт и наблюдения и покажут нам, что следует думать о субстанции, которую хотели сделать непознаваемой” (П. Гольбах, 1963, с.138).

Второе *a priori* специфицирует и генерализует первое одновременно: (2) человек представляет со-

бой *homo natura*, организм, взаимодействующий со средой, история которого исчерпывается “биологическим природным развитием” (Л. Бинсвангер, 1999, с. 25).

Хотя психиатрия и не утратила интереса к взаимосвязи структуры и функций мозга, все же с конца XIX в. преимущественно она сосредоточена на происходящем в организме в целом. В психическом расстройстве она усматривает проявление дезадаптации организма (часто отягощенное генетически неблагоприятными факторами) к внешней среде. Сущность человека при этом заключается в пространстве его тела, а вся совокупность его отношений с другими людьми и миром редуцируется к биологическому понятию приспособления к среде. “Клиническая психиатрия, пишет Бинсвангер, - теперь становится ответвлением общей и специализированной биологии, т. е. учением о целостной организменной функции” (там же, с. 65).

Результатом проекции концептуального горизонта биологии на человека в целом и стала идея *homo natura* или убеждение, что все жизненные проявления человека определяются “естеством” его организма. Последнее понимается и как наличие в человеке врожденных биологических детерминант (генетической предрасположенности, “инстинктов”, типа телосложения и т.п.), и как подчинение его индивидуальной судьбы общему закону природы. Попадая в предметное поле естественнонаучной психиатрии, личная история индивида трансформируется в жизненный цикл развития, что, в частности, наглядно проявляется в систематизациях душевных расстройств, выделяющих “детские” и “старческие” психозы, “парафрени подросткового возраста”, “дегенеративные заболевания” и т.д.

Третье *a priori* гласит: (3) безумие - это болезнь, биологическая аномалия, подлежащая устранению, поскольку она причиняет человеку (физические) страдания или угрожает его жизни.

Заимствуя свои важнейшие принципы из биологии, психиатрия, тем не менее, является разделом медицины, которую отличает совершенно произвольное с биологической точки зрения предпочтение одного вида организма - человека. Поддержание здоровья этого привелегированного организма и максимальное продление его жизни - таковы цели медицины вообще и психиатрии в частности. «Здоровье и болезнь - это системы ценностей, объекты суждений, основанных на биологической цели» (там же, с. 254)

Душевные болезни представляют собой разновидность болезней вообще как аномалий человеческого организма. Поэтому они также имеют “естественные”, т.е. биологические, причины - нарушение функции мозга, центральной нервной системы, жизненного цикла развития, нейрохимических процессов и т. п. Как и любая другая болезнь, безумие выражается в определенных симптомах, которые детально описываются и классифицируются в психиатрических систематиках. Кроме того, поскольку речь идет о болезнях, психические аномалии само собой разумеющимся образом входят в компетенцию врача, а не психолога, педагога, юриста, соци-

ального работника или философа.

В-четвертых, (4) поведение человека является производной его органического существования, а девиантное поведение, в том числе преступное и безнравственное, - симптомом психической патологии.

В “физиологической” психиатрии XIX в. это аргумент выражалось в прямых констатациях каузальной связи между мозгом и поведением. Скажем, лобные доли рассматривались в качестве “мастерских добра” определенные кортикальные клетки наделялись свойством одухотворенности и т. п. (Там же, с. 62).

После “биологического поворота” поведение начали интерпретировать также в терминах адаптации-дезадаптации организма к условиям среды. Целесообразность, разумность и т. п. человеческого поведения, с этой точки зрения, представляют собой лишь высшую форму органической приспособляемости. “Ощущение, чувство, образ, мысль, умозаключение - одним словом психизм в целом теперь занимает свое место наряду с химизмом, физикой и механикой организма” (там же, с. 65).

Соответственно нарушение психизма обуславливает дезадаптивное, или, попросту, отклоняющееся от нормы, поведение. И наоборот: преступное, безнравственное, асоциальное, необычное поведение представляет собой симптом психического расстройства, заболевания организма. Подобные симптомы необходимо устранять, прежде всего потому, что они угрожают жизни данного организма. Поскольку функция психической адаптации расстроена, и индивид не осознает опасности своей болезни, вполне уместно проведение терапевтических мероприятий в недобровольном порядке.

Наконец, согласно пятому аргументу, (5) душевнобольной представляет собой объект естественнонаучного изучения и излечения. Безумие влечет за собой утрату способности (в полной мере) отвечать за свои действия. Ответственность за поведение пациента несет врач.

Следствием “редукции человека к его телесному существованию”, выдающей себя за последнее слово науки, является “дальнейшее сведение этого телесного существования к просто нейтрально присутствующему, “ничейному” объекту” (там же, с. 89). Объективация человека закрепляется в дисциплинарном языке медицинской психиатрии, приспособленном к описанию разнообразных функциональных связей организма, но совершенно негодном для выражения целостного существования личности. “Сейчас эта деперсонализация зашла настолько далеко, что психиатр ... уже не может просто произнести: “хочу”, “вы хотите” или “он хочет” ... Вместо этого теоретические положения вынуждают его говорить: “этого хочет мое (ваше или его) это” (там же, с. 60).

В отличие от нормального человека душевнобольной оказывается объектом не только изучения, но и излечения. “Картина мира” естественнонаучной психиатрии не предполагает учета мнения, желания, чувств и т. п. пациента, а значит, не предполагает в нем свободы воли. Этим душевнобольной

освобождается от ответственности за совершенные им преступления. Вместе с тем, приобретая в результате психиатрического освидетельствования статус объекта излечения, он лишается основных прав человека. Теперь он - больной организм, его поведение рассматривается сквозь призму психиатрической симптоматики. Только врач, (а не юрист, психолог, социолог и, естественно, не сам пациент) имеет право устанавливать степень нормальности поведения, а значит, и вменяемости, дееспособности, опасности для общества психически больного человека.

\*\*\*

Таковы главные аргументы клинической психиатрии, до сих пор определяющие не только ее дисциплинарное мышление, но и законодательство в этой области, а также отношение общества к будущему и его врачевателям.

Во второй половине XX в. в рамках широкого научного и общественного движения антипсихиатрии каждое из указанных аргументов равно, как и диагностические принципы, терапевтические методы и юридическая основа психиатрии, были подвергнуты скрупулезному анализу. В результате было выдвинуто множество доводов, изобличающих бездоказательность, произвольность, ложность практически всех психиатрических постулатов. Наряду с обвинительной в антипсихиатрии доминирует просветительски-рационалистическая тональность: если Дж. Фрэнк видел в мифе лишь “губительное заблуждение”, то многие современные его последователи не усматривают в психиатрии ничего, кроме мифа во фрэнкеровском смысле, - пишет Л. Стивенс, - мы создаем объясняющие мифы. В прошлом для объяснения странного поведения использовали мифы о злых духах или одержимости демонами. Сегодня большинство из нас верит в миф о психической болезни. Вера в существование мифических существ таких, как злые духи или демоны, дает иллюзию понимания, кроме того верить в миф гораздо удобнее, чем признаться в собственном невежестве”. (Л. Стивенс, 2000)

Позиция Бинсвангера, фактически стоявшего у истоков антипсихиатрии, гораздо более взвешенна и эвристична: ни в чем не обвиняя клиническую психиатрию, он вместе с тем далек от того, чтобы считать ее просто одним из “современных мифов”. Биологическая психиатрия - не миф, а закономерный итог определенной тенденции развития научного знания в XIX-XX в.в., а именно, - позитивизма. Время дисциплинарного оформления психиатрии совпало с пиком влияния позитивизма, объявлявшего бездоказательной метафизикой все, что не сводимо к чувственно данному (“факту”). Нет ничего удивительного в том, что, стремясь стать “научной”, психиатрия избрала в качестве концептуального фундамента биологию - науку о чувственно данных организмах. Вполне понятный и в то же время ошибочный, тупиловый выбор. Ошибочный - потому, что “человек - это нечто большее, чем жизнь” (Л. Бинсвангер, 1999, с. 65), большее, чем “физикопсиходуховное единство” организма (там

же, с. 84). Сущность человека выходит за пределы его телесности в созданный им совместно с другими людьми мир, она - не внутри (черепной коробки, центральной нервной системы, биохимических процессов, ДНК и т.п.), а “вокруг” него. Соответственно его мышление, чувства, и поведение - это не органические функции приспособления к среде, подобные пищеварению, а производные конкретной и целостной системы отношений человека с другими людьми, складывающейся в ходе и по поводу их совместного бытия в мире. Поэтому объяснять отклоняющиеся от нормы мышление, чувства, поведения так же, как расстройство пищеварения, в медицинских терминах “болезни”, “симптома”, “патологии” и т.п. ошибочно: они включены в другой - небиологический - ряд причинности. На языке философии М. Хайдеггера, который использует Л. Бинсвангер, - это звучит так: “Dasein, хотя и существует, по сути, ради себя самого (umwillen seiner), тем не менее, отнюдь не само полагает основания своего бытия. Кроме того, как только творение “вступает в существование”, оно есть и остается заброшенным, детерминированным, то есть включенным, принадлежащим и подчиненным бытию сущим вообще. Вследствие этого оно не “полностью свободно” и в своем видении мироустройства. Здесь “бессилие” Dasein проявляется в том, что некоторые из его возможностей бытия-в-мире исключаются по причине взаимосвязанности обязательствами с другими бытиями сущими, по причине его фактичности. Но именно такое исключение придает Dasein силу; ибо именно это прежде всего предопределяет для Dasein “реальные” осуществимые возможности, предполагаемые мироустройством” (там же, с. 85).

Биологический редукционизм - тупиковый путь развития психиатрии, поскольку он ведет к неразрешимому в ее системе отсчета противоречию. Противоречие это есть не что иное, как психофизическая дилемма Декарта: наряду с телесной субстанцией биологическая психиатрия вынуждена полагать также субстанцию души или духа. Несмотря на декларацию функциональной зависимости сознания от тела, в действительности она описывает в своих обширных классификациях два параллельных ряда симптомов - душевные (“аномальные” мышление, эмоции, поведение) и телесные (отек мозга, парез, кататония и т.п.) утверждая, что “в обоих случаях нарушается нормальная связь между телом и рассудком (koinonia)” (там же, с. 91). Таким образом, “душа понимается как нечто нейтрально существующее (vorhanden) в теле или с телом” (там же, с. 84). Дихотомия “духа и материи” проходит через всю историю психиатрии, и в конце концов раскалывает единую дисциплину на “научную” и “понимающую” половинки. Понимающая психология представляет собой, подчеркивает Бинсвангер, не преодоление биологической психиатрии, а ее “свое-другое”, противоположность. Обе они - лишь равно ограниченные “тематизации” человека. Разрешение психофизической проблемы, а, следовательно, и - дисциплинарного кризиса психиатрии предполагает переход к иной системе базисных идеализа-

ций, к иной логике, отправляющейся от конкретной целостности (to Holon) человеческого существования, к которой и “физиология” человека, и его “разумность” относятся как абстрактные моменты. Это означает, что место в основании психиатрии, которое в XIX- начале XX в.в. занимала биология, по праву принадлежит философии. Но отнюдь не в дильтеевском смысле. Вспомним, миссию философии Бинсвангер усматривает не столько в установлении оснований, сколько в критическом их переосмотре. В данном случае речь идет о критическом анализе самого понятия человека посредством диалектического метода. Поскольку Бинсвангер, как и многие его современники, открыл этот метод благодаря М. Хайдеггеру, именно в экзистенциальной антропологии последнего он видит идеальный концептуальный горизонт психиатрии. Но то, что раг excellence привлекает Бинсвангера в философии Хайдеггера далеко выходит за ее рамки: биологическому редукционизму, пишет он: “противостоят пробные попытки антропологических исследований в психиатрии, где человек не классифицируется по категориям (естественнонаучным или каким-либо иным), а понимается, исходя из перспективы его собственного - человеческого - бытия ... Здесь психическое заболевание не объясняется с точки зрения нарушений либо функции мозга, либо биологической функции организма и не понимается в соотношении с жизненным циклом развития. Оно описывается, скорее, в его связи со способом и образом конкретного бытия-в-мире” (там же, с. 65-66).

#### *Литература*

1. Бинсвангер Л. *Бытие-в-мире*. М.: “Рел-бук”. 1999.
2. Гольбах П. *Избранные произведения в двух томах. Т.1*. М.1963.
3. Карвасарский Б.Д. *Психотерапия*. М.: “Медицина”. 1985.
4. Притц А., Тойфельхарт Х. *Психотерапия - наука о субъективном*. В кн.: *Психотерапия: новая наука о человеке*. Москва - Екатеринбург. 1999.
5. Стивенс Л. *Существует ли душевная болезнь? Академия*, 2000, №22.
6. Фуко М. *История безумия в классическую эпоху*. СПб: “Университетская книга”, 1997.
7. Carol L. *Through the looking glass*. М. 1999.

1 Что, впрочем, не мешает им реализовывать в собственной деятельности всеобщие закономерности этого предмета.

2 Обзор психотерапевтических исследований содержится в статье Е. Калмыковой и Х. Кэхеле “Изучение психотерапии за рубежом: история, современное состояние. Журнал практической психологии и психоанализа. 2000, №1. См. также подборку “Психотерапевтические исследования”, подготовленную А. Казански и Х. Кэхеле в “Иностранной психологии”, 1996, №7.

3 Любопытным свидетельством тому служит разговор с Фрейдом, состоявшийся в 1927 году и пересказанный Бинсвангером в одной из позднейших работ. Обсуждая причины упорства, с которым

больные обсессивным неврозом противятся психоаналитическому инсайту, Бинсвангер предположил, что их противодействие является следствием “отсутствия духа”, или “неспособности пациента подняться до уровня “духовного общения” с врачом” (Л. Бинсвангер, 1999, с. 53). Он был так увлечен своей идеей, что не заметил иронии в ответной реплике Фрейда - “ Да, дух - это все”, и несмотря на последовавшее за ней терпеливое разъяснение - “Человечество всегда знало, что обладает духом; я должен был показать ему, что существуют еще и инстинкты ” и т.д., продолжал с воодушевлением рассуждать о присущей человеку религиозности, отношении “я -ты” и т. п. “Но я зашел слишком далеко и почувствовал, что здесь наши взгляды расходятся. “Религия берет начало в беспомощности и тревоге детства и юности. И не иначе, - резко возразил Фрейд. С этими словами он подошел к своему письменному столу и сказал: “Пришло время показать вам кое-что”. Он положил передо мной

законченную рукопись, озаглавленную “Будущее одной иллюзии”, и взглянул на меня с улыбкой, тающей вопрос. Из общей направленности нашей беседы я легко догадался, что означает заглавие рукописи. Пришло время уходить. Фрейд провел меня до двери. И напоследок, тонко и слегка иронично улыбаясь, сказал: “Сожалею, что не могу удовлетворить ваши религиозные потребности” (Там же. С.54).

