

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том VII

№ 3

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. Гонопольский** (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**

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХОТЕРАПИЯ

УЧРЕДИТЕЛИ:

**Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига**

**РГКП
«Республиканский
научно-практический
центр медико-
социальных проблем
наркомании»**

**Том VII
№ 3
2001 год**

**выходит
4 раза в год**

<i>Гордеев М.Н.</i>	
Социально-психологический потенциал эриксоновского гипноза	7-11
<i>Курик И.В.</i>	
Релаксационное движение как инструмент психотерапии	11-13
<i>Лебедев М.А.</i>	
Невротические сценарии в анализе бессознательного	13-15
<i>Майков В.В.</i>	
Вклад Станислава Гроффа в современную трансперсональную психологию и психотерапию	15-17
<i>Покровский Ю.Л., Арапиев Ю.У.</i>	
Дифференциированный психотерапевтический подход к лечению больных алкоголизмом, сочетающимся с сахарным диабетом	17-19
<i>Поклитар Е.А.</i>	
Туберкулез, личность, психотерапия	19-20
<i>Павлов И.С.</i>	
Прошлое, настоящее психотерапии и пути ее дальнейшего развития	20-23
<i>Решетников М.М.</i>	
Методологическое значение классификации, понятий нормы и патологии	23-27
<i>Сазонов В.Ф.</i>	
Образовательные программы по сексологии (половому воспитанию) в вузе для педагогов и психологов	28
<i>Троицкий А.Ф.</i>	
Феномен бессознательного предвидения некоторых событий группами здоровых и психически больных людей, выявленный с помощью цветных карточек сокращенного теста М.Люшера	28-36
<i>Филичева К.А.</i>	
Танцевально-двигательная терапия. Особенности проведения ТДТ при вялотекущей шизофрении.	36-37
<i>Цай П.А.</i>	
Новый метод недирективного подхода в психотерапии на Украине	38-39
<i>Юсопов О.Г.</i>	
Рисунок: терапия и диагностика	40-42
<i>Яценко В.И.</i>	
Применение системы измерений артериального давления в инициатической психотерапии	42-45

ПСИХИАТРИЯ

<i>Айдельдяев Б.С.</i>	
Основные тенденции в динамике судебно-психиатрических экспертиз в Республике Казахстан в 1992-2000 г.г.	46-49
<i>Нащенова А.М.</i>	
Психическое и соматоневрологическое здоровье подростков с суициdalным поведением	50-51
<i>Руженков В.А.</i>	
Особенности развития интеллекта и креативности в условиях родительской депривации	51-56

<i>Руженков В.А.</i>	
Тревожность и особенности межличностных отношений подростков, лишенных родительского попечительства	56-58
<i>Суатбаев Н.Р.</i>	
Опыт использования электросудорожной терапии (ЭСТ) для лечения эндогенных психозов	58-60
<i>Симуткин Г.Г.</i>	
К вопросу о систематике сезонных аффективных расстройств	60-66
<i>Скударь К.Е.</i>	
Социальные факторы риска развития депрессивного состояния у больных с органическим аффективным расстройством	67-68

НАРКОЛОГИЯ

<i>А.Л.Катков, Ю.А.Россинский, М.Н.Валивач</i>	
Проект создания единой информационной сети в Центрах медико-социальной реабилитации наркозависимых в Республике Казахстан	69-70

ИНФОРМАЦИЯ

<i>Егоров Б.Е.</i>	
История одной докторской диссертации (кафедральные байки)	71-79
<i>Резюме</i>	
	80-89

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

TABLE OF CONTENTS

PSYCHOTHERAPY

FOUNDERS:	<i>Gordeev M.N.</i>	
	Social - psychological potential of Erickson hypnosis	7-11
	<i>Kuris I.V.</i>	
	Relaxation movement as the tool of psychotherapy	11-13
	<i>Lebedev M.A.</i>	
	Neurotic scripts in the analysis unconscious	13-15
	<i>Maikov V.V.</i>	
	Stanislav Grof's contribution in modern transpersonal psychology and psychotherapy	15-17
	<i>Pokrovskiy J.L., Arapiev J.U.</i>	
	The differentiated psychotherapeutic approach to treatment of alcoholism, combined with insular diabetes	17-19
	<i>Poklitar E.A.</i>	
	Tuberculosis, person, psychotherapy	19-20
	<i>Pavlov I.S.</i>	
	Last, present of psychotherapy and a way of its further development	20-23
	<i>Reshetnikov M.M.</i>	
	Methodological value of classification, concepts of norm and pathology	23-27
	<i>Sazonov V.F.</i>	
	Education programs on sexology (sexual education) in institute of higher education for teachers and psychologists	28
	<i>Troitskiy A.F.</i>	
	Phenomenon of a unconscious prediction of some events by groups healthy and mentally ill people, revealed with a help of color cards of M.Lusher's color test	28-36
	<i>Filicheva K.A.</i>	
	Features of realization of dance-locomotive therapy at continuous sluggish schizophrenia	36-37
	<i>Tsai P.A.</i>	
	New method of not directive approach in psychotherapy on Ukraine	38-39
	<i>Jusopov O.G.</i>	
	Figure: therapy and diagnostics	40-42
	<i>Jatsenko V.I.</i>	
	Application of arterial pressure measures in initial psychotherapy	42-45

PSYCHIATRY

Volume VII	<i>Aidel'dyaev B.S.</i>	
Nº 3	The basic tendencies in dynamics of Forensic Examination in Kazakhstan in 1992-2000	46-49
2001	<i>Nashkenova A.M.</i>	
Published 4 times in a year	Mental and somatoneurologic health of teenagers with suicide behavior	50-51
	<i>Ruzhenkov V.A.</i>	
	Features of intelligence and creativity development in conditions of a parental deprivation	51-56

<i>Ruzhenkov V.A.</i>	
Anxiety and features of interpersonal attitudes of adolescents, devoid parental guardianship	56-58
<i>Suatbaev N.R.</i>	
The experience of usage of electroconvulsive therapy (ECT) for treatment of endogenic psychoses	58-60
<i>Simutkin G.G.</i>	
To a question on systematization of seasonal affective disorders	60-66
<i>Skudar' K.E.</i>	
Social risk factors of development of a depression at patients with organic affective disorders	67-68

NARCOLOGY

<i>Katkov A.L., Rossinskiy J.A., Valivach M.N.</i>	
The project of creation of a uniform information network in the Centers of medico-social rehabilitation of drug abusers in Kazakhstan	69-70

INFORMATION

<i>Egorov B.E</i>	
History of one thesis for Doctor's degree	71-79
<i>Summaries</i>	
	80-89

ПСИХОТЕРАПИЯ

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ ЭРИКСОНОВСКОГО ГИПНОЗА

М.Н.Гордеев

г. Москва

С возникновением и развитием различных направлений в индивидуальной и групповой психотерапии на рынке психологических услуг появилось множество научных исследований, связанных с их эффективностью. Первые исследования, проведенные Айзенком в 50-е г.г. показали, что нет серьезных свидетельств того, что пациентам, которых лечат специалисты, становится лучше, чем тем, которых вообще никто не лечит, или тем, кто получает поддержку непрофессионалов. И даже, когда в ходе психотерапии улучшение действительно происходит, доказать, что оно непосредственно связано с процессом терапии или с терапевтическими убеждениями терапевта, очень трудно.

В российской психотерапии в начале 90-х годов появилось новое направление – эриксоновский гипноз, который, благодаря простоте теоретических принципов и эффективности методов, завоевал большую популярность.

В рамках традиционной психотерапии, основанной на психоанализе, устойчивые изменения глубоких психодинамических структур, лежащих в основе психопатологических симптомов, требуют многих лет систематической работы. Поэтому, психиатры и психотерапевты не очень склонны верить, что глубокие и устойчивые изменения личности могут произойти в течение нескольких дней или, даже, нескольких часов или минут, поскольку принятые сейчас теории не дают возможности объяснить такие изменения.

Мы решили организовать, спланировать и провести исследование, изучающее эффективность эриксоновского гипноза, как метода психотерапевтической групповой работы.

При всей актуальности и необходимости таких исследований, они до настоящего момента не проводились.

В данную работу мы попытались привнести принцип развития: схема исследования построена по принципу открытой архитектуры и позволяет проводить длительное лонгитюдное исследование, значительно повышающее качество научных разработок и влияющее на осознание научной перспективы.

В качестве критерия изменения (критерия эффективности терапевтического процесса) мы решили использовать, так называемый, «внутренний» критерий, т.е. образ «Я». В методическом выражении таким критерием в нашем исследовании явились «реальное Я» и «идеальное Я» в диагностике межличностных отношений Тимоти Лири. Что касается обоснованности выбора этого критерия, то мы сочли выбрать его, поскольку он уже неоднократно и с успехом использо-

вался в подобного рода исследованиях; к тому же понятия «образ Я», реальное «Я», идеальное «Я» являются центральными понятиями в гуманистическом направлении в психологии, принципы которой вполне совпадают с эриксоновской терапией. Еще одним очевидным критерием в нашем исследовании явилась сохранность, устойчивость изменений образа «Я» во времени.

Основными гипотезами нашего исследования были:

- процесс терапии, основанной на эмпирических методах, приводит к изменениям в образе «Я», значительно отличающимся от изменений в образе «Я» у людей, не проходивших процесса терапии;
- изменения в образе «Я», связанные с процессом эриксоновской терапии, устойчивы во времени.

Основными задачами нашего исследования были:

- выявить наиболее характерные изменения в образе «Я», связанные с процессом терапии;
- изучить характерные особенности факторов, влияющих на устойчивость изменений во времени после различных временных интервалов, прошедших после процесса терапии;
- специализировать концепцию жизненного цикла семьи и разработать модель опросника, позволяющего проверить гипотезу о переходе с одного этапа развития семьи, как возможном критерии психотерапевтического процесса, а также важным критерием, отражающим личностные изменения не только «внутренние», но и «внешние»;
- выявить преобладающую проблематику и особенности психологических проблем у лиц, посещающих группы эриксоновской терапии;
- выявить влияние посещения группы эриксоновской терапии на изменение семейной ситуации, разрешение семейных и личностных проблем и психологических трудностей.

Замысел эксперимента.

По нашему мнению, большое значение для понимания проделанной нами работы имеют следующие три аспекта нашего исследования:

1. Критерий, использованный нами при изучении психотерапии, не совпадающий с традиционным мнением о критериях в этой области.
2. Структура исследования, при разработке которой были бы преодолены некоторые трудности, стоявшие до этого на пути точных результатов.

3. Вероятность достигнуть прогресса в измерении неуловимых субъективных явлений объективным путем.

Эти три элемента нашей программы могли быть использованы при любой попытке измерить личностное изменение. Поэтому они приложимы к любому виду психотерапии или к исследованию любого метода, используемого для измерения личности и поведения.

Теперь о замысле исследования: нам очень хотелось построить наше исследование достаточно строго, так, чтобы при подтверждении или отклонении наших гипотез по возможности были установлены два момента:

1) что значимое изменение произошло или не произошло;

2) что такое изменение, если оно действительно произошло, обуславливалось психотерапией, а не каким-то другим фактором.

В такой сложной области исследования, как психотерапия, не так-то просто создать схему исследования, которая приведет к достижению этих целей. Поэтому мы обратились к опыту проведения подобных исследований, а именно к схеме эксперимента, проведенного в Консультационном центре Чикагского университета в 1950 - 1954 годах и посвященного исследованию эффективности центрированной на клиенте терапии.

В экспериментальную (психотерапевтическую) группу входили люди, посетившие профессиональные семинары-тренинги по эриксоновскому гипнозу. Продолжительность семинаров составляла неделю - 7 дней. Семинары имели характер тренингов погружения. Перед началом и в конце семинара проводилось тестирование и опрос с помощью выбранных методических средств. Также в конце семинаров клиенту выдавался набор бланков методик для заполнения их и высылки в адрес экспериментаторов через 3 месяца. Такое число было выбрано как промежуточный контрольный этап проверки устойчивости результатов терапии во времени (запланировано тестирование через 6 и 12 месяцев после терапии), а также, исходя из плана выполнения данной исследовательской работы.

Одновременно с экспериментальной группой набиралась и контрольная, эквивалентная первой по половозрастным и социоэкономическим показателям. В соответствующие временные интервалы контрольная группа подвергалась такому же тестированию, как и экспериментальная группа.

Описание методики.

В нашем исследовании основной была диагностика межличностных отношений (ДМО) Тимоти Лири.

Обоснованность выбора данной методики заключается в том, что:

1) методика основана на оценке образа «Я»;

2) в связи с достаточной лаконичностью и простотой, ДМО представляет собой удобный инструмент для

изучения внутриличностной конгруэнтности индивида.

Испытуемые заполняли бланки после стандартной инструкции: «Перед Вами опросник, содержащий различные характеристики. Следует внимательно прочесть каждую и подумать, соответствует ли она Вашему представлению о себе. Если «да», то в специальной сетке (актуальное «Я») подчеркните крестом соответствующую порядковому номеру характеристики цифру в сетке регистрационного листа. Если «нет», то не делайте никаких пометок. После того, как Вы оцените себя по приведенным в опроснике характеристикам, сделайте тоже самое в отношении образа «Я», к которому Вы стремитесь, т.е. опишите с помощью тех же характеристик «идеал» Вашего «Я» (идеальное «Я»). При этом не забудьте включить и те свойства, которыми Вы обладаете, если они не противоречат Вашему представлению об идеале. Постарайтесь проявить максимальную внимательность и откровенность, чтобы избежать повторного обследования».

Полученные данные обсчитывались и заносились в психограмму, после чего проводился анализ и обработка исполненных оценок испытуемым его актуального и идеального образа «Я», в соответствии с интерпретативной схемой.

Описание интерпретативной схемы.

В связи с огромным массивом данных, которые дают возможность получить ДМО Т.Лири, мы сочли разумным и необходимым ограничиться принятыми гипотезами и основными задачами нашего исследования.

В первую очередь, нас интересовали изменения в структуре «Я», которые могли произойти после окончания процесса психотерапии, а также соотношение между «реальным Я» и «идеальным Я»; причем нас особенно интересовали изменения отдельных качеств личности.

Во вторую очередь, нас интересовала устойчивость таких изменений в образе «Я» во времени, а именно через 3 месяца после окончания процесса групповой психотерапии.

Следующими важными данными, которые нас интересовали, были данные о соотношении изменений в экспериментальной и контрольной группах.

И последнее, что нас интересовало - результаты заполнения модели опросника «Жизненный цикл семьи»: наиболее часто встречающаяся проблематика у лиц, посещающих группы и прочее.

Данные о выборке.

Тестирование и сбор первичной эмпирической информации проводился на двух профессиональных семинарах-тренингах по эриксоновскому гипнозу в 1999 году, на которых присутствовало 31 человек (экспериментальная группа). Одновременно, с экспериментальной группой набиралась однородная по структуре контрольная группа. В соответствующие временные ин-

тервалы контрольная группа подвергалась такому же тестированию, как и экспериментальная группа.

Общая выборка - 62 человека:

- мужчин - 32, женщин - 30;
- возраст от 22 до 45 со средним 32 года.

Уровень образования выборки:

- высшее - 58 (в том числе высшее медицинское - 42) человек;

- незаконченное высшее (студенты) - 4 человека;

Профессиональный состав выборки:

- врачи-психотерапевты - 30;
- психологи - 20;
- научные сотрудники - 8;
- студенты - 4.

Полученные результаты и их обработка.

В данном разделе приведены результаты подсчета значимости различий по критерию Стьюдента (t) по методике ДМО Т.Лири. Расчеты производились средствами ЭВМ (программа «Стадия»).

Также в этом разделе приведены обобщенные результаты сбора первичной эмпирической информации на основе модели опросника «Жизненный цикл семьи».

Результаты и обработка результатов ДМО Т.Лири.

Для обработки результатов по этой методике использовались подсчитанные баллы реального и идеального «Я» по 8-ми вариантам межличностного взаимодействия (в нашем случае - при изучении структуры «Я» с помощью ДМО):

1. Властно-лидерующий;
2. Независимый-доминирующий;
3. Прямоинейный-агрессивный;
4. Недоверчивый-скептический;
5. Покорно-застенчивый;
6. Зависимый-послушный;
7. Сотрудничающий-конвенциональный;
8. Ответственно-великодушный.

а) соотношение реального и идеального «Я» до и после процесса терапии: различия значимы ($t=2,63$). Нулевая гипотеза может быть принята.

б) соотношение реального и идеального «Я» до процесса терапии и через 3 месяца: различия незначимы ($t=0,618$). Конкурирующая гипотеза может быть принята.

в) соотношение реального и идеального «Я» до процесса терапии и через 3 месяца: различия значимы ($t=3,26$). Нулевая гипотеза может быть принята.

г) соотношение реального «Я» до и после процесса терапии: значимость различий по следующим октантам - 1($t=1,34$), 3($t=3,37$), 7($t=1,92$), 8($t=0,32$). По 2,4,5,6 октантам различия оказались незначимыми.

Соотношение реального «Я» после процесса терапии и через 3 месяца: различия по октантам - 3($t=0,721$), 7($t=0,677$), 8($t=0,694$). По 1, 2, 4, 5, 6 октантам различия оказались значимыми.

Соотношение реального «Я» перед процессом терапии и через 3 месяца: значимость различий по следующим октантам - 3($t=2,21$), 7($t=1,99$), 8($t=2,78$). По 1,2,4,5,6 октантам различия оказались незначимыми.

д) соотношение идеального «Я» до и после процесса терапии: значимость различий по следующим октантам - 1($t=1,48$), 3($t=2,11$), 7($t=3,02$), 8($t=1,27$). По 2,4,5,6 октантам различия оказались незначимыми.

Соотношение идеального «Я» после процесса терапии и через 3 месяца: различия незначимы по октантам - 3($t=0,6623$), 7($t=0,68$), 8($t=0,661$). По 1, 2, 4, 5, 6 октантам различия оказались значимыми.

Соотношение идеального «Я» перед процессом терапии и через 3 месяца: значимость различий по следующим октантам - 3($t=1,97$), 7($t=2,14$), 8($t=2,53$). По 1,2,4,5,6 октантам различия оказались незначимыми.

Вышеперечисленные результаты относятся к экспериментальной группе. Соответствующие замеры, произведенные в контрольной группе, показали отсутствие значимых различий во всех проведенных замерах.

Результаты сбора первичной эмпирической информации на основе модели «Жизненного цикла семьи».

Модель опросника заполняли испытуемые экспериментальной группы перед началом семинара-тренинга и через 3 месяца после окончания процесса терапии.

Выявлены следующие предварительные эмпирические данные:

а) в процентном соотношении испытуемые экспериментальной группы отнесли себя к определенному этапу развития семьи:

- период ухаживания - 21%;
- брак - 9%;
- брак, рождение ребенка - 10%;
- зрелая стадия брака - 53%;
- отлучение родителей от детей - 7%;
- пенсия и старость - 0%.

б) преобладающий характер указываемых проблем для испытуемых, отнесших себя к определенному этапу (доля в %):

Период ухаживания.

- застенчивость - 73%;
- финансовая поддержка родителей - 65%;
- сильная эмоциональная зависимость от родителей - 59%;

- страх перед противоположным полом - 47%;
- выбор альтернативного образа жизни - 27%.

Брак.

- конфликты с родителями - 82%;
- манипуляция слабостью и болезнью - 65%;
- финансовая поддержка родителей - 53%;
- страх сексуальных действий - 24%;
- желание завоевать авторитет - 21%.

Брак, рождение ребенка.

- ощущение «хрупкости» брака - 52%;
- сверхвовлеченность в проблемы ребенка - 34%;

- сверхстрогость к ребенку - 19%.
- Зрелая стадия брака.
- натянутые отношения с ребенком-подростком - 69%;
 - отсутствие уверенности в способности сделать карьеру - 46%;
 - объединение ребенка с одним из супругов против другого - 24%.

Отлучение родителей от детей.

- нечего сказать друг другу, не осталось ничего общего - 38%;
- потеря смысла жизни - 18%.

в) 68% испытуемых указывали тип проблематики, относившийся к другому этапу развития семьи - как к предыдущему, так и к последующему. Большая часть этих испытуемых отнесла себя к таким этапам развития семьи как период ухаживания, брак, рождение ребенка и зрелая стадия брака.

г) При заполнении опросника через три месяца ни у кого из испытуемых семейная ситуация не изменилась.

д) При заполнении через три месяца процентное выражение проблематики по сравнению с первым замером практически не изменилась.

Обсуждение полученных результатов и их интерпретация.

1) Экспериментальные тестовые замеры, произведенные в контрольной группе выборки, показали отсутствие значимых различий по всем параметрам, что можно объяснить определенной стабильностью образа «Я» и, довольно-таки, небольшим промежутком времени, в результате которого не могли произойти существенные изменения в структуре личности испытуемого. Последующие замеры (через 6 и 12 месяцев) позволяют сделать более точные выводы по данному вопросу. Возможные изменения, которые могут произойти в структуре образа «Я» у испытуемых в контрольной группе, предположительно могут быть вызваны изменением в семейной или профессиональной ситуации.

2) Экспериментальные тестовые замеры, произведенные в психотерапевтической (экспериментальной) группе выявили множество интересных закономерностей.

Во-первых, выявлены значимые различия между соотношением реального и идеального образа «Я» до и после процесса групповой психотерапии. Это проявилось в «уменьшении» разрыва между реальным и идеальным в образе «Я» выборки. В данном случае, возможно говорить об определенной стабилизации в образе «Я», приближении идеального «Я» к реальному «Я», или об определенной объективности в оценке своей субъективности, что можно отнести на счет влияния процесса групповой психотерапии.

Во-вторых, выявлены значимые различия в образе «Я» до и после процесса групповой психотерапии. Как в образе «реального», так и «идеального Я» у испытуемых было обнаружено уменьшение показателей по 1

и 3 октантам, что соответствует субъективной оценке испытуемыми уменьшения у себя властно-лидерирующих, прямолинейно-агрессивных, недружелюбных тенденций в структуре образа «Я». Вместе с этим было обнаружено увеличение показателей по 7 и 8 октантам, что соответствует субъективной оценке испытуемыми увеличения у себя готовности помогать и сочувствовать окружающим, стремлении к сотрудничеству с группой, дружелюбии.

Данный факт заслуживает особенного внимания, так как увеличение и уменьшение строго определенных тенденций в структуре «Я» соотносится с атмосферой взаимной поддержки, дружелюбия, отсутствия конкуренции, духа партнерства и взаимоуважения, царящей и присутствующей на групповых семинарах.

В-третьих, отсутствие значимых различий в образе «Я» после процесса групповой психотерапии и спустя три месяца после нее по 3,7,8 октантам дают возможность с большой достоверностью утверждать, что эти изменения в образе «Я» оказались сохранными и стабильными во времени.

Учитывая то, что ни у кого из испытуемых не произошло серьезных изменений в семейной ситуации, то стабильность этих изменений можно отнести либо к влиянию процесса групповой психотерапии, либо к каким-то неучтенным влияниям. Сохранность стабилизации реального и идеального образа «Я» спустя три месяца после семинара можно также объяснить вышеупомянутыми доводами.

Что касается результатов по первому октанту, то они вернулись на уровень, который был получен при замере до процесса групповой терапии.

Это можно объяснить тем, что через три месяца испытуемые вновь адаптировались к привычной жизни, в которой необходимо проявлять властно-лидерирующие тенденции.

Хотя трудно учесть все факторы, влияющие на изменение структуры образа «Я», полученные результаты позволяют говорить с большой долей вероятности о том, что все (или большинство) описанные результаты, являющиеся проявлением у испытуемых изменений в образе «Я», в преобладающем своем числе можно отнести к многообразным факторам влияния процесса групповой психотерапии.

3) Произведен сбор первичной эмпирической информации по первоначальной модели опросника «Жизненный цикл семьи». Полученные данные, конечно, имеют пока лишь сугубо социологический характер, но, в дальнейшем, будут являться важным дополнением и играть свою роль в общем массиве получаемых данных в планируемом лонгитюдном исследовании эффективности эриксоновской терапии.

Проведенное исследование позволяет нам сделать следующие выводы:

1. Процесс терапии приводит к изменениям в образе «Я», значимо отличающимся от изменений в образе «Я» у людей, не проходивших тренинга по эриксоновскому гипнозу и они устойчивы во времени.

2. Наиболее характерными и устойчивыми изменениями в образе «Я», связанными с процессом групповой терапии явились уменьшение прямолинейно-агрессивных тенденций, а также увеличение ответственно-вежливодушных и сотрудничающе-конвенциональных тенденций.

ций.

3. Тренинг не оказал кардинального влияния на параметры социального Эго участников, косвенным показателем этого являются данные анализа опроса «Жизненного цикла семьи».

РЕЛАКСАЦИОННОЕ ДВИЖЕНИЕ КАК ИНСТРУМЕНТ ПСИХОТЕРАПИИ

И.В.Курис

г. Санкт-Петербург

Современная психотерапия имеет в своем арсенале широкий диапазон методик, и технологий, позволяющих успешно решать проблемы психической целостности личности. Нет смысла вдаваться в различные интерпретации понятия психотерапии, поскольку в конечном итоге мы приходим к общепринятым: «Психотерапия – это использование психологических средств для восстановления нарушенной деятельности организма... Нарушение деятельности могут касаться как психических процессов личности, так и соматических функций» (1). Это ведет к нарушению психической целостности, которая определяется психическим здоровьем и полноценностью личности, потенциалом её общественной значимости и возможностью самореализации (2).