4 “Нет ничего в разуме, чего не было бы в природе человека” (лат.)

5 Сравните, например, приведенные выше формулировки со следующим высказыванием П. Гольбаха: “... душа составляет часть нашего тела, и ее можно отличать от него лишь в абстракции, ... она есть то же тело, только рассмотренное в отношении некоторых функций или способностей, которыми наделила человека особенная природа его организации” (П. Гольбах, 1963, с. 138)

## ФОРМИРОВАНИЕ ПРОЦЕССУАЛЬНЫХ СТРАТЕГИЙ ПСИХОТЕРАПИИ ЗАВИСИМОСТЕЙ В КОНТЕКСТЕ ГЕШТАЛЬТ-ПОДХОДА

К.Королев

г. Минск

Адекватное понимание развития зависимости неотделимо от истории развития личности в ее биологическом, психологическом и социальном контекстах. В настоящее время большинство исследователей и практиков рассматривают развитие зависимостей как многослойный и многоступенчатый процесс, берущий свое начало в сложном взаимодействии биологических и социальных предпосылок.

Касаясь биологических предпосылок, следует особо оговорить роль факторов наследственности. Существует превратное и упрощенное понимание роли наследственных факторов в генезе наркоманий и болезней зависимости, как неких носителей фатального начала, неумолимо, как рок, ведущих человека к неизбежному развитию болезненного состояния пристрастия. На современном уровне понимания роли наследственности известно следующее: на уровне наследственного аппарата наследуется не сама болезнь, а определенная слабость систем биохимической переработки алкоголя в организме, ведущая к меньшей устойчивости субъекта к эйфоризирующему, то есть непосредственно наркотическому действию алкоголя. Слабость организменных ферментных систем порождает повышенную, по сравнению с нормой, активность мозговых нейрхимических механизмов выработки внутримозговых гормонов удовольствия и сверхчувствительность к колебанию их уровня в крови, обуславливая возникновение у зависимых больных явлений биологического, т.н. первичного влечения к алкоголю, синдрома отмены и колебаний настроения при лишении привычного вещества и при его приеме.

Активную роль биологические факторы начинают играть при наличии реальной нагрузки организма алкоголем либо другим наркотиком, т.е. в

основном с подросткового возраста. До этого в динамике развития зависимости главную роль играют психосоциальные факторы жизни, а именно семья и микросоциальное окружение. Современная точка зрения на зависимости рассматривает их как своеобразную задержку нормальной психосоциальной динамики взросления личности, с наличием искажений в проживании типичных возрастных кризисов развития. Основой для такого понимания служит эпигенетическая теория периодизации возрастного развития американского психоаналитика Э.Эриксона. В его теории выделяется восемь стадий, и каждой из них соответствует определенный этап в развитии зависимости.

На каждой из этих стадий с максимальным драматизмом концентрируется жизненный опыт и проблема выбора индивида, и эти эпизоды определяются как психосоциальные кризисы, оставляющие следы в личности человека в виде замороженных, незавершенных эмоциональных реакций по отношению к миру (“замерзшие следы феноменологии” по Р. Резнику) и глубоко укоренившихся, часто бессознательных убеждений о себе и способах отношения к миру (системы неосознаваемых интроектов).

Исходя из этого, стратегической целью психотерапии зависимого индивида является:

1. Диагностика специфических нарушений контакта со своими чувствами и внешним миром в лице другого (терапевта), формирующихся при искаженном проживании каждой из стадий.

2. Их активизация в пространстве контакта терапевт-клиент, где клиент “здесь и теперь” неизбежно воспроизведет свои привычные паттерны прерывания контакта с собой и с миром, как правило, являющиеся микромоделью поведения “там и

всегда” (Ф. Перлз).

3. Помощь клиенту в проживании и осознании замороженных и искаженных реакций на жизненные проблемы, их совместное с клиентом исследование и переоценка.

4. Восстановление способности к естественному течению эмоциональных реакций и пересмотру базовых, жизненных убеждений, что дает эффект своеобразного психологического взросления субъекта, поддерживаемого и активизируемого психотерапевтом. Но прежде этого необходим процесс полного восстановления жизненной истории человека, т.е. воссоздание целостного гештальта жизни клиента. И несколько позже именно эта “фигура” становится “фоном”, на котором разворачивается воссоздание целостной и непрерывной “фигуры” – собственной “истории болезни”, т.е. личной биопсихосоциальной истории зависимости. Именно момент контакта с этой фигурой, т.е. признание плачевного положения вещей - факта наличия алкоголизма или наркомании и кризисного, жизненного тупика пациента является первым терапевтическим актом – преодолением анозогнозии. Именно здесь клиент нуждается в массивной терапевтической поддержке и безусловном принятии терапевтом, ибо данный момент воистину является также самым драматичным кризисом терапии. Следует постоянно поддерживать структуру отношений и поддерживать осознание клиентом процесса своих переживаний контакта со своими весьма тягостными чувствами, поддерживая клиента своим присутствием и обратной связью. Можно не отказывать зависимым клиентам в структурирующих комментариях в этот момент, так как для переоценки своих застывших убеждений пациент реально нуждается в новой информации, это тоже новый опыт. Каждая стадия жизненного процесса спонтанно воспроизводится в динамике взаимоотношений в системе “терапевт-клиент”, символически воспроизводя базовые аспекты развития взаимоотношений в системе человек-мир и человек-человек в общем пространстве взаимоотношений. Эти стадии характеризуются активизацией определенных эмоциональных и мировоззренческих полярных пар, зашифрованных в темах каждой терапевтической сессии либо группового обсуждения, осознанное проживание которых дает стимул и поле для личностного роста клиента и его постепенного исцеления.

Первая стадия жизненного цикла проживается в первый год жизни и определяется отношением микросоциального окружения младенца к нему на осознаваемом и неосознаваемом уровне по критерию принятие-непринятие, и отражается в характере и стиле отношений и контактов с младенцем, и особенно отношением и удовлетворением базовых физиологических потребностей ребенка, а прежде всего - потребности в безопасности и принятии. В норме у ребенка формируется отношение базового доверия к миру, в противном случае - состояние базовой тревоги, впоследствии формирующей у субъекта состояние сниженной стрессоустойчивости и глубинную потребность в поиске состояний эмоционального принятия значимыми другими (лю-

бой ценой) и состояний базового психофизического комфорта и расслабления, т.е. переживаний состояний и ситуаций, свободных от базисной тревоги. Именно уровень архаичных аффективных дисфункций, создающих невыносимый дискомфорт и напряжение, может быть рассмотрен как отправной пункт формирования зависимостей, особенно химических.

Базовый, психофизический эффект алкоголя связан с реализацией химическим путем именно этой нереализованной потребности в безопасности и комфорте, и на первой стадии контакта вопросы доверия-недоверия - это основное содержание работы.

Вторая стадия развития охватывает период от одного до двух лет и связана с обучением ребенка навыкам опрятности и чистоплотности. Ее проживание характеризуется активизацией полярной эмоциональной пары автономия-зависимость (или комплекс стыда и сомнений). Ее суть определяется эмоциональным отношением к данной проблеме, и если родители ведут себя корректно, ребенок чувствует себя эмоционально целостным и комфортным существом, получающим опыт автономии и самопринятия по модели принятия себя значимыми другими. В противоположном случае ребенок воспринимает себя как принимаемого только в случае подавления естественных потребностей в комфорте, т.е. только оставаясь чистым, он принимаем, при отправлении естественных нужд он грязен, неприятен и заслуживает стыда и порицания. Избегая стыда и сомнений в собственной ценности, ребенок научается ставить удовлетворение собственных нужд в зависимость от отношения значимых других, отказывая себе в естественности, и, стойкая фиксация на этом полюсе самоотношения и самоманипулирования формирует базовую личностную предпосылку именно состояний созависимости и зависимости. Именно здесь формируется второй пласт, второй составной вектор зависимых состояний, а именно - глубинное нарушение самооценки, проявляющееся в ее стойком снижении, крайней хрупкости и неустойчивости. Защитные образования, призванные защитить аддикта от невыносимости переживания своей малоценности и самоуничтожения, проявляют себя в многочисленных паттернах прерывания ситуаций, потенциально несущих угрозу стыда либо унижения. Именно эти стратегии формируют поведенческий стереотип стремления быть идеальным (сотрудником, семьянином, профессионалом) - перфекционизм, желание всем угодить, быть нужным, хорошим во всех отношениях и незаменимым – паттерны созависимости, следования нормам и приличиям, стереотипам “быть как все” и “так принято”. Работа с этим пластом требует большой выдержки, такта, способности поддержать переживания стыда и малоценности клиента, постепенной, пошаговой работы по аккуратному выращиванию его самооценки. Здесь важно быть внимательным как к непосредственной феноменологии клиента, так и к выражению им “застывших”, интроецированных, непрожитых пластов опыта, к их тактичному иссле-

дованию и аккуратной конфронтации с ними. Эта задача красной нитью будет идти далее через все контексты терапии, будь то группа либо индивидуальная работа.

Третья критическая стадия развития проживается в возрасте с трех до шести лет и связана с переживанием полярностей в паре инициативность - вина. Активная деятельность по освоению окружающего мира и реализация ребенком собственных планов развивает в нем чувство здоровой активности и инициативы. Однако оно сдерживается естественными социальными ограничениями со стороны родителей, активирующих противоположный полюс вины, как нормального социального регулятора поведения, интериоризируемого ребенком. Переживание постоянства своих неудач, фиксация родителей на негативно ограничивающем полюсе отношений к активности ребенка приводит к переживанию хронического чувства вины и неосознаваемому самоподдержанию чувства зависимости своего эмоционального состояния от значимого другого и внешнего мира вообще. Активизация этого чувства в терапии неизбежна и работа с ним является одним из базовых моментов в терапии. Скрытая, застывшая энергия вины должна быть здесь трансформирована в принятие ответственности за свое прошлое и действия по прямому или символическому переводу этой энергии в действия по покаянию либо по прямому возмещению ущерба другим людям. Это важнейший момент по восстановлению контакта аддикта с миром в лице других людей (исцеление через встречу по М. Буберу), и, опосредованно через них, с самим собой - со своими чувствами, желаниями и потребностями. Это момент восстановления в терапии способности "жить в мире", в том числе и в мире с собой. Очень важно на этой стадии отделить и дезактуализировать иррациональную вину аддикта за свое заболевание от реалистической ответственности за свое исцеление, проявления которой имеет смысл всячески активизировать и поддерживать.

Четвертый кризис жизни связан с возрастом семь - восемь лет и непосредственно отражает самоотношение ребенка в первые школьные годы, отраженным образом показывающее отношение к ребенку внешнего мира. Эта стадия связана с парой компетентность - неполноценность. Затруднения в школьной адаптации и социализации могут формировать у ребенка хроническое чувство неполноценности и потребность в систематическом получении позитивной оценки и одобрении своих действий, что впоследствии находит отражение в хронически нереализованной потребности зависимого субъекта быть совершенным и лучшим и избегании чувств своей несостоятельности, что легко достигается при приеме психоактивных веществ и компенсаторном повышении самооценки в опьянении.

Пятый кризис является чрезвычайно значимым в развитии зависимостей и связан с опытом дальнейшей социализации и выходом за пределы привычных микросоциальных групп - семьи и школьного окружения. В этот период подростку предстоит решить две сложнейшие и взаимоисключающие

задачи - осознать и принять свою уникальность-идентичность (создать чувство своего Я с соответствующими границами) и получить подтверждение своего принятия средой сверстников, т.е. обрести еще одно МЫ, помимо уже имеющегося (в благоприятных случаях) семейного МЫ и МЫ формально-школьного уровня. Межличностное напряжение, столь присущее подростку из дисфункциональной семьи хронически, чрезвычайно усиливается при его интеграции в группу сверстников, и частым ритуалом приема в группу является тест на алкоголизацию. Последующие ритуалы приема алкоголя в рамках проведения свободного времени зачастую впервые дают подростку опыт психофизического переживания комфорта, принятия и безопасности в целом спектре ситуаций напряженного межличностного общения, как-то - знакомство с новыми людьми, общение с противоположным полом, выражение своей индивидуальности в агрессии и чувство принятия окружающим миром-группой сверстников. Опыт подростковой алкоголизации имеет определяющее значение в развитии зависимости, ибо здесь алкоголь впервые предстает в символическом виде как универсальное средство для решения накопившихся к этому времени внутри - и межличностных проблем души и жизни подростка. Однако ценой за эту легкость может быть утрата идентичности своего Я в отрыве от привычной группы и состояний алкогольной эйфории, что ведет к состоянию спутанности ролей, распылению и аморфности Я и утрате его четких границ. Ведущей темой работы на этом этапе становятся неразрешенные проблемы пубертатного возраста, их повторное проживание и разрешение в терапевтическом пространстве. Часто наблюдается любопытный клинический феномен - нормализация отношений аддикта - родителя со своими детьми-подростками, если таковые у него имеются.

Шестой кризис развивается у молодых взрослых - (18-25 лет) и связан с альтернативами поиска близости, интимности и построением прочного контакта с любимым человеком для создания собственного МЫ либо с развитием социальной и межличностной изоляции с замыканием на себе самом. Здесь очень часто созависимый субъект выбирает себе супруга по принципу дополнительности - способности эмоционально удовлетворять нереализованные потребности более ранних периодов, и неудивительно, что впоследствии, в таких браках все четче проявляется себя дефицит любви, больно ранящий обоих супругов и побуждающий одного из них искать привычного спасения от эмоциональной боли в привычных иллюзиях опьянения, игры или любовных отношений на стороне. Неудивительно, что дисфункционально-созависимая семья является источником и местом поддержания новых сценариев созависимого поведения у своих детей. Алкоголизм одного из супругов в таких семьях является ничем иным, как химическим бегством от пугающей пустоты их отношений. На данном этапе работа идет в очень деликатных и чувствительных регистрах, и касается преимущественно тем близости, интимности, доверия и способности к сопере-

живанию и поддержке другого.

Седьмой кризис-кризис среднего возраста - (40-45 лет) связан с понятием генеративности - застоя и проявляет себя в интересе к следующему поколению, к реализации основного жизненного дела, замысла, идеи либо в застое и замыкании на самом себе и пространстве семьи. Чувство нереализованности, неприкаянности, жизненной неполноты, экзистенциальной пустоты - крайне тяжелое и активно избегаемое многими зависимыми и созависимыми субъектами, неизбежно активизируется на продвинутых этапах терапии и нуждается в активной и серьезной проработке. В рамках этой тематики и далее на первый план выходят режимы работы в пространстве экзистенциальных переживаний, ценностей и значений, суть и форма которых отлично отражены в работах Дж.Бьюдженталя, В.Франкла и И.Ялома.

Восьмой кризис - это кризис финала жизни, проявляющий себя либо чувством осмысленности, цельности и единства своей жизни, как завершенного гештальта и интегрированности в мир, общество и семью, либо - чувством пустоты и бессмысленности, неспособности обобщить свой жизненный опыт и структурировать его в единое целое, что приводит к переживаниям отчаяния и бессмысленности от невозможности прожить жизнь снова и от неизбежности смерти, от которой человека в жизни ничего не удерживает. Обычно химически зависимый субъект умирает физически до наступления этого кризиса либо может просто покончить с собой, внезапно протрезвев и поняв, где он очутился в этой жизни, что чаще проявляет себя клинически затяжными необъяснимыми депрессиями у внешне благополучных людей и в большей мере относится к клинике кризисных состояний, чем к наркологии. Впрочем, и то, и другое - психотерапия...

В настоящее время отечественная практика психотерапии зависимостей переживает период разброда и шатания, а точнее говоря - поиска ясных теоретических и методологических опор для повышения эффективности и осознания механизмов действия техник и приемов работы.

Ни одна существующая концепция не дает ясного ответа на вопрос - как формируется и поддерживается та или иная зависимость, что порождает их взаимосвязь- например феномены алкоголизации наркомана в ремиссии или невротизации "сухого" алкоголика. Остается также без ответа вопрос о стадийности и последовательности терапевтических мероприятий, а также критерии клинико-психологического "выздоровления" аддикта. На взгляд автора, и из личного клинического опыта, совершенно адекватным образом позволяет объяснить динамику формирования, патологического функциони-

рования и обратного развития зависимостей на сегодняшний день динамическая теория личности в гештальт - подходе, разрабатываемая в России Д.Хломовым (Москва). В интерпретации автора данных строк, согласно этой теории, первичная задача психотерапевта - выяснить, в каком поле организации опыта - шизоидном, нарцистическом или невротическом, преимущественно организует свою жизнь и коммуникацию с миром пациент. Какие механизмы прерывания контакта с жизнью использует, как девитализирует себя привычным образом. Какие нерешенные проблемы развития и заблокированные потребности воспроизводит? Для решения этих и других вопросов я предлагаю концепцию "пересечения и континуальности" полей организации опыта, согласно которой наркомания может быть рассмотрена преимущественно как шизоидный способ организации (вернее - ухода от) контакта с миром, химическим путем защищающий наркомана от переживания боли и ужаса от контакта с миром, невыносимо ужасным для него, а также как способ шизоидно-мифологического контакта с "другими мирами". Принятие гипотезы о континуальности личностных полей позволяет понять какие потребности напряженно фрустрированы у «сухого» наркомана (а это, прежде всего, самоуважение, оценка себя в социуме и принятие), и объяснить механизмы его алкоголизации по нарцистическому принципу. Аналогичным образом алкоголик, личность инфантильно-нарцистическая, ищущая признания своей значимости и избегающая ситуаций унижения и оценивания, попадая в незнакомое ему пространство трезвой жизни ("ремиссия"), оказывается совершенно беззащитным перед миром невротически - созависимых отношений - и либо невротизируется, чаще по психосоматическому типу, либо - привычным путем уходит в хорошо понятный ему мир нарцистически-химического взаимодействия со средой (срыв). Именно поэтому резкое прекращение психотерапии после 1-4 месяцев трезвости у алкоголика очень часто чревато срывом, поскольку невротически-созависимый радикал личности у него остается интактным и определяет крайне дискомфортный для него способ жизни, жить которым он просто не умеет. Все это подтверждает гипотезу о "континуальности и пересечении" полей организации опыта и дает осознанную стратегию построения программ терапии и реабилитации, обеспечивающих послойность и континуальность проработки проблем аддикта и ко-аддикта. Именно непрерывность этих личностных структур позволяет внятно объяснить высокую эффективность континуальных моделей терапии, например, "12 шагов" или "континуальная терапия" Ю.В.Валентика.

## ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО И СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПАВЛОДАРЦЕВ, ЛИКВИДАТОРОВ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АВАРИИ

Р.М.Тулегенов, Ю.А.Россинский, А.П.Гаськов, М.Н.Валивач

Павлодар

К большому сожалению, проблемы здоровья ликвидаторов чернобыльской аварии являются не только вопросом медицинской науки, но и разменной картой в политических играх. Такое положение касается не только “чернобыльцев”, но и вопросов отдаленных последствий облучения в целом. С одной стороны, представители ядерной энергетики, являющиеся мощной экономической и политической группой, объективно заинтересованы в том, чтобы такие последствия не обнаруживались. С другой стороны “зеленые” и другие экологически ориентированные политики склонны преувеличивать отдаленные последствия облучения. И те, и другие наносят вред, как правильной оценке отдаленных эффектов, так и оказывают неблагоприятное психологическое воздействие на самих пострадавших. Искажения научных фактов связаны также с экономически неблагополучным состоянием науки в странах СНГ. Наши ученые объективно заинтересованы в получении субсидий на свои исследования и склонны к таким преувеличениям, которые вызывают недоверие у зарубежных коллег.

В настоящее время считается доказанным, что среди отдаленных последствий, возникающих через несколько десятков лет после облучения, различные формы рака и лейкозы, катаракта, болезни щитовидной железы и некоторые психоневрологические расстройства. Многолетние наблюдения в Хиросиме, тем не менее, показывают, что избыток этих заболеваний среди облученных по сравнению с необлученными сравнительно невелик и доказателен только в отношении лиц, которые находились в момент взрыва в трехкилометровой зоне от эпицентра. У лиц, находившихся в десятикилометровой зоне и у ликвидаторов последствий взрыва, которые входили в зону через несколько дней, регистрировались острые эффекты, но отдаленные последствия в форме избытка перечисленных заболеваний еще не доказаны. Поэтому любые исследования здоровья облученных в отдаленном периоде представляют значительный интерес.

### Материалы и методы

Исследованию подверглось 90 случайно отобранных мужчин ликвидаторов последствий чернобыльской аварии, находившихся на зараженной территории в различные сроки после взрыва и имеющих различные официально зарегистрированные дозы внешнего облучения. Дозы внутреннего облучения регистрировались по содержанию в организме цезия, однако, эти исследования проводились в такие сроки после пребывания в зоне, что, по мнению наших японских коллег не могли быть связаны с цезием, полученным в Чернобыле. В связи с этим мы не будем их анализировать.

Методы исследования включали физикальное обследование, психологическое тестирование, и данные лабораторных и инструментальных исследований, зафиксированных в амбулаторных картах. Кроме этого, проводилось исследование на признаки гиповитаминозов и тест Мартинэ на толерантность к физическим нагрузкам. Данные фиксировались в стандартизированной форме на экспертной системе медицинской диагностики “Консилиум” (НПФ “Медицинские технологии”, которая осуществляла их синдромальный анализ и последующую статистическую обработку.

### Результаты и их обсуждение

В таблице 1 представлены некоторые выявленные показатели здоровья исследованной группы. Как видно из таблицы у 5.6% была катаракта у 6.7% был экзофтальм и у 74.4% была увеличена щитовидная железа, то есть состояния, которые могут являться последствием облучения. Что касается щитовидной железы, то процент лиц с ее увеличением был очень велик для мужской популяции города Павлодара, который относится к зоне дефицита йода и где у значительного процента населения щитовидная железа увеличена. Тем не менее, зоб чаще поражает женскую популяцию, которая более чувствительна к дефициту йода. Возможно, в исследуемой группе речь идет о сочетанном влиянии двух факторов отдаленных последствий облучения и дефицита йода. Еще одним зобогенным фактором может быть дефицит селена. Тем не менее, неадекватно сравнивать исследуемую группу с общей мужской популяцией. Проблема заключается в том, что, находясь под пристальным медицинским наблюдением “чернобыльцы” имеют больше шансов обнаружения минимальных отклонений. Следует также добавить, что увеличение щитовидной железы у большинства имело минимальный (на грани обнаружения) характер.

У многих также регистрировались такие симптомы как сухость локтей, сухость кожи щек и тыла кистей, которые могут быть как признаком дефицита витамина PP, так и тиреоидной недостаточности. Последний вариант, учитывая дефицит йода в регионе, является более вероятным. У 12.2% был симптомокомплекс, полностью удовлетворяющий клиническим критериям гипотиреоза. У 90% были те или иные отклонения, при которых следует увеличить прием йод-содержащих продуктов. В группе была тенденция к повышению артериального давления, однако, мы не можем ее трактовать как последствие облучения, так как средний возраст обследуемых сам по себе предрасполагал к повышению артериального давления.



Таблица 1

## Некоторые показатели результатов обследования

Наименование	Показатели
Возраст	44.3+/-0.7
Рост	172+/-0.03
Официально зарегистрированная доза внешнего облучения в рентгенах	6.2+/-0.8
Сколько дней работал в Чернобыльской зоне	102.7+/-5.6
Через сколько месяцев с момента аварии	18.6+/-1.6
Сухость локтей и/или коленей	44.4+/- 5.3%
Раздражение/сухость кожи щек	34.8+/- 5.1%
Легко возникает раздражение/сухость тыла кистей	36.8+/- 5.2%
Потливость ладоней и/или стоп	80+/- 4.2%
Экзофтальм	6.7+/- 2.6%
Катаракта	5.6+/- 2.5%
Жалобы на повышение АД постоянное или периодическое	53.3+/- 5.3%
Жалобы на снижение АД постоянное или периодическое	23.9+/- 4.6%
Самое высокое зарегистрированное у больного систолическое АД	148.333+/-2.88
Самое низкое зарегистрированное у больного систолическое АД	110.366+/-1.42
Рабочее систолическое АД у больного	123.012+/-0.996
Самое высокое зарегистрированное у больного диастолическое АД	90.476+/-1.502
Самое низкое зарегистрированное у больного диастолическое АД	69.337+/-0.95
Рабочее диастолическое АД у больного	81.726+/-1.343
Боли в эпигастрии	68.9+/- 4.9%
Боли в правом подреберье	61.8+/- 5.2%
Часто возникает урчание в кишечнике	77.5+/- 4.4%
Стул оставляет после себя следы на унитазе или горшке (мальабсорбция жиров)	64+/- 5.1%
Склонность к атоническим запорам	18.9+/- 4.1%
Склонность к спастическим запорам	22.2+/- 4.4%
Положительный симптом поколачивания поясницы	45.3+/- 5.4%
Учащенные позывы на мочеиспускание	50.6+/- 5.3%
Атаксия	36.7+/- 5.1%
Нистагм	6.7+/- 2.6%
Головокружения несистемного характера	60+/- 5.2%
Легко возникают парестезии	66.7+/- 5%
Беспокоят головные боли	77.8+/- 4.4%
Склонность к вегетативным нарушениям	73.3+/- 4.7%
Сердцебиения	73.3+/- 4.7%
«Замирания» сердца	35.6+/- 5.1%
Ощущение «перебоев» в работе сердца	46.7+/- 5.3%
Сжимание в области сердца	61.1+/- 5.2%
Чувство нехватки воздуха	56.7+/- 5.3%
«Сжимание» грудной клетки	41.1+/- 5.2%
Чувство «комка» в горле	61.1+/- 5.2%
Чувство «комка» за грудиной	32.2+/- 5%
Головокружения или чувство утраты равновесия	71.1+/- 4.8%
Приступы головокружения, сопровождающиеся тошнотой или рвотой	33.3+/- 5%
Повышенная потливость	71.1+/- 4.8%
Приступы или «приливы» жара	68.9+/- 4.9%
Вегетативные приступы сопровождаются или заканчиваются полиурией	16.7+/- 4%
Раздражительность	87.8+/- 3.5%
Социальные фобии	36.7+/- 5.1%
Несоциальные страхи	55.1+/- 5.3%
Сниженное настроение	84.4+/- 3.8%
Снижены интерес и удовольствие от всех видов деятельности	70+/- 4.9%
Больной не справляется с прежними обязанностями на работе и дома	51.1+/- 5.3%
Снижения настроения несколько раз в году по 2 недели и более	60.7+/- 5.2%
Повышена плаксивость	27.8+/- 4.7%
Повышена обидчивость	55.6+/- 5.3%
Повышена застреваемость на обиходах	42.2+/- 5.2%
Повышена мнительность	53.3+/- 5.3%
Повышена тревожность	61.1+/- 5.2%
Повышена утомляемость	83.3+/- 4%