По мнению А.А.Александрова, общая цель психотерапии состоит в помощи пациентам изменить своё мышление и поведение таким образом, чтобы стать более счастливым и продуктивным (1). А это значит, прежде всего, помочь пациенту лучше понять свои проблемы. Наши внутренние, глубинные конфликты очень часто кроются в нас самих, неспособности понять себя, а значит и своё тело. Наш характер, поведенческие, эмоциональные реакции имеют абсолютно четкое проявление в строении и функционировании нашего тела в самых широких его проявлениях: от проблем психосоматического характера до проблемы самореализации. Чем более ограниченным и негибким репертуаром и пластическим реагированием мы обладаем, тем чаще мы оказываемся в ситуации стресса, ведущего, как правило, к состояниям, которые и принято называть психосоматическими. Из всего этого можно сделать вывод, что для сохранения психического и физического здоровья необходимо учиться способам более адекватного реагирования на окружающую среду. Один из возможных способов такого обучения - работа напрямую с телом.

Неспособность слушать и слышать своё тело часто приводит к проблемам, которые невозможно решить без активного включения телесной практики в психотерапию. Релаксационная двигательная практика – это направление в психотерапии, которое очень действительно помогает войти в диалог со своим телом, услышать его сигналы, лучше понять его (а значит и себя), достичь гармонии внутренней и с окружающим простран-

ством. Телесность в психотерапии часто ограничивают телесно ориентированной психотерапией. Здесь же речь идет о психофизической технологии, как инструменте воздействия на психо-эмоциональную сферу; как инструменте психической и физической саморегуляции, ведущей к восстановлению психосоматических нарушений; как инструменте взаимодействия с пространственными структурами и выхода в измененные состояния сознания.

Уже само название – психофизический – говорит о холистическом (целостном) подходе к здоровью человека и включает в себя интегральный опыт древних приемов и практик воздействия на тело, психику и сознание (известных как на Востоке, так и на Западе). В отличие от других практик, человек сам участвует в этой деятельности: как двигательной, так и ментальной. В основе этих технологий лежит достижение релаксации, которая, в свою очередь, является базой психофизической регуляции. Речь идет о релаксации, как функции коры больших полушарий головного мозга с одной стороны, и возможностью тренировать релаксационные возможности человека, т.е. управлять процессами возбуждения и торможения посредством двигательных и ментальных практик.

Релаксация - расслабление, раскрепощение – основа любой техники психорегуляции. Релаксация физического тела влечет за собой психическое и ментальное раскрепощение. Уже благодаря только этим факторам, мы вправе рассматривать её, как фундамент самых разнообразных оздоровительных, психотерапевтических и развивающих практик. ПФР предполагает не только расслабление или успокоение, но и возможность управлять своими состояниями независимо от внешних воздействий. Наивысший уровень релаксации – состояние аллертности – готовности к действию или покою. Поэтому особое значение приобретает обучение релаксации в статическом и динамическом направлениях.

Релаксационное движение – это раскрепощенное движение с максимальным расслаблением тех частей тела, которые не участвуют в движении и минимальным – работающих. Релаксационное движение, его позитивное воздействие на человека и окружающую среду было известно в глубокой древности практики у всех народов. Данный подход к релаксации, как

психической, так и физической, опирается на восточное мировоззрение, потому, что именно эти практики имеют изначальную направленность на достижение гармонии с самим собой и с окружающим миром, что в итоге является задачей психотерапии.

Одной из таких технологий, в которых движение тела, как способ обучения релаксации, является основой методики, является биоэнергопластика или релаксационная пластика. **Биоэнергопластика** в этом контексте, как форма психофизической регуляции – это особый вид движения, отличающийся осознанием красоты и пластичности движения тела в пространстве, направленный на психофизическую и энергетическую балансировку, и в котором удовольствие является естественным результатом. Как вид двигательной активности, она содержит в себе элементы йоги, индийского танца и спонтанное движение, которое, в конечном счете, переходит в спонтанный танец.

Психорегуляция включает 4 вида воздействия на психоэмоциональную и психофизическую сферу: активацию, гармонизацию, балансировку и стабилизацию. Её инструментами являются: ментальная практика, основанная на концентрации внимания, контроле дыхания и релаксации в статическом режиме и двигательная релаксационная практика.

Психотерапевтический эффект - достигается благодаря системности метода, позволяющего выбрать наиболее оптимальный для каждого индивида вид релаксационного движения, анатомическую и психо-энергетическую направленность, сочетание нагрузок в статическом и динамическом режимах. Именно поэтому, посредством релаксационного движения на уровне системы "тело-психика" создаются необходимые условия для расширения адаптивных возможностей человека.

Традиционно, когда речь идет о психофизической регуляции (ПФР) человека, на первое место выдвигается достижение состояния душевного покоя, баланса между "эмоцио" и "ratio", между психическим и физическим. Биоэнергопластика, как психофизическая технология включает в себя работу с системой тело-психика, (где психика представлена на уровне интеллектуального и эмоционального центров), а также выстраивание пространства посредством телесно-ментальной практики. При этом собственно психофизическая регуляция выстраивается по вертикали, что символизирует устойчивость и гармонию между инстинктивным центром (муладхара+свадхистана) и интеллектуальным (аджна+сахасраара). Регуляция психо-эмоциональной сферы выстраивается по горизонтали и во фронтальной и в сагиттальной плоскости. Фронтальная плоскость соответствует равновесию (балансу) мужской и женской энергии между правой и левой сторонами тела; сагиттальная – психоэнергетическому равновесию между эмоциональным и волевым аспектами, или как считают некоторые авторы, между прошлым и будущим. (Б.Бреннан).

Из всех методов ПФР в РД мы выделяем универсальные, которые могут использоваться любым чело-

веком и релаксационные двигательные действия, оказывающее направленное воздействие: активацию, седативный эффект (подавление), гармонизацию и стабилизацию.

Самый важный принцип ПФР заключается в определенном алгоритме работы с биоэнергетической системой и пространственными структурами: подготовка пространства → очищение каналов → распределение и гармонизация → стабилизация.

Второй принцип ПФР методом РП заключается в том, что прежде, чем что-то распределять, нужно иметь, что и чем распределять. Другими словами, если речь идет именно о релаксационном движении, необходимо активизировать нижние центры и только после этого начинать собственно практику ПФР.

Знание воздействия релаксационных упражнений на психоэмоциональную сферу позволяет рассматривать их, как инструмент психотелесной коррекции, или психотерапии, как совершенно самостоятельный вид телесной практики. При этом сюда автоматически можно включать практически любые двигательные действия, которые подчиняются принципам релаксационного целостного движения (Имеются в виду другие двигательные практики, среди которых, особое место занимает танец в разных его проявлениях, как вид арт-терапии). Эти принципы следующие:

1) соответствие вида движения определенному психоэмоциональному состоянию; энергетическому центру; стихии, графическому символу.

2) движение должно обучать тело релаксации и, в конечном счете, должно привести либо к заданному состоянию, либо к релаксации.

3) соблюдение непрерывности двигательно-ментального действия, которое рассматривается как инструмент взаимодействия с энергией. Движение нигде не должно прерываться, оно должно переливаться из одного в другое.

4) рисунок движения должен отвечать задачам психотелесной коррекции, т.е. соответствовать эмоциональному и биоэнергетическому воздействию.

Анализ основных рисунков, или универсальных графических символов, широко известных во всех мировых культурах, позволил выделить из громадного числа 6 главных, которые непосредственно связаны как с энергетическими центрами, так и с их психоэмоциональным воздействием. Так, например, один из самых "рабочих" рисунков - "круг" - символизирует красоту и силу, исходящую из чувства единения. Ощущение силы исходит также из осознания силы Солнца, силы Земли и т.д. примеров и ассоциаций можно приводить очень много. (Мэнли П. Холл, 1993). "Прямой крест" символизирует силу и защиту; "Андреевский крест" - гармонию между мужским и женским началом и защиту, исходящую из чувства гармонии. "Треугольник" – символ равновесия. Это, прежде всего, связано с психоэмоциональной сферой. Рисование этих символов в процессе выполнения даже самого простого движения оказывает соответствующий эффект. И на

человека и на окружающее пространство. **Прямая линия** символизирует наличие внутреннего стержня; выстроенность тела в пространстве, что, как правило, ведет к ощущению внутренней свободы.

При индивидуальном подборе релаксационных упражнений нужно опираться на базовые факторы, рассматриваемые как по вертикали, так и по горизонтали.

Вертикаль включает в себя: общую астрологическую характеристику индивида, соответствующую биоэнергетическую, психоэнергетическую доминанту; соответствующую стихию, предпочитаемый характер упражнений, исходя из астрологической и психоэнергетической характеристики.

Горизонталь включает в себя: возрастные особенности личности; мотивацию; уровень двигательной подготовленности; собственно подбор релаксационных упражнений и танцевальных элементов, климатические условия, лунный календарь и т.д.

В заключении можно сказать, что релаксационные двигательные практики, роль которых до конца еще не оценена, имеют большое будущее наряду с остальными методами психотерапии. Их роль в достижении и сохранении психической целостности трудно переоценить. Остается надеяться, что в недалеком будущем они станут обязательной составляющей любой психотерапевтической практики.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ СЦЕНАРИИ В АНАЛИЗЕ БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО

М.А.Лебедев

Прежде, чем начать рассмотрение невротических сценариев, хотелось бы упомянуть одно имя. Имя Альфреда Адлера, одного из ученых, стоявших у истоков психоанализа. Многие известные идеи, касающиеся теории и практики психотерапии, позволили ему создать собственную оригинальную теоретическую и практическую школы. Понятия комплекса неполноценности, компенсации, “мужского протеста” достаточно хорошо известны и используются в практике различных психологических школ и направлений.

Менее известны такие понятия, как “фиктивная цель”, “жизненный план”. Адлер, которого называли “прагматиком от психоанализа” утверждал, что “мы не способны думать, чувствовать, желать, действовать, не имея перед собой цели”. “Любое душевное движение..., может быть осмыслено и понято лишь как движение к цели” (А. Адлер, 1993).

Это одна из важнейших, ключевых позиций адлеровской индивидуальной психологии – понятие об определенной цели человека и об определенном, индивидуальном сценарии ее достижения. “Если я понял цель душевного движения или жизненного плана, то тогда я должен ожидать от всех отдельных актов, что они будут соответствовать цели и жизненному плану”. “В соответствии с этим мы формулируем утверждение, что независимо от предрасположенности, среды и событий, все психические силы целиком находятся во власти соответствующей идеи, и все акты выражения чувства, мысли, желания, действия, сновидения и психопатологические феномены пронизаны единым, жизненным планом” (А. Адлер, 1993).

Действительно, человек бы не выжил как вид, если бы мог позволить себе бессмысленные энергетические затраты. Одна из основных функций разума – способность добиваться удовлетворения потребности не методом хаотического перебора, а путем разработки оптимальной стратегии, сценария достижения цели. И здесь и сознание и бессознательное направлены, в ко-

нечном счете, на одно – на максимально эффективное соответствие окружающим условиям.

Здесь мы с полным основанием можем предположить, что, во-первых, действия человека, даже самые на первый взгляд абсурдные, имеют, как правило, в бессознательном определенную логику и последовательность, поскольку направлены на достижение цели. Логика эта бывает трудно улавливаемой, поскольку основывается часто в качестве предпосылок на инфантильных представлениях и иррациональных моделях поведения. Однако при желании и настойчивости ее можно понять.

Во-вторых, прежде чем начать действовать, человек всегда имеет некий план, программу, сценарий действия. Причем как сознательный, так и бессознательный. И здесь интересно отметить следующее. Сознательные и бессознательные цели, а так же сценарии их достижения могут, как совпадать, так и существенным образом расходиться, вплоть до взаимоисключающих.

Следует признать, что относительное совпадение сознательных планов и ожиданий и бессознательных вызывает ощущение удовлетворенности жизнью, уверенности в себе, в том, что все идет правильно, как надо. То, что буддисты называют “следовать в потоке”. Здесь проявляется настоящая потребность в творчестве, в развитии личности, возникает мотивационная основа личностного роста.

Несовпадение, разнонаправленность сознательных и бессознательных сценариев неизбежно вызовет внутреннее напряжение, чувство неуверенности, непродуктивное расходование психической энергии на попытки примирить непримиримое, найти компромисс. Здесь мы имеем внутренний конфликт и, в конечном счете, различные невротические проявления. Следовательно, можно так же утверждать, что не сам по себе некий сценарий несет невроз, а согласование между сознательным и бессознательным сценариями.

В-третьих, в случае конфликта сознательного и бес-

сознательного сценариев бессознательный всегда будет доминировать и определять поведение. Это значит, что бессознательные цели и сценарии можно наблюдать при внимательном рассмотрении той ситуации, в которой человек находится сейчас.

Проиллюстрируем сказанное примером, несколько схематизированным в целях простоты изложения.

Молодой человек с жалобами на жизненную неуспешность, тревожность, сильные трудности с общением, недоволен своим нынешним положением, но не в силах его изменить. С течением времени положение усугубляется.

В анамнезе - тревожная мать, имеющая проблемы с сепарацией, реагирующая довольно агрессивно на проявления самостоятельности, и подкрепляющая проявления беспомощности необычайно большой дозой заботы. В результате ребенок усваивает, что для достижения чего бы то ни было необходимо быть беспомощным. То, что представители когнитивной школы психотерапии и называют термином "выученная беспомощность".

Когда перед молодым человеком встает задача чего-то добиться, он реагирует единственным способом, который всегда давал эффект – а именно демонстрирует полную беспомощность. Он хочет добиться желаемого и бессознательно осуществляет ту стратегию, которая всегда приносила успех. Естественно теперь, когда мать заменили реальные требования общества, он не добивается никакого результата.

Положение его не удовлетворяет, он прикладывает большие усилий, что в соответствии с бессознательной логикой означает не проявлять активность, за которую наказывали, а демонстрировать в ожидании успеха еще большую беспомощность. Круг замкнулся. Чем более, молодой человек прикладывает усилий, тем менее результат этих усилий удовлетворяет его сознательным целям и желаниям.

Конечно, этот пример упрощен, в реальной работе приходится иметь с одновременным действием многих факторов, многих слоев. Не всегда возможно быстро и правильно понять смысл ситуации. Однако на этом примере мы можем сделать некоторые выводы.

Логичны ли, казалось бы, самодеструктивные действия этого молодого человека? Абсолютно, с точки зрения его бессознательной динамики, ведь он добивается цели тем способом, который был усвоен как наиболее эффективный. Попросите молодого человека рассказать самое раннее детское воспоминание. И вы услышите историю о том, как они с матерью шли к соседке в деревне, он два раза упал, перепачкал колени, после чего всю оставшуюся дорогу его несли на руках. Значит, что нужно сделать, чтобы мама несла на руках? Упасть.

Может ли сам молодой человек повлиять на ситуацию – вряд ли, поскольку осуществляемый сценарий не осознается – в сознании лишь представлено, что, несмотря на отчаянные усилия, ему все время как-то не везет. А раз данный сценарий не осознается, – зна-

чит, не подлежит коррекции.

В его тревожных опасениях будущего – видение себя все более и более несчастным, что фактически он и будет в дальнейшем осуществлять, не имея возможности модифицировать сценарий.

Другой пример. Девушка испытывает бессознательный страх быть брошенной, страх боли от разрыва близких отношений. В анамнезе – непрерывная цепочка из разводов родителей, переездов, интернатов и т.п. Если к ней проявляется интерес – стремиться сама прервать отношения, поскольку если отношения зайдут далеко, то они все равно обязательно разрушаться, но будет уже многое больнее. Комфортно общаться получается только с людьми, которые демонстрируют равнодушие и отсутствие к ней интереса. Но именно эти-то люди с большой вероятностью ее и бросают, поскольку и выбираются ею фактически по ключевому признаку отсутствия к ней особого интереса. Так раз за разом происходит подтверждение и усиление эмоционального комплекса брошенности. В сознании же это представлено, как постоянно неудачные отношения с молодыми людьми, которые ее все время бросают.

Есть ли логика в том, что раз за разом девушка разрушает отношения, которые хочет построить? Причем чем привлекательнее, ближе партнер, тем разрушает быстрее? Есть, если взглянуть на ситуацию с точки зрения ее личной истории. Ее бессознательный сценарий отношений подразумевает следующее. Все близкие отношения обязательно заканчиваются болезненным разрывом. Поэтому лучше отношений избегать вообще. Если не удается избегать – нужно, установить безопасную дистанцию. Если дистанция становится опасной, т.е. отношения слишком близкими, необходимо их немедленно разорвать, пока это не стало еще чрезсур болезненным. Все логично. Нормальное поведение человека, стремящегося избежать душевной боли.

Однако проблема здесь в том, что сознательный и бессознательный сценарии здесь прямо противоположны. Сознательное стремление построить близкие отношения и бессознательное – любыми силами их избежать. Соответственно побеждает бессознательный сценарий поведения, и девушка находится именно в том положении, которое на самом деле оказывается для нее наиболее приемлемо и безопасно. То есть – одна.

В обоих примерах следует обратить внимание на одну особенность – ту, что психологи и психиатры называют различными терминами, от "самодвижения психопатий" до "стереотипных паттернов реагирования". То есть на самоподтверждение, самоусиление проблем, эмоциональных комплексов со временем. Зададимся рядом вопросов. Почему человек стремиться воспроизводить одну и ту же болезненную ситуацию? С целью эмоционального владения ей, как принято в аналитической традиции? И почему психотерапевтическая проработка сходных проблем с возрастом становится все более трудна и продолжительна? Можно предположить, что часто за это ответственна приведен-

ная выше динамика. А именно - противоречие сознательного и бессознательного сценариев, заставляющее человека раз за разом двигаться по одному и тому же кругу, подтверждая один и тот же результат.

Осознание такого рода противоречий и сценариев особенно важно на начальном этапе терапии.

Во-первых, здесь достаточно эффективно срабатывает психоаналитический принцип “излечения через осознание”. Осознав логику происходящего, клиент уже просто не может вести себя по-прежнему, даже если пытается. Возникает закономерный вопрос - что теперь делать? - как осознание необходимости изменений,

необходимости выработки другого, более конструктивного способа реагирования.

Во – вторых, клиент имеет возможность сам наглядно увидеть, что такое бессознательное, как оно себя проявляет и как влияет на его жизнь.

Ну и конечно, понимание бессознательных целей, сценариев дает психотерапевту огромный массив информации относительно чувств, мыслей, желаний, запретов, защитных механизмов, действий, сновидений и психопатологических феноменов, всего того, что позволяет клиенту осуществлять его собственный, глубоко личный “жизненный план”.

ВКЛАД СТАНИСЛАВА ГРОФА В СОВРЕМЕННУЮ ТРАНСПЕРСОНАЛЬНУЮ ПСИХОЛОГИЮ И ПСИХОТЕРАПИЮ

В.В.Майков

Среди вершин современного человекознания есть очевидные, можно сказать, “восьмитысячники”. Так на жаргоне альпинистов называют вершины, которые приближаются к восьми тысячам метров или превосходят их. Одной из таких вершин является Станислав Гроф, которого, наряду с Фрейдом и Юнгом, можно назвать великим новатором и мастером современной психологии и психотерапии.

Мне посчастливилось встретиться с Грофом в 1989 году, когда он в третий раз приехал в Россию, в Москву, для проведения трехдневного семинара по холотропному дыханию и трансперсональной психологии. До этого первая заочная встреча с Грофом произошла в 1980 году, когда я познакомился с рукописью самиздатовской книги «Области человеческого бессознательного», которую затем мне было суждено издать и официально. Человек, который впоследствии стал на многие годы вплоть до своей смерти моим близким другом, Виталий Николаевич Михейкин, один из подвижников самиздата и подпольной психологии подарил мне рукопись своего перевода этой книги, после чего я, как многие, после прочтения Грофа, ходил, как ошарашенный. Мне казалось, что Гроф нашел концы многих ускользающих тайн человеческого существования и тайн космоса, связал воедино ниточки миров науки и миров экзистенциальных и таинственных.

Гроф, действительно, нашупал что-то чрезвычайно важное: каждый человек может иметь переживания необычайной интенсивности и насыщенности, каждый представляет из себя сгущение мифов, историй, преданий, он та точка алеф Борхеса, где все сходится в одном, где начало и конец всего, каждый может освободиться, и существует путь освобождения, обоснованный современными данными. Я тогда понял, что четыре перинатальные матрицы Грофа, описанные в его картографии психики, это что-то вроде стражей на пути к свободе.

Мы рождаемся, и из-за родовых мук нам сужден

человеческий удел. Те из нас, кому удастся повернуть время вспять и обрести второе рождение, которое в каком-то смысле наследует первое, развеивают чары, навеянные человеческим рождением, этой жизнью, этим воспитанием, этими травмами, освобождаются от того, что делало нас закрытыми, застывшими, обособленными от мира. Все это может рассеяться, и перед ними предстанет другой мир, знакомый по детству, по героическим историям, мир свободы, мир озарения, мир просветления, мир радости, счастья и исследования.

Гроф очаровал нас возможностью свободы и пробуждения. И мы стали изучать все, что было связано с трансперсональной психологией, одним из виднейших основателей которой являлся Гроф. Он начал свою медицинскую карьеру в 1956 году, врачом-психиатром, классическим психоаналитиком, который верил в то, что психоделические вещества, применяемые в психиатрии в контролируемых условиях, могут значительно ускорять процесс психоанализа. Однако вскоре беспрецедентное богатство и диапазон переживаний во время сессий ЛСД-психотерапии убедили его в теоретических ограничениях Фрейдовской модели психики и лежащего в ее основе механистического мировоззрения. Возникшая в результате этих исследований новая картография психики состоит из трех областей: 1) (Фрейдового) личного и биографического бессознательного; 2) трансперсонального (надличностного) бессознательного (которое включает в себя и более узкие представления Юнга об архетипичном или коллективном бессознательном); 3) перинатального (околородового) бессознательного, являющегося мостом между личным и надличностным бессознательным и наполненным символизмом и конкретными переживаниями смерти и возрождения. Эта область бессознательного несет в себе наибольшие возможности к преображению.

В своих последних работах Гроф постоянно под-

черкивает, что перинатальное не ограничено внутриутробной жизнью и процессом родов, но образует более всеохватывающую структуру психодуховой трансформации, справедливой для всех стадий развития сознания. Громадный клинический опыт самого Грофа и его учеников, а также запротоколированный опыт мировых духовных традиций, свидетельствует о том, что регрессия к перинатальному уровню зачастую является необходимым условием для доступа к трансперсональному. Гроф сам ассистировал на около четырех тысячах сеансов психodelической психотерапии и через его семинары по холотропному дыханию прошли десятки тысяч людей во всех странах мира и всех национальностей.

Сформулируем вкратце итоги исследований Грофа, изложенные в его последней книге “Психология будущего”.

Гроф экспериментально показал возможность для любого человека иметь переживания необычайной интенсивности и насыщенности, что, как правило, характерно для экстремальных ситуаций человеческой жизни, связанных с переживаниями экстаза, катастрофы, смерти, духовного преображения. Необычные состояния сознания широко практиковались во всех традиционных культурах и сопровождали любое значимое изменение в индивиде и обществе. Среди этих состояний выделяются холотропные, или целостные состояния сознания, обладающие особо мощным терапевтическим и обновляющим потенциалом (от *holos* - целый и *trepein* - двигаться к). Они определяются по отношению к обычным, или хилотропным состояниям (*hile* - земля). Европейская картезианская наука основана на опыте хилотропных состояний, возникающая новая научная парадигма основывается на опыте холотропных состояний.

Развитая Грофом расширенная картография психического вбирает в себя не только большинство картографий западной психологии, но и соответствует практически всем известным восточным и мистическим картографиям. Универсальность грофовской картографии состоит в том, что независимо от того, каким путем духовно-философского развития следует человек, ему неизбежно приходится решать одни и те же задачи с точки зрения овладения определенным уровнем энергии. В “энергетической антропологии” Грофа степень осознавания прямо связана с уровнем доступной энергии и степенью проработки блоков на пути ее освоения в качестве привычного уровня.

Данные исследования холотропных состояний сознания показывают, что эмоциональные и психосоматические заболевания, включая множество состояний, которые диагностируются сегодня, как психозы, не могут быть адекватно объяснены исходя из проблем послеродового развития, называются ли эти проблемы отклонениями в развитии либидо или искажениями в формировании объективных взаимоотношений. В соответствии с исследованиями Грофа, эти заболевания имеют многоуровневую структуру, имеющую корни,

как в перинатальной, так и в трансперсональной областях. Таким образом, психопатология наиболее полно объясняется с учетом не только биографической, но также перинатальной и трансперсональной динамики.

Принятие этих данных во внимание открывает новую и более полную картину психопатологии, а также более успешную стратегию лечения. Неосознаваемые переживания, связанные с рождением, образуют матрицы сложных эмоций и телесных ощущений, которые образуют потенциальный источник для различных форм психопатологии. Чтобы не остаться вечным просителем у врат града сознания, необходимо сделать усилие для того, чтобы вспомнить себя. По сути дела вся стратегия вхождения в мир Грофа основана на сверхусилии, особого рода вспоминании о том, что с нами было и понимании того, кто мы есть сейчас.

Холотропная стратегия в психотерапии основывается на данных изучения необычных состояний сознания и представляет собой важную альтернативу психотерапевтическим методам различных школ глубинной психологии, которые подчеркивают вербальную коммуникацию между терапевтом и клиентом и эмпирической психотерапией, проводимой в обычных состояниях сознания. Главная цель холотропной терапии состоит в том, чтобы активировать бессознательное, освободить энергию, содержащуюся в эмоциональных и психосоматических симптомах и трансформировать эти симптомы в поток переживания. Роль терапевта, или фасilitатора, в холотропной терапии состоит в том, чтобы поддерживать процесс переживания с полной верой в него и без попыток управлять им, или изменять его.

Множество состояний, диагностируемых сегодня как психозы и лечимых медикаментозными средствами, являются в действительности кризисами духовного роста и психодуховой трансформации. Если правильно понять их смысл и поддерживать его раскрытие, то они могут развиваться в процесс эмоционального и психосоматического исцеления, личностного роста и развития.

По Грофу, травма рождения, смерть и рождение, мистерия смерти, являются прототипом (или фундаментальной психологической структурой), которая активируется всякий раз, когда мы сталкиваемся с ситуацией угрозы жизни или проходим любые другие экстремальные переживания. Эта структура активируется в нас каждый раз, когда мы делаем некое сверхусилие к тому, что называют ростом, индивидуацией, раскрытием, творчеством. Пройдя через перинатальный опыт, мы подключаемся к гигантским полям переживаний, которые не случались с нами конкретно, как с отдельными существами, но происходили с нами, как с принадлежащими к роду Человек, роду Живых, к роду существ, населяющих эту планету, в которых в свернутом виде содержится вся история живого и неживого.

Понимание природы реальности, вытекающее из изучения холотропных состояний находится в резком конфликте с воззрениями материалистической науки.

Грофовская реальность есть “Космическая Игра” Абсолютного сознания, подобного абсолютному принципу великих мистических традиций мира.

Выживание человечества и решение им глобальных проблем в значительной степени связано с его освоением опыта холотропных состояний

Основанная на богатейшем клиническом опыте (столь масштабном, что по мнению критиков, трудно предположить, что кто-то еще может иметь сравнимый опыт, для адекватного критического сопоставления) Грофовская картография сформулировала правила входления в холотропный мир, и условия переживания чего-то, что адекватно моменту рождения, в смысле наполненности энергией, символикой и богатству возможностей переживания. Условия интенсивности подключения к виртуальному сверхполю человеческого знания. По Грофу, наша психика устроена так, что, входя в разные состояния, которые являются своего рода стоянками, устойчивыми местами в топологии развивающегося сознания, мы можем передвигаться в них без усилий и комфортно. Каждое такое состояние связано с раскрывающимися в нем виденьем и знанием.

Находящийся за пределами слов и мышления холотропный мир для нас в каком-то смысле нем, бессловесен, синкетичен. Стратегия входления в этот мир - воздержание от злоупотребления верbalного языка. Стремление к целостности, к счастью присуще каждому из нас. При энергизации нашей психики, когда взбадриваются наши латентные состояния, происходит автоматическое восстановление целостной коммуникативной ткани нашего сознания, как сознания Божественного. Парадоксально, но для того, чтобы быть более целостным, свободным и счастливым требуется меньше напряжений, это состояние более естественно для каждого человека, и оно не требует для своего продолжения тех сил, того напряжения, которые требуются для поддержания нашего обычного существования.

Величайшая ирония, величайший парадокс человеческой природы заключается в том, что для того чтобы быть несчастным, замкнутым, нецелостным нам приходится постоянно затрачивать гигантские неосознаваемые усилия. По сути дела эти усилия и составляют жизнь и организацию того, что является человеческим бессознательным. Как только мы перестаем подпитывать свои травмы, настаивать на перцептивных структурах нашего опыта, мы восстанавливаем целостную коммуникативную ткань сознания и, одновременно, начинаем жить более расслабленно, спокойно и свободно.

Учась у Грофа на протяжение трех лет с 1990 по 1993 г.г. и издав на русском языке его основные книги, сегодня я вижу в нем не только выдающегося клинициста, исследователя и психолога-классика, но и сталкера – человека, который открывает и прокладывает новые тропы мира будущего. Но Гроф – это не только сталкер, он еще и гид, штурман, навигатор, то есть тот, который может вести других. И это еще одно измерение, составляющее его талант. И, наконец, он – визионер, человек, который видит намного дальше других, и лишь часть его виденья, его понимания откладывается в его книгах, как некоторый осадок, как результат его взаимодействия с людьми, в его статьях, его беседах, его новых семинарах, в его новых творениях. Одновременно с “Психологией будущего” выходит первая книга фантастики Грофа “Зов ягуара”, где он сопровождает нас в головокружительных путешествиях по виртуальной реальности и древним мирам.

В своих полувековых исследованиях “внутренних пространств” Гроф ясно показал, что мы многое больше, чем наша объективная биография, мы сокровенно связаны с миром и космосом, наши возможности к совершенствованию колоссальны и помогут нам справиться с мировыми проблемами, если мы будем опираться на них.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ, СОЧЕТАЮЩИМСЯ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Ю.Л.Покровский, Ю.У.Арапиев

г. Москва

Действие алкогольной интоксикации на функцию внутренних органов выражается тяжестью поражения их в зависимости от стадии алкоголизма. Однако быстрота развития этих поражений ускоряется при уже имеющихся соматических заболеваниях, в частности, сахарного диабета, которые, в свою очередь, утяжеляются по протеканию алкоголизации.

Как показывают исследования алкоголь резко усиливает неблагоприятное влияние дефицита инсулина на все виды обмена и резко ухудшает функцию именно тех органов и систем, которые, прежде всего, страдают при сахарном диабете. Поэтому хронические дист-

рофические процессы с трагическим финалом у больных сахарным диабетом также развиваются быстрее, так как действие алкоголя лишь усугубляет те изменения, которые уже имеют место у больных вследствие нарушенного метаболизма и сосудистых поражений. Такой порочный круг взаимного усиления двух вредностей приводит к тяжелому, подчас катастрофическому течению этих заболеваний (гипогликемические и кетоацидотические комы, ретинопатия, нефропатия, артропатия, энцефалопатия и др.). Это требует активного выявления, проведения профилактических мероприятий, лечения и реабилитации среди больных алко-

голизмом, сочетающимся с сахарным диабетом.

С целью выработки оптимальной системы психотерапевтического воздействия с учетом фазности и этапности развития хронического алкоголизма, сочетающегося с сахарным диабетом нами было изучено 110 больных мужского пола, страдающих хроническим алкоголизмом (1-я и 2-я стадии) и сахарным диабетом (1-го и 2-го типа) в возрасте от 21 до 60 лет. Из них 74 на базе 1-го и 2-го эндокринологических отделений ЦКБ МПС, а остальные 36 - на базе КДЦ ГКБ № 15 г. Москвы.

Исходя из клинических проявлений алкоголизма и протекания сахарного диабета, а также характерологических особенностей больных, был разработан метод комплексной психотерапии, включавший в себя три этапа. Первый и второй этапы проводились в эндокринологическом стационаре, третий этап - амбулаторно, после выписки больных из отделения. В условиях эндокринологического стационара психотерапевтическое воздействие осуществлялось на фоне общих оздоровительных и лечебных мероприятий.

Особенность психотерапевтического воздействия определялась сочетанием психотерапевтических методов, несущих в себе как эмоционально-стрессовый, так и когнитивный лечебный радикал: рациональная психотерапия, краткосрочное континуальное воздействие "Импакт", дыхательная методика саморегуляции Вилунаса Ю.Г., отдельные техники нейролингвистического программирования (НЛП) и др.

Данные методы, дополняя друг друга, образовывали звенья единого психотерапевтического комплекса, направленного на психокоррекционную и терапевтическую работу с алкоголиками в среде соматических больных, а также на профилактику алкоголизма и его последствий при сочетании с сахарным диабетом. Способ проведения психотерапии носил групповой и индивидуальный характер.

Для оценки личностных особенностей больных алкоголизмом, разделения их на группы и для объективизации результатов лечения мы пользовались клинико-описательным методом, также применялись психологические методики: MMPI на 377 вопросов (адаптированная Ф.Б.Березиным и М.П.Мирошниковым); "шкала самооценки тревоги" и "шкала самооценки депрессии" Цунга (Zung W.W.K.); "шкала самооценки" (Ч.Д.Спилбергера, адаптированная Ю.Л.Ханиным), а также лабораторные исследования (индекс гликозилированного гемоглобина, гликемический профиль). Такое обследование (психологическое и биохимическое) проводилось по окончании лечебного этапа, а также через 12 и 18 месяцев от начала лечения.

В результате исследования, на основании данных клинического и клинико-психологического обследования, нами были выделены 3 группы больных, которые характеризовались следующими особенностями.

Первая группа (астено-субдепрессивная).

Эта группа пациентов выделялась соответствующей клиникой: больные испытывали затруднения в межлич-

ностных контактах, были малокомформны, быстро исчезали, их активность была плохо организованна, внутренне напряжены, несколько аутичны. Подобные больные отличались от обычных алкоголиков выраженной тревожностью и потребностью в помощи.

У них обнаруживалось: а) повышение профиля MMPI на шкалах психотического регистра "напряженности", "психопатии", "фиксации тревоги", "аутализации" (F, 4, 7, 8) и невротической триады (1,2,3); б) средние значения по шкалам "тревоги" (45 ± 2 баллов) и "депрессии" Цунга (60 ± 3 баллов).

Отсюда, помимо общего психотерапевтического подхода, наиболее эффективным для данной группы больных в психотерапевтической тактике предполагалось определенное воздействие рациональной психотерапией в директивно-эмпатическом стиле с объяснением и разъяснением сущности их заболеваний, причин и возможных психосоматических связей, которые часто игнорировались больными. Это помогало достигать ясность в понимании пациентом внутренней картины болезни, что значительно снижало тревогу и облегчало ему возможность самому контролировать недуг. Для коррекции поведения и соматического состояния использовалась групповая психотерапия с элементами саморегуляции и психо-суггестии.

Вторая группа (тревожно-депрессивная).

Характеризовалась: пессимизмом, замкнутостью, молчаливостью, застенчивостью и чрезмерной серьезностью. Они могли выглядеть, как ушедшие в себя и избегающие контактов. Однако, в действительности, эти люди характеризовались постоянной потребностью в глубоких и прочных контактах с окружающими (симбиотическая тенденция). Для них были характерны реакции, сопровождавшиеся чувством вины, гневом, направленным на себя, аутоаггрессией (интрапунитивные реакции).

У пациентов, входивших в эту группу, отмечались: а) высокие показатели по шкалам MMPI "депрессии" и "тревоги" (2, 10); б) высокие показатели по шкалам "тревоги" (63 ± 5 балл) и "депрессии" Цунга (64 ± 4 баллов).

В этом случае, психотерапевтическая тактика в отношении этих больных строится на основе поведенческой психотерапии в эмпатически-партнерском стиле с последующим присоединением рациональной психотерапии с убеждением в наличии у них "ресурсных состояний" и коррекцией эмоционального компонента, который ранее приводил к срывам ремиссии. Это, в сочетании с косвенной психосуггестией и методиками саморегуляции, способствовало модификации личностных установок больного и смещение их в сторону здорового образа. Ввиду стремления этих больных устанавливать длительные значимые отношения с окружающими (зависимая тенденция), психотерапия в отношении этих пациентов была краткосрочной.

Третья группа (истеро-ипохондрическая)

В особенностях клиники этих больных выделялось: стремление выглядеть в благоприятном свете; озабо-

ченность своим социальным статусом; склонность отрицать какие-либо затруднения в межличностных отношениях или в контроле собственного поведения; стремление к соблюдению принятых норм и воздержанию от критики окружающих в той мере, в какой поведение окружающих укладывается в рамки принятых норм; в связи с тенденцией отрицать информацию, свидетельствующую о конфликтах и затруднениях, эти пациенты могли не иметь адекватного представления о том, как их воспринимали окружающие; нередко у этих больных можно было наблюдать сочетание беспокойства с неуверенностью.

Больные объединялись по: а) высоким показателям на шкалах MMPI “лжи”, “коррекции”, “ипохондрии”, “истерии” (L, K, 1, 3) и низким на шкалах “напряженности” и “активности” (F, 9); б) средними показателями шкал “тревоги” (39 ± 5 баллов) и “депрессии” Цунга (45 ± 4 баллов).

К подобным больным, после создания эмпатических связей, предполагалось применять вначале жест-

кие суггестивные психотерапевтические техники с последующим присоединением методик саморегуляции и рациональной психотерапии в императивно-эмпатическом стиле с переориентацией для достижения стабильных перемен в установках больного и его отношения к болезни, во время групповых занятий.

Таким образом, психотерапия больных хроническим алкоголизмом, сочетающимся с сахарным диабетом, помимо общих психотерапевтических воздействий требует дифференцированного подхода к исследуемой группе пациентов, исходя из клинических и психологических особенностей.

В тоже время следует иметь в виду, что продолжающееся снижение реактивности организма, при сочетании алкоголизма и диабета, имеет следствием атипичность и затруднения в диагностике этих заболеваний. Все эти особенности приводят к необходимости постоянного тесного контакта наркологов и интернистов в лечении больных хроническим алкоголизмом на всех этапах заболевания.

ТУБЕРКУЛЕЗ, ЛИЧНОСТЬ, ПСИХОТЕРАПИЯ

Е.А. Поклитар

Украина

Эта небольшая работа является обобщением материала свыше 30-ти исследований по изучению психологии больных туберкулезом и фтизиопсихотерапии, выполненных одесскими специалистами в период с 1976 года.

Эпиграфом к сообщению, возможно поставить высказывание предтечи современной фтизиопульмонологии Рене Лаенека:

“Почти все лица, ставшие на моих глазах туберкулезными больными, как бы они ни были предрасположены к этой болезни, имели равным образом причину своего недуга в глубоких и длительных горестях”.

В содержании этой цитаты содержатся два суждения: первое – о роли психогенеза в возникновении туберкулеза и второе – о существовании изначальной предрасположенности к нему.

Первое суждение Лаенека нашло подтверждение, в частности, и в результатах наблюдений, выполненных в противотуберкулезных учреждениях одесской области.

Наши данные свидетельствуют о присутствии в анамнезе 59,4% больных с впервые в жизни установленным диагнозом легочного туберкулеза острого стресса или стрессовых ситуаций, испытанных ими в течение последних 6-ти месяцев до выявления болезни, а также о наличии у 85,6% из них общено невротических проявлений.

Подобная клиническая картина наблюдается и у больных с неблагоприятным течением специфического процесса – острый стресс или стрессовое состояние в 60,8% и проявления невроза в 94,1% случаев.

Эти данные коррелируют с показателями психологического исследования с помощью теста Люшера, позволившего установить более высокие уровни признаков психоэмоционального дискомфорта больных.

В середине 70-х годов XX века на основании рекомендаций украинских специалистов в Одесском областном тубдиспансере была сконструирована рациональная система психогигиенической и психотерапевтической помощи туберкулезным больным.

В качестве алгоритмов управления системы предлагался набор психотерапевтических методик, апробированных в базовом по психотерапии санатории “Берминводы” (Харьковская область).

Выполненная нами работа нашла поддержку одного из основоположников советской психотерапии профессора И.З. Вельтовского.

“Я приветствую, - писал нам в ноябре 1976 года Илья Захарович, - развитие дела психотерапии во фтизиатрии и даже шире – в пульмонологии. Я писал директору Центрального института туберкулеза в Москве профессору А.Г.Хоменко и послал ему Ваше письмо. Помогите Вам отрывок из его ответа, относящийся к делу. На это письмо я ответил профессору А.Г.Хоменко еще рядом предложений. Но его компетенция Всесоюзная, и никто не мешает нам развернуть инициативу по Украине”.

В середине 80-х годов XX века, в период Всеобщей диспансеризации населения, в связи с внедрением практики динамического наблюдения за лицами, отягощенными факторами риска заболевания туберкулезом (к числу которых относятся заболевания и состояния,

обусловленные психоэмоциональными перегрузками), система фтизиопсихотерапии подверглась усовершенствованию благодаря включению в нее модифицированного психогигиенического варианта терапии творческим самовыражением М.Е.Бурно.

Касаясь вопроса перевода в практическое русло наших разработок, следует признать, что несмотря на экспериментально подтвержденную их эффективность, они не нашли пока достойного места в комплексе патогенетического лечения больных. К сожалению, оправдывается опасение русского клинициста Вячеслава Авксентьевича Манассеина, выраженное им после открытия Коха: “Нужно ли говорить, что при всей поразительности и важности результатов Коха, они никоим образом не опровергают важности давно установленных общих гигиенических и патологических влияний, содействующих развитию чахотки. Делаем эту оговорку из опасения, что иные слишком увлекающиеся поклонники коховского открытия отведут обезвреживанию микробы слишком уж преобладающее значение”.

Разрешите представить некоторые результаты патогенетической фтизиопсихотерапии, направленной на устранение сопутствующих туберкулезу общепневротических проявлений.

Во всех случаях использования психотерапии мы неизменно наблюдали ожидаемый клинический эффект. Вместе с тем, как правило, использовали для верификации эффективности лечения ряд психологических тестов.

Показатели теста САН, зарегистрированные в процессе комплексной психотерапии группы больных деструктивным туберкулезом легких. Суммарный показатель теста с 4,2 баллов повысился до 6,2 (на 68,3%).

Весьма показательны и данные теста Люшера – у больных уровень тревожности с 5,1 снизился до 3,2 (на 37,9), уровень возбудимости – на 46,5%, а уровень активности повысился на 27,4%.

Одно из наших наблюдений (О.Н.Нерсесян, В.В.Филюк, Е.А.Поклитар, 1996 г.) дает основание считать, что психотерапия способна играть существенную роль также в качестве лечебного метода конкретно против-

туберкулезной направленности. Этот вывод сделан на основании результатов лечения 16-ти больных туберкулезом легких, не подвергавшихся специальному лечению из-за выраженной непереносимости химиопрепаратов или наличия противопоказаний к их применению.

Касательно второго суждения Рене Лаенека относительно наличия изначальной предрасположенности к туберкулезу, позволим сегодня впервые официально высказать выверенное достаточно презентативными клиническими и психологическими обследованиями убеждение в целесообразности реанимации концепции об особом “характере фтизика”, как эндогенном факторе повышенного риска заболевания туберкулезом, обоснованной впервые еще в 1689 году Мортоном, а в последующем Мунро, Летле, Гротяном, Ганге, Симпсоном и др., в том числе одесскими врачами – фтизиатром Д.Л.Меерсоном и психиатром Л.И.Айхенвальдом.

На основании наших данных туберкулезом заболевают преимущественно лица дефензивной (пассивно-оборонительной) структуры личности – люди слабовольные, нерешительные, непрактичные, душевно и физически инертные, застенчивые, конфузливые, неуверенные в себе, незащищенно-робкие, склонные к сомнениям, самообвинению, переживанию своей вины перед близкими.

Поэтому, очевидно, наиболее валидным психотерапевтическим методом в клинике туберкулеза следует признать метод “Терапия творческим самовыражением”, подробно описанный в работах М.Е.Бурно и его последователей.

В заключение позволим себе повторить мысль, высказанную более полувека назад Ф.Г.Яновским, ученым, имя которого носит Головной Украинский республиканский институт фтизиатрии и пульмонологии.

“В области туберкулеза, - писал Феофил Гаврилович, - идет теперь бурная работа по изучению всех сторон его. Только одна остается как бы в стороне от разработки. Это изучение психики туберкулезного. А между тем именно при этой болезни она оказывает такое могучее влияние на соматические стороны заболевания”.

ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ ПСИХОТЕРАПИИ И ПУТИ ЕЕ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ

И.С.Павлов

г. Москва

Все существующее время от времени по каким-то параметрам отклоняется от нормы, выходит в той или иной мере и степени из строя и поэтому все имеет службу помощи. Такое сложное явление как целостная природа человека и ее интегрирующая функция — личность имеют психотерапию. Элементы психотерапии, ее интуитивные формы возникли вместе с появлением человека и носили форму “жизненной” помощи на уровне интуитивного понимания сущности человека, его жизни в тех условиях (советы, народная мудрость,

магическое мышление, ритуальное устраниние расстройств, внушение, косвенное, чрезпредметное внушение и т. д.). Ведь у человека всегда было желание помочь другому, облегчить его страдания тем или иным способом вне ситуации соперничества, а душевную боль смягчить свойствами и состояниями своей души (сочувствие, сострадание, отвлечение, успокоение, утешение, воодушевление и т. д.). Интуитивно развивалась характерология, стимулируя развитие языка и речи.

Люди, чувствуя не психогенную, не корrigирующую

щую природу некоторых расстройств, обособляли, выделяли их в особую категорию явлений, что способствовало развитию психиатрии, в то время как психотерапия оставалась на уровне взаимопомощи и, особенно, у людей наиболее способных к этому (колдуны, целители, жрецы и т. д.).

Научная эра психотерапии началась во второй половине девятнадцатого столетия. Месмер, хотя и заблуждался относительно флюида, но дал факты использования внушения в процессе лечения, а английский хирург Брэд дал концепцию о гипнозе и ввел понятие “гипноз”.

В конце девятнадцатого века возникла экспериментальная психология (В.Бунт). До ее возникновения, да и в настоящее время люди усваивают особенности психики человека из реальной жизни своего окружения, а в еще большей мере из художественной литературы, что и рекомендовал делать наш отечественный психолог К.К.Платонов, а не по учебникам психологии, в которых в основном можно усвоить особенности психических процессов.

Развитие гипноза (Брэд, Льбо, Шарко, Бернгейм, Крафт-Эбинг, Форель, А.А.Токарский, В.М.Бехтерев и др.) стимулировало развитие рациональной психотерапии (Дюбуа), как ответ на игнорирование разума в психотерапевтическом процессе. Процесс гипнотерапии, феномен постгипнотического внушения стимулировали развитие психоанализа (З.Фрейд). В ответ на “переоценку” либидо классическим психоанализом А.Адлер ввел понятие “комплекса неполноценности”, а К.Юнг понятие “архетипов”.

Психоанализ на почве американской культуры претерпел трансформацию в сторону акцентирования культуральных и межличностных особенностей человека (Э.Фромм, К.Хорни и др.). В противовес психоанализу появилось гуманистическое направление в психотерапии, отражая соответствующие стороны природы человека. На базе учения И.П.Павлова об условных рефлексах появились многочисленные направления поведенческой психотерапии (И.Ф.Случевский, А.А.Фрикен; Н.В.Канторович; Г.Олиорт; А.Бандура; Б.Скиннер и др.).

Ряд сторонников психоанализа развили в последствии другие направления в психотерапии: гештальтерапия (Ф.Перлз); трансактный анализ (Э.Берн); психодинамика (Р.Ассоджиоли).

Важно посмотреть, что мы имеем сейчас на фоне бурного развития психотерапии. В настоящее время существует множество методик, техник, направлений, школ психотерапии, которых в данный момент от 400 до 700 (В.В.Макаров и др.). При этом они разнообразны, не редко конкурируют, противоречат друг другу и не редко представляют несовместимые между собой подходы.

Наличие такой ситуации не должно обескураживать, если понимать, что психотерапия это не просто набор школ, направлений, методик, техник. Объектом и фундаментом психотерапии как дисциплины является лич-

ность, природа человека. Именно понимание сложности и многогранности предмета, объекта психотерапии, то есть личности, дает подход к пониманию к этому множеству школ, направлений, методик и техник. Нужно учитывать, что до сих пор нет общепринятых определений личности, взгляда на природу и сущность человека, которые охватили бы всю совокупность свойств человека, его глубину и многообразие, удовлетворили бы психотерапевтов во всех случаях практической работы, высвечивали бы мишени психотерапевтического воздействия, показали бы ширину и глубину расстройств функционирования личности на социально-психологическом уровне и органном физиолого-биохимическом реагировании и показали бы возможные предположительные особенности психотравмы и характер реагирования как в рамках нормы, так и патологии.

Положение дел в психотерапии характеризуется многообразием ситуаций, неповторимостью личного развития каждого человека, и в то же время типизацией личностей на определенном уровне, совпадение этих многообразий, их частота повторений высвечивает те или иные грани многообразия жизнедеятельности человека, его реагирования. Все это содействовало и будет содействовать формированию многочисленных подходов к личности человека путем решения его проблем, как в “нормальном”, так и в “патологическом” состояниях.

Человек с его проблемами, потребностями, требованием развития, самоутверждения, с его необходимостью чувствовать свою значимость, смысл своей жизни, свое величие, с желанием получать и продуцировать чувственные впечатления, с его потребностью развивать, индуцировать и реализовать свой потенциал, удовлетворять свою жажду познания является центром развития цивилизации. Важно уточнить, что не человек изучает ядерную физику, астрономию, социологию, а он решает свои проблемы в области познания природы для использования в своих целях, для решения своих задач. Познавая что-то, он избавляется от неопределенности, неясности, расширяет степень своей свободы, приспосабливает видимый, а теперь и невидимый мир в своих целях и при этом сам развивается, усовершенствуется, усложняется. Не познанные, не ясные, скрытые явления и закономерности природы всегда несут определенную опасность, которую он не может предвидеть или не знает. В то же время конечного состояния, конечной цели нет, есть только развитие человека в частности и цивилизации в целом. Так что все науки служат человеку, его самоутверждению и развитию. В настоящее время можно констатировать тот факт, что относительно не много тратится материальных средств и усилий общества на изучение самого человека по сравнению с затратами и усилиями, направленными на освоение природы окружающего мира в целом. Все науки, изучающие самого человека, изучают отдельные стороны сущности человека. Так, например, философия изучает абстрактную, обобщенную

сущность человека саму по себе, физиология и биохимия — физиологическую и биохимическую сущность его жизни, лингвистика — языковую, юриспруденция — правовую сторону жизни человека, психология — психические процессы, социология — общественные закономерности в жизни людей. Вследствие такого положения дел в Москве в конце девяностых годов состоялся симпозиум “Проблемы человека”, на котором констатировалась тревога ученых, что человек в его изучении разъединен. Даже психиатрия изучает и занимается преимущественно выраженными расстройствами психики человека, которые резко дезадаптируют его жизнь.

На этом фоне только психотерапия изучает и имеет дело с единым неделимым человеком, его сущностью в единстве всех его многообразий. В кабинете психотерапевта человек един и неделим, он представлен во всех его множественных связях и состояниях, интегрированных в единое целое, в его сущность. Так подспудно исторически сложилось, что с единым, цельным человеком в такой степени выраженности имеет дело только психотерапевт, хотя идеальным было бы, чтобы врачи других специальностей также учитывали личность человека, ее реакцию на расстройства и на лечебные мероприятия.