Навязчивости	27.8+/- 4.7%
Дисфории	57.8+/- 5.2%
Снижение аппетита	43.3+/- 5.3%
Трудное засыпание	77.8+/- 4.4%
Поверхностный сон	75.6+/- 4.6%
Чувство разбитости после сна	72.2+/- 4.7%
Повышенная дневная сонливость после приема пищи	61.8+/- 5.2%
Навязчивые мысли	42.7+/- 5.3%
Физическое самочувствие ухудшается при стрессах	77.3+/- 4.5%
При соматических заболеваниях ухудшается нервное состояние	76.7+/- 4.5%
При соматических заболеваниях нарушается эмоциональное состояние	78.7+/- 4.4%
При соматических заболеваниях изменяются влечения	62.2+/- 5.1%
Тетанические судороги чаще 1 раза в месяц	60+/- 5.2%
Болезненность мышц при физической нагрузке	83.3+/- 4%
Начала снижаться мышечная масса	48.3+/- 5.3%
Суставные боли	80+/- 4.2%
Щитовидная железа увеличена	74.4+/- 4.7%
Одиночный узел в щитовидной железе	2.4+/- 1.7%
Несколько узлов в щитовидной железе	1.2+/- 1.2%
Оцените размер щитовидной железы в баллах (от 0 до 3-х)	0.5+/-0.07
Уровень гемоглобина в анализе	139.9+/-1.3
Цветной показатель	0.96+/-0.01
СОЭ	8.5+/-0.7
Эритроциты (например: 4.5 млн. в мм <sup>3</sup> . Записать 4.5)	4.3+/-0.04
Лейкоциты (например: 7.2 тыс. в мм <sup>3</sup> . Записать 7.2)	5.99+/-0.16
Палочкоядерные нейтрофилы в %	2.18+/-0.19
Сегментоядерные нейтрофилы в %	58.5+/-0.717
Эозинофилы в %	2.5+/-0.2
Базофилы в %	0.3+/-0.1
Моноциты в %	4.8+/-0.4
Лимфоциты в %	32.3+/-0.9
Тромбоциты (например: 20010 <sup>9</sup> /л. Записать 200)	225.6+/-4.3
Уровень сахара крови натощак	4.5+/-0.1
Цвет мочи (прозрачная-0,светло желтая-1,желтая-2,темная-3)	1.0+/-0.04
pH мочи	5.3+/-0.16
Удельный вес мочи	1.016+/-0.001
Белок в моче в г/л	0.09+/-0.052
Число лейкоцитов в общем анализе мочи	2.15+/-0.5
Число эритроцитов в общем анализе мочи	0.107+/-0.04
Число бактерий в общем анализе мочи (нет-0, «+»-1, и т.д.)	0.056+/-0.033
Предполагается дефицит жирорастворимых витаминов	67.8+/- 5%
Предполагается дефицит витаминов группы В и микроэлементов	82.2+/- 4.1%
Предполагается дефицит витамина С	46.7+/- 5.3%
Крайне неудовлетворительная толерантность к физической нагрузке	1.1+/- 1.1%
Неудовлетворительная толерантность к физической нагрузке	7.8+/- 2.8%
Толерантность к физической нагрузке удовлетворительная	33.3+/- 5%
Толерантность к физической нагрузке хорошая	0+/- 0%
Толерантность к физической нагрузке отличная	20+/- 4.2%
Нормальный тип реагирования на физическую нагрузку	22.2+/- 4.4%
Гипертонический тип реагирования на физическую нагрузку	23.3+/- 4.5%
Ступенчатый тип реагирования на физическую нагрузку	1.1+/- 1.1%
Возможен синдром гипотиреоза	12.2+/- 3.5%
Оценка памяти в тесте Лурии (максимум 6)	4.1+/-0.14
Удовлетворяет критериям депрессии	0+/- 0%
Удовлетворяет критериям диэнцефального синдрома	26.7+/- 4.7%
Есть склонность к задержке жидкости, нужно ограничить	74.4+/- 4.6%
Нуждается в йод-содержащих пищевых добавках	90+/- 3.2%

У многих регистрировались нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта. Характерно также, что содержание лейкоцитов было у нижней границы нормы. Считается, что радиация в первую

очередь задевает активно размножающиеся клетки костного мозга и эпителий кишечника, но давать окончательную трактовку этим явлениям рано.

Поражает обилие нарушений эмоционального

и вегетативного плана. Из таблицы 1 видно, что у большинства обследованных были симптомы характерные для депрессии, но в тоже время ни один не набрал полного комплекса симптомов эндогенной депрессии. То есть, депрессивные расстройства носили экзогенный характер. Вегетативные расстройства у 26.7% носили характер дизэнцефального синдрома, то есть сочетались с эмоциональными нарушениями и нарушениями эндокринно-обменного плана. Наш материал не позволяет дать однозначную трактовку причин развития дизэнце-

фального синдрома. Кроме этого, лишь у 20% была отличная физическая тренированность. Все остальные нуждались в занятиях физической культурой.

Для того, чтобы оценить степень влияния облучения на перечисленные расстройства мы провели регрессионный анализ их связи с количеством месяцев прошедших от момента аварии до момента их прибытия в зараженную зону. Данные представлены в таблице 2. То есть, там, где коэффициент корреляции (R) отрицательный, там связь с вероятностью воздействия большей дозы достоверна.

Таблица 2

Корреляционные связи с числом месяцев после аварии к моменту прибытию в зону

Наименование	R	P
Возраст	0.33	<0.01
Официально зарегистрированная доза внешнего облучения	-0.59	<0.01
Последнее время отмечается снижение массы тела	-0.21	<0.05
Пulsь через 3 минуты после приседаний(число ударов за 10 секунд)	0.31	<0.05
Атаксия	0.21	<0.05
Выполнение второго этапа теста Лурии в баллах	-0.26	<0.05

Из таблицы видно, что на ранних этапах работ принимали участие более молодые ликвидаторы. Ранее прибытие в зону достоверно коррелировало с официально зарегистрированной дозой облучения. "Ранние" ликвидаторы имели более хорошие характеристики пульса после физической нагрузки, но это, видимо, было связано с их более молодым возрастом. Вероятно также большая частота атаксии и у "поздних" ликвидаторов связана возрастным фак-

тором. В тоже время настораживает достоверная связь с ранним прибытием потери массы тела и худшими показателями в тесте памяти по Лурии, что может говорить об органических изменениях в головном мозге. Дополнительно был произведен регрессионный анализ между измеряемыми параметрами и официально зарегистрированной дозой внешнего облучения. Данные представлены в таблице 3.

Таблица 3

Корреляционные связи с официально зарегистрированной дозой

Наименование	Kкор	Pс
Возраст	-0.24	<0.05
Через сколько месяцев с момента аварии прибыл	-0.59	<0.01
Склонность к заусенцам	0.22	<0.05
Исходный пульс при пробе Мартинэ (число ударов за 10 секунд)	-0.34	<0.01
Пulsь сразу после приседаний (число ударов за 10 секунд)	-0.29	<0.05
Атаксия	-0.33	<0.01
Раздражительность	-0.21	<0.05
Чувство разбитости после сна	0.23	<0.05
Самое высокое содержание лимфоцитов в % в анализах крови	-0.22	<0.05
Слизь в общем анализе мочи (по числу плюсов от 0 до 4-х)	0.29	<0.01
Предполагается дефицит витаминов группы В и микроэлементов	0.25	<0.05
Повышено диастолическое АД в покое	0.66	<0.01
Значительное повышение систолического или диастолического АД	0.23	<0.05
Нуждается в йод-содержащих пищевых добавках	0.22	<0.05

Вновь мы видим, что большую дозу получили более молодые люди, рано прибывшие в зону чернобыльской аварии. Из полученных данных видно, что худшая переносимость физических нагрузок и повышение артериального давления, а также атаксия, чувство разбитости после сна, слизь в моче, признаки нехватки витаминов и йода не были связаны с дозой облучения и носили, скорее всего, возрастной характер.

В тоже время, у лиц, получивших большую дозу, было достоверно ниже содержание лимфоцитов в периферической крови и раздражительность. Мож-

но было предположить, что изменения со стороны белой крови были последствием облучения. Однако, когда мы сравнили лиц со сниженным и нормальным содержанием лейкоцитов в периферической крови, то не обнаружили различий ни со сроками пребывания в зараженной зоне, ни с зарегистрированной дозой облучения. То есть, предрасположенность к лейкопении, не характерная для города Павлодара в настоящее время, но обнаруженная в исследованной группе еще ждет своего объяснения.

## Заключение

Таким образом, наше исследование показало, что главной проблемой у ликвидаторов чернобыльской аварии сегодня являются реактивные психосоматические расстройства, которые не зависят не от периода их пребывания в зараженной зоне, ни от полученной дозы. Мы считаем, что главной причиной этих нарушений является та атмосфера политических спекуляций, которая сложилась вокруг этих людей. Они пребывают в ситуации недоверия и страха, многие считают себя брошенными. Соответственно, акцент в реабилитации должен ставиться на психотерапию и на меры восстановления доверия между ликвидаторами и медицинскими работниками. Эти люди являются группой риска по преждевременной смерти, но опыт медиков Хиросимы, который изучал один из авторов этой статьи, показывает, что при адекватном медицинском контроле причины ранних смертей можно вовремя предотвратить и сделать продолжительность жизни облученных большей, чем средняя продолжительность в популяции. На наш взгляд важно, чтобы пострадавшие сами принимали участие в планировании этих работ и понимали их смысл. Такая мера позволит им преодолеть чувство неопределенности и

тревоги.

У большинства регистрируются отклонения со стороны щитовидной железы, которые также не зависят от полученной дозы. Можно предполагать, что облучение послужило лишь толчком, способствовавшим развитию йод-дефицитного зоба. Это серьезная проблема, так как зоб предрасполагает как к развитию тиреоидитов, так и рака щитовидной железы. Подавляющее большинство обследованных нуждается в пище обогащенной йодом.

Наше пилотное исследование поставило больше вопросов, чем дало ответов. Однако, мы надеемся, что совместными усилиями медиков и всех заинтересованных сторон изучение этой проблемы будет продолжено.

## ПРИЗНАТЕЛЬНОСТЬ

Мы выражаем признательность представителям Методистской Церкви из Хьюстона за финансовую поддержку, благодаря которой стало возможно это исследование.

## Acknowledgements

Authors express their gratitude to the representatives of the Houston Methodist Church, whose financial support has made this work possible.

## ЗАЛЬЦМАН ГРИГОРИЙ ИЛЬИЧ

### К 75-летию со дня рождения доктора медицинских наук, профессора кафедры психиатрии, психотерапии и психологии

Григорий Ильич Зальцман родился на Украине в житомирской области с. Барановка в 1926 году, в семье служащих.

Отец по профессии бухгалтер, не имея официального образования, готовил детей села к поступлению в техникумы и институты. Женится к 40 годам, т.к. был основным кормильцем, содержал большую семью, всегда отличался широкой образованностью и был ярким примером для Григория Ильича, он гордился его знаниями и мудростью. Матери было 31 год, когда родился сын. После рождения ребенка она закончила медицинский институт стоматологический факультет в Киеве. Григорий Ильич еще в школе отличался особой одаренностью, был всегда первым учеником. 10 классов закончил в эвакуации в Воронежской области. С приближением линии фронта семья эвакуировалась в Казахстан в 1941 году. Матери предложили работать врачом в г. Уштобе, где она стала работать врачом в г. Уштобе, где она стала работать на санэпидемстанции, а сына взяли на работу “химикатором”. Через год Григорий Ильич поступает в Казахский государственный медицинский институт на лечебный факультет, где начиная со 2 курса являлся Сталинским стипендиатом.

В 1948 году окончил с отличием институт и этого времени в течение более 52 лет работал на кафедре психиатрии данного института; с 1957 по 1961 годы – и.о. зав. кафедрой, а с 1961 по 1991 годы зав.

кафедрой, а затем – профессором этой кафедры. За работы Григорий Ильич стал виднейшим психиатром республики. Он систематически консультировал больных в Республиканской клинической психиатрической больнице, и также выезжал в области республики. Навсегда запомнятся клинические конференции, проходившие под его руководством, на которых проводил глубокие анализы изучаемых больных. Его, выступления отличались аналитической четкостью и доступностью излагаемого материала. Его консультации, клинические разборы, доклады, лекции были школой приобретения профессиональных знаний не только для молодых врачей, но и для всех психиатров.

Большой популярностью, у студентов медицинского института, пользовались яркие по форме и глубокие по содержанию лекции Г.И. Зальцман, которые он читал более 40 лет.

В своих научных изысканиях Г.И. Зальцман является последователем психиатрической школы, для которой характерен особый интерес к клиническим проблемам психиатрии. По этим вопросам и м опубликовано более 100 научных работ, из которых монография “Тетурамовые психозы” является уникальной в мировой психиатрической литературе. Он один из авторов учебников по судебной психиатрии и психиатрии для семейных врачей, выпущенных в 1999 и 2000 годах.

Кандидатская диссертация была защищена в 1954 году, а докторская по теме “Острые бредовые синдромы” в 1968 году. К тому времени эта работа являлась первым обобщающим исследованием по данному актуальному вопросу. В научных трудах Г.И. Зальцман исследовались и другие вопросы общей психопатологии, шизофрении и гашишной патологии, лечение психических заболеваний. Следует отметить и работы, в которых предприняты попытки принципиально нового подхода к пониманию сущности психических расстройств с позиций кибернетики и теории информации. Под руководством Г.И. Зальцмана защищено 7 кандидатских диссертаций. Он является активным участником IV-VIII Всесоюзных съездов невропатологов и психиатров, выступал с докладами на международных симпозиумах. Он являлся членом правления Ассоциации психиатров и наркологов Казахстана.

Г.И. Зальцман выступал на Всесоюзных съездах по проблемам шизофрении, публиковался на страницах журнала “Невропатология и психиатрия” им. С.С. Корсаков по вопросам психопатии, шизофрении и лечения “зубцами” психических больных.

На страницах зарубежных изданий были опубликованы 5 его работ по актуальным вопросам психиатрии и наркологии. В 1960-1980 годах был участником диагностических семинаров, проводимых по инициативе ВОЗ для унификации диагностического подхода в масштабах различных стран.

Г.И. Зальцман в числе ведущих ученых Советского Союза был членом проблемной комиссии по шизофрении.

Григорий Ильич в семье отличался уникальными качествами, был беспредельно предан детям и жене, всегда был чутким, заботливым, скромным, того же требовал от них. Не любил, когда говорили о его особых качествах, старался не подчеркивать свои достоинства, даже стеснялся, когда заслуженно о нем говорили хорошие слова. Его большая семья продолжает дело Григория Ильича, жена – Галина Александровна, и его дети работают психиатрами. Сын Илья Григорьевич является доцентом курса психиатрии АГИУВ, один из ведущих психотерапевтов республики, дочь Ирина Григорьевна заведует отделением РКПБ. Внучки учатся в медицинских ВУЗах.

## СИСТЕМНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

### Психиатрия

Агаларзаде А.З., Гонопольский А.М., Шишков С.Н., том 95, № 1, 1995 г. Методологические основы психиатрической помощи в пенитенциарных учреждениях

Алимов У.Х., том 4, № 1, 1998 г. Значение некоторых иммуногенных маркеров крови в риске развития приступообразной шизофрении

Алимов У.Х., Алимов М.Х., том 4, № 1, 1998 г. Вопросы клинического прогноза приступообразной шизофрении

Алимов У.Х., Абулкасимов Ф.Б., том 4, № 2, 1998 г. Особенности фенотипов щелочной фосфатазы и сывороточной системы гаптоглобин у больных приступообразной шизофренией

Алимов У.Х., Ташматов Б.А., том 4, № 2, 1998 г. Прогностическое значение инициальных расстройств в лечении приступообразной шизофрении

Асимов М.А., том 4, № 2, 1998 г. Современные лекарственные методы преодоления терапевтической резистентности

Беспалов И.И., Митрохорин Д.А., том 99, № 2, 1996 г. К вопросу о клинической и эхоэнцефалической диагностике поражения лобных долей головного мозга при тяжелой черепно-мозговой травме в остром периоде

Буйков В.А., Атаманов А.А., Перерва И.Г., Мамин Г.В., том 5, № 1, 1999 г. Сравнительный лекарственный патоморфоз в пожилом возрасте и преодоление терапевтической резистентности

Буйков В.А., Атаманов А.А., Празднова В.А., Колмогорова В.В., том 6, № 2, 2000 г. Тревожные состояния при психических заболеваниях позднего возраста

Буйков В.А., Атаманов А.А., Празднова В.А., Колмогорова В.В., том 6, № 2, 2000 г. Резистентные депрессивные состояния у психически больных позднего возраста

Букреева Н.Д., том 3, № 3, 1997 г. Влияние экономических методов организации психиатрической помощи на динамику обращаемости больных психиатрическими расстройствами

Василенко И., том 4, № 1, 1998 г. Модель предполагаемого воздействия на проблему “Наркомании – ВИЧ/СПИД”

Васильева Я.М., Федорев Н.В., том 5, № 2, 1999 г. Особенности школьной экспертизы у воспитанников школы-интерната для детей-сирот

Гонопольский М.Х., Гонопольский А.М., том 95, № 1, 1995 г. Клиническая практика “Советской” психиатрии и диагностическая рубрика F 4 в современной международной классификации психических и поведенческих расстройств десятого пересмотра (МКБ-10)

Губашев М.Ш., Черныш Г.А., том 95, № 1, 1995 г. Некоторые вопросы социальной и трудовой экспертизы психически больных в условиях перехода к рыночной экономике

Гурова Л.С., том 3, № 1, 1997 г. Опыт использования Финлепсина (карбамазепина) фирмы АВД в психиатрической клинике

Джангильдин Ю.Т., том 3, № 3, 1997 г. Сравнительная социально-демографическая характеристика больных шизофренией и неврозами

Джарбусынова Б.Б., том 95, № 2, 1995 г. Психопатологические расстройства у больных, поступающих на лечение гемодиализом

Джарбусынова Б.Б., том 99, № 2, 1996 г. Внутренняя картина болезни у больных с ХПН, поступающих на лечение гемодиализом

Джолдыгулов Г.А., Самратова С.Е., том 5, № 2, 1999 г. К вопросу адаптации студентов младших курсов

Дубницкая Э.Б., Андриющенко А.В., том 5, № 4, 1999 г. Циталопрам (“Ципрамил”): перспективы использования высокоселективного ингибитора обратного захвата серотонина (обзор данных о фармакологических и клинических эффектах)

Егоров Б.Е., том 6, № 2, 2000 г. К вопросу о психиатрической больнице сегодня, лечащих врачей и размышлениях о необходимом

Едигенова М.Б., Айтинов М.К., том 5, № 1, 1999 г. Особенности структуры и распространенности психических расстройств и аномалии среди лиц, поступающих на службу в органы внутренних дел

Жаркова Н.В., том 95 № 1 1995 г. Система наблюдения за часто и длительно болеющими в психиатрической практике

Жаркова Н.В., том 3, № 1, 1997 г. Организация помощи больным шизофренией с частыми и затяжными формами обострений (медицинская, социальная, экономическая эффективность)

Жарков Н.Е., том 95 № 2 1995 г. Отделение психонейроиммуноэндокринологии. Опыт организации

Зальцман Г.И., том 95 № 2 1995 г. Несколько слов в защиту школы А.В.Снежневского (в связи со статьей Н.А.Корнетова “Возможен ли антропологический ренессанс в психиатрии?”)

Зальцман И.Г., том 96, № 3, 1996 г. О постшизофренической депрессии

Зальцман И.Г., Ленская И.Г., Нургуалиева Г.К., том 3, № 1, 1997 г. К вопросу о диагнозах “диссоциативная амнезия” и “диссоциативная fuga”

Зальцман И.Г., том 4, № 4, 1998 г. Сравнительная характеристика оценочных шкал депрессивной симптоматики

Зальцман И.Г., том 6, № 1, 2000 г. Полиэтиологический вариант постшизофренической депрессии

Измайлова Н.Т., том 96, № 3, 1996 г. Клинико-эпидемиологический анализ некоторых данных у больных шизофренией, употребляющих гашиш

Измайлова Н.Т., том 96, № 4, 1996 г. Результаты патопсихологического исследования больных шизофренией, осложненной употреблением гашиша

Измайлова Н.Т., том 3, № 1, 1997 г. Военно-психиатрический аспект шизофрении, осложненной употреблением гашиша

Измайлова Н.Т., том 3, № 1, 1997 г. Судебно-психиатрический аспект шизофрении, осложненной употреблением гашиша

Катков А.Л., том 95 № 1 1995 г. Концепция закона Республики Казахстан “О душевном здоровье

народа в Республике Казахстан”

Катков А.Л., том 95 № 2 1995 г. Регионарные образовательные программы в контексте информационно-экономической модели развития системы охраны психического здоровья населения

Катков А.Л., том 99 № 2 1996 г. Информационные услуги в системе охраны душевного здоровья населения. Необходимость, приоритеты и перспективы развития

Катков А.Л., том 3, № 3, 1997 г. Методологические основы управления психическим здоровьем населения

Катков А.Л., том 3, № 2, 1997 г. Определение уровня психического здоровья в организованных группах населения

Катков А.Л., том 3, № 4, 1997 г. Метод комплексного экономического анализа в исследовании психического здоровья населения

Катков А.Л., том 3, № 4, 1997 г. Экономические подходы в определении уровня психического здоровья населения

Катков А.Л., том 3, № 1, 1997 г. Стратегия охраны душевного здоровья населения в новых социально-экономических условиях

Катков А.Л., том 4, № 2, 1998 г. Комплексный анализ социального психического здоровья

Ковшова О.С., том 6, № 2, 2000 г. Психосоматические корреляции при пограничной артериальной гипертензии подростков

Коробицына Т.В., том 3, № 2, 1997 г. Нозодинамика: очередной неологизм или “созревшая” для использования научно-практическая категория?

Королева Н.Ю., том 96, № 3, 1996 г. Проблема эпилепсии и международной классификации болезней (МКБ-10)

Корнетов Н.А., том 95 № 1 1995 г. Возможен ли антропологический ренессанс в психиатрии?

Кудьярова Г.М., Кобегенова К.К., том 95, № 2, 1995 г. Особенности развития психосоматических расстройств у студентов (предварительное сообщение)

Кудьярова Г.М., Беспалов Ю.И., Беспалова А.Ю., том 99, № 2, 1996 г. Судебно-психиатрическая оценка больных с малопрогредиентной непрерывно-текущей шизофренией

Кудьярова Г.М., Нарзукаев Б.О., том 3, № 2, 1997 г. Экспертная оценка и меры медицинского характера при реактивных состояниях у психопатических личностей возбудимого круга

Кудьярова Г.М., Беспалов Ю.И., Беспалова А.Ю., том 4, № 1, 1998 г. О малопрогредиентной шизофрении, протекающей с аффективными расстройствами и ее судебно-психиатрическое значение

Кудьярова Г.М., Толстикова А.Ю., том 4, № 2, 1998 г. Оценка эффективности препарата финлепсин 400 ретард

Кудьярова Г.М., Черныш Т.А., Толстикова А.Ю., том 4, № 4, 1998 г. Опыт применения леривона при лечении депрессивных состояний

Кудьярова Г.М., Толстикова А.Ю., том 4, № 4, 1998 г. Оценка эффективности препарата коаксил (тианептин) при различных видах депрессивных

состояний

Кудьярова Г.М., том 6, № 1, 2000 г. Характеристика болезненности психическими расстройствами в Республике Казахстан в 1990 – 1996 годах

Кудьярова Г.М., том 6, № 2, 2000 г. Анализ заболеваемости психическими расстройствами в Республике Казахстан в 1990 – 1996 годы

Кульчимбаева С.М., Мамедалиева Н.М., Джангильдин Ю.Т., том 6, № 1, 2000 г. Роль психических и соматических факторов в генезе привычного невынашивания беременности

Латышев В.А., том 6, № 1, 2000 г. Новое – хорошо забытое старое

Макаров В.В., том 99, № 2, 1996 г. Подготовка специалистов в контексте состояния специальностей психического здоровья

Макаров В.В., том 4, № 1, 1998 г. Основы алкогольной экологии

Мирзабаев М.Д., Юлдашев Р.М., том 4, № 4, 1998 г. Влияние пирасетама в комплексе с актовегином на показатели свободно-радикального окисления в ликворе и крови у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой

Мухтарова М.К., том 4, № 1, 1998 г. Семейная адаптация больных шизофренией, проживающих в г. Бухаре

Обращение 2 Международной недели ментальной экологии, том 99, № 2, 1996 г.

Попов М.Ю., том 4, № 1, 1998 г. Диазепамовый тест как предиктор эффективности терапии острых бредовых состояний

Пронина Л.А., том 3, № 3, 1997 г. Факторы риска возникновения психических расстройств у детей Пичугина Ю.А., том 3, № 2, 1997 г. Клинический анализ психических расстройств у оказавшихся безработными

Россинский Ю.А., Валивач М.Н., том 3, № 3, 1997 г. Применение нейролептических препаратов для лечения климактерических приливов

Рудич П.А., том 96, № 1, 1996 г. Алгоритм работы ургентной психиатрической службы

Сандыбаева Р.К., том 5, № 2, 1999 г. Отделение специалистов в психиатрическом учреждении

Смирнов В.Е., Колбасин Ю.В., том 6, № 1, 2000 г. АРТ – в психиатрии

Сумароков А.А., том 5, № 4, 1999 г. Проблема патогенетических механизмов и факторов риска при шизофрении

Сумароков А.С., том 6, № 1, 2000 г. Негативные расстройства при шизофрении

Уве Генрих Петерс, том 3, № 1, 1997 г. Немецкая психиатрия, прошлое и настоящее

Устинова О.Г., том 4, № 1, 1998 г. Случай из практики

Фисник И.В., том 96, № 3, 1996 г. К вопросу о профилактике общественно-опасных действий, совершаемых душевнобольными

Фисник И.В., том 96, № 3, 1996 г. К вопросу о частоте незавершенных суицидальных действий

Шевченко Ю.С., том 4, № 2, 1998 г. Межведомственные проблемы охраны психического здоровья подрастающего поколения

Шугайкин В.А., том 4, № 1, 1998 г. Особенности формирования ремиссии у наркоманов (или учесть выигрывать)

## СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Нарзукаев Б.О., том 3, № 3, 1997 г. Особенности реактивных параноидных состояний у психопатических личностей возбудимого круга

Нарзукаев Б.О., том 3, № 4, 1997 г. К вопросу о реактивном истерическом психозе у психопатических личностей возбудимого круга

Нарзукаев Б.О., том 3, № 4, 1997 г. К вопросу о реактивной депрессии, возникающей у психопатических личностей возбудимого круга

Устинова О.Г., Джумалиева Б.Е., Жаманбаев Е.К., том 3, № 3, 1997 г. Случай из практики

Чуркин А.А., Хамитов Р.Р., том 4, № 4, 1998 г. Социальные факторы особо опасных действий психически больных женщин

### Пограничные состояния. Психотерапия

Абуова М.Е., Алипбаева Л.Ж., Койшибаев Б.А., Копельдесева Д.К., том 4, № 3, 1998 г. Комплексный подход к трансактному анализу психологии взаимоотношений

Айриянц И.Р., Кибрик Н.Д., том 6, № 1, 2000 г. Особенности психотерапии при сексуальных дисфункциях с преобладанием гениталгий у женщин

Аксенфельд Р.Г., том 5, № 3, 1999 г. Новые подходы к психотерапии психосоматических больных

Аксенфельд Р.Г., том 6, № 2, 2000 г. Модель психотерапии некоторых психосоматических феноменов (на примере больных с патологией опорно-двигательного аппарата)

Аксенфельд Р.Г., том 6, № 2, 2000 г. Трансактный анализ как метод психотерапии у психосоматических пациентов (на примере ревматоидного артрита)

Атаманов А.А., Буйков В.А., Комогорова В.В., том 5, № 1, 1999 г. Терапия затяжных и резистентных тревожных и депрессивных состояний в клинике неврозов

Баймагамбетова Б.Б., Жижко Е.В., том 4, № 3, 1998 г. Возможности применения экологического подхода в социальной работе, психологии, медицине

Безносюк Е.В., Кучинов А.И., том 6, № 2, 2000 г. Использование современных средств неосознаваемого аудиовоздействия для психотерапии

Бергер С.А., том 5, № 3, 1999 г. Преодоление трудностей в освоении новых ролей и закрепление новых моделей поведения средствами психодрамы

Битенская А.В., том 4, № 1, 1998 г. Состояние гемокоагуляционного баланса как показатель эффективности психофизиологической адаптации у больных неврозами

Быкова И.В., Быков С.И., том 5, № 1, 1999 г. Особенности течения динамических процессов в условиях работы мифологической группы

Быкова И.В., Быков С.И., Давидович Д.Н., том 5, № 4, 1999 г. Суггестивно-лингвистический под-

ход в психотерапии

Бобров А.Е., Кулыгина М.А., том 5, № 4, 1999 г. Психотерапия тревожных расстройств и когнитивный личностный стиль