Психотерапия не междисциплинарная профессия, ее объектом изучения и терапии является человек в его единстве, целостности, многообразии проявления его природы, человек в своей сущности на данном отрезке времени. Психотерапия, как и другие научные дисциплины, заимствует знания о человеке из других дисциплин, обогащая их сведениями об отдельных сторонах и явлениях жизни человека, но не более.

В подтверждении этого важно констатировать тот факт, что в сфере психотерапии и пограничной психиатрии, где психотерапевтический подход доминирует, больше всего разработано и предложено концепций и теорий личности.

Школы, направления в психотерапии развивались путем разработки какого-то факта, явления в психотерапевтическом процессе, абсолютизируя его, развивая, придавая доминирующее значение в жизни человека (либидо, комплекс неполноценности, архетип, условные рефлексы, рациональное, когнитивные процессы, гештальт, трансакции и т. д.). Еще раз хочется констатировать тот факт, что ни одна из школ, ни одно из направлений в психотерапии не могут вобрать в себя всю сущность человека, учесть полностью его сложную природу.

Сейчас психотерапия подразделяется на модальности, а психотерапевты работают в определенных модальностях. Эти модальности верны и отражают реальность каких-то факторов, действующих в личности с учетом внутриличностной динамики, просто они ограничены рамками восприятия личности данной концепцией, только под углом ее зрения.

Клинический подход строится на целостном восприятии человека, и он формировался столетиями в

процессе изучения человека, сущности расстройств, нарушений функций организма, в том числе и в сфере психики человека. В процессе изучения расстройств, их анализа, взаимосвязи между этими расстройствами, проникновение в глубину сущности связей между ними породило нозологию. Все это составляет клинический подход, и он углубляется и расширяется за счет многих новых способов, методов исследования, ассимилируя их для единой цели — более полного и более углубленного изучения природы человека и сущности болезней, расстройств и на их основе более успешное лечение этих расстройств и болезней. Сущности клинического метода, как целостного восприятия сложного объекта (человека) не придавалось большого значения в академической науке как методу. Сейчас вопросы и методы целостного восприятия сложных объектов стали актуальными в научной методологии в связи с появлением компьютерных технологий, и на их основе восприятия сложных объектов, явлений, общей оценкой ситуации. Важно отметить, что еще в одной сфере деятельности с самого начала былложен принцип целостного восприятия человека — это искусство и художественная литература. Отмечено, что искусство еще теснее, чем наука связано с процессами непосредственного восприятия. В общем плане, в познании окружающей действительности и самого себя человеком наука и искусство дополняют и обогащают друг друга. Не даром Р.Л.Грэгори считал восприятие прототипом мышления, а науку — “своего рода опосредованным восприятием”.

Мы признаем важность развития и изучения отдельных факторов, сторон и механизма человеческой сущности и их роли в жизни человека и на их базе развития отдельных модальностей (школ, направлений), но на основании анализа целесообразности и максимальной адекватности психотерапевтического воздействия с учетом сущности человека, его расстройств все же видим дальнейшее развитие учения о человеке, психотерапии на основе возврата от модальностей к реальному человеку, целостному его восприятию. Будущее за реальным человеком, за целостным его восприятием, а не за модальностью, ограничивающей психотерапевта ее концепцией видения человека, только ее концепциями психотерапевтического процесса. Только клинический метод может обеспечить это, ведь все модальности вышли из клинического метода, развивая какие-то его моменты до отдельных направлений и, по нашему мнению, в будущем (в близком или далеком) произойдет возврат снова к целостности, к целостному восприятию нашего объекта изучения и воздействия человека. Слова В.В.Макарова о том, что клиническая психотерапия является нашим национальным достоянием, хочется расширить тем, что не только нашим.

Все годы существования кафедры психотерапии разрабатывалась и развивалась именно клиническая психотерапия. В частности, автором разрабатывалась технология лечебного процесса тех или иных расстройств, зависимостей. В психотерапии важны путь, конкретное содержание психотерапевтической работы

по превращению больного в здорового, или при хронической форме заболевания — в относительно здорового. Надо констатировать тот факт, что психотерапия развивалась и развивается сейчас путем поиска наиболее эффективных модальностей, происходит спор между ними за первенство, важность, эффективность. Сто процентной методики, модальности не было, нет и не будет. Природа человека себя умно защитила и стопроцентная методика означала бы его порабощение, что невозможно, и этому есть даже исторические примеры. Поэтому важно на данном этапе развития психотерапии (когда она идет путем разработок новых методик, техник, направлений) переключить внимание, как в теоретическом, так и в практическом аспектах на “технологию” психотерапевтического процесса и этапы “превращения” больного в здорового или достижение стойкой компенсации.

На спор о том, чем является психотерапия — наукой или искусством, можно смело ответить, что в степени мастерства ее проведения — это искусство, а в “технологии” превращения больного в здорового, закономерности этого превращения — это наука, имеющая не только теоретический, но и прикладной характер.

Каждый психотерапевт индивидуален, неповторим и для себя и для больного, является “своей особенностью”. Но психотерапевт, чтобы иметь право использовать свою индивидуальность, свое творческое начало, должен владеть представлениями об общих закономерностях, этапах тактики превращения больного в здорового, знать механизмы психотерапевтического воздействия основных методик.

Психотерапевтические разработки, подход автора предполагают не синтез, интеграцию различных методов психотерапии с целью более полного, тотального воздействия на пациента, а опираются на закономерности процесса превращения больного в здорового, технологию этого процесса, его конкретное содержание с учетом природы человека, расстройств, саногенеза.

Психотерапия, отвечая на запросы нашего времени, развивается вширь, начала входить в культурный аспект нашего общества (В.В.Макаров). Всему этому способствует Общероссийская профессиональная лига, проводя обучающие декадники по всей стране, приближая программы обучения к психотерапевтам всех регионов, она благоприятствует интеграции нашей психотерапии с Европейской, внося в ее развитие наши достижения.

Сформулированная на кафедре психотерапии ЦИУВ (РМАПО) эмоционально-стрессовая психотерапия сперва получила развитие в клинике алкоголизма (В.Е.Рожнов, М.Е.Бурно, И.С.Павлов), а затем и в других сферах клинической деятельности (Д.В.Панков, В.П.Колосов, М.М.Пакитин, А.С.Слуцкий, Б.Е.Егоров, Ю.Л.Покровский, Ю.В.Мельников, Ю.В.Колбасин и др.).

Эмоционально-стрессовая психотерапия поставила вопрос о механизмах психотерапевтического воздействия, оттеняя важность эмоционального, значимого для личности больного характера. На кафедре идет ее дальнейшая разработка, вскрытие других ее аспектов в психотерапевтических механизмах воздействия.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ, ПОНЯТИЙ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ¹

док. психол. наук, кмн, проф. М.Решетников

Эмиль Крепелин ровно 100 лет тому назад² отмечал, что “психиатру часто то в шутку, то всерьез делается упрек, что он всех людей считает душевнобольными”. И далее автор пишет: “Везде, где мы пытаемся провести границу между душевным здоровьем и болезнью, мы наталкиваемся на промежуточную область, в которой совершенно незаметно происходит переход от нормы к выраженным душевным расстройствам”³. При этом Крепелин особо подчеркивает, что те или иные формы таких отклонений (в зависимости от обстоятельств их проявления) могут оцениваться с различных точек зрения, что делает проблематичным однозначность суждений о том, где кончается норма, а

где начинается патология. Более того: многообразие одновременно присутствующих у одной и той же личности здоровых проявлений и различных отклонений — делает этот вопрос практически неразрешимым.

Фактически, и об этом также пишет Крепелин, однозначное толкование проблемы психопатологии предполагается только в одном случае: когда человек попадает в руки психиатра и при столкновении с законом...

В последующем именно эти идеи и проблемы явились основой появления пограничной психиатрии. Но была ли разрешена проблема?

Можем ли мы сейчас, в начале XXI века, сказать, что здесь что-то существенно изменилось за прошедш-

1 Доклад на конференции “Актуальные проблемы клинической психологи и психотерапии в условиях современной культуры” – Институт Бехтерева, 28.02.2001.

2 4 ноября 1900 года Э. Крепелин Е. Kraepelin завершил предисловие к своему “Введению в психиатрическую клинику”, 3-е издание которого в 1923 году под редакцией П.Ганнушкина вышло на русском языке.

3 Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику, -М.: МЗО, 1923. с. 210.

шие сто лет?.. У меня нет категоричного ответа на этот вопрос.

Для наших дальнейших рассуждений будет целесообразно напомнить, что именно Крепелин ввел понятие “симптомокомплексов” и придал им некую иерархичность, одновременно считая, что тип (или “уровень патологичности”) симптомокомплекса определяется степенью разрушения или сохранности психических функций. Это также существенно, так как Крепелин (по сути) проводит параллель между “типов” и “уровнем патологичности”. Я думаю, большинство легко улавливает различие между этими двумя терминами, но вряд ли большинство специалистов с той же легкостью согласится с допускаемым в этой фразе тезисом, что психические заболевания отличаются не этиологически или патогенетически и даже нозологически, а лишь “по уровню патологичности”.

Эта проблема занимает значительное место в работах и другого классика - Карла Ясперса, в 1913 году представившего диссертационное исследование под ныне хорошо известным названием “Общая психопатология”⁴. В этой работе, наряду с огромным количеством ценных наблюдений и бесценных идей, автор отмечает: “С клинической точки зрения очень важно уметь распознать необычное”⁵ (имеется в виду в психике). Здесь сразу возникает вопрос: зачем, может быть для более успешной терапии? Оказывается, вовсе нет. Ясперс дает предельно точный ответ, что речь идет исключительно об исследовательской, а не терапевтической задаче⁶.

Следует отметить, что труды классиков современной психиатрии, как и абсолютного большинства их последователей, имеют отчетливую и характерную особенность: из 1021 страницы “Общей психопатологии” на методы терапии отведено менее 100, во “Введении в психиатрическую клинику” Крепелина: из 458 - менее 20. Не странно ли, что мы с такой тщательностью описываем психопатологию, и, по сути, лишь упоминаем методы лечения?

Вернемся к симптомокомплексам Крепелина, а фактически - к современной (пусть и с многочисленными пересмотрами, исправлениями и уточнениями) классификации психических болезней. Полемизируя с ее автором, Ясперс отмечает, что “симптомокомплексы пока не удается объяснить в терминах причинности”⁷, то есть – это не патогенетическая классификация, как считал Крепелин. В более поздних переизданиях, апеллируя к работам Карла Шнайдера (1942), Ясперс констатирует, что эти “комплексы ...не наблюдаются, а дедуцируются теоретически. Их существование гипотетично”⁸.

В другом месте автор “...психопатологии” еще бо-

лее откровенен, отмечая, что методу Крепелина “присущ элемент художественности”⁹. Тем не менее, художественный метод каким-то образом оказался имплицитированным в естественнонаучную (медицинскую) концепцию. Для этого, безусловно, были определенные причины, частично также вскрытые Ясперсом: “Установленные категории, - пишет он, - оказались весьма удобны; под них удавалось так или иначе “подогнать” любые наблюдения”¹⁰.

Это положение также хорошо известно специалистам, хотя постепенно забывается. Но, при критическом взгляде, достаточно очевидно, что наша специальность (считающаяся естественнонаучной дисциплиной), исходно строилась на гипотетических основаниях или, во всяком случае - на гуманитарных концепциях, не имеющих строго научного обоснования. Если быть еще более точным - на одной единственной гуманитарной концепции, положения которой были “канонизированы” в последующем. Последнее положение - прямо или косвенно - признается практически всеми психиатрами. Тем более что все попытки найти хоть какие-то биохимические, психофизиологические или инфекционные этиопатогенетические факторы окончились неудачей.

В результате мы имеем сугубо описательную психиатрию. Хорошо это или плохо? Может быть так и должно быть? Может быть действительно мы имеем дело с эпифеноменом, и нам стоило бы оставить или хотя бы критически пересмотреть наши взгляды, которые все еще (даже в последних изданиях) апеллируют к рефлекторной теории и неким мозговым механизмам?

Как бы мы не ответили на этот вопрос, в целом, мы могли бы констатировать, что методология формирования основ современной психиатрии отчасти сравнима с критическим творчеством в литературоведении, где также описываются различные типажи героев, или с выделением психологических типов в родственной области знаний - в психологии, что, собственно, не удивительно, если напомнить, что Крепелин был учеником В.Вундта.

Но есть и существенная разница, о которой не часто вспоминается: в отличие от сангвиников и холериков, интровертов и экстравертов - любым типажам, подпадающим под классификацию Крепелина, законодательно разрешено назначать лечение, в том числе - медикаментозное и прочее, включая еще недавно распространенный электро- или инсулиновый шок. При отсутствии реальных объяснений психопатологии в “терминах причинности” - можем ли мы говорить о какой-либо патогенетической терапии? А если нет, то не является ли эта терапия экспериментальной? Это еще один вопрос, не имеющий однозначного ответа.

4 В полном объеме “Общая психопатология” вышла в России только в 1997 году - М.: Практика.

5 Ясперс К. Общая психопатология. - М.: Практика, 1997. с. 38.

6 Там же - стр. 38.

7 Там же - стр. 707.

8 Там же - стр. 710.

9 Там же - стр. 1010.

10* Там же - стр. 1012.

Здесь представляется целесообразным очень осторожно сформулировать еще несколько идей, точнее вопросов, которые кажутся мне актуальными.

Принимая за основу классификацию Крепелина (другого выхода пока нет, и я вовсе не ратую за ее отмену), следует признать (и, надеюсь, никто не будет возражать), что заболевание не состоит из симптомов или синдромов. Симптомы и синдромы - являются производными или свойствами болезни, но не ее составляющими частями, и производитель свойств (то есть - собственно психопатология) не сводим(а) к их совокупности.

Я попробую предельно обострить эту идею: значительная часть наших диагнозов носит не синдромологический, а симптоматический характер: депрессия, маниакальное состояние, ипохондрия, паранойя... Обозначаемые этими терминами явления примерно того же порядка, что и лихорадка, диарея, кашель и т.д., которые могут наблюдаться при огромном множестве заболеваний. И лечить только лихорадку или диарею, скажем, при туберкулезе, холере или ВИЧ-инфекции – это нонсенс. Но – за исключением немногочисленных психотерапевтических отделений - это пока почти обычная практика. Преимущественно симптоматическая ориентация нашей терапии также признается практически всеми специалистами. А что дальше - какие перспективы, почему это положение не меняется уже сто лет?..

Мне представляется, что определенную негативную роль здесь сыграла эпоха и умонастроения того периода, когда осуществлялась интеграция психиатрии в медицину. Новая область знаний должна была институтироваться только с собственной нозологией и, в соответствии с духом времени – только на основе естественнонаучной методологии. Приняв естественнонаучную парадигму в качестве основной (можно сказать – единственной) и постулировав клиническую классификацию, как этиопатогенетическую (для которой пока просто не найдено соответствующих морфологических и биохимических коррелят), психиатрия начала постепенно отдаляться от лежавших в ее основе гуманитарных концепций (то есть – гипотез) о психике и, в результате, ...с этой точки зрения... – оказалась вне-концептуальной.

Хотя, именно эти – гуманитарные (философские) концепции и составляли (пусть гипотетическую, но –) хоть какую-то “анатомию” и “физиологию” психики. Я надеюсь, никто не будет возражать, что практически все классики психиатрии были отчасти философами. Мы - скорее прагматики, но лучше ли это?..

Несмотря на уже давно практически общепризнанную абсурдность идеи, что мозг вырабатывает мысли или эмоции также, как печень желчь или островковый аппарат инсулин, на практике (заглянем в самые современные учебники) эта идея живет и побеждает. Здесь как бы существует некое негласное и недекларируемое соглашение, что мысли и эмоции, во всяком случае, патологические, таки вырабатываются мозгом, и имен-

но на него нужно воздействовать некоторыми химическими веществами в интересах лечения и коррекции психических феноменологий.

На первый взгляд, мы уже давно разделили понятия “организм” и “психика”. Тем не менее, еще нередко депрессия или мания воспринимаются как такие же признаки организменного нездоровья, как температура или повышение давления..., при которых нужно назначать какие-то химические вещества. А многие психические феномены все еще воспринимаются с предельным анатомизмом и физиологизмом.

Даже в более гуманитарно-мыслящей психологии память, внимание, мышление и эмоции излагаются так, словно речь идет о строении (скажем, по типу сердца: вот левый желудочек, вот правый, вот клапаны: но ведь никому не приходит в голову сказать, что сердце состоит из систол и диастол?).

У меня имеется также (неоднократно подтверждавшееся) подозрение, что когда мы говорим о психосоматических отношениях, мы имеем в виду любую ткань, кроме мозговой. Может быть нам стоило бы сделать допущение, что в отношении психики - мозг – это такая же сома, как и любая другая ткань, хотя, возможно, и более значимая?

Ведь и здесь существуют те же самые психосоматические реакции: переживаемые реально эмоции гнева и страха вызывают повышение продукции адреналина, а введение адреналина даже при отсутствии внешнего (психического) побуждения приводит к соответствующей модификации эмоционального фона и поведения...

Наши языковые штампы нередко подводят нас, и возможно, обманчивы. Мы совершенно спокойно говорим о том, что человек думает головным мозгом. Но мы же не говорим, что он ходит спинным мозгом, лишь оттого, что основные двигательные импульсы замыкаются на этом уровне.

* * *

Заслуга Крепелина неоспорима, и никто не ставит ее под сомнение. Он впервые систематизировал психопатологические симптомы и синдромы, но не болезни. Его систематика позволила накопить огромный фактологический материал, распознавать различные формы течения и давать клинический прогноз, но эта классификация практически никак не прояснила вопросы этиологии и патогенеза, а, следовательно, не дала ключа к эффективной терапии (как это произошло в других областях медицины). Может быть мы пошли не тем путем?

* * *

Несколько слов о психотерапии и психоанализе... В начале XX века впервые появились и начали играть все более значительную роль индивидуально психологические подходы к психиатрии. Особенно ярко эта тен-

денция проявилась в первой половине XX века в общемировом интересе к психоанализу, где - по сути - объединялись психологические и психиатрические подходы на основе теории развития и психической травмы, то есть - психогенеза (в России эти подходы – вне психотерапевтической среды - только начинают приобретать популярность).

В 1903-1910 годах Е.Блейлер и К.Юнг в Цюрихе провели проверку психоаналитической теории на материале душевнобольных, в частности - путем анализа их галлюцинаций, сновидений и бреда. И “в целом ряде случаев удалось отыскать смысл там, где при поверхностном анализе все казалось абсолютной бессмыслицей”¹¹. В 1907 году Юнг публикует работу “О содержании психоза”, где обосновывает, что все проявления болезни строго детерминированы переживаниями пациента, предшествующими психозу¹². Как представляется, эти идеи были забыты, и лишь сейчас они вновь зазвучали в работах Хаймона Спотница и ряда других авторов, активно внедряющих методы аналитической терапии у психотиков. И с позитивными результатами.

В целом, как мне кажется, можно было бы признать, что по мере развития психиатрии, с одной стороны – гуманитарная нозология Крепелина, как уже упоминалось, все более канонизировалась в качестве естественнонаучной, с другой - точные границы психических заболеваний становились все более расплывчатыми, а схемы лечения – все более “фармаколизировались”.

И одновременно (в преподавании психиатрии и ее методических подходах) все менее акцентировалось внимание на том, что те или иные психические нарушения представляют собой неспецифические реакции, которые отчасти обусловлены психической конституцией личности и которые могут появиться или не появиться, в зависимости от наличия или отсутствия острых или хронических психотравмирующих, эндогенных или экзогенных, подчас, действующих в совокупности и крайне сложно дифференцируемых патогенетических факторов. Факторов – по своей природе и содержанию – психических. Возможна ли сколько-нибудь эффективная терапия без применения адекватных природе и содержанию этих нарушений методов? То есть - без методов, непосредственно апеллирующих к психике? Этот тезис не отрицает успехи психофarmacологии. Она также нужна, но в комплексе с психотерапией.

Выделение психотерапии в качестве суб-специальности, как представляется, во многом определялось, с одной стороны, социальным запросом, а с другой – отношением самих психиатров к весьма специфической системе приоритетов: в частности, ориентацией на преимущественно психическое или – большей частью изолированное - психофarmacологическое воздей-

ствие...

При этом характерно, что количество представителей психотерапевтического направления в мировой психиатрии росло резко опережающими темпами. И одновременно существенно увеличивалась роль и значение психотерапевта в психиатрической клинике. Именно поэтому в абсолютном большинстве западных стран количество психотерапевтов примерно в 7 раз больше, чем психиатров (у нас пока – с точностью – наоборот). Мы признаем эту проблему, но преимущественно - как кадровую. А может быть она, все-таки, методологическая?..

Ежегодно мы тратим миллионы долларов на закупки и производство фармпрепаратов. Почему бы хотя бы часть этих средств не направить на подготовку и переподготовку психотерапевтов? Не ошибаемся ли мы, рассматривая психофarmacологию в качестве одного из магистральных направлений развития психиатрической науки и практики? С чем связано интенсивное развитие психофarmacологии - с ее реальными успехами или все-таки с нашей методологией? Чем объяснить появление публикаций, анализирующих модификацию психопатологии под влиянием фармакотерапии? Почему модификацию?..

За последние два года я несколько раз встречал в публикациях и выступлениях специалистов одну и ту же идею. Но затем обнаружил, что она была сформулирована еще в 1912 году психиатром Гохе¹³, который отмечал, что этиологические факторы в психиатрии, внешние или внутренние, являются только побуждающими, которые приводят в действие уже имеющиеся механизмы, возможно, связанные с конституциональными особенностями конкретного пациента, а возможно, присутствующие в любой психике (включая здоровую¹⁴). Поэтому, границы между синдромами столь нечетки, а пытаться строго дифференцировать их, по образному выражению уже упомянутого Гохе, это то же самое, что “рассчитывать на просветление мутной жидкости, непрерывно переливая ее из одного судна в другой”. Я позволю себе привести еще одну ключевую идею Гохе: поиск раз и навсегда установленных процессов, однородных по этиологии, течению и исходу - это погоня за фантомом.

Не является ли такой же погоней за фантомом разработка “целевых” препаратов для фармакологической терапии конкретных форм психических расстройств? Медикаментозное лечение, безусловно, должно и может играть в психиатрии определенную, но, как представляется, лишь вспомогательную и весьма неспецифическую роль.

В своих вопросах я пытался обосновать, что вопросы классификации, нозологии, нормы и патологии имеют не узко медицинское, а широкое методологичес-

11 Bleuler. Freud's Mechanismen in der Symptomatologie von Psychosen. Psychoatr.-Neurolog. Wochenschr., 1906 (Цит. по Каннабих Ю. История психиатрии. - М.: ЦТР. - 1994. С. 463).

12 Там же - стр. 464.

13 Hoche. Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie. Z. f. d. ges. N. u P. Bd. 12, 1912 (Цит. по Каннабих Ю. История психиатрии. - М.: ЦТР. - 1994. С. 470).

14 Фактически, именно эта идея была сформулирована ранее в психоанализе.

кое значение, определяющее ряд важнейших проблем, включая экономические, в частности, например, размеры инвестиций в психофармакологию и их соотношение с инвестициями в подготовку и переподготовку специалистов.

Было бы неверно не признать, что фармакотерапия позволяет облегчить страданий пациентов, образно говоря “подавить” или “снизить остроту” проблемы. Некоторые авторы констатируют¹⁵, что все более широкое применение нейротропных средств, главным образом, сказалось в области борьбы с психомоторным возбуждением, и качественно изменило облик психиатрических отделений. Врачам и сестрам, безусловно, стало легче. Но легче ли пациентам? Нет ли в этом подходе определенной аналогии с обезболиванием при серьезных, иногда - множественных переломах в качестве основного вида терапии? С последующей надеждой, что “авось срастется”... Возможно ли вообще химическое решение психических проблем? Нет ли здесь чрезмерного материализма?

Еще несколько слов о таком ключевом понятии, как норма. В целом, понятие норма описывается как некий усредненный член определенного ряда, с которым сравнивают другие члены – это общепризнанный и предельно математизированный подход. Он хорошо работает там, где есть опосредованные измерения (рост, вес, давление и, соответственно – сантиметры, килограммы и т.д.). Но у нас нет мер, которыми мы могли бы измерять психику. Наши понятия нормы носят описательный характер, и нередко мы определяем ее через противоположное: “патологии нет”, следовательно, есть норма, что методически не очень корректно. Многим известен такой термин, как “узнавание диагноза”. Причем, оценка эта всегда глубоко индивидуальна: один психиатр может сказать, что здесь “нашего” нет, а другой – может с ним не согласится. И в результате - один врач назначит медикаментозное лечение, а другой нет. При этом мы хорошо знаем, что психофармакология вышла далеко за границы психиатрической клиники. Существует ли эта проблема? Часто ли мы вспоминаем о том, что среди побочных эффектов многих препаратов присутствует практически вся психопатология?..

В психологией аномальность обычно связывается с поведением, отклоняющимся от принятого в конкретном обществе. На первый взгляд, абсолютно верный подход. Но при более глубоком анализе, мы не можем не увидеть, что здесь психическая норма идентифицируется с определенным социальным конформизмом.

Вы знаете, что я резко отрицательно оцениваю раздутый прессой вопрос о так называемой “карательной психиатрии”, словно у нас не было никакой другой. Но, как это не странно, именно этот – психологический подход – к проблеме нормы и патологии долгое время был одним из основных в советской психиатрии (что позволяло в отдельных случаях держать “за хроников” всех нонконформистов, типа гомосексуалов и диссидентов).

15 Например, Сметанников П.Г., Психиатрия, СПб., 1995, с. 4)

Два слова о психоанализе. В психоанализе, как известно, здоровье определяется не с точки зрения нормы или патологии, а в терминах интеграции (Эго) и свободы от конфликта. А терапия каждого случая ведется с учетом общей концепции развития и на основе детальнейшего изучения индивидуального развития конкретной личности, ее психо- и (пользуясь привычной терминологией) индивидуального патогенеза.

Во многом аналогичные подходы используются в психотерапии по В.Н.Мясищеву, в личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского Б.Д. - Исуриной Г.Л. - Ташлыкова В.А.

Краеугольным камнем здесь является положение о том, что случаев, столько же, сколько пациентов, поэтому особое внимание уделяется не идентификации случая, не нозологии, а конкретной (индивидуально обусловленной) феноменологии, терапевтической технике и закономерностям самого терапевтического процесса. Я вначале упоминал, что в классических учебниках психиатрии – на лечение отводится не более 10% объема. В психотерапии – наоборот – 90%. Это отличие случайно или нуждается в самостоятельном изучении?

Я вовсе не хочу сказать, что психодинамические – это самые лучшие методы психотерапии. Но в них есть хоть какая-то концепция, хоть какие-то представления об “анатомии” и “физиологии” психики, хоть какая-то система координат, позволяющая не обрекать терапевта и пациента на бесконечное и нередко бессмысленное блуждание в бескоординатном пространстве, когда оба участника процесса не знают, куда и зачем они идут?

Сейчас в психотерапии мы наблюдаем безудержное творчество, особенно – в части касающейся методов. Но метод – это всегда производное от концепции или от теории. Методов все больше, ... новых теорий - нет. Более того, некоторые теории становятся исчезающими, а другие - можно было бы определить как “однодневки”. И здесь как раз очень уместен наш медицинский консерватизм. Так как любая теория в отношении психики – является гипотетической, всегда уместно спросить: а, сколько существует эта теория, имеет ли она достаточно убедительное обоснование, работает ли она и подтверждается ли практикой?

Я еще раз повторю, что я вовсе не предлагаю отказаться от классификации психических расстройств (я стараюсь избегать термин “болезни”).

Здесь также нет призыва отказаться от применения психофармакологических средств. Но мы всегда были и будем против их необоснованного назначения, изолированного и бесконтрольного применения. То есть - без систематической, патогенетически ориентированной и концептуально разработанной психотерапии.

Я также еще раз хочу повторить, что пока не анализ проблемы, а анализ перечня наличных проблем. Вероятно, далеко не всех.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ПО СЕКСОЛОГИИ (ПОЛОВОМУ ВОСПИТАНИЮ) В ВУЗЕ ДЛЯ ПЕДАГОГОВ И ПСИХОЛОГОВ

В.Ф.Сазонов

г. Рязань

В последние годы мы можем наблюдать неуклонную миграцию сексологии из медицинской сферы в массовую культуру и, как следствие, фактическое превращение сексологии из узкоспециальной дисциплины в общекультурную.

На наш взгляд, педагоги и психологи обязательно должны иметь возможность получать определенное образование в области сексологии. Но по своему желанию, по своему выбору. Поскольку процессы психосексуального развития подростков и молодежи протекают в школьном возрасте, то учителя, школьные психологи, социальные педагоги должны бы иметь представление об этих процессах, а может быть, и уметь направлять их в нужную сторону (в нормативное русло). **На наш взгляд, непосредственная цель современного полового воспитания – повышение культуры половых отношений. А культура требует и знаний, и самоограничений.** Мы убеждены, что повышение половой культуры приведет не к разгулу, а к сдержанности и уместности полового поведения (Сазонов В.Ф., 2000). Данные социологических исследований, проведенных как в нашей стране, так и за рубежом показывают положительное отношение школьников и их родителей к половому воспитанию и половому просвещению учащихся в школе.

В Рязанском государственном педагогическом университете читаются специальные курсы для студентов

педагогических и психологических специальностей, которые проводятся в соответствии с государственным стандартом *как дисциплины по выбору студентов*: “Психосексуальное развитие с основами сексологии”, “Культура межполовых отношений и половая мораль” и “Культура межполовых отношений и половое воспитание”. С помощью данного курса подготовка студентов-психологов и студентов-биологов к работе с детьми и подростками дополняется знанием основных этапов формирования сексуальности, что позволяет им в качестве психологов и учителей более обоснованно применять дифференцированный подход к школьникам разного возраста и пола. В первой части курса рассматриваются биологические основы сексуальности. Затем разбираются вопросы психосексуального развития. Относительно подробно освещаются основные возрастные этапы психосексуального развития человека. В последней части курса предусматривается заполнение анкет самими студентами в роли респондентов для освоения методов определения уровня психосексуального развития и самостоятельное теоретическое изучение некоторых вопросов сексологии.

Разработанные нами поведенческие сексологические тренинги, моделирующие в неявной форме знакомство и ухаживание, могут дополнить личным опытом теоретическое изучение психосексуальных и нравственно-половых проблем.

ФЕНОМЕН БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО ПРЕДВИДЕНИЯ НЕКОТОРЫХ СОБЫТИЙ ГРУППАМИ ЗДОРОВЫХ И ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ЛЮДЕЙ, ВЫЯВЛЕННЫЙ С ПОМОЩЬЮ ЦВЕТНЫХ КАРТОЧЕК СОКРАЩЕННОГО ТЕСТА М. ЛЮШЕРА

А.Ф.Троицкий

В начале работы, в 1998 г., феномен предвидения не являлся для автора целью. Предполагалось, что возможны бессознательные реакции человека на такие реальные события, о которых он знать не может. Например, летальный исход для пациента, находящегося где-то в сельской больнице, за несколько километров от места исследования. Безусловно, имелась в виду гибель людей, не связанных родством с участвующими в тестировании. Тестируемые не должны были иметь прямой информации об этих событиях. Делалось исходное допущение, что бессознательные реакции на такие события не единичны или аномальны, а свойственны всем и всегда. Событие гибели людей, как инициатор бессознательных реакций, было выбрано по той причине, что имеет и личностное, и видовое значение для человека. Бессознательные реакции нужда-

ются в подходящем инструменте для изучения. Таким инструментом был выбран сокращенный цветовой тест М. Люшера [1]. Для целей данного исследования психологического толкования раскладок цветных карточек не давалось. Тест М. Люшера был выбран по следующим причинам:

1. Адресован в бессознательное
2. Цвета стандартизированы
3. Тест доступен, не накладывает образовательных ограничений. Последовательность действий при раскладке удавалось объяснить даже людям с выраженными нарушениями психики
4. Тест пригоден, как экспресс-метод обследования, процедура раскладки занимает меньше минуты
5. Нет необходимости в специальных помещениях и оборудовании.

После предварительной статистической обработки материала и разных способов оценки результатов оказалось, что бессознательные реакции действительно обнаруживались, но не в день события и не после него, а примерно за сутки (3 – 39 часов) до события! Это уже трудно назвать реакцией. Была предпринята попытка оценить влияние неблагоприятных дней на раскладки [2]. Даты неблагоприятных дней были взяты из журнала «Здоровье». Достоверного влияния таких дней на раскладки не было выявлено. Предполагалось также влияние магнитных бурь в магнитосфере Земли. На свой запрос в адрес Института прикладной геофизики им. академика Федорова Е.К. от 25.11.2000 г. ответ не был получен. В ходе дальнейших исследований было установлено, что феномен бессознательного предвидения проявляется в раскладках, применительно к разным событиям: летальным исходам, зарегистрированным в районном территориальном медобъединении (РТМО), в Валдайской психоневрологической больнице (ВПНБ № 1), поступлению на лечение психически больных мужчин или женщин в ВПНБ № 1. Все эти события не синхронны, и изменения в раскладках были разными, в зависимости от изучаемых событий, в связи с чем был сделан вывод о невозможности прямого влияния магнитных бурь и неблагоприятных дней на раскладки и события. Оставалось только назвать выявленный феномен бессознательным предвидением. Описания подобных исследований в доступной литературе не нашлось, поэтому ссылок почти не приводится. Исследование предпринято по собственной инициативе. Помощь оказывалась в доступе к исходному материалу и компьютерной обработке.

Материал для исследования:

Группа здоровых составила 33 человека (работники м/п «Валдайский районный наркологический диспансер»). Из них: 10 мужчин и 23 женщины. Всего этой группой сделано 692 раскладки с 5.10.98 по 4.07.99. Если в данный день проходило исследование, то один

человек обязательно делал 2 раскладки цветных карточек. Те же условия соблюдались и с психически больными. Группа психически больных (больные 1-го и 3-го общепсихиатрического отделения ВПНБ № 1) составила 52 человека. Все – мужчины. Больными сделано 846 раскладок с 5.06.2000 г. по 21.11.2000 г. За события, предположительно влияющие на раскладки, были приняты летальные исходы, зарегистрированные в РТМО (бывшее название центральной районной больницы), включались также и случаи насильственной смерти по данным прозектора. Всего 203 случая, с 5.10.98 г. по 5.07.99 г. по РТМО и 108 случаев с 5.06.2000 г. по 22.11.2000 г. Летальные исходы, зарегистрированные в ВПНБ № 1, 15 случаев с 5.06.2000 г. по 22.11.2000 г. и 27 случаев с 5.10.98 по 5.07.99. Поступление психически больных в ВПНБ № 1 с 5.06.2000 г. по 22.11.2000 г. – 447 человек, из них мужчин – 259, женщин – 188.

Методика расчета и условные обозначения:

При окончательных расчетах оценивалось число появлений каждого цвета в первой половине раскладки (позиции 1, 2, 3, 4) за сутки до варианта развития событий А, В или С. Оказалось, что важно не само количество событий, а их увеличение или уменьшение. Например, если 25.10.98 в РТМО зарегистрирован 1 случай смерти, а 26.10.98 – 3 случая, то все раскладки за 25.10.98 войдут в массив А (увеличение количества умерших на следующий день по сравнению с днем раскладки). Если 27.10.98 зарегистрирован 1 случай смерти, то все раскладки за 26.10.98 войдут в массив С (уменьшение количества умерших с 27.10.98 по сравнению с 26.10.98). Если 28.10.98 зарегистрирован 1 случай смерти, то все раскладки за 27.10.98 войдут в массив В (количество умерших на следующие за 27.10.98 сутки не изменилось). Так сортировались раскладки по каждому цвету отдельно. Результаты сортировки проще представить как таблицу (Таб. 1).

Таблица 1.

Цвета карточек	Сумма числа карточек на 1, 2, 3, 4-х позициях раскладок в массивах		
	A	B	C
0 / серый /			
1 / синий /			
2 / зеленый /			
3 / красный /			
4 /желтый /			
5 /фиолетовый /			
6 /коричневый /			
7 /черный /			

Чтобы рассчитать исправленную дисперсию (y), каждый из массивов A, B, C был разделен на 4 равные части (интервалы A1:A2:A3:A4:B1:B2 и т.д.). Для удобства сравнительной оценки все абсолютные числа в массивах A, B, C были переведены в проценты (X_{A1} , X_{A2} и т.д.). Затем рассчитывалась средняя ошибка средней арифметической (m):

$$m = \frac{\sigma}{\sqrt{n-1}}$$

где n - количество интервалов (в данном случае $n=4$).

Далее вычисляется средняя ошибка разности средней (m_p):

$$m_p = \pm \sqrt{m_A^2 + m_B^2}$$

и коэффициент Стьюдента (t):

$$t = \frac{\overline{X}_A - \overline{X}_B}{m_p}$$

(Здесь m_p и t и при расчете разницы средней \overline{X}_A и \overline{X}_B).

По таблице t-распределения Стьюдента определялась достоверность (p) для двухсторонней критической области.

Формулы и обозначения взяты из [3, 4].

Результаты расчетов:

Сначала были рассчитаны m_p , t и p для группы здоровых по массивам A, B и C после сортировки по данным летальных исходов, зарегистрированных в ВПНБ № 1 с 5.10.98 по 4.07.99 (Таб. 2) и по данным летальных исходов, зарегистрированных в РТМО за тот же период (Таб. 3). Расчеты затем были проведены отдельно для 1-й и 2-й раскладок. Оказалось, что при учете только второй раскладки достоверность (p) улучшается, поэтому все последующие таблицы учитывают только 2-ю раскладку.

Таблица 2.

Цвета карточек	\overline{X}_A	\overline{X}_B	\overline{X}_C	$\overline{X}_A - \overline{X}_B$	$\overline{X}_A - \overline{X}_C$	$\overline{X}_B - \overline{X}_C$	m_p	t	p
0	28.0	36.25	30.0	-8.25	-	-	3.43	2.4	0.1> p >0.05
				-	-	6.25	3.83	1.64	0.1> p >0.05
1	55.25	65.0	60.75	-	-	4.25	8.6	0.49	p >0.2
2	81.75	73.75	76.0	8.0	-	-	5.4	1.48	p >0.2
3	80.5	71.5	73.5	9.0	-	-	2.95	3.05	0.1> p >0.05
4	72.0	64.0	86.5	-	-	-22.5	9.6	2.34	0.2> p >0.1
5	51.0	47.25	41.25	-	9.75	-	12.9	0.76	p >0.2
6	16.75	24.25	19.5	-7.5	-	-	6.4	1.17	p >0.2
7	14.75	17.75	12.25	-3.0	-	-	4.85	0.62	p >0.2

Группа здоровых. Сортировка по данным летальных исходов, зарегистрированных в ВПНБ № 1 с 5.10.98 по 4.07.99.

Примечание: в строках пропуски означают, что $p>0.2$, вариант расчета определялся исходя из наибольшего t каждого из перепадов \overline{X}_A , \overline{X}_B , \overline{X}_C

Таблица 3.

Цвета карточек	\overline{X}_A	\overline{X}_B	\overline{X}_C	$\overline{X}_A - \overline{X}_B$	$\overline{X}_A - \overline{X}_C$	$\overline{X}_B - \overline{X}_C$	m_p	t	p
0	34.5	36.5	34.5	-	-	2.0	4.70	0.42	p >0.2
1	66.5	65.25	60.0	-	6.5	-	5.24	1.24	p >0.2
2	76.5	78.0	71.75	-	-	6.25	4.90	1.28	p >0.2
3	73.5	70.25	75.75	3.25	-	-	5.16	0.63	p >0.2
4	70.25	62.5	66.5	7.5	-	-	6.62	1.17	p >0.2
5	39.25	48.0	50.5	-	-11.25	-	4.01	2.81	0.1> p >0.05
				-	-	-8.75	3.25	2.69	0.1> p >0.05
6	22.5	20.75	25.5	-3.0	-	-	6.40	0.47	p >0.2
7	16.75	18.35	16.25	-	-	2.5	5.13	0.49	p >0.2

Группа здоровых. Сортировка по данным летальных исходов, зарегистрированных в РТМО с 5.10.98 по 4.07.99.

В Таб. 4 значения вычислений те же, что и в Таб. 3, но учтена только 2-я раскладка. Итоги расчетов для группы здо-

ровых после сортировки по данным летальных исходов, зарегистрированных в ВПНБ № 1 с 5.10.98 по 4.07.99 в Таб. 5.

Таблица 4.

Цвета карточек	\overline{X}_A	\overline{X}_B	\overline{X}_C	$\overline{X}_A - \overline{X}_B$	$\overline{X}_A - \overline{X}_C$	$\overline{X}_B - \overline{X}_C$	m_p	t	ρ
0	32.0	36.5	33.75	-	-	4.5	6.25	0.72	$\rho > 0.2$
1	68.25	63.75	61.25	-	5.0	-	6.45	0.78	$\rho > 0.2$
2	75.0	77.0	70.0	-	-	7.0	3.80	1.84	$0.2 > \rho > 0.1$
3	76.75	67.5	76.5	9.25	-	-	7.10	1.30	$\rho > 0.2$
4	69.0	65.75	61.25	3.25	-	-	5.70	0.57	$\rho > 0.2$
5	36.75	47.0	53.75	10.25	-	-	4.83	2.14	$0.2 > \rho > 0.1$
					17.0	-	6.99	2.43	$0.1 > \rho > 0.05$
6	23.25	24.25	26.25	-	-3.0	-	10.1	0.30	$\rho > 0.2$
7	19.0	18.75	18.0	-	-	0.75	6.1	0.12	$\rho > 0.2$

Группа здоровых, сортировка по данным летальных исходов, зарегистрированных в РТМО с 5.10.98 г. по 4.07.99 г. (2-я раскладка).

Таблица 5.

Цвета карточек	\overline{X}_A	\overline{X}_B	\overline{X}_C	$\overline{X}_A - \overline{X}_B$	$\overline{X}_A - \overline{X}_C$	$\overline{X}_B - \overline{X}_C$	m_p	t	ρ
0	21.5	36.25	28.0	-14.75	-	-	4.4	3.35	$0.05 > \rho > 0.02$
1	57.0	64.5	68.25	-	-	3.75	10.3	0.36	$\rho > 0.2$
2	81.0	73.25	67.75	-	13.25	-	7.9	1.68	$0.2 > \rho > 0.1$
3	81.0	72.75	75.75	7.25	-	-	1.84	3.94	$0.05 > \rho > 0.02$
4	71.5	62.25	84.5	-	-	-22.25	10.8	2.06	$0.2 > \rho > 0.1$
5	47.75	45.75	43.5	2.0	-	-	7.4	0.27	$\rho > 0.2$
6	19.0	26.5	19.75	-7.5	-	-	5.3	1.42	$\rho > 0.2$
7	21.25	18.25	12.5	3.0	-	-	5.9	0.51	$\rho > 0.2$

Группа здоровых, сортировка по данным летальных исходов, зарегистрированных в ВПНБ № 1 с 5.10.98 по 4.07.99. (2-я раскладка).

Та же процедура была применена и для группы психических больных после сортировки по данным летальных исходов, зарегистрированных

в РТМО с 5.06.2000 г. по 22.11.2000 г. (Таб. 6) и по ВПНБ № 1 с 5.06.2000 г. по 22.11.2000 г. (Таб. 7).

Таблица 6.

Цвета карточек	\overline{X}_A	\overline{X}_B	\overline{X}_C	$\overline{X}_A - \overline{X}_B$	$\overline{X}_A - \overline{X}_C$	$\overline{X}_B - \overline{X}_C$	m_p	t	ρ
0	24.75	23.25	26.25	-	-	-3.0	6.8	0.44	$\rho > 0.2$
1	70.5	7.0	59.75	-	10.75	-	7.4	1.45	$\rho > 0.2$
2	67.0	72.5	65.25	-	-	7.25	7.8	0.93	$\rho > 0.2$
3	77.0	80.25	74.75	-	-	5.5	6.6	0.83	$\rho > 0.2$
4	66.0	62.75	64.5	3.25	-	-	5.9	0.55	$\rho > 0.2$
5	38.25	34.5	42.25	-	-	7.75	11.2	0.69	$\rho > 0.2$
6	27.5	31.0	31.25	-	3.75	-	7.8	0.48	$\rho > 0.2$
7	22.0	26.0	36.35	-	-	-10.35	7.95	1.30	$\rho > 0.2$

*Группа больных, сортировка по данным летальных исходов, зарегистрированных
в РТМО с 5.06.2000 г. по 22.11.2000 г.*

Таблица 7.

Цвета карточек	\overline{X}_A	\overline{X}_B	\overline{X}_C	$\overline{X}_A - \overline{X}_B$	$\overline{X}_A - \overline{X}_C$	$\overline{X}_B - \overline{X}_C$	m_p	t	ρ
0	29.5	24.25	24.25	5.25	-	-	7.2	0.73	$\rho > 0.2$
1	63.5	67.5	62.5	-	-	5.0	9.6	0.52	$\rho > 0.2$
2	62.0	69.0	66.75	-7.0	-	-	6.8	1.03	$\rho > 0.2$
3	81.0	77.25	66.75	-	-	10.5	6.51	1.61	$\rho > 0.2$
4	63.25	64.75	65.75	-1.5	-	-	10.1	0.15	$\rho > 0.2$
5	43.0	39.0	23.25	-	-	15.75	11.7	1.35	$\rho > 0.2$
6	23.5	29.25	46.75	-	-23.5	-	12.4	1.90	$0.2 > \rho > 0.1$
7	34.25	19.5	44.25	4.75	-	-	6.8	0.7	$\rho > 0.2$

*Группа больных, сортировка по данным летальных исходов, зарегистрированных
в ВПНБ № 1 с 5.06.2000 по 22.11.2000. (2-я раскладка).*

Рассчитаны были m_p , t и ρ для группы больных после сортировки по данным поступлений больных на лечение в ВПНБ № 1 с 5.06.2000 г. по 22.11.2000 г. (Таб.

8) и, отдельно, по данным поступлений мужчин (Таб. 9) и женщин (Таб. 10) за тот же период, с 5.06.2000 г. по 22.11.2000 г.

Таблица 8.

Цвета карточек	\overline{X}_A	\overline{X}_B	\overline{X}_C	$\overline{X}_A - \overline{X}_B$	$\overline{X}_A - \overline{X}_C$	$\overline{X}_B - \overline{X}_C$	m_p	t	ρ
0	28.25	10.5	24.5	17.75	-	-	4.94	3.59	$0.05 > \rho > 0.02$
1	66.5	82.0	64.75	-	-	17.25	10.0	1.72	$0.2 > \rho > 0.1$
2	65.0	71.25	70.25	-6.25	-	-	9.2	0.68	$\rho > 0.2$
3	76.75	78.5	77.75	-1.75	-	-	6.3	0.28	$\rho > 0.2$
4	63.5	71.25	64.25	-7.75	-	-	7.2	1.08	$\rho > 0.2$
5	42.7	32.25	36.5	10.5	-	-	11.4	0.92	$\rho > 0.2$
6	30.5	21.5	29.5	9.0	-	-	7.14	1.26	$\rho > 0.2$
7	27.5	32.25	33.0	-	-	-	-	-	$\rho > 0.2$

Группа больных, сортировка по данным поступления на лечение в ВПНБ №1 с 5.06.2000 по 22.11.2000 психически больных мужчин и женщин (2-я раскладка).

Таблица 9.

Цвета карточек	\overline{X}_A	\overline{X}_B	\overline{X}_C	$\overline{X}_A - \overline{X}_B$	$\overline{X}_A - \overline{X}_C$	$\overline{X}_B - \overline{X}_C$	m_p	t	ρ
0	27.25	25.0	22.25	-2.5	-	-	5.5	0.45	$\rho > 0.2$
1	65.75	68.75	66.0	-3.0	-	-	9.6	0.31	$\rho > 0.2$
2	64.25	66.5	71.25	-	-	-8.5	8.2	0.93	$\rho > 0.2$
3	75.5	73.75	80.25	-	-4.75	-	5.9	0.80	$\rho > 0.2$
4	66.0	65.5	63.75	-	-	1.75	6.7	0.26	$\rho > 0.2$
5	42.75	38.0	35.5	-	-	2.5	8.7	0.29	$\rho > 0.2$
6	31.25	27.0	30.0	4.25	-	-	7.2	0.59	$\rho > 0.2$
7	26.75	36.0	31.25	-	-4.5	-	4.6	0.98	$\rho > 0.2$

*Группа больных, сортировка по данным поступления на лечение в ВПНБ №1
психически больных мужчин (2-я раскладка).*

Таблица 10.

Цвета карточек	\overline{X}_A	\overline{X}_B	\overline{X}_C	$\overline{X}_A - \overline{X}_B$	$\overline{X}_A - \overline{X}_C$	$\overline{X}_B - \overline{X}_C$	m_p	t	ρ
0	27.75	25.5	21.75	2.25	-	-	4.6	0.49	$\rho > 0.2$
1	71.25	60.25	68.75	11.0	-	-	11.25	0.98	$\rho > 0.2$
2	70.25	66.5	67.5	3.75	-	-	6.4	0.59	$\rho > 0.2$
3	82.5	73.5	76.75	9.0	-	-	8.23	1.10	$\rho > 0.2$
4	62.75	62.5	67.5	-	-4.75	-	4.24	1.12	$\rho > 0.2$
5	40.75	41.0	35.0	-	5.75	-	9.4	0.61	$\rho > 0.2$
6	22.25	39.5	26.5	-17.25	-	-	7.25	2.38	$0.1 > \rho > 0.05$
7	22.5	30.75	35.75	-	-13.25	-	5.5	2.41	$0.1 > \rho > 0.05$

*Группа больных, сортировка по данным поступления на лечение в ВПНБ №1
психически больных женщин (2-я раскладка).*

Затем группа здоровых была разделена на 2 группы, исходя из возраста, пола, полугодия рождения. Сортировка для этих 2-х групп проведена по данным летальных исходов по РТМО с 5.10.98 по 4.07.99., для

группы здоровых, рожденных в 1-м полугодии (Таб. 11) и 2-м полугодии (Таб. 12), для рожденных по 1966 г. включительно (Таб. 13 – старшая группа) и рожденных после 1966 г. (Таб. 14 – молодой возраст).

Таблица 11.

Цвета карточек	\overline{X}_A	\overline{X}_B	\overline{X}_C	$\overline{X}_A - \overline{X}_B$	$\overline{X}_A - \overline{X}_C$	$\overline{X}_B - \overline{X}_C$	m_p	t	ρ
0	34.25	35.25	28.5	-	-	1.0	8.2	0.12	$\rho > 0.2$
1	68.25	61.75	64.0	-	4.25	-	6.74	0.63	$\rho > 0.2$
2	73.25	76.25	69.5	-	3.75	-	4.74	0.79	$\rho > 0.2$
3	81.75	69.75	84.5	-	-	-14.75	8.27	1.78	$0.2 > \rho > 0.1$
4	75.5	68.5	67.5	7.0	-	-	7.2	0.97	$\rho > 0.2$
5	34.25	48.5	47.25	-14.25		-	5.05	2.82	$0.1 > \rho > 0.05$
				-	-13.0	-	6.4	2.35	$0.2 > \rho > 0.1$
6	15.75	23.75	20.25	-	-4.5	-	4.83	0.93	$\rho > 0.2$
7	17.0	16.0	19.0	-	-3.0	-	7.34	0.41	$\rho > 0.2$

Группа здоровых (рожденные в I полугодии). Сортировка по данным летальных исходов, зарегистрированных по РТМО с 5.10.98 по 4.07.99. (2-я раскладка. Мужчин – 8, женщин – 11. Раскладок – 253).