Боев И.В., Ахвердова О.А., том 5, № 4, 1999 г. Вариант трансперсональной психотерапии – психологическая коррекция личностных и поведенческих расстройств у подростков

Боев И.В., Козлова Э.М., том 5, № 4, 1999 г. Патогенетическая психотерапия в среде учителей, родителей и подростков с позиций концепции пограничной аномальной личности

Бурно М.Е., том 6, № 1, 2000 г. Впечатления о Третьей ежегодной Международной конференции “Исследование творчества” (творческие подходы в психотерапии, образовании, медицине, бизнесе)”

Бурно М.Е., том 6, № 1, 2000 г. О семейной терапии творческим самовыражением (ТТС)

Бурно М.Е., том 6, № 2, 2000 г. Еще о существовании клинической психотерапии

Бурно М.Е., том 6, № 3, 2000 г. О психотерапии пациентов с дефензивными расстройствами из “стран бедняков”

Бурова В.А., том 6, № 1, 2000 г. Интернет-зависимость – патология XXI века

Бурова В.А., том 6, № 2, 2000 г. Феномен Интернет-зависимости и психотерапевтические ресурсы

Валентик Ю.В., том 99, № 2, 1996 г. Психопатология умирания и смерти

Ванигасурия Н.А., Коновалов С.В., том 6, № 1, 2000 г. Архетипическая матрица культурного развития (АРМАКУР)

Васютин А.М., том 95 № 1 1995 г. Использование современных психотехник для обучения психической саморегуляции

Великанова С.П., том 5, № 3, 1999 г. Психотерапия при суицидальных состояниях

Виноградова Е.В., том 3, № 2, 1997 г. Социально-психологический анализ факторов риска развития гестозов

Володкевич О.О., Володкевич И.М., том 6, № 2, 2000 г. Использование комбинированных психотерапевтических техник в процессе подготовки супружеских пар к рождению и воспитанию ребенка

Гагаркина И.В., том 6, № 2, 2000 г. Семейная реабилитация детей с психическими расстройствами

Гавэр Ж., том 3, № 3, 1997 г. Культурно-психологические тренинги общения “Союз медицины и искусства”

Гительман Н.В., Агибалова Т.В., том 6, № 2, 2000 г. Опыт применения семейной психотерапии в реабилитации женщин с опийной (героиновой) наркоманией

Гиндин В.П., том 6, № 1, 2000 г. Модель психотерапевтической интервенции при алкоголизме

Гирич Н.Я., том 96 № 1 1996 г. Клинические зависимости между невротическими расстройствами и гестозами беременности

Гирич Н.Я., том 99, № 2, 1996 г. Патогенетически ориентированные психотерапевтические программы для лечения “микстовой” патологии

Глинянников Ю.Г., том 6, № 2, 2000 г. Примене-



ние символдрамы в практике психологического консультирования

Гольшева В.А., Кылосов А.В., том 3, № 1, 1997 г. Лингвистический анализ как вариант патопсихологического исследования

Голубев М.В., том 5, № 3, 1999 г. ППЛ. Эффективность психотерапии с биообратной связью у больных с пограничными психическими расстройствами

Горшков Д.М., том 5, № 3, 1999 г. Проблема XX века – отчуждение и спонтанная активность как средство ее преодоления

Григорьевских В.С., том 99, № 2, 1996 г. О мужских и женских оценочных стереотипах

Григорьевских В.С., Быков С.И., Празднова В.А., Назмутдинов Р.А., Чухрай В.В., том 3, № 1, 1997 г. Формирование психотерапевтического мышления как способа психологической защиты

Гринечко М., том 3, № 1, 1997 г. Психовегетативные и нейроваскулярные расстройства у больных неврозами и методы их коррекции

Грузман А.В., Паксютов В.И., Чигинева И.М., том 95 № 1 1995 г. Комплексное и дифференцированное лечение энуреза у детей

Гурова Л.С., том 3, № 3, 1997 г. Пограничные психические расстройства в МКБ-10

Дериев А., том 5, № 1, 1999 г. Песни психотерапевта

Демина Н.А., том 5, № 3, 1999 г. Сравнительный анализ методов трансперсональной психотерапии и дианетического одитинга в работе с переживаниями пациентов их прошлых воплощений

Джангильдин Ю.Т., том 95 № 2 1995 г. Некоторые экологические проблемы психотерапии

Джангильдин Ю.Т., том 6, № 1, 2000 г. Додипломная подготовка по психотерапии в медицинских ВУЗах

Добролюбова Е.А., том 6, № 2, 2000 г. К терапии шизотипических пациентов, отказывающихся от медикаментозного лечения

Егоров Б.Е., том 5, № 4, 1999 г. Миф, сон, реальность российского психоанализа

Егоров Б.Е., том 6, № 1, 2000 г. Рациональная психотерапия и анализ бессознательного

Егоров Б.Е., том 6, № 2, 2000 г. Трансформация кликушества в России за 100 лет (психотерапевтическая и психоаналитическая оценка некоторых явлений в обществе)

Егоров Б.Е., том 6, № 2, 2000 г. О “дикватом”, “диком” и “дичайшем” психоанализе

Емельянов М.П., том 6, № 2, 2000 г. Групповая психотерапия больных с эндогенными психозами

Ендролов В.В., Сазонов В.Ф., том 5, № 3, 1999 г. Психотерапия в общеобразовательной школе: роскошь или необходимость?

Ермакова А.О., Такенова Ш.К., Чигинева И.М., том 3, № 4, 1997 г. Комплексный подход к дифференциальной диагностике и лечению тиков

Журова Е.С., том 6, № 2, 2000 г. Занятия с заикающимися детьми старшего школьного возраста с использованием элементов метода терапии творческим самовыражением

Зальцман И.Г., том 95 № 2 1995 г. К методике последиplomного преподавания психотерапии врачам соматического профиля

Зальцман Л.Г., том 3, № 1, 1997 г. Психологический аспект медико-педагогической тактики при лечении детей, больных сколиозом

Захаров Р.И., том 5, № 1, 1999 г. Психоэмоциональное состояние больных с инфарктом миокарда

Захаров Р.И., том 5, № 4, 1999 г. Факторы, predisполагающие к развитию гестоза и место среди них пограничных нервно-психических расстройств

Захаров Р.И., том 6, № 2, 2000 г. Психоэмоциональные нарушения при гестозах и их психотерапевтическая коррекция

Захаров Р.И., том 6, № 2, 2000 г. Первичная профилактика девиантного поведения

Ильин В.А., том 5, № 3, 1999 г. Некоторые духовные аспекты психотерапевтического процесса

Ильин В.А., том 5, № 4, 1999 г. Духовные аспекты психотерапевтического процесса

Ильин В.А., том 6, № 3, 2000 г. Духовно-ориентированная психотерапия

Ильина С.В., том 6, № 1, 2000 г. Актуальные проблемы психотерапевтической помощи жертвам насилия, пережитого в детстве (на примере исследования проституток)

Исполатова Е.Н., том 5, № 3, 1999 г. Психотерапия сексуальных нарушений у женщин при расстройствах половой идентификации

Исполатова Е.Н., том 6, № 1, 2000 г. Исследование особенностей пространственно-временной организации ранних воспоминаний

Исполатова Е.Н., том 6, № 1, 2000 г. Применение метода анализа ранних воспоминаний в личностно-ориентированной психотерапии у пациентов с психическими нарушениями

Исполатова Е.Н., том 6, № 2, 2000 г. Личная история пациента как объект психотерапии

Ихсанов Р.Ф., том 6, № 1, 2000 г. Активность. От среды к ситуации, от мифа – к психотерапии

Каменецкий Д.А., том 5, № 3, 1999 г. К вопросу вариативности гипносуггестивной терапии неврозов

Капустин А.А., том 6, № 2, 2000 г. Самовыражение мифотворчеством

Карпуненкова Н.В., том 5, № 4, 1999 г. Сущность страстей природы человека (конкретные виды страстей и их связь с основными видами психопатий)

Касымова Г.П., том 99, № 2, 1996 г. Психорегуляция спортсменов методами акупунктуры

Катков А.Л., том 4, № 1, 1998 г. Психологическое здоровье. Определение, функции, экономические и неэкономические эквиваленты в системе общественных ценностей

Катков А.Л., том 4, № 3, 1998 г. Информационно-экологический прессинг как метод активного формирования общественного здоровья

Катков А.Л., том 6, № 2, 2000 г. Базовая динамика организационных подходов в психотерапии – от элитарных к социализированным

Катков А.Л., том 6, № 2, 2000 г. Развивающая психотерапия

Кылосов А.В., том 3, № 1, 1997 г. Метод вербальной мифологизации личности в групповой терапии неврозов

Ковшова О.С., том 6, № 1, 2000 г. Значение психологических факторов развития первичной артериальной гипертензии у детей и подростков

Колосов В.П., том 5, № 1, 1999 г. Психокоррекция и психотерапия детей, страдающих пристрастием к ингаляционному применению психоактивных веществ

Колосов В.П., Петрова В.И., том 6, № 2, 2000 г. Опыт индивидуальной клинической трансперсональной психотерапии в амбулаторной практике

Корнилова А.А., том 5, № 3, 1999 г. Воздействие звуком как аспект современной психотерапии

Коробицына Т.В., Макаров В.В., том 96 № 1 1996 г. Критический анализ современной психотерапии

Косенко В.Г., Пономарев Н.Г., том 6, № 2, 2000 г. Организационно-методологические основы психотерапевтической службы

Крайнов Г.И., том 5, № 4, 1999 г. Интегральная телесно-ориентированная психотерапия – интенсивная система терапии заболеваний нервной системы и внутренних органов

Красильников Г.Т., Коробицына Т.В., Сумароков А.А., том 4, № 3, 1998 г. К вопросу об управлении здоровьем населения

Красильников А.Г., том 5, № 3, 1999 г. Возможности патогенетически ориентированной психотерапии пароксизмально протекающих расстройств

Кубасов В.А., Моквитин П.Н., том 5, № 3, 1999 г. Учебно-методический базис Новокузнецкой психотерапевтической школы

Кудеринов Т.К., том 5, № 1, 1999 г. К вопросу проведения психолого-психотерапевтической коррекции в поликлинических условиях

Кудьярова Г.М., Нуркатов Е.М., том 4, № 1, 1998 г. К вопросу о нервно-психическом здоровье военнослужащих

Кудьярова Г.М., Асимов М.А., Джарбусынова Б.Б., том 4, № 1, 1998 г. Иглорефлексотерапия тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройств в свете представлений древнекитайской медицины

Кузнецов А.Н., том 5, № 4, 1999 г. Психотерапия в школе

Куй-Беда В.Ю., том 6, № 1, 2000 г. Применение компьютерных средств мультимедиа в музыкотерапии

Кунискис Д., том 96, № 3, 1996 г. Принцип расщепления и его применение в психотерапии

Курильченко Н.Н., том 5, № 3, 1999 г. Трудности педагогической деятельности и психотерапия

Кучинов А.И., Безносюк Е.В., том 6, № 2, 2000 г. Цветотерапия и современные способы визуального психотерапевтического процесса

Лабковская Г., Лабковский Б., том 6, № 2, 2000 г. Духовная (трансцендентальная) терапия

Лаврова Н.М., Мельников А.В., Лавров В.В., Дедков Р.О., том 5, № 4, 1999 г. Интенсивно-интегративная групповая психотерапия

Лидин К.Л., Ушкова Н.Н., том 6, № 1, 2000 г. Психотерапия как работа с образами

Луговая А.М., том 5, № 4, 1999 г. Визуальная цветоимпульсная стимуляция как метод коррекции психоэмоционального состояния человека

Макаров В.В., том 5, № 4, 1999 г. Психотерапия в Российской Федерации

Макаров В.В., том 6, № 1, 2000 г. Истоки, настоящее и будущее психотерапии

Макаров В.В., Макарова Г.А., том 6, № 3, 2000 г. Психотерапия и консультирование при переживании утраты

Макарова Г.А., том 3, № 4, 1997 г. Определение темперамента у детей и подростков посредством опросников (1 часть)

Макарова Г.А., том 6, № 2, 2000 г. Работа в женских группах в концепции трансактного анализа

Макарова Г.А., том 6, № 3, 2000 г. Женская психотерапия в России: реальность и перспективы

Малышев А.В., том 95 № 1 1995 г. Некоторые мысли по трактовке неопсихического состояния “Взрослого” в современном психоанализе

Малышев А.В., том 99, № 2, 1996 г. О расширении понятия “модальный оператор” в синтетическом языке

Малышев А.В., том 99, № 2, 1996 г. Особенности “структурного голода” у населения в стране с посттоталитарным режимом

Малышев А.В., том 3, № 3, 1997 г. Антикарнеги

Малышев А.В., том 6, № 1, 2000 г. Удаление как способ сохранения личности

Матюшкина О.А., том 5, № 4, 1999 г. Методы, ориентированные на йогу, в комплексном лечении больных с невротической реакцией

Мельников А.В., том 5, № 3, 1999 г. Духовно-ориентированная психотерапия в лечении заболеваний опорно-двигательной системы

Мельников Ю.В., том 6, № 2, 2000 г. Некоторые штрихи к зависти

Мельников Ю.В., том 6, № 3, 2000 г. Внушение в психотерапии

Мельников Ю.В., том 6, № 3, 2000 г. Некоторые вопросы внушения в опосредованной психотерапии

Мельниченко Н.И., Акопов Г.В., Ковшова О.С., том 5, № 1, 1999 г. Супервизия в профессиональном становлении психотерапевта и медицинского психолога

Минутко В.Л., том 6, № 1, 2000 г. Классификация современной психотерапии

Михайлова Л.Г., том 6, № 2, 2000 г. Женская психотерапия

Мильникова Н.В., том 3, № 2, 1997 г. По поводу статьи Юнусова М.Р. “Психотерапевтические программы в практике интернистов”

Мошкова И.Н., том 5, № 4, 1999 г. Психологическая помощь семье как новый вид социального служения церкви

Назмутдинов А.Р., Романов Е.А., том 5, № 2, 1999 г. Структура Мета-Программ у представителей профессий “высшего типа” с синдромом эмоционального сгорания