Таблица 12.

Цвета карточек	\overline{X}_A	\overline{X}_B	\overline{X}_C	$\overline{X}_A - \overline{X}_B$	$\overline{X}_A - \overline{X}_C$	$\overline{X}_B - \overline{X}_C$	m_p	t	ρ
0	26.25	37.25	45.25	-11.0	-	-	10.8	1.02	$\rho > 0.2$
1	69.0	66.75	55.0	-	14.0	-	7.45	1.88	$0.2 > \rho > 0.1$
2	80.0	83.25	71.5	-	-	11.75	8.9	1.32	$\rho > 0.2$
3	62.75	66.75	59.75	-	-	7.0	8.1	0.87	$\rho > 0.2$
4	54.25	54.25	45.75	-	8.5	-	15.65	0.54	$\rho > 0.2$
5	45.5	41.75	68.75	-	-23.25	-	13.14	1.77	$0.2 > \rho > 0.1$
6	39.75	29.25	40.25	10.5	-	-	9.6	1.10	$\rho > 0.2$
7	82.75	21.0	13.75	-	-	7.25	13.8	0.53	$\rho > 0.2$

Группа здоровых (рожденные в II полугодии). Сортировка по данным летальных исходов, зарегистрированных по РТМО с 5.10.98 по 4.07.99 г.г. (2-я раскладка. Мужчин – 2, женщин – 12. Раскладок – 103).

Таблица 13.

Цвета карточек	\overline{X}_A	\overline{X}_B	\overline{X}_C	$\overline{X}_A - \overline{X}_B$	$\overline{X}_A - \overline{X}_C$	$\overline{X}_B - \overline{X}_C$	m_p	t	ρ
0	41.25	36.5	35.75	-	5.75	-	7.65	0.72	$\rho > 0.2$
1	82.5	79.0	73.25	-	9.25	-	4.79	1.93	$0.2 > \rho > 0.1$
2	64.5	74.75	67.75	-	-	7.0	12.83	0.55	$\rho > 0.2$
3	73.0	67.5	76.75	-	-	-9.25	7.77	1.19	$\rho > 0.2$
4	57.0	57.75	48.25	-	8.75	-	6.08	1.44	$\rho > 0.2$
5	36.0	38.25	51.75	-	-15.75	-	6.94	2.27	$0.2 > \rho > 0.1$
6	19.5	24.75	25.25	-	-5.75	-	10.26	0.56	$\rho > 0.2$
7	26.75	21.0	21.75	5.75	-	-	13.34	0.43	$\rho > 0.2$

Группа здоровых, рожденных с 1943 по 1966 г.г. Сортировка по данным летальных исходов, зарегистрированных по РТМО с 5.10.98 по 4.07.99 г.г. (2-я раскладка. Мужчин – 6, женщин – 12. Раскладок – 172).

Таблица 14.

Цвета карточек	\overline{X}_A	\overline{X}_B	\overline{X}_C	$\overline{X}_A - \overline{X}_B$	$\overline{X}_A - \overline{X}_C$	$\overline{X}_B - \overline{X}_C$	m_p	t	ρ
0	23.25	36.0	31.0	-	-	5.0	8.95	0.56	$\rho > 0.2$
1	55.0	45.5	46.25	-	8.75	-	6.2	1.41	$\rho > 0.2$
2	85.0	79.75	70.75	-	-	9.0	7.08	1.27	$\rho > 0.2$
3	80.0	68.5	77.0	11.5	-	-	12.2	0.92	$\rho > 0.2$
4	80.0	75.25	72.0	-	8.0	-	13.9	0.58	$\rho > 0.2$
5	30.25	56.75	61.25	-	-23.0	-	12.26	1.88	$\rho > 0.2$
6	26.75	22.5	29.5	-	-2.75	-	13.56	0.20	$\rho > 0.2$
7	11.75	15.75	12.25	-4.0	-	-	6.16	0.65	$\rho > 0.2$

Группа здоровых, рожденных с 1966 по 1982 г.г. Сортировка по данным летальных исходов, зарегистрированных по РТМО с 5.10.98 по 4.07.99 г.г. (2-я раскладка. Мужчин – 4, женщин – 11. Раскладок – 179).

Наконец, вся процедура была повторена после разделения группы здоровых на группу мужчин (Таб. 15) и женщин (Таб. 16).

Таблица 15.

Цвета карточек	\overline{X}_A	\overline{X}_B	\overline{X}_C	$\overline{X}_A - \overline{X}_B$	$\overline{X}_A - \overline{X}_C$	$\overline{X}_B - \overline{X}_C$	m_p	t	ρ
0	31.75	41.75	36.0	-	-4.25	-	15.4	0.28	$\rho > 0.2$
1	83.25	86.25	72.5	-	10.75	-	8.98	1.2	$\rho > 0.2$
2	83.5	89.0	78.0	-	-	11.0	10.4	1.06	$\rho > 0.2$
3	76.75	55.75	80.75	-	-	-25.0	15.2	1.64	$0.2 > \rho > 0.1$
4	65.25	64.0	55.5	-	9.75	-	14.25	0.66	$\rho > 0.2$
5	29.25	27.5	33.0	-	-3.75	-	15.8	0.24	$\rho > 0.2$
6	8.25	19.25	27.5	-	-19.25	-	8.8	2.14	$0.2 > \rho > 0.1$
7	22.0	16.5	16.5	5.5	-	-	15.08	0.35	$\rho > 0.2$

Группа здоровых мужчин. Сортировка по данным летальных исходов, зарегистрированных по РТМО с 5.10.98 по 4.07.99 г.г. (2-я раскладка. Мужчин – 10, раскладок – 115).

Таблица 16.

Цвета карточек	$\overline{X_A}$	$\overline{X_B}$	$\overline{X_C}$	$\overline{X_A} - \overline{X_B}$	$\overline{X_A} - \overline{X_C}$	$\overline{X_B} - \overline{X_C}$	m_p	t	p
0	32.25	35.0	31.0	-	-	4.0	10.48	0.38	$p>0.2$
1	61.75	50.0	51.5	-	10.25	-	4.9	2.09	$0.2>p>0.1$
2	71.5	71.5	65.75	-	-	5.75	2.2	2.61	$0.1>p>0.05$
3	76.5	73.5	76.25	-	-	-2.75	6.7	0.41	$p>0.2$
4	70.5	66.5	63.0	-	7.5	-	8.5	0.88	$p>0.2$
5	40.75	56.75	68.0	-16.0	-	-	7.15	2.24	$0.2>p>0.1$
				-	-27.25	-	6.2	4.4	$0.05>p>0.02$
6	29.5	26.75	26.25	-	3.25	-	9.5	0.34	$p>0.2$
7	17.25	20.0	18.0	-2.75	-	-	3.63	0.76	$p>0.2$

Группа здоровых женщин. Сортировка по данным летальных исходов, зарегистрированных по РТМО с 5.10.98 по 4.07.99 г.г. (2-я раскладка. Женщин - 23, раскладок – 236).

Чтобы не усложнять восприятия, в таблицах не приводятся промежуточные результаты ($X_{A1}; X_{A2}; Y_{A1}; Y_{A2}$ и т.д.). Конечно, такой объем вычислений был бы затруднен без компьютерной обработки.

Обсуждение и гипотезы:

Дать толкование феномену бессознательного предвидения затруднительно. Способов объяснения данного феномена может быть много. Предположим, что между всеми людьми (расстояние до 40 км, исходя из масштабов Валдайского района и расположения наркологического диспансера) существуют транспersonальные взаимодействия, которые происходят постоянно и независимо от воли и сознания человека. Форма и скорость этих взаимодействий неизвестна. Возможно, что это электромагнитные, гравитационные и другие воздействия [5].

Далее предполагается, что наше бессознательное осведомлено о неполадках в организме и посыпает сигнал о предстоящей болезни или смерти "всем, всем". Этот сигнал изменяет бессознательное состояние окружающих. Изменение затем отражается на раскладках карточек. Включение случаев насильственной смерти (по данным презектора 40 вскрытий из 79, что составляет 22.17% от всех летальных исходов, зарегистрированных в РТМО с 5.10.98 по 4.07.99) ведет, вероятно, к снижению достоверности (см. Таб. 4. Цвет - 5. $X_A - X_C$, $0.1>p>0.05$).

Прокомментируем результаты вычислений.

Уже Таб. 2 (Группа здоровых. Сортировка поданным летальных исходов, зарегистрированных в ВПНБ № 1 с 5.10.98 по 4.07.99 г.г.) показывает, что цвета 0 и 3, расположение которых в массивах А, В, С раскладок различно, как бы маркируют будущие варианты разви-

тия событий по сценариям А, В, С (см. Методика расчета). Здесь достоверность разницы $-X_A - X_B$ (цвета - 0 и 3) уже достаточно высока ($0.1>p>0.05$). При учете только второй раскладки (Таб. 5) после процедуры вычислений получаем m_p для $X_A - X_B$ - (цвет - 0 и 3 с высокой достоверностью ($0.05>p>0.02$)). Это означает, что вероятность предвидения разных вариантов развития событий свыше 95%.

Таб. 4 (Группа здоровых. Сортировка по данным летальных исходов, зарегистрированных в РТМО с 5.10.98 г. по 4.07.99 г.) выявляет 1 маркер по цвету 5 с достоверностью $0.1>p>0.05$. Можно сделать вывод, что бессознательное группы здоровых по-разному предвидит летальные исходы, регистрируемые в РТМО и ВПНБ № 1.

Существенных различий летального исхода в 1-м и 2-м случаях несколько:

а) Информация в ВПНБ № 1 поступает с территории с $R < 0.4$ км, а в РТМО - с площади, где наибольшее удаление до места события $R=40$ км.

б) В первом случае гибнут психически больные, а во втором - здоровые люди.

с) Первые получали психотропные препараты, вторые - не получали.

д) Первые изолированы, вторые - не изолированы от общества.

е) У первых нет случаев насильственной смерти, у вторых - есть.

Здесь еще можно вносить уточнения.

Из-за перечисленных различий невозможно судить, почему маркеры различны. Далее, группа больных, судя по результатам в Таб. 6, 7, не проявляет способности к бессознательному предвидению. Однако в Таб. 8 (Сортировка по данным поступления на лечение в ВПНБ

№ 1 с 5.06.2000 по 22.11.2000 психически больных мужчин и женщин) появляется маркер по цвету 0 (серый) для разности $X_A - X_B$ с высокой достоверностью ($0.05 > p > 0.02$). В Таб. 10 еще 2 маркера (Цвет - 6, $X_A - X_B$; $0.1 > p > 0.05$. Цвет - 7, $X_A - X_B$; $0.1 > p > 0.05$). Можно сказать, что у психически больных, изолированных в ВПНБ № 1 и получающих психотропные препараты, феномен бессознательного предвидения остается.

Далее, попытки разделить массив раскладок группы здоровых для анализа влияния возраста (Таб. 13, 14), полугодия рождения (Таб. 11, 12) не выявляют существенных различий из-за уменьшения выборки (количества раскладок) для каждой таблицы. Удалось рассчитать, что при уменьшении количества раскладок до = 450 (или вторых раскладок до 225) достоверность (p) не выглядит убедительной.

Стоит сказать о тенденциях. При общем маркере по цвету - 5 в разной степени в Таб. 11, 12, 13 есть еще намек на маркеры по цвету - 3 и по цвету - 1. Выяснив соотношение количества мужчин и женщин (см. под таблицами), участвовавших в раскладках, можно предположить, что это не случайно. В подтверждение - Таб. 15 и 16. Оказалось, что маркер по цвету 6 и 3 принадлежит мужчинам, а маркер по цвету 1, 2 и 5 - женщинам. Следовательно, бессознательное женщин и мужчин предвидит по-разному. Феномен бессознательного предвидения должен как-то отражаться на группах людей и на каждом из нас. Принять это как артефакт неразумно. Вероятно, имеется неизвестная еще возможность адаптации в обществе, в природе. При таком предположении, частные события в жизни индивидуума не должны иметь маркеров для феномена предвидения. Конечно, это предположение нуждается в проверке.

Выводы:

1. Выявлен феномен бессознательного предвидения некоторых событий группами здоровых и психически больных людей с помощью карточек сокращенного цветового теста М. Люшера.

2. Феномен предвидения с достоверностью ($0.1 > p > 0.02$) обнаруживается в группе не менее 33 человек и при количестве раскладок не менее 450.

3. Различные события имеют свои маркеры в раскладках и зависят от характера событий, пола, психического состояния и местонахождения людей, участвующих в раскладке, относительно места события.

4. Феномен бессознательного предвидения выявляется за 3-39 часов до события, которое будет происходить на расстоянии до 40 км от людей, участвующих в тестировании (раскладке карточек).

5. Достоверность различия в раскладках по вариантам событий А, В, С при количестве раскладок 692 может достигать $0.05 > p > 0.02$.

Автор не уверен, что владеет всей полнотой информации в данной области, поэтому вопрос о том, что такие результаты никем ранее не получены, нуждается в экспертизе.

Буду благодарен за любую информацию по кругу вопросов, затронутых в статье, за конструктивную критику и предложения о сотрудничестве.

Хочу выразить благодарность гл. врачу ВПНБ № 1 Усатову В.Н., зам. глав. врача Левоцкому Л.М., заведующим отделений Логиновой Л.И. и Андрееву В.Г., мед-статисту ВПНБ № 1 Сидоровой В.В., психологу ВРНД Ахметвалиевой Л.В., гл. врачу ВРНД Арсланбекову Ю.А., всем, принимавшим участие в тестировании сотрудникам ВРНД, зав. поликлиникой РТМО Ивлиевой Г.А., работникам регистратуры, прозектору Кудряшеву Г.В. за разрешение доступа к интересующей автора информации и сотрудничество. Особую благодарность приношу Андрееву Л.С. за помощь в компьютерной обработке данных.

Литература:

1. Льюишер М. "Цвет вашего характера", перевод с английского, "Рипол Классик" "Вече", 1997
2. Мизун Ю.Г., Хаснулин В.И. "Наше здоровье и магнитные бури", М. Знание, 1991
3. Журавлева К.И. "Статистика в здравоохранении", М.Медицина, 1981
4. Колде Л.К. "Практикум по теории вероятности и математической статистике", М. Высшая школа, 1991
5. Валентинов А. "Шесть голов не сенсация", Российская газета, 22 сентября 2000 г.

ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ. ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ТДТ ПРИ ВЯЛОТЕКУЩЕЙ ШИЗОФРЕНИИ

К.А.Филичева

г. Москва

Наличие выраженной двигательной дисфункции у больных шизофренией, требует более активной помощи для овладения основными навыками, необходимыми при ходьбе, беге, выполнении наклонов, прыжков. Социальные контакты шизоидной личности отличаются неестественностью и неловкостью из-за слабой чувствительности к интересам и духовному миру других,

в том числе и близких. ТДТ позволяет развить социальные навыки и помогает вступить в контакт с собственными чувствами путем установления связи чувств с движениями.

Целью нашего исследования было обучение и тренировка моторных навыков и физических действий клиента.

Психологический статус до начала терапии. Работоспособность клиента снижена, наблюдается утомляемость при выполнении монотонных длительных заданий.

В экспериментально-психологическом обследовании были использованы методики. Методика 10 слов - запоминание в норме. Опосредование доступно и улучшает деятельность. В методике “пиктограмма” отмечаются такие нарушения мышления как, разноплановость, в рисунке не отражены существенные признаки понятия, а также нарушение динамики психических процессов - инертность мыслительных процессов.

При исследовании мышления выявлено, что обобщение в принципе доступно (методику 4-ый лишний сделал без ошибок).

При анализе пословиц исходит из самого текста, переносный смысл понимает не всегда.

Таким образом, при экспериментально-психологическом обследовании клиента выявились интеллектуальная сохранность, однако проявляется органическая ригидность и некоторые элементы искажения мышления.

Состояние двигательной сферы до начала терапии: угловатость, скованность движений, мышечное напряжение в области глаз, челюсти, шеи, таза и ног.

Задачи терапии. Нами были выделены следующие этапы терапии:

1. Осознание своего тела.
2. Вербализация переживаний.
3. Творческая импровизация.
4. Этап профилактики рецидивов заболевания.

Метод. В процессе ТДТ были использованы элементы: телесно-ориентированной терапии, психодрамы, музыкальной терапии.

Экlecticический подход был избран исходя из особенностей клинической картины заболевания.

Психотерапия. Было проведено 15 сессий, по два раза в неделю продолжительностью в среднем по 80 минут каждая. На начальных этапах терапии была принята роль личности, поддерживающей клиента, озвучивающей и усиливющей его желания, мысли и чувства. Первые сеансы были посвящены установлению доверия к терапевту, клиенту предлагалось дополнить движения, вложить в него свой смысл. Выразить в свободном танце свое эмоциональное состояние “здесь и теперь”. Для повышения самооценки клиента были разработаны танцевальные темы особенно значимые для него. Наиболее травмирующие воспоминания и переживания клиента были отыграны в ситуации консультирования. Клиент сам был режиссером этой работы, назначал реплики и действия персонажей. Именно ролевые игры снимали травмирующие переживания и воспоминания клиента. Групповая сессия включала в себя 3 части: разогрев, его развитие и завершение (такая структура характерна и для других видов психотерапевтических групп: психодрамы и гештальта). Разогрев включал в себя двигательную разминку (растяжки, прыжки, хлопки). Далее собственно обще-

ние и взаимодействие с проработкой неверbalных средств общения (интонаций, мимики). И кульминация цикла занятий - спонтанная, танцевально-двигательная импровизация, идущая от внутреннего ощущения.

На следующих занятиях много внимания уделялось развитию образного мышления, посредством прослушивания музыки в неподвижности и восприятия зрительных образов. Для этого использовалась музыка разных народов, композиторов, стилей и эпох. Движения клиента совершенствовались проработкой четырех основных параметров каждого усилия: силы, пространства, времени и течения. На занятиях клиент практиковался в выполнении основных видов движений, поворотов, перемещений и прыжков. В процессе этого клиент получал представление о потенциальных возможностях каждого из этих движений.

Для установления раппорта был, использован прием подстройки к клиенту, доверие возникло в тот момент, когда в танце повторялись, и усиливались его чувства и движения.

В процессе занятий было обращено внимание на самоуничижительное поведение клиента, в последующем это несколько снизилось. Во время сессий происходил обмен положительными и отрицательными чувствами. Очень важно было помочь клиенту определить свои чувства, поделиться ими, обращая внимание на связь между эмоциями и мышечными ощущениями и зажимами, темпом и глубиной дыхания.

Также были проработаны способности клиента в распознании основных эмоций (страх, гнева, любви и радости) и разигрывание их в ситуации консультирования.

На начальных этапах и в заключительной стадии терапии были использованы диагностические и тестовые методики, позволяющие обнаружить “освоенные и неосвоенные” качества и то, как это связано с жизнью клиента. Также на завершающей стадии занятий были проведены техники, выполняющие тестовые функции, которые дали ясно воспринять клиенту степень и качество наступивших личностных изменений.

Результаты психотерапии. Экспериментально-психологическое обследование, проведенное в конце терапии, показало, что негативная симптоматика существенно не изменилась.

При повторном психологическом исследовании с помощью теста Люшера отмечено снижение тревожности, появился показатель успешной компенсации этого состояния. Появилось стремление к активности и самоутверждению. Клиент стал спокойнее относиться к себе и к своему состоянию.

Выводы и обсуждения.

1. ТДТ качественно не улучшает состояние клиента, но существенно помогает в следующем: раскрепощении, приобретении навыков общения, социализации, что является важным фактором в процессе медико-психологической реабилитации больного шизофренией.

2. Экlecticичность подхода ориентирована на особенности клинического статуса больного и представляется наиболее правомерной.

НОВЫЙ МЕТОД НЕДИРЕКТИВНОГО ПОДХОДА В ПСИХОТЕРАПИИ НА УКРАИНЕ

кмн П.А.Цай

В психотерапии за последние 10 лет лечебные методы продолжают сохранять суггестивно-директивную тенденцию, несмотря на информационный прорыв в постсоветском пространстве.

Проведение психотерапии на фоне стрессовых реакций или использование аффективных воздействий, как один из подходов психотерапии, в нашей стране считается достаточно эффективным приемом корректирования в случаях логоневроза, энуреза у детей, избыточного веса, а также при навязчивых, обсессивно-компульсивных и фобических синдромах. Однако авторитарный волевой стиль воздействия, вызванный стремлением получения сиюминутного результата, ведет к непродолжительному успеху.

Это особенно очевидно при купировании синдрома зависимостей у некоторых больных от табакокурения, алкоголизма, наркомании. Отсюда кажущиеся достоинства этого подхода оборачиваются во множестве случаев психологическими травмами пациентов и ставят перед психотерапевтами проблемы необходимости пересмотра существующего подхода, осмыслиения и поиски адекватных путей.

Одним из таких путей в психотерапии может быть принцип недирективного подхода. Он появился в 40-х годах прошлого столетия в концепции классического психоанализа и акцентируется на главной роли индивидуальных психических и соматических особенностях личности пациента. В течение 40 лет развития (1940-1980 г.г.) этот принцип перерос вначале в клиентентрированный, а затем в личностно-центрированный подход к межличностным отношениям. В этом плане поощрялись такие проявления личности, как спонтанность, независимая экспрессия, демонстрация уважения к собственной компетентности в происходящем в психотерапевтическом процессе. Личностно-доминирующий фактор был фактором, укрепляющим в общем психофизическом статусе страдающего человека.

К.Роджерс (1983) этот процесс назвал движением навстречу к микро- и макросоциуму пациента в его социализации и адаптации к переменам внутри себя, в семье и обществе.

Личностно-центрированная психотерапия, по сравнению с психотерапией директивной, воспринималась как более самостоятельная терапевтическая концепция, знаменующая наступление новой эры в системе ускоренной динамики человеческих взаимоотношений.

В обстановке социально-экономических преобразований в новой Украине и начавшегося процесса освоения свежих идей психотерапии, принимая во внимание полезные стороны достижения американской и западной психотерапии, мы формируем принципы и спо-

собы психотерапии, основанные на утонченно-динамических взаимоотношениях с пациентом.

В контексте эволюции психотерапии на Украине и предполагающийся свободный выбор направления на самопознание и самораскрытие личности пациента становится более естественным переход от директивного к недирективному подходу.

При недирективном подходе пациент наилучшим образом может проявить во всей полноте заложенный в его организме психоэмоциональный личностный потенциал, ведущий к трансформационным изменениям сознания и ИбессознательногоI.

Необходимость разработки недирективного подхода в отечественной психотерапии вызвана еще и тем, что среди больных, нуждающихся в психотерапевтической помощи, встречаются такие лица, у которых авторитарный стиль воздействия не находит внутреннего согласия и вызывает дискомфорт. Повелительная манера индукции транса не позволяет достичь доверительного контакта. При этом пациент не приемлет такого отношения к нему и критически реагирует на факт явного им манипулирования. Поэтому часть пациентов во время групповой гипнотерапии теряет интерес к происходящему процессу и при случае прекращает лечение.

В контексте данного сообщения мы хотим сказать, что пациенту всегда нужно предоставлять достаточный объем информации о сущности и безопасности транса, освещать и доводить до его понимания сведения о работе сознания и о неосознаваемых функциях подсознания, или, как принято называть, ИбессознательногоI. Кроме того, нужно создавать атмосферу корректного, щадящего отношения личности пациента. Созданием деликатной, гуманной формы взаимоотношения (врач-пациент) в психотерапевтическом процессе в современных условиях мы считаем актуальной проблемой сегодняшнего дня.

С другой стороны, одна из главных проблем в психотерапии состоит в том, как сделать пациента более податливым к психотерапевтическому изменению. А изменения происходят, как известно, в результате взаимодействия врача и пациента. В системе взаимодействия врач-пациент ролевые позиции могут располагаться на различных уровнях в зависимости от установок пациента и выбора целей и подходов врача-психотерапевта.

В существующих направлениях отечественной психотерапии вне зависимости от теоретической ориентации психотерапевта взаимоотношения врача-психотерапевта и больного строятся обычно на директивной основе, в то время как в зарубежных психотерапевтических школах в большей степени освободились от

директивного подхода. В этом отношении особенно важен вклад, который внесли виднейшие представители гуманистического направления - Мей, Перлс, Маслоу, Франкл, Роджерс и др. В пространстве СНГ следует выделить Санкт-Петербургскую школу психотерапии, которой удалось избежать крайностей директивного стиля в подходе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (С.Карвасарский, Г.Исурина, В.Ташлыков).

Освоение недирективного подхода, представляющего собой зарождение нового направления отечественной психотерапии, ведет к более адекватным и эффективным формам построения отношения с людьми нового поколения. И анализ результатов экспериментального клинического материала подтверждает нашу гипотезу о преимуществе недирективного подхода перед директивным при лечении конкретных больных.

В отличие от К.Роджерса, который не использует термин ИбессознательноеI в своей концепции о реорганизации собственного ЯI (Rogers, 1947, p.368), М.Эриксон придает термину ИбессознательноеI глубинный смысл сути личности. По мнению Эрикsona, терапевтическая задача состоит в создании условий благоприятных для проявления ИбессознательногоI как позитивной силы. Он говорил: ИбессознательныеI процессы могут проявляться в самой интеллигентной, автономной и творческой форме. Люди хранят в области ИбессознательногоI все ресурсы, необходимые для преобразования их жизненного опыта (Gilligan, 1982, p. 87-103).

На основе собственного практического материала о природе гипнотического транса мы рассматриваем ИбессознательноеI не как источник негативной, разрушительной, а как позитивной, созидательной силы, формирующей внутренние условия и возможности для преодоления травмирующей актуальной ситуации.

Важнейшим звеном в системе разработки метода недирективного подхода являются феномены гипнотического транса и парадоксальная логика ИбессознательногоI.

Во-первых, феномен гипнотического транса рассматривается нами в аспекте как естественное явление, как биологическая необходимость для организма в целом, используется как инструмент в целях реконцептуализации основного психосоматического симптома, и для изменения модели видения пациента на основе новой информации в процессе транса. Во-вторых, парадоксальная логика транса создает творческое поле нестандартных решений проблем, не испытывает груза альтернативных ограничений, лежащих в основе Ідвойных связокI, предоставляет возможность выхода к конструктивной интеграции и при кажущейся неприемлемости компромиссов позволяет пациенту открыть для себя Ісрединный путьI решения. Метод недирективного подхода предполагает использование метафо-

рических историй, притчей, коанов в целях подстройки к сознательным процессам с одновременным получением доступа к бессознательным реакциям пациентов, сопротивляющихся трансу. Приемы косвенного недирективного воздействия, основанные на ИбессознательнойI переработке информации, являются основой разрабатываемого нами метода, имеющего отношение к гуманистическому направлению психотерапии. На фоне максимальной информированности больного о функциях ИбессознательногоI в трансе мы считаем возможным проведение безопасной недирективной подстройки, а также наведение транса. Глубинный механизм психосоматического и личностного изменения пациента основан на раскрытии и реализации скрытых способностей посредством обработки неопределенных высказываний врача-психотерапевта, запускающего внутренние бессознательные процессы поиска решения.

Активизация ресурсов ИбессознательнойI психики проводится также и различными ассоциативными высказываниями, и в том числе в форме разговорного описательного гипноза, который отличается от других методов, существующих в практике гипнотерапии, отсутствием приказных аспектов.

Нами созданы формулы разговорных текстов, вызывающих трансовые реакции при работе с группой пациентов. Проводилось изучение гипнабельности пациентов в зависимости от типа высшей нервной деятельности (по И.П.Павлову), и, учитывая степень внушиаемости пациента, проводился выбор ролевой позиции врача-психотерапевта в аспекте его директивного или недирективного подхода проведения психотерапевтической интервенции.

Разработанный нами недирективный подход в отечественной психотерапии устраниет когнитивный дефицит в системе взаимоотношения сознания и ИбессознательногоI, расширяет диапазон возможностей психотерапевтической помощи населению в эпоху продолжающихся демократических преобразований на Украине.

Заключение:

Впервые на Украине проведено изучение и обоснование нового течения в психотерапии – метода недирективного подхода. Предлагаемый метод имеет по типу воздействия недирективную направленность. В психотерапевтической практике лечения больных до настоящего времени на Украине не использовался этот подход.

Необходимость разрабатываемого направления вызвана объективным ходом истории, и логика психотерапевтической мысли отражает исторический фон перестройки, предлагая конструктивную модель иного видения, расширяющую границы возможностей психотерапии.

РИСУНОК: ТЕРАПИЯ И ДИАГНОСТИКА

О.Г.Юсопов

г. Павлодар

“Искусство – это человек плюс “природа”, т.е. натура, реальность, истина, но со смыслом, со значением и характером, которые в ней выделяет и выражает, “выхватывает”, открывает, высвобождает и проясняет художник”.

Винсент Ван Гог

Одним из проявлений отражения человеком реальности являются зрительные образы формы, цвета и движения. Восприятие стремится инстинктивно к упрощению и обобщению форм, к их организации в легко опознаваемые структуры. Тяга к упорядоченности пронизывает все мышление, служит основой для решения научных задач, задает тон в искусстве. Уже первобытный человек пытался материализовать свои представления о мире в форме наскальных рисунков. За счет этого, он получал возможность многократно переживать эмоциональные состояния, связанные со сложной для него деятельностью, но при этом без потерь энергии, как при физической деятельности. Ценность искусства состоит еще и в том, что оно способно в какой-то мере компенсировать цветоинформационный дефицит и обеспечить человеку необходимую психологическую разрядку. Возможно, синкретическое искусство, созданное кроманьонцами, сохранило и сделало их людьми, в отличие от неандертальцев, у которых искусства не было. Слияние искусства со многими, в том числе глубинными сторонами жизнедеятельности человека ранних культурно-общественных формаций, принято объяснять особым, примитивным складом мышления людей древности. Однако скорее всего были (и существуют до сих пор) какие-то и объективные биологические факторы, благодаря которым искусство сумело занять столь важное место в общественном и индивидуальном развитии человека, сделавшись в какой-то мере индикатором этих процессов. Человек по своей природе творец, но его творческие возможности находятся в скрытом, дремлющем состоянии и обычно не реализуются. Создавая особые психологические условия, побуждая человека к рисованию, можно разбудить его творческие наклонности, которые сами по себе способны “гармонизировать” психику и привести ее в состояние равновесия, поскольку творчество требует от человека координации всех психических сил. Параллельное развитие науки и искусства было и остается одним из важнейших условий существования человечества, но значение этого факта полностью было осознано людьми не так давно.

Большинство художников подчеркивают, что изобразительное творчество позволяет избавиться от чувства личной “несвободы”, “ограниченности”, как правило, связанной с незнанием новой для человека ситуацией, когда неизвестные закономерности окружающе-

го мира могут привести к непредсказуемым и опасным для человека результатам. Возникает страх неизвестного, из которого и рождается ощущение личной “приговоренности” к абсолютному безжалостному бытию. Именно в изобразительной деятельности представители богемы нашли “отдушину”, позволяющую обрести “свободу” и глотнуть свежего воздуха, избавившись от “приговоренности” к бытию. Каждый человек обладает своей внутренней, ему одному, свойственной цветовой шкалой, в цвете он может выразить свое настроение, особенности характера, представления и чувства.

Вещи не только преобразуются на пути от глаза рисующего к его руке, одновременно, совершается и другое таинство – это душа и плоть рисующего сilyatся заменить собой предметы, которые он пишет, изгнать их субстанцию, войти в них и обнаружить себя под внешней видимостью этих вещей, изображенных на полотне и живущих здесь другой жизнью, чем их собственная. Рисунок или картина – это выражение определенной концепции мира, философское сочинение, передаваемое посредством изобразительных знаков: цвета, формы, пространства и техники исполнения. Стремясь приблизить свое искусство к особенностям и своеобразию психического отражения внешнего мира, человек допускает деформацию реального восприятия и гармонизирует построенные им контуры и “цветовые мелодии” с помощью внутреннего ритма своего “Я”.

Искусство является основным, развивающимся исторически, методом гармонизации процессов эмоционального уровня и характеризуется следующими тремя аспектами:

Развлекательным. Он выражается в способности художественных форм вызывать спонтанную концентрацию сознания и таким образом отвлекать человека от ежедневных проблем и забот.

Компенсаторным. Этот аспект выражается в возможности, предоставляемой нам искусством, переживать ситуации, нехарактерные для среды в которой мы живем. С этой точки зрения, искусство обогащает наш опыт.

Катарсическим. Искусство способно освобождать нас от депрессивных эмоциональных ситуаций.

Согласно представлениям З.Фрейда первичные мысли и переживания, возникающие в подсознании, чаще выражены в форме образов и символов. Образ

художественного творчества отражает все виды бессознательных процессов. Карл Юнг настойчиво предлагал отображать пациентам свои сны и фантазии в рисунках. Один на один с листом бумаги человек имеет возможность выявить себя полностью.

Изучение языка живописи послужило появлению таких дисциплин как арт-терапия, цветопсихология, развитию проективных методов психоанализа, значительному продвижению в познании души. Однако дальнейшее изучение средств изобразительного искусства требует определенной систематизации знаний, четкой разработки критерии эффективности рисунка, как диагностического и терапевтического средства.

Изотерапия, как самостоятельное направление в лечебно-коррекционной и профилактической работе, насчитывает всего несколько десятилетий своего существования. Когда клиент в результате занятий преодолевает неуверенность и начинает свободно выражать свои страхи, потребности и фантазии, он вступает в соприкосновение со своим бессознательным и “разговаривает” с ним на символическом языке образов. Эта техника позволяет человеку выражать внутриструктурные конфликты в визуальной форме и постепенно переходить к их осознанию и вербализации. Поскольку нарушение ряда психических функций у человека при некоторых состояниях происходит в направлении, приближающем его к детству, неудивительно, что в этой ситуации для восстановления нарушенного осмысливания и восприятия окружающего природа вновь обращается к помощи уже испытанных ранее механизмов адаптации. К их числу относится и рисование.

На данный момент можно выделить следующие основные достоинства изотерапии:

1. Занятия изобразительной деятельностью дают социально приемлемый выход агрессии и другим агрессивным чувствам. Работа над рисунками, картинами является безопасным способом выпустить пар и разрядить напряжение.

2. Облегчает процесс лечения, внутренние конфликты и переживания, чаще всего легче выразить с помощью зрительных образов, чем их высказать. Невербальное общение легче ускользает от цензуры сознания.

3. Представляет материал для интерпретаций и диагностических заключений. Продукты художественного творчества долговечны и пациент не может отрицать факт их существования. Содержание и стиль рисунка дают информацию о клиенте, который сам может интерпретировать свои произведения.

4. Позволяют проработать мысли и чувства, которые пациент привык подавлять. Иногда невербальные средства являются единственными возможными для выражения переживаний, убеждений.

5. Совместная изобразительная деятельность может способствовать созданию отношений эмпатии и взаимного принятия.

6. Помогает развить чувство внутреннего контроля в работе над рисунком, сконцентрировать внимание

на своих ощущениях и чувствах, предполагает порядок в форме и цвете.

7. Развивает художественные способности и повышает самооценку. Занятия изотерапией приносят чувство удовлетворения.

Исходя из вышесказанного, применение изотерапии может быть важным компонентом в реабилитации наркозависимых, особенно на последних этапах, а применение рисуночных психоаналитических методик позволяет проследить характер изменений особенностей личности пациента. В изобразительной деятельности отчетливо выступает как трудотерапевтический радикал (само рисование, подготовка материала и пр.), так и психотерапевтический радикал, который может иметь в конкретных случаях преимущественно седативную, активирующую, катарическую и иную направленность. Удивительные, необычные сочетания цветовой гаммы, своеобразные формы, самобытное выражение сюжета, - все это непосредственно связано с особенностями мироощущения больного, с его чувствами, переживаниями, отражающими скрытые элементы болезни. Приобретенные способы самовыражения, положительные эмоции, полученные в ходе рисования, снижают агрессивность, повышают самооценку. Изобразительная деятельность является мощным средством сближения людей, своеобразным мостом между специалистом и пациентом. Специалист, управляя тематикой рисунков, добивается концентрации индивидуума на конкретных, значимых для него проблемах. Вместе с возможностью “отреагирования” рисование по специально подобраным сюжетам способствует осознанию, кристаллизации собственных проблем, лучшему пониманию происходящего вокруг и внутри себя.

Определенные достоинства рисования по сравнению с другими видами деятельности в том, что оно требует согласованного участия многих психических функций и напрямую связано со зрением, двигательной координацией, речью и мышлением и, наконец – это важный информационный и коммуникативный канал. Как и всякое искусство, это особый вид коммуникации, который предоставляет человеку возможность рассказать о себе то, что он никогда не отважился бы сказать на словах и что на словах выглядело бы грубым и вульгарным. Некоторые особенности рисунка в образной, иносказательной форме многое говорят о его авторе, иногда помимо его желания. В творчестве достигается максимальное самовыражение, и к тому же “этот язык не лжет”. Информация, полученная при анализе рисунков, используется психотерапевтом для лучшего понимания сущности конфликта и намерений индивида, для ускорения и углубления психотерапевтического контакта. Но, чтобы правильно читать скрытый подтекст рисунка, требуется серьезная специальная подготовка и умение разбираться в “изобразительном языке”. Философ Шопенгауэр заметил, что перед произведением искусства нужно вести себя, как в присутствии короля: ждать молча, пока оно не заговорит само, иначе рискуешь не получить ответа. Но это от-

носится к восприятию не только искусства, но и природы, и всей жизни.

При чтении рисуночных текстов необходимо учитывать, по моему мнению, следующие важные положения:

1. Активное взаимодействие человека с окружающей его действительностью осуществляется посредством ряда параллельно функционирующих каналов связи.

2. Перерабатываемая по различным каналам информация суммируется в специфическом универсальном коде, обеспечивающем перекрестную связь между разнокодовыми элементами информационного тезауруса человека.

3. Процесс построения образа, по всей видимости, протекает, как неосознаваемая психическая деятельность и осуществляется в универсальном коде, который в наибольшей степени доступен для чтения в виде символов и образов, появляющиеся на листе бумаги.

4. Поскольку бессознательное не отделено от сознания, результат процесса построения образа должен, очевидно, формироваться “на стыке” универсального кода и доступных для выхода в “окно со-

знания” продуктов обработки информации, поступающей по различным каналам.

5. Независимо от характера используемого кода, образ результата деятельности представляет собой компрессию смысла всей предстоящей деятельности, ее квинтэссенцию.

Нечто большее, чем просто изображение охоты, мы видим уже на рисунках, сделанных первобытными людьми. Когда, глядя на картину, мы говорим, что она внушает успокоение или тревогу, мы в какой-то мере отвлекаемся от тех предметов, которые на ней изображены, и угадываем в ней тот общий смысл, который определяется ее структурой, сочетанием всех его элементов. И это тоже результат не логического рассуждения, а интуиции – непосредственного созерцания. Это эстетическое восприятие, которому свойственно извлекать смысл из увиденного прежде, чем рассудок успеет наклеить на него ярлыки значений. Само по себе понимание – далеко не все, но в нем начало свободы. Как хорошо сказал один умный человек еще в древние времена – все может надоест, кроме понимания. Я надеюсь, что вкус к радужным, самоутешительным мыльным пузырям тоже надоест и час понимания близок.

ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМЫ ИЗМЕРЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ИНИЦИАТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

кандидат физико-математических наук В.И. Яценко

В настоящей работе представлены результаты двух шестичасовых сессий психокоррекции методами инициатической психотерапии у пациентов: мамы и ее сына 14 лет. Сессии проводил преподаватель и супервизор практики Общероссийской Профессиональной Психотерапевтической Лиги (ППЛ) Анатолий (Запорожченко) при моем участии. Для оценки эффективности психокоррекции использовалась разработанная мною следующая методика. На левой руке пациента тонометром измеряют артериальное давление 9 раз подряд, причем после третьего и шестого замеров пациент выполняет по 10 приседаний. По результатам замеров артериального давления (АД) рассчитывают на программируемом микрокалькуляторе по специальной программе значения коэффициента системности психофизического состояния Кс, измеряемого в процентах. По ре-

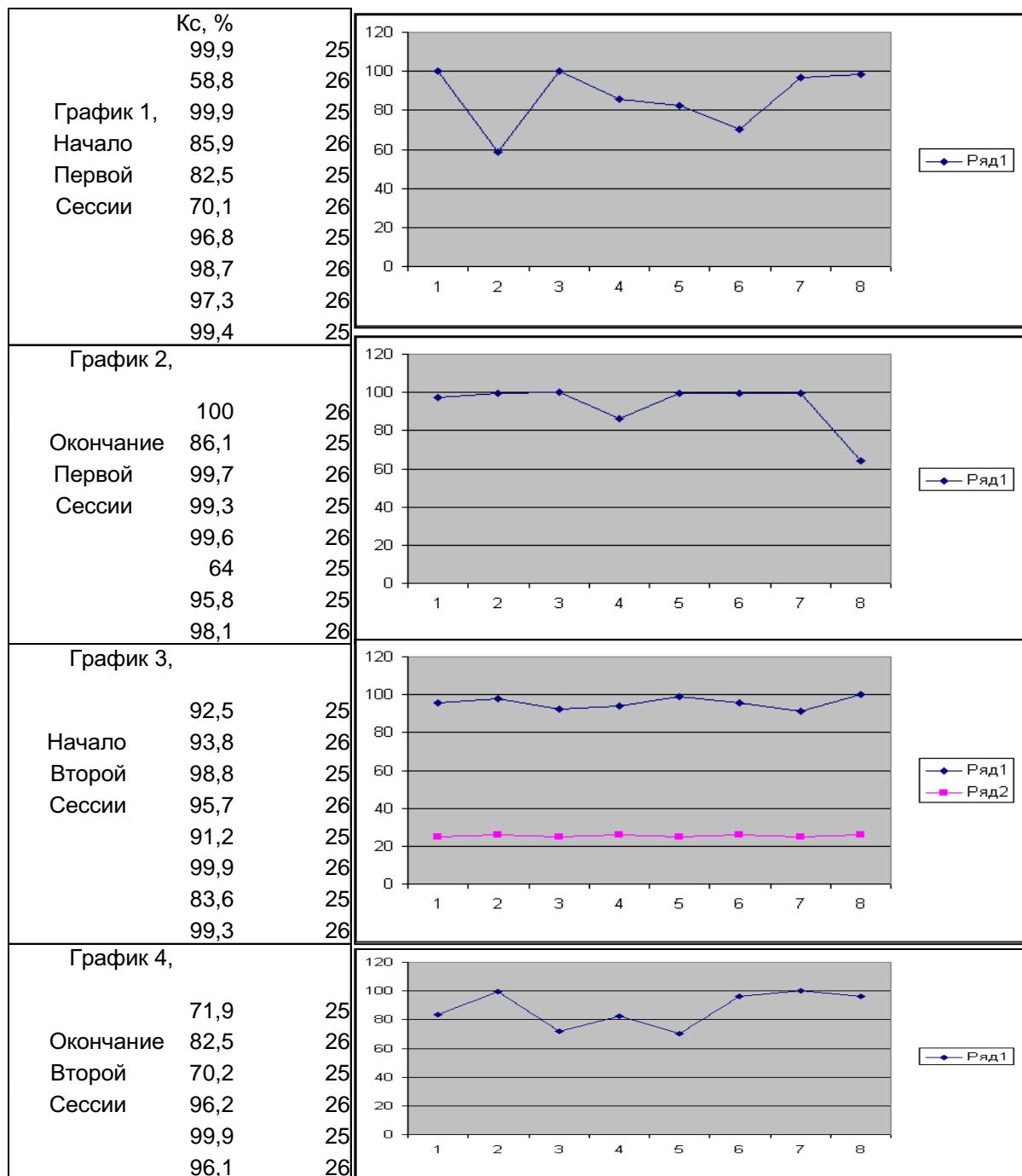
зультатам расчетов Кс строят график зависимости коэффициента системности психофизического состояния Кс от номера замера АД.

Измерения АД для обоих пациентов проводили в начале первой сессии (графики 1 на Рис.1 и 2), при окончании первой сессии (графики 2), в начале второй сессии (графики 3) и при окончании второй сессии (графики 4). В Таблице представлены для примера данные замеров артериального давления у пациентки в начале первой сессии и рассчитанные по ним значения коэффициента системности психофизического состояния Кс, по которым построен график 1 на Рис.1. Коэффициент Кс характеризует системность изменения АД последующего замера по отношению к АД предыдущего замера с учетом среднего значения АД. Поэтому для 9 замеров АД рассчитывают 8 значений Кс, которые приведены в Таблице.

Таблица

Номер замера	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Среднее Значение
АД, mmHg	92/ 66	96/ 68	106/ 66	102/ 71	104/ 72	106/ 66	104/ 74	109/ 76	104/ 73	102,5/ 70,2
Kс, %	99,9	58,8	99,9	85,9	82,5	70,1	96,8	98,7		86,6

Рис.1. Динамика изменений системности психофизического состояния пациентки



Два первых значения Кс для первых трех замеров АД характеризуют влияние психоэмоциональной сферы на согласованность психофизиологического функционирования организма при отсутствии воздействия на него физической нагрузки. Как видно из графиков 1 на Рис.1, 2, до начала физической нагрузки у пациентки проявляется психоэмоциональная активность, наблюдаются значительные отклонения от сбалансированного психофизического состояния ($Kc = 59\%$). У пациента до начала физической нагрузки поддерживается внутренний баланс организма: $Kc = 98 - 100\%$. При воздействии физической нагрузки внутренний баланс организма и матери и сына в значительной степени нарушается (минимальное значение Кс у матери 70%, у сына 43 %). Равновесие восстанавливается только после окончания физической нагрузки. Графики 2 показывают, что после окончания первой сессии сбалансированность в организме обоих пациентов повысилась и становится более стабильной во времени. На графике пациентки (график 2, Рис.1) наблюдается резкое снижение последнего значения Кс. Пациентка объясняет это тем, что при последних замерах АД она начала думать о том, что ей надо будет купить в магазине по дороге домой после окончания сессии. Эти размышления привели к заметному дисбалансу в организме.

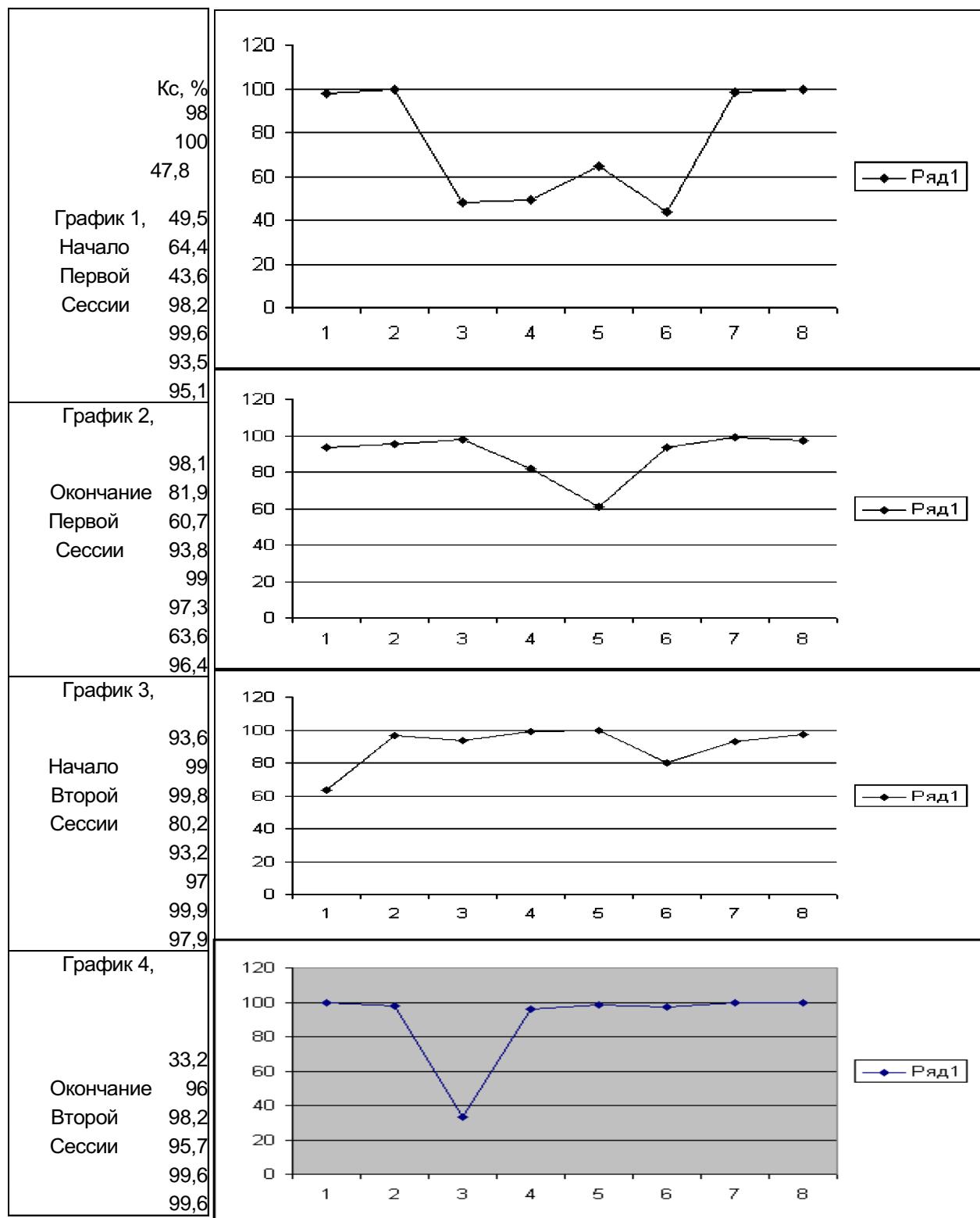
В начале второй сессии графики обоих пациентов (графики 3, Рис.1 и 2) показывают, что за время между сессиями у пациентов произошло усвоение знаний и навыков, полученных на первой сессии. Графики выровнялись: минимальное значение Кс у матери стало 91%, у сына - 80%.

После окончания второй сессии на графике пациента (график 4, Рис.2) все значения Кс, кроме третьего, больше 95%. Это говорит о достижении пациентом состояния, близкого к медитативному состоянию. Рез-

кое отклонение от равновесия в организме, соответствующее третьей точке на графике ($Kc = 33\%$), пациент объясняет тем, что когда он делал первую серию приседаний, у него “прострелило” в пояснице, и временно были неприятные ощущения. На графике пациентки (график 4, Рис.1) наблюдается снижение значения Кс = 70 – 82% по сравнению с предыдущим графиком (график 3, Рис.1). Этот факт пациентка объясняет тем, что во время измерений АД она отвлеклась, начала читать информацию на листах, развешенных на стене.

Практика проведения сессий инициатической психотерапии показывает, что обсуждение с пациентами их графика зависимости коэффициента системности психофизического состояния Кс от номера замера АД и динамики изменения этого графика помогает психотерапевту настроить пациента на серьезную работу по трансформации того разрушительного опыта, который был накоплен пациентом ранее. Кроме этого диагностика психофизического состояния человека по графику помогает психотерапевту выявить динамику психосоматических изменений у пациента и определить действенность используемых методов психокоррекционной работы. Во время проведения сессий инициатической психотерапии замечено, что полная согласованность в работе организма, которая характеризуется значениями $Kc = 99 - 100\%$, достигается в состоянии медитации. При активизации психоэмоциональной сферы значения Кс снижаются. Психокоррекционная работа с пациентом приводит к уменьшению отклонений Кс от 100% при выполнении им любой деятельности. У пациента повышается стрессоустойчивость, улучшается самочувствие, повышается эффективность его деятельности, гармонизируются отношения с людьми и ситуациями.