Назмутдинов А.Р., том 5, № 2, 1999 г. Влияние синдрома “эмоционального сгорания” у представителей профессий “высшего типа” на формирование аддиктивного поведения

Никитина Л.И., том 5, № 4, 1999 г. Связь широкого спектра заболеваний сексуально-половой сферы со страстями

Нургужаев Е.С., том 96, № 3, 1996 г. Неврозоподобный синдром в клинике начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга атеросклеротического генеза

Острун Н.Д., Есаулов В.И., том 6, № 2, 2000 г. Опыт применения оригами в качестве психокорректирующей техники

Павлов И.С., том 5, № 1, 1999 г. Механизмы АТ и их роль в психотерапевтическом процессе

Панюкова И.В., Кибрик Н.Д., том 6, № 1, 2000 г. Психотерапия расстройств сексуального предпочтения

Пезешкиан Х., том 6, № 1, 2000 г. Восемь лет в стране чудес – опыт европейского психотерапевта и взгляд в будущее

Персиц Д.Б., том 6, № 2, 2000 г. Об актиоматизации духовной психологии и ее значении для гармонизации человека и решения социальных проблем

Петрова В.И., том 6, № 2, 2000 г. Психологический аспект бесплодия

Петросян Е.Ю., Савченко Ю.И., Макаров В.В., том 95, № 1, 1995 г. Регионарные и половые особенности структуры темперамента молодежной популяции Красноярска

Пичугина Ю.А., том 4, № 3, 1998 г. Факторы риска при хронических невротических расстройствах

Позднякова Ю.В., том 6, № 2, 2000 г. О целебном общении с живописью

Пономарев Г.Н., Софроньева Н.М., том 5, № 3, 1999 г. Комплексность психотерапевтических методов – основа их эффективности

Пономарев Г.Н., Софроньева Н.М., Косенко Ю.В., Никифорова Е.Ю., том 6, № 1, 2000 г. Психотерапия – лечебно-профилактическое направление настоящего и будущего

Пономарев Г.Н., Софроньева Н.М., Косенко В.В., Никифорова Е.Ю., том 6, № 2, 2000 г. Взаимодействие клинического психолога и психотерапевта в психотерапевтическом процессе

Привальская С.Р., том 6, № 2, 2000 г. Концепция единства как необходимое условие душевного покоя

Прокопцева А.Ю., том 4, № 3, 1998 г. “Пограничные” психические расстройства в отдаленный (7-8 лет) период у непосредственных участников боевых действий в Афганистане

Раткина Н.Н., Кубасов В.А., Ковылин А.И., том 4, № 4, 1998 г. Особенности пограничных нервно-психических расстройств у больных с дистрофиями роговой оболочки

Раткина Н.Н., Кубасов В.А., Ковылин А.И., том 4, № 4, 1998 г. Рационально-рассудочная психотерапия в комплексном лечении дистрофий роговой оболочки

Рожнов В.Е., Рожнова М.А., том 6, № 2, 2000 г. Эмоционально-стрессовая терапия в свете теории функциональных систем

Рожнов В.Е., Рожнова М.А., том 6, № 2, 2000 г.

Мысленная модель психофизиологической архитектуры эмоционально-стрессового внушения

Рожнов В.Е., Рожнова М.А., том 6, № 2, 2000 г. Итоги и предвидимая перспектива

Ромек Е.А., Ромек В.Г., том 6, № 2, 2000 г. Рефлексивная функция мира в аналитическом методе К.Г.Юнга

Ромек В.Г., том 6, № 2, 2000 г. Психотерапия неуверенности в себе: когнитивно-поведенческий подход

Россинский Ю.А., Валивач М.Н., Гаськов А.П., том 6, № 3, 2000 г. Связи психологических и поведенческих характеристик с биологическими, культурными и социальными влияниями (по материалам исследования девочек-подростков г. Павлодара)

Римас Кочюнас, том 95, № 2, 1995 г. Буддизм и психическое здоровье

Римантас Кочюнас, том 95, № 2, 1995 г. Экзистенциальная психология и психотерапия: взгляд на дилеммы человеческого бытия

Рычков Н.Н., Юнусов М.Р., том 96, № 4, 1996 г. Возможности психотерапии в практике интернистов

Сагитова Л.Ж., том 96, № 3, 1996 г. Поведенческая психотерапия в сочетании с рациональной и суггестивной при лечении синдрома нарушения дыхания в рамках невроза

Сазонов В.Ф., Ендролов В.В., том 5, № 4, 1999 г. Половое воспитание глазами психотерапевта

Сазонов В.Ф., том 6, № 2, 2000 г. Школьная психотерапия в “школе высоких возможностей”

Свидро Н.Н., том 6, № 2, 2000 г. Использование эффекта “разнесенных музыкальных пространств” в работе психотерапевта

Семашко Ю.Э., Белогурова Т.Ф., том 5, № 4, 1999 г. Роль комплексного психотерапевтического воздействия при лечении энуреза у детей

Семенова А.И., том 6, № 1, 2000 г. Онтопсихология как новое направление в психотерапии

Семенова Н.Н., том 6, № 2, 2000 г. К вопросу о новых подходах в диагностике и терапии невротических расстройств

Сирота Н.Н., Чазова А.А., Ялтоский В.М., том 4, № 4, 1998 г. Роль социально-поддерживающего процесса в психотерапии соматического больного

Скворцов В.В., Чекчурин Ю.А., том 4, № 1, 1998 г. Убеждения: структура или система?

Скворцов В.В., Чекчурин Ю.А., Литвинов И.А., том 4, № 1, 1998 г. О взаимосвязи мотиваций алкогольной аддикции и мотивации на терапию

Смирнов В.Е., Колбасин Ю.В., том 6, № 2, 2000 г. Коррекция перинатальных переживаний при эпилепсии

Соколов А., том 6, № 2, 2000 г. Некоторые особенности группы терапии творческим самовыражением (ТТС) в домашних условиях

Стихина Н.Я., Лысков Е.Б., Ломарев М.П., Алексанян З.А., том 5, № 4, 1999 г. Новые возможности в лечении депрессивных расстройств

Стрельцова М.Г., том 6, № 2, 2000 г. К вопросу об использовании краткосрочных психоаналитических техник в системе реабилитации больных при

операции аортокоронарного шунтирования

Терентьева В.И., том 96, № 3, 1996 г. Особенности коммуникативной деятельности у детей с заиканием 8-10 лет

Теске Г.П., том 5, № 1, 1999 г. Человек играющий

Тимошенко Г., том 5, № 4, 1999 г. Психотерапия в режиме активного молчания

Трубухов С.Н., том 96, № 3, 1996 г. К особенностям отклоняющегося поведения и психической дезадаптации военнослужащих

Троицкий А.Ф., том 3, № 4, 1997 г. Описание комбинированной техники, используемой в групповой терапии трансакционного анализа

Троицкий А.Ф., том 3, № 4, 1997 г. Сравнение двух подходов в диагностике невротозов на клиническом материале

Трубецкой В.Ф., том 6, № 1, 2000 г. Достижение адекватного осознания болезни и формирование активного отношения к лечению как элемент комплексной терапии аффективных расстройств в условиях общесоматической амбулатории

Трубецкой В.Ф., том 6, № 2, 2000 г. Изучение клинической эффективности методики краткосрочной много факторной психотерапии при лечении дистимии у геронтологических пациентов

Урываев В.А., том 6, № 2, 2000 г. Социально-психологические аспекты АРТ-проекта “Иные”

Федоров А.П., Сергеева Л.С., том 6, № 1, 2000 г. Телесно-ориентированные техники в терапии больных невротозами

Фридрих С.С., том 95, № 2, 1995 г. Обоснование Закона Полного Завершения

Фридрих С.С., том 3, № 3, 1997 г. Еще раз о Гештальте или первичная потребность человека

Фридрих С.С., том 3, № 1, 1997 г. Источник человеческой дисгармонии

Фридрих С.С., том 4, № 4, 1998 г. Развитие гештальт-терапии в настоящее время

Фридрих С.С., том 5, № 2, 1999 г. Отличительные особенности проведения гештальт-терапии при невротических расстройствах

Фридрих С.С., том 6, № 1, 2000 г. О некоторых особенностях проведения психотерапевтических интенсивов

Хайрнасов Р.Р., том 6, № 1, 2000 г. Особенности психодиагностики больных псориазом

Хмелевский В.Н., Якипова Г.Т., том 4, № 3, 1998 г. К вопросу о границах применения методики нейролингвистического программирования

Хусаинова В.Р., том 4, № 1, 1998 г. Общие критерии эффективности позитивной психотерапии

Хусаинова В.Р., том 4, № 2, 1998 г. Содержательный анализ конфликта в позитивной психотерапии непсихотических депрессивных расстройств

Цыганенко М.В., том 95 № 2 1995 г. Адлерианская психология

Чернышова С.А., Егоров Б.Е., том 6, № 1, 2000 г. Проблема психологической “нормы” в аналитической терапии

Чернова В.Ю., Юнусова Т.Г., том 96, № 4, 1996 г. Возможности использования терапевтами и психиатрами неврологической симптоматики при пе-

реходе на патогенетически ориентированный диагноз

Чигинева И.М., том 3, № 4, 1997 г. Синдром Жилия де ля Туретта в клинической практике детского реабилитационного центра

Шакимова Л.С., том 96, № 3, 1996 г. Эмоциональное напряжение и соматические заболевания у сотрудников правоохранительных органов, экологически неблагоприятного региона

Шевцов С.А., том 6, № 1, 2000 г. Использование механизма психофизиологической саморегуляции систем когнитивно-поведенческой терапии

Шурупов Н.Н., том 6, № 2, 2000 г. Анализ бессознательно больных фобическими тревожными расстройствами

Шустов Д.И., Ховрачев А.П., том 6, № 3, 2000 г. Заметки на тему психотерапии

Шушкевич В.И., Литвинович В.Д., том 3, № 3, 1997 г. Об опыте комплексной психотерапевтической работы на базе поликлиники общесоматической сети

Юнусов М.Р., том 96 № 1 1996 г. Психотерапевтические программы в практике интернистов

Юров А.А., том 6, № 2, 2000 г. Бегство от “психотерапии”

## ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОЛОГИЯ

Богославская Е.А., том 4, № 3, 1998 г. Мотивационные характеристики любознательности у подростков и их развитие

Крупнов А.И., Слободницкая И.З., том 4, № 3, 1998 г. Сравнительный анализ любознательности у старших школьников из чистых и пораженных радиацией районов

Слободницкая И.З., том 4, № 4, 1998 г. Сравнительная характеристика инициативности школьников из пораженных радиацией и чистых районов на основе факторного анализа

Шомансуров Ш.Ш., Алтыбаева Д.Д., том 4, № 4, 1998 г. Минимальные мозговые дисфункции у детей

## НАРКОЛОГИЯ

Базарбаева Л.Е., Зальцман И.Г., том 95, № 2, 1995 г. Опыт лечения больных с опийной наркоманией  
Березовская М.А., Кайдаулова А.Б., том 96, № 4, 1996 г. Психоорганический синдром при алкоголизме

Былим И.А., Былим Г.П., том 96, № 3, 1996 г. Роль семьи в этиологии и лечении алкогольной зависимости

Борисов Д.Е., том 95, № 1, 1995 г. Метод “кодирования с обратной связью”

Валентик Ю.В., том 4, № 4, 1998 г. Феноменология созависимости

Василенко И.В., Веремеенко Н.И., том 96, № 3, 1996 г. О внедрении препарата Трекрезан в наркологической практике

Василенко И.В., Шевченко А.Н., том 3, № 1, 1997 г. Опыт применения гемосорбции в клинике лече-

ния опийной наркомании

Гребнев С., том 4, № 2, 1998 г. Психотерапия алкогольной зависимости

Грузман А.В., том 96, № 3, 1996 г. Динамика злоупотребления алкоголем у подростков женского пола с отклоняющимся поведением

Дериев А., том 99, № 2, 1996 г. Опыт моделирования дозированного употребления алкоголя при алкоголизме

Измайлова Н.Т., том 96, № 3, 1996 г. К истории учения о гашишизме

Имомов Ш.А., Имомов А.Х., Аминов Х.А., том 4, № 4, 1998 г. Значение некоторых факторов риска в генезе алкогольных психозов

Имомов Ш.А., Имомов А.Х., Аминов Х.А., том 4, № 4, 1998 г. Влияние различных факторов риска на формирование клиники и рецидивирование алкогольного делирия

Ислямова Г.А., Якимов В.Б., том 96, № 4, 1996 г. Проблема наркомании с позиции ментальной экологии

Ислямова Г.А., том 3, № 2, 1997 г. Закономерные тенденции формирования личности “потенциального алкогольного аддикта”. Вопросы психогигиены

Кайдаулова А.Б., Василенко И.В., том 99, № 2, 1996 г. Использование “энтеросгеля” для лечения алкогольной интоксикации и ее последствий

Кайдаулова А.Б., том 3, № 2, 1997 г. Динамика психоорганического синдрома при хронических интоксикациях (на модели алкоголизма)

Кайдаулова А.Б., Кацевал А.В., том 4, № 3, 1998 г. Профилактика потребления наркотических веществ несовершеннолетними (в помощь специалисту – практику)

Кобегенова К.К., Кудьярова Г.М., том 99, № 2, 1996 г. Купирование абстинентного синдрома различными модификациями рефлексотерапии

Лисняк М.А., Макаров А.А., том 96, № 1, 1996 г. Клинические варианты динамики никотинизма

Макаров В.В., том 99, № 2, 1996 г. Новые подходы помощи злоупотребляющим алкоголем

Макаров В.В., том 3, № 4, 1997 г. Алкогольная экология

Макаров В.В., том 4, № 2, 1998 г. Основы алкогольной экологии (часть 11)

Меремьянина Я.В., Подвигин С.Н., Семенова Н.Н., том 6, № 1, 2000 г. Своевременное устранение факторов социально-психологической дезадаптации, как профилактика наркозависимости

Наразалиев Ж.Б., Бауэр В.Р., Мунькин Л.М., Сатыбекова Э.Т., том 6, № 1, 2000 г. Комплексный психофармакотерапевтический подход к лечению наркоманий

Павлов И.С., том 6, № 1, 2000 г. Культурный аспект алкогольной зависимости

Петров С.С., Бузик О.Ж., том 4, № 2, 1998 г. Особенности мотивационной сферы здоровых лиц в алкогольном опьянении по данным теста Сонди

Руженков В.А., том 99, № 2, 1996 г. Клинические аспекты соотношения алкогольной интоксикации и суицидального поведения у больных шизофренией, сочетающийся с алкоголизмом

Руженков В.А., том 99, № 2, 1996 г. Клинические особенности и прогностическое значение алкогольного абстинентного синдрома у больных алкоголизмом, предшествующим дебюту шизофрении

Савочкин Д.В., Караваева Т., том 96, № 3, 1996 г. Проблема употребления наркотических веществ среди учащейся молодежи в “закрытом” городе

Сокова Т.О., Крупнов А.И., том 4, № 2, 1998 г. Специфика связей настойчивости с акцентуациями черт характера у больных с диагнозом наркомания и алкоголизм

Фалюшняк П.Ф., том 4, № 2, 1998 г. Результаты анонимного анкетирования учащейся молодежи г. Костаная в рамках программы социально-психологического исследования по проблеме алкоголизма, наркомании, СПИДа

Фалюшняк П.Ф., том 4, № 3, 1998 г. Влияние микросоциальной среды на формирование аддиктивного поведения подростков. Социально-психологическая программа по профилактике ВИЧ-СПИДа и наркоманий и подростков

Черлянцев В.А., том 96, № 3, 1996 г. “Индивидуальная эмоционально-стрессовая наркопсихотерапия алкоголизма с использованием нейролептиков”

Ширяев О.Ю., Газарян В.В., том 6, № 1, 2000 г. Совместная семейная психотерапия при наркозависимости

Шмалей С.В., Татаринцева Р.Я., Мацук А.Г., том 6, № 2, 2000 г. Профессиональный подход к проблеме профилактики аддиктивного поведения

Якимов В.Б., том 3, № 2, 1997 г. Наркологически ориентированная психопрофилактическая программа

Яско С., том 5, № 1, 1999 г. Значимость первичной беседы в эффективности лечения наркологических больных

Яско С., том 6, № 1, 2000 г. Уровень информированности молодежи о наркотиках и последствиях их употребления

## ВАЛЕОЛОГИЯ

Береснев А.А., том 6, № 2, 2000 г. Метамоделль бытия человека, антропологически целостного

Берлина С.А., том 6, № 2, 2000 г. Практическая подготовка психологов для работы в области консалтинга в сфере “человек-человек”

Гирич Н.Я., том 96, № 4, 1996 г. Ментальная экология с позиций интерниста

Жаркова Н.В., том 5, № 1, 1999 г. Формирование глубинной установки врача на здоровый образ жизни через повышение психологической и валеологической компетентности

Жаркова Н.В., том 5, № 2, 1999 г. Стратегия пропаганды здорового образа жизни

Жаркова Н.В., Ислямова Г.А., том 6, № 1, 2000 г. Проект обоснования специальности “Психолог-валеолог”

Ислямова Г.А., том 96, № 1, 1996 г. Социально-психологический анализ факторов риска в ментальной медицине

Катков А.Л., том 96 № 1 1996 г. Психогигиена и первичная психопрофилактика в ментальной медицине

Катков А.Л., том 5, № 1, 1999 г. Развивающая медицина. Обоснование новой парадигмы и концепции

Коробицина Т.В., Муравский С.П., том 3, № 2, 1997 г. Возможности профилактики хронических заболеваний внутренних органов с позиции психотерапевта

Макаров В.В., том 96, № 3, 1996 г. Экологический подход к сохранению и развитию здоровья

Мельников А.В., том 5, № 4, 1999 г. Душепопечительство и мануальная терапия

Мельченко Н.И., Калашникова В.В., том 5, № 4, 1999 г. Реабилитационно-тренинговая программа для лиц с ИБС пожилого возраста

Мыльникова Н.В., том 96, № 4, 1996 г. Использование растительных продуктов фирмы "Nature's way" в лечебном и оздоровительном процессах

Мыльникова Н.В., том 3, № 2, 1997 г. Лекарственные формы в пищевых добавках фирмы SOLARY

Назмутдинов А.Р., Фомина М.Н., том 6, № 3, 2000 г. Особенности формирования личностного дифференциала у студентов медицинских ВУЗов

Никитина Л.И., том 5, № 4, 1999 г. Духовность, страсти и урологические заболевания

Рощина Ю.А., Рощин Д.Н., том 5, № 4, 1999 г. Изучение рефлексии в контексте психосоматических расстройств

Татаринцева Р.Я., Татаринцева Г.Ю., том 5, № 4, 1999 г. Связь эмоций и страстей с заболеваниями внутренних органов и их врачевание в православном душепопечении

Фридрих С.С., том 5, № 1, 1999 г. Валеология: новый путь развития медицины, психологии и педагогики

## ПЕДАГОГИКА ЗДОРОВЬЯ

Богославская Е.П., том 5, № 2, 1999 г. Развитие динамических характеристик любознательности подростков

Жаркова Н.В., том 96 № 1 1996 г. Косвенные приемы определения эффективности учебного процесса

Иргебаева Н.М., Койшибаев Б.А., Кульшарипова З.К., том 3, № 4, 1997 г. Комплексный подход к разработке тезауруса педагогического общения

Иргебаева Н.М., Койшибаев Б.А., Кульшарипова З.К., том 4, № 2, 1998 г. Комплексный подход к работе тезауруса педагогического общения

Катков А.Л., том 3, № 1, 1997 г. Мифы нового времени

Койшибаев Б.А., Мухамеджанов Б.Ж., Такенов Б.Д., том 3, № 4, 1997 г. О перспективах инвестиций в человеческий капитал (на примере экологии, медицины и образования)

Койшибаев Б.А., Кульшарипова З.К., том 3, № 4, 1997 г. Психологические основы и педагогические основания культуры преподавания

Койшибаев Б.А., Кульшарипова З.К., том 4, №

2, 1998 г. Психологические основы и педагогические основания культуры преподавания

Макаров В.В., том 3, № 1, 1997 г. Ментальная экология

Россинский Ю.А., Валивач М.Н., том 3, № 3, 1997 г. Опыт групповой коррекции поведенческих реакций и развития коммуникативных навыков у учащихся младших классов в школе с повышенными нагрузками

## ИНФОРМАЦИЯ К ОБСУЖДЕНИЮ, ОБЗОРЫ, ОБСУЖДЕНИЯ, РЕЦЕНЗИИ

Алимханов Ж.А., том 96, № 4, 1996 г. Рецензия на учебник "Психиатрия" Р.Г.Илешева (на казахском языке)

Бажан Т.А., том 96, № 4, 1996 г. По поводу статьи Каткова А.Л. "Психогигиена и первичная психопрофилактика в ментальной медицине"

Баймагамбетова Б.Б., том 96, № 4, 1996 г. По поводу статьи Ислямовой Г.А. "Социально-психологический анализ факторов риска в ментальной медицине"

Берестов А.И., том 5, № 4, 1999 г. Сознание и подсознание с позиций христианской антропологии  
Бурно М.Е., том 5, № 4, 1999 г. Краткие записки о 11 Всемирном конгрессе по психотерапии в Вене "Миф. Сон. Реальность" (4-8 июля 1999 г.). Личные впечатления.

Бурно М.Е., Макаров В.В., Эйдемиллер Э.Г., том 6, № 1, 2000 г. Краткая информация о САММИТЕ психотерапевтических общественных организаций, сообществ и образовательных структур по психотерапии, работающих на территории Российской Федерации

Вайда Т.С., том 6, № 3, 2000 г. Педагогические возможности туристско-краеведческой деятельности в системе социально-психологической коррекции личности

Великий В.Н., Татаринцева Р.Я., Мацук А.Г., том 6, № 2, 2000 г. Обоснование цели и содержания профессиональной подготовки социальных педагогов-юристов

Владимир Степанович Григорьевский, том 5, № 1, 1999 г.

Григорию Ильичу Зальцману 70 лет, том 3, № 1, 1997 г.

Джангильдин Ю.Т., том 6, № 3, 2000 г. Психотерапия общества

Загорский Я., том 96, № 4, 1996 г. О дискуссиях в журнале "Вопросы ментальной медицины и экологии"

Загорский Я., том 96, № 4, 1996 г. Замечания по поводу статьи Корнетова Н.А. "Возможен ли антропологический ренессанс в психиатрии"

Ислямова Г.А., Коробицина Т.В., Якимов В.Б., том 4, № 3, 1998 г. К вопросу о клинике и патогенетических механизмах при "микстовых" формах патологии

Ихсанов Р.Ф., том 6, № 2, 2000 г. О возможности изменения поведенческих стратегий

Катков А.Л., том 96, № 3, 1996 г. Медико-педа-

гогическая ассоциация Казахстана

Катков А.Л., том 5, № 1, 1999 г. Костанайской областной психиатрической больницы – 30 лет

Катков А.Л., том 5, № 2, 1999 г. О методологии научных исследований в области ментального здоровья

Катков А.Л., том 6, № 1, 2000 г. Отзыв на монографию Александра Сосланда “Фундаментальная структура психотерапевтического метода или как создать свою школу в психотерапии”

Катков А.Л., том 6, № 3, 2000 г. Здоровье и устойчивое развитие в информационном обществе

Катков А.Л., том 6, № 3, 2000 г. Предварительный сравнительный анализ законопроектов:

“О профессиональной психотерапевтической деятельности” (проект ППЛ);

“О психотерапии и специалистах, занимающихся психотерапевтической деятельностью” (проект РПА);

Проект положения о региональном представителе ОППЛ;

Проект ведения ступенчатого членства ОППЛ

Ким Г.Я., том 96, № 4, 1996 г. По поводу статьи А.Л.Каткова “Психогигиена и первичная психопрофилактика в ментальной медицине”

Макаров В.В., том 4, № 3, 1998 г. Психически активные вещества в повседневной жизни человека

Макаров В.В., том 5, № 2, 1999 г. Об общеевропейской дискуссии по психотерапии по материалам книги “Европейская психотерапия – новая наука о человеке”

Макаров В.В., Обухов Л.Я., том 5, № 4, 1999 г. Психотерапия – важная часть культуры и новейшая гуманитарная профессия (материалы 11 Всемирного конгресса по психотерапии)

Макаров В.В., Катков А.Л., том 6, № 1, 2000 г. Психотерапия – альтернативы развития

Макаров В.В., том 6, № 1, 2000 г. Краткая информация о 1 общероссийской школе молодых специалистов по психотерапии и 111 конференция “Психотерапия на рубеже тысячелетий: опыт прошлого – взгляд в будущее”, состоявшихся в Москве 3-7/10.1999 г.

Макаров В.В., том 6, № 1, 2000 г. Новая книга Р.Кочунаса

Макаров В.В., том 6, № 2, 2000 г. Горячее лето 2000. Обсуждение проектов Закона “О профессиональной психотерапевтической деятельности”

Макаров В.В., Свидро Н.Н., том 6, № 2, 2000 г. Информация о втором съезде общероссийской Профессиональной Психотерапевтической Лиги и 4 международной конференции – “Психотерапия на рубеже тысячелетий: опыт прошлого – взгляд в будущее”

Макаров В.В., Катков А.Л., том 6, № 3, 2000 г. Информация по результатам пилотного исследования “Перспективы развития терапии в странах СНГ (проводимого в планах подготовки круглого стола “Устойчивое развитие личности и социальное благополучие общества: мечта и реальность”) Алматы 9-11 сентября 2000 г.

Макаров В.В., Катков А.Л., том 6, № 3, 2000 г.

Проект Федерального Закона РФ “О профессиональной психотерапевтической деятельности”

Макаров В.В., Катков А.Л., том 6, № 3, 2000 г. Проект образовательного стандарта подготовки профессионального психотерапевта (Республика Казахстан 2000)

Макаров В.В., Катков А.Л., том 6, № 3, 2000 г. Проект образовательного стандарта подготовки педагога-валеолога по разделу “Валеопсихология” (Республика Казахстан 2000)

Мацюк А.Г., том 6, № 3, 2000 г. Родовая травма, ее последствия и их лечение гомеопатическим методом

Наши юбиляры, том 4, № 1, 1998 г.

Отзыв и комментарии к проекту Закона Российской Федерации “О психотерапии”, подготовленного специалистами “Федерального центра психотерапии и медицинской психологии” Министерства здравоохранения России, том 6, № 3, 2000 г.

Проект РПА, том 6, № 3, 2000 г. Закон о психотерапии и специалистах, занимающихся психотерапевтической деятельностью

Силюянова И.В., том 5, № 4, 1999 г. Современная медицина и православие

Соложенкин В.В., том 6, № 3, 2000 г. Психологические механизмы личностного роста. Факторы, препятствия ему и службы психического здоровья

Соложенкин В.В., том 6, № 3, 2000 г. Краткий доклад на 2-й Бишкекской встрече стран по реформам службы психического здоровья

Сорос-Казахстан. Круглый стол “Устойчивое развитие личности и социальное благополучие общества: мечта и реальность”. 9-11 сентября 2000 г., том 6, № 3, 2000 г. Протокол заседания рабочей группы

Резолюция круглого стола “Устойчивое развитие личности и социальное благополучие общества: мечта и реальность” с участием ведущих специалистов в области психического здоровья стран СНГ. Алматы. 9-11 сентября 2000 г., том 6, № 3, 2000 г.

Решетников М., том 5, № 4, 1999 г. Почему нам нужно объединяться? (Задачи периода становления)

Решетников М.М., том 6, № 2, 2000 г. Почему нам нужно объединяться? (Задачи периода становления)

Татаринцева Г.Ю., Татаринцева Р.Я., Мацюк А.Г., том 6, № 2, 2000 г. Связь ментальных и эмоциональных нарушений с соматической патологией и их врачевание в православном душепопечении

Татаринцева Г.Ю., Татаринцева Р.Я., том 6, № 3, 2000 г. Связь эмоциональных нарушений с основными видами психопатий и их врачевание в православном душепопечении

Хачатурян А.М., том 6, № 3, 2000 г. Проблема оказания квалифицированной психотерапевтической помощи населению и возможные пути ее решения

Хусаинова В.Р., том 5, № 2, 1999 г. Применение позитивной психотерапии в области повышения квалификации и постдипломного образования