Рис.2. Динамика изменений системности психофизического состояния пациента



ПСИХИАТРИЯ

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ДИНАМИКЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 1992-2000 Г.Г.

Б.С.Айдельдяев

В последние годы параллельно социально-экономическим переменам в стране происходит реорганизация психиатрической службы в целом и ее судебно-психиатрического раздела, в частности. Основываясь на данных государственной статистики, нами проанализирована деятельность судебно-психиатрической службы

Республики Казахстан в динамике за 1992-2000 годы.

В Республике Казахстан в 2000 г. функционировали 23 судебно-психиатрические экспертные комиссии (СПЭК). Из них проводили только амбулаторное освидетельствование 10 СПЭК (43,4%), только стационарное – 1 СПЭК (4,3%) и оба вида – 12 СПЭК (52,8%).

Таблица 1

Число судебно-психиатрических экспертных комиссий (СПЭК) в Республике Казахстан в 1992-2000 г.г.

Годы	Всего СПЭК	из них проводят освидетельствование:					
		только амбулаторное		только стационарное		оба вида	
		абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
1992	22	5	22,7	1	4,5	16	72,7
1993	22	11	50,0	1	4,5	10	45,5
1994	22	10	45,5	1	4,5	11	50,0
1995	22	10	45,5	1	4,5	11	50,0
1996	22	11	50,0	1	4,5	10	45,5
1997	24	12	50,0	1	4,2	11	45,8
1998	21	8	38,1	1	4,8	12	57,1
1999	23	10	43,5	1	4,3	12	52,2
2000	23	10	43,5	1	4,3	12	52,2

Судебно-психиатрические экспертные комиссии функционируют в каждой области, включая г.Астана и Алматы. Кроме того, наиболее сложные случаи экспертиз проводятся СПЭК, развернутой на базе Республиканской клинической психиатрической больницы в г. Алматы.

За период с 1992 г. число СПЭК в Республике Казахстан в целом почти не изменилось: в 1992 г. было 22 комиссии, к 2000 г. стало 23, хотя в 1997 г. отмечалось увеличение числа комиссий до 24, а в 1998 г., наоборот, уменьшение числа комиссий до 21.

Вместе с тем, в составе комиссий по видам проводимых экспертиз в период 1992-1993 г.г. произошло заметное изменение: с 5 до 11 возросло число СПЭК, проводящих освидетельствование только амбулаторно, и с 16 до 10 сократилось число СПЭК, проводящих освидетельствование и амбулаторно, и стационарно. После 1993 г. изменения в составе СПЭК по видам проводимых экспертиз были минимальны. Отметим, что только стационарное освидетельствование в Республике Казахстан проводится лишь в 1 СПЭК.

В 2000 г. в Республике всего было проведено 13804 судебно-психиатрических экспертиз, что составило 9,3 в расчете на 10 тыс. человек населения. По сравнению с 1992 г. число экспертиз возросло на 2250, или на

19,5%.

При общей тенденции увеличения числа экспертиз за анализируемый период, в 1997-1998 г.г. абсолютное число экспертиз несколько снижалось (на 2,2-2,5%), но в 1999-2000 г.г. снова наблюдался рост в пределах 4,5-5,3% ежегодно. В расчете на население число экспертиз с 1992 г. по 2000 г. возросло с 6,8 до 9,3, или на 36,8%.

Темп прироста показателя числа судебно-психиатрических экспертиз в расчете на население выше темпа прироста абсолютного числа экспертиз, что может быть объяснено некоторым уменьшением численности населения в Республике.

При рассмотрении темпов прироста показателя числа экспертиз в расчете на население при цепном основании обращает внимание, что после значительного прироста показателя в 1993 г., по сравнению с 1992 г. (на 11,8%), в последующие 1994, 1995, 1997 годы наблюдалось снижение темпов прироста (соответственно на 5,3%, 3,8%, 1,2%), а в 1996 и 1998 г.г. отмечалось даже падение темпов прироста до минусовых значений (-3,6% и -1,2%). Однако в 1999 и 2000 г.г. темпы прироста показателя числа экспертиз в расчете на население оказались весьма заметными – соответственно на 8,8% и 6,9%.

Такой заметный прирост показателя числа экспертиз в расчете на население вполне коррелирует с тенденцией увеличения числа как правонарушений в це-

лом, так и общественно опасных действий (ООД), совершаемых психически больными в Республике в последние годы.

Таблица 2

Число судебно-психиатрических экспертиз, осуществляемых СПЭК Республики Казахстан в 1992-2000 г.г.

Годы	Число судебно-психиатрических экспертиз		Темп прироста числа СПЭ в расчете на население (%)	
	абс.	на 10 тыс. населения	при постоянном основании	при цепном основании
1992	11554	6,8	-	-
1993	12880	7,6	11,8	11,8
1994	13385	8,0	17,6	5,3
1995	13740	8,3	22,1	3,8
1996	13154	8,1	17,6	-3,6
1997	12870	8,1	19,1	1,2
1998	12543	8,0	17,6	-1,2
1999	13113	8,7	27,9	8,8
2000	13804	9,3	36,8	6,9

По видам судебно-психиатрического освидетельствования основную массу экспертиз составили амбулаторные – 12974, или 94,0%; 743 экспертизы были проведены стационарно (5,4%) и всего 87 экспертиз были заочными (0,6%).

За период с 1992 г. по 2000 г. общее число экс-

пертиз, как мы уже отмечали, возросло на 2250, или на 19,5%. Число амбулаторно проведенных экспертиз увеличилось на 2288, или на 21,4%, заочных – на 35, или на 67,3%. И только число стационарно проведенных экспертиз снизилось на 73, или на 8,9%.

Таблица 3

Структура судебно-психиатрической экспертной работы по видам экспертиз в Республике Казахстан в 1992-2000 г.г.

Годы	Всего	в том числе освидетельствование:					
		амбулаторное		стационарное		заочное	
		абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
1992	11554	10686	92,5	816	7,1	52	0,4
1993	12880	12145	94,3	696	5,4	39	0,3
1994	13385	12623	94,3	727	5,4	35	0,3
1995	13740	12883	93,8	810	5,9	47	0,3
1996	13154	12345	93,8	757	5,8	52	0,4
1997	12870	12046	93,6	772	6,0	52	0,4
1998	12543	11802	94,1	684	5,4	57	0,5
1999	13113	12376	94,4	674	5,1	63	0,5
2000	13804	12974	94,0	743	5,4	87	0,6

Примечание: в числе испытуемых нет данных о числе экспертиз в суде, поскольку они проходят по отчетам МВД Республики.

В динамике с 1992 по 2000 г.г. доля амбулаторно проведенных судебно-психиатрических экспертиз в общем объеме СПЭ несколько возросла – с 92,5% до 94,0%, доля заочно проведенных экспертиз также несколько увеличилась – с 0,4% до 0,6%, а доля стационарно проведенных экспертиз снизилась с 7,1% до 5,4%.

В 2000 г. число испытуемых, прошедших освиде-

тельствование в судебно-психиатрических экспертных комиссиях Республики Казахстан, составило 13717, что больше числа прошедших освидетельствование в 1992 г. на 2215 человек, или на 19,3%. Из этого числа 12469 были подследственными, то есть проходили экспертизу по уголовным делам, их число за анализируемый период возросло на 1417 человек, или на 12,8%; 462 прошли экспертизу в качестве свидетелей и потерпев-

ших, их число увеличилось на 247 человек, или на 114,9%, то есть увеличилось в 2,15 раза; прошедшие судебно-психиатрическую экспертизу по гражданским делам составили 786 человек, их число возросло на 551 человека, или в 3,35 раза (на 234,5%).

Таблица 4

Контингенты испытуемых, прошедших освидетельствование в СПЭК Республики Казахстан в 1992-2000 г.г.

Годы	Всего испытуемых		из них:					
			подследственные		свидетели и потерпевшие		по гражданским делам	
	абс.	темпер прироста в %	абс.	темпер прироста в %	абс.	темпер прироста в %	абс.	темпер прироста в %
1992	11502	-	11052	-	215	-	235	-
1993	12841	11,6	12355	11,8	264	22,8	222	-5,5
1994	13350	4,0	12856	4,1	251	-4,9	243	9,5
1995	13693	2,6	13184	2,6	280	11,6	229	-5,8
1996	13102	-4,3	12437	-5,7	313	11,8	352	53,7
1997	12818	-2,2	12093	-2,8	329	5,1	396	12,5
1998	12486	-2,6	11825	-2,2	302	-8,2	359	-9,3
1999	13050	4,5	12252	3,6	393	30,1	405	12,8
2000	13717	5,1	12469	1,8	462	17,6	786	94,1

Примечание: без осужденных на предмет определения психического здоровья экстремального, освидетельствование которых проводится комиссиями МВД РК.

При рассмотрении динамики структуры испытуемых по годам видно, что в целом по всем подэкспертным и по категории подследственных снижение числа прошедших экспертизу, имело место в 1996-1997-1998 г.г., а затем рост возобновился. По категории свидетелей и потерпевших снижение числа прошедших экспертизу наблюдалось в 1994 и 1998 г.г., а по прошедшем экспертизу по гражданским делам – в 1993 и 1998 г.г. После 1998 г. рост числа прошедших экспертизу возобновился и по этим двум категориям подэкспертных. Отметим весьма значительный всплеск числа прошедших экспертизу по гражданским делам в 2000 г. – 786

Как видим, в динамике за 9-летний период наибольшие темпы прироста наблюдались по двум категориям подэкспертных: по свидетелям и потерпевшим и по прошедшем экспертизу по гражданским делам; наименьшим был прирост числа испытуемых подследственных.

по сравнению с 405 в 1999 г., или увеличение почти в 2 раза (на 94,1%).

В структуре испытуемых, прошедших судебно-психиатрическое освидетельствование в 2000 г., подавляющее большинство составляют подследственные – 90,9%, на долю прошедших экспертизу по гражданским делам пришлось 5,7%, а на свидетелей и потерпевших – 3,4%. В динамике с 1992 г. по 2000 г. доля подследственных понемногу снижалась: с 96,1% до 90,9%, а доли двух других категорий возрастали: доля свидетелей и потерпевших поднялась с 1,9% до 3,4%, а доля, прошедших экспертизу по гражданским делам, с 2,0 до 5,7%.

Таблица 5

Структура контингентов испытуемых, прошедших освидетельствование в СПЭК в 1992-2000 гг. (в %)

Годы	Всего испытуемых	из них:		
		подследственные	свидетели и потерпевшие	по гражданским делам
1992	100,0	96,1	1,9	2,0
1993	100,0	96,2	2,1	1,7
1994	100,0	96,3	1,9	1,8
1995	100,0	96,3	2,0	1,7
1996	100,0	94,9	2,4	2,7
1997	100,0	94,3	2,6	3,1
1998	100,0	94,7	2,4	2,9
1999	100,0	93,9	3,0	3,1
2000	100,0	90,9	3,4	5,7

Поскольку доли свидетелей, потерпевших и прошедших экспертизу по гражданским делам относительно невелики, рассмотрим интенсивный показатель числа судебно-психиатрических экспертиз только по категории подследственных. В расчете на 10 тыс. человек

населения число подследственных возросло с 6,7 в 1992 г. до 8,4 в 2000 г., то есть увеличилось на 25,4%. Однако в отдельные годы (в 1996 и 1998 г.г.) интенсивные показатели снижались по причине уменьшения числа подследственных, проходивших экспертизу.

Таблица 6

Число подследственных испытуемых в Республике Казахстан в 1992-2000 г.г.

Годы	Абсолютные числа подследственных	На 10 тыс. населения	Темп прироста числа подследственных в расчете на население (в %)	
			при постоянном основании	при цепном основании
1992	11052	6,7	-	-
1993	12355	7,3	9,0	9,0
1994	12856	7,7	14,9	5,5
1995	13184	8,0	19,4	3,9
1996	12437	7,6	13,4	-5,0
1997	12093	7,7	14,9	1,3
1998	11825	7,6	13,4	-1,3
1999	12252	8,2	22,4	7,9
2000	12469	8,4	25,4	2,4

Проведенное нами сравнение некоторых показателей деятельности судебно-психиатрических экспертных комиссий в Республике Казахстан с аналогичными показателями в Российской Федерации за 1999 г., выявило некоторые их различия.

Число проведенных судебно-психиатрических экспертиз, в расчете на 10 тыс. населения, в РФ достигало в 1999 г. 12,2, а в Республике Казахстан – 8,7, то есть было меньше в 1,4 раза.

По видам освидетельствования судебно-психиатрические экспертизы также различались: в Казахстане удельный вес амбулаторных экспертиз достигал 94,4%, в РФ он был равен 85,1%; вместе с тем в Казахстане меньше, чем в РФ, были удельные веса стационарно проводимых экспертиз (соответственно 5,1% по сравнению с 12,5%) и заочных экспертиз (0,5% по сравнению с 2,4%).

Весьма различались удельные веса судебно-психиатрических экспертиз по гражданским делам в Республике Казахстан и Российской Федерации: в РФ доля таких экспертиз, в общем числе экспертиз, достигала 13,1%, а в Казахстане – только 5,7% (разница в 7,4 пункта). Вместе с тем характер экспертных решений был очень схож: в 93,2% случаев лица были признаны недееспособными в РФ и в 94,4% - в Казахстане.

Резюмируя вышеизложенное, следует отметить следующие основные тенденции в динамике деятельности судебно-психиатрической службы Республики Казахстан.

Сеть судебно-психиатрических экспертных комиссий в Республике Казахстан в 1992-2000 г.г. практически не изменилась.

Число всех видов экспертиз, осуществленных СПЭК, за этот период увеличилось на 19,4% (в 1,2 раза), при этом значительное возрастание темпов прироста числа экспертиз наблюдалось в 1999-2000 г.г. В расчете на 10 тыс. населения число судебно-психиатрических экспертиз составило 9,3 (в 1992 г. – 6,81) и увеличилось на 36,8% по сравнению с 1992 г.

В структуре судебно-психиатрических экспертиз преобладают амбулаторные экспертизы (94,0%), на долю стационарных приходится только 5,4%, совсем мала доля заочных экспертиз (0,6%). В динамике число амбулаторных и заочных экспертиз возрастало, а число стационарных экспертиз снижалось.

В контингенте подэкспертных преобладали подследственные испытуемые (90,9%), на свидетелей и потерпевших приходилось 3,4%, на прошедших экспертизу по гражданским делам – 5,7%. В динамике за анализируемый период доля подследственных уменьшалась, а доли двух других категорий испытуемых (свидетелей и потерпевших и прошедших экспертизу по гражданским делам) увеличивались. По абсолютным данным числа испытуемых увеличились по категории подследственных всего на 12,8%, по категории свидетелей и потерпевших – в 2,15 раза (на 114,9%), по прошедшим экспертизу по гражданским делам – в 3,35 раза (на 234,5%).

ПСИХИЧЕСКОЕ И СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

А.М.Нашкенова

Статистические данные зарубежных стран, публикации ООН и ВОЗ свидетельствуют о том, что самоубийства в наши дни стали одной из глобальных проблем мирового сообщества. Ежегодно в мире погибает 500000 человек, а число лиц, пытавшихся покончить собой, достигает 5 млн. В развитых странах самоубийство входит в число 5 наиболее распространённых причин смерти (хроника ВОЗ, 1960, 1968; отчёт о совещании ВОЗ, 1981). Эти данные, несомненно, преуменьшены, т.к. общая степень недоучёта самоубийств в официальной статистике оценивается как 25-40%.

Согласно общемировому стандарту, значение показателя менее 9 самоубийств на 100000 населения считается низким, от 10 до 19 – средним, от 20 до 30 – высоким и выше 30 – сверхвысоким. Наша Республика в этом отношении представляет неблагоприятную зону и входит в группу стран с наивысшими проявлениями суицидального поведения. Так, в 1997 г. по данным Госкомстата в Казахстане было совершено 4700 самоубийств, что составляет 30,4 человек на 100000 жителей. В сравнении с 1990 г. смертность от самоубийств в Казахстане увеличилась на 1522 человека, и составляет 47,89 %.

Наиболее неблагоприятными в отношении суицида являются Северо-Казахстанская область (59,4 на 100 тыс. нас.), Восточно-Казахстанская область (55,0), Карагандинская область (39,6), Костанайская (39,3), Западно-Казахстанская (37,0), Павлодарская (35,8), Атырауская (29,3). Менее уязвимы в этом отношении Кзылординская область (13,2), Южно-Казахстанская (14,1).

Другой официальной тенденцией в развитии суицидологической ситуации в мире является “омоложение” самоубийств (Н.М.Жариков и др., 1997). С точки зрения разных исследователей, суицидальное поведение учащается с возрастом, достигая максимума в подростковом возрасте, так что пик суицидальной активности падает на 15-19 лет (Н.М.Иовчук, А.А.Северный, 1999; S.Glerget et al., 1997).

Приведенные сведения отражают актуальность этой сложной и многогранной проблемы. Определение риска и превентивная работа являются одной из важнейших целей суицидологии.

Степень выраженности суицидального риска может определяться не только статистическим путём. Суицидоопасность популяции может определяться и косвенным образом, через признаки или показатели социально-психологической дезадаптации: чем больше дезадаптирующих факторов действует на членов данной популяции, тем выше суицидальный риск для каждого из них в отдельности, а, следовательно, выше и суицидоопасность всей популяции (М.Б.Данилова, И.М.Елисеев, Л.И.Постовалова, 1978).

С учётом вышесказанного нами сделано предположение, что одним из дезадаптирующих факторов в популяции подростков являются психическое и соматоневрологическое неблагополучие. Для подтверждения данного положения мы изучили психическое и соматоневрологическое состояния здоровья подростков в пресуицидальном периоде.

Наше исследование проводилось на базе Республиканской клинической психиатрической больницы и Республиканского токсикологического Центра, и было реализовано с применением клинико-психопатологического, клинико-катамнестического, экспериментально-психологического методов обследования. Оценка соматического и неврологического статусов проводилась с применением традиционных методов исследования функционального состояния органов и систем, а также с учётом результатов обследования суицидентов соответствующими специалистами (терапевтом, невропатологом). Объектом изучения явились 33 подростка, поступивших в психиатрический стационар (12 ч.) и в токсикологический Центр (21 ч.) в связи с суицидальными попытками, совершёнными впервые (64%), и повторными суицидальными (36%). Среди них 9 подростков мужского пола и 23 – женского в возрасте 15-20 лет. Средний возраст суицидентов составлял 18,8 лет. При определении границ подросткового возраста мы руководствовались данными ВОЗ, выдвигающей на первый план биологический критерий и рассматривающей этот возраст в пределах от 10 до 20 лет (цит. по Р.Г.Илешевой, 1992). Абсолютное количество девочек-суицидентов было значительно больше, чем мальчиков, что полностью соотносится с литературными данными, свидетельствующими о существенном преобладании суицидальных попыток у подростков-девочек по сравнению с мальчиками, у которых превалируют завершённые суициды.

В результате клинического обследования было выявлено следующее. Среди обследованных 1 группу составили 45,5% практически здоровых в психическом отношении подростков, у них можно было констатировать лишь некоторую акцентуацию характерологических черт. Ретроспективный анализ и клинические наблюдения показали, что на пресуицидальном этапе под воздействием психогенеза у таких лиц развивались изменения преимущественно в аффективной сфере в виде интенсивных отрицательных эмоций-подавленности, беспокойства, тоски, страха, тревоги. Тревожный аффект сопровождался искажённым восприятием времени, психотравмирующая ситуация оценивалась как “всеобъемлющая катастрофа”, происходило нарушение личностной идентификации с заниженной самооценкой, нарушились познавательные процессы. Тем не

менее, отмеченные психические расстройства не имели целостной клинической картины, не достигали синдромального уровня, являлись преходящими и длились от нескольких дней до 1 месяца. По клиническим проявлениям выявленные психические расстройства оправдано было отнести к адаптационным (приспособительным) реакциям.

39,4% составили 2 группу с так называемыми пограничными расстройствами. Наиболее актуальными в этой группе оказались следующие диагностические рубрики в соответствии с МКБ-10: расстройство личности (F60) – 4 ч., острые реакции на стресс (F43.0) – 1 ч., пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройствами адаптации (F43.21) – 2 ч., смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации (F43.25) – 2 ч., депрессивный эпизод лёгкой степени (F32.0) – 4 ч. При расстройствах личности особое значение в формировании суицидального поведения имели ситуации, при которых ущемлялось гипертрофированное стремление больных к самостоятельности, независимости; при невротических и аффективных расстройствах в мотивах отражались переживания собственной несостоительности, обиды, одиночества.

3 группа - психически больных - составила 15,2%. Диагностическими рубриками для этой группы в соответствии с МКБ-10 оказались шизоаффективное расстройство, депрессивный тип (F25.1) – 1 ч., параноидная шизофrenия (F20.0) – 1 ч., шизотипическое расстройство (F21) – 1 ч., органический галлюциноз (F06.0) – 1 ч., расстройство личности и поведения вследствие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга (F07) – 1 ч. В этих случаях причины суицида были непосредственно связаны с психопатологическими особенностями клинической картины заболеваний, и в частности, с его ведущим синдромом.

На соматоневрологическом уровне в одном случае отмечался детский церебральный паралич; у 3 подростков имела место серьёзная сердечная патология-порок сердца, причём у одного подростка эта патология

“напрямую” привела к суициdalной попытке, вызвав декомпенсацию патохарактерологических черт вследствие развития депрессивно-ипохондрических переживаний с чувством собственной неполноты. В преобладающем большинстве наблюдений (61%) были обнаружены последствия ранних резидуально-органических поражений головного мозга инфекционного и травматического генеза. Экзогенные вредности (в 50% случаев) в виде инфекционно-вирусных заболеваний приводили к соматической ослабленности и астенизации психоэмоциональной сферы, что, в свою очередь, способствовало формированию “патологической почвы” для осуществления суицидального акта.

Таким образом, суицидальное поведение подростков прямо или косвенно связано с наличием у них различных предшествующих патологических процессов в психической и соматоневрологической сферах, что свидетельствует о многообразии дезадаптирующих факторов и необходимости комплексного подхода в решении проблемы суицидов.

Литература:

1. Иовчук Н.М., Северный А.А. Депрессия у детей и подростков. Москва, “Школа-пресс”, 1999 – 80 с. С.19-23.
2. Илешева Р.Г. Нарушения поведения у детей и подростков. - Алма-Ата: Наука Каз. ССР, 1990-160 с.; 17 см.
3. Данилова М.Б., Елисеев И.М., Постовалова Л.И. Некоторые социально-клинические характеристики группы высокого суицидального риска. Труды Московского научно-исследовательского института психиатрии. Т.82, Москва, 1978.- С. 171-184.
4. Жариков Н.М., Иванова А.Е., Анискин Д.Б., Чуркин А.А. Самоубийства в Российской Федерации как социopsихиатрическая проблема. Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова, 6'1997, с. 9-15.
5. Glerget S., Valet G., Zagdanski O., Fiorina S. Adolescence et suicide a la re'U// Neuropsychiat. enfance at adolescence.- 1997.- v.45 № 9.- P. 483-486.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ИНТЕЛЛЕКТА И КРЕАТИВНОСТИ В УСЛОВИЯХ РОДИТЕЛЬСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ

В.А.Руженков

Интеллект, в переводе с латинского *intellectus* — понимание, познание; *intellectum* — разум, по определению Д.Векслер, понимается как способность индивида к целесообразному поведению, рациональному мышлению и эффективному взаимодействию с окружающим миром. При этом успешность решения интеллектуальных тестов зависит как от интеллектуальных параметров, так и от приобщенности к культуре, любознательности, двигательной активности. На развитие интеллекта влияют множество факторов, в числе

которых два главных: наследственность и актуальная жизнь субъекта, которая ставит проблемы, создает сложности и противоречия, которые необходимо преодолевать субъекту [1]. Согласно другого взгляда [2], интеллектуальное развитие рассматривается как эффект общей социализации человека. Выделяют два вида интеллекта — вербальный и невербальный. Первый — отражает приобретенные индивидом способности, а невербальный — его природные психофизиологические возможности.

Наряду с интеллектом в англо-американской психологии в середине 50-х годов началось изучение особых способностей — креативности (от латинского *creatio* — создание, сътворение), толчком к выделению которых послужили данные об отсутствии связи между традиционными тестами интеллекта и успешностью решения проблемных задач. Исследования показали, что во всех странах дети, принадлежащие к привилегированному классу, получили более высокие оценки по тестам креативности, чем их сверстники из среднего и низшего классов. Это обстоятельство связано с особенностями внешней среды, которая, для развития оптимальной креативности должна отличаться богатством информации и большой свободой. Формирование же личности в условиях лишения родительского попечительства сопровождается вялостью эмоций, неуверенностью в себе, неумением организовать отношения, как со сверстниками, так и взрослыми и отставанием развития интеллектуальной и эмоциональной сфер. Неблагополучное развитие интеллектуальной сферы приводит к слабой успеваемости, в свою очередь, приводящей к низкой информированности, узкому кругозору, блокирующих воображение и фантазию [3, 4], что затрудняет социально-психологическую адаптацию детей-сирот.

Целью исследования было сравнительное изучение уровня развития интеллекта и креативности у подростков, воспитывающихся в условиях лишения родительского попечительства и подростков из полных благополучных семей.

Задачи исследования:

1. Определение уровня интеллектуального разви-

тия подростков-сирот и подростков из полных семей.

2. Изучение психологических характеристик креативности исследуемого контингента подростков.

3. Определение особенностей интеллектуального развития и креативности в условиях депривационного воспитания.

Материал и методы исследования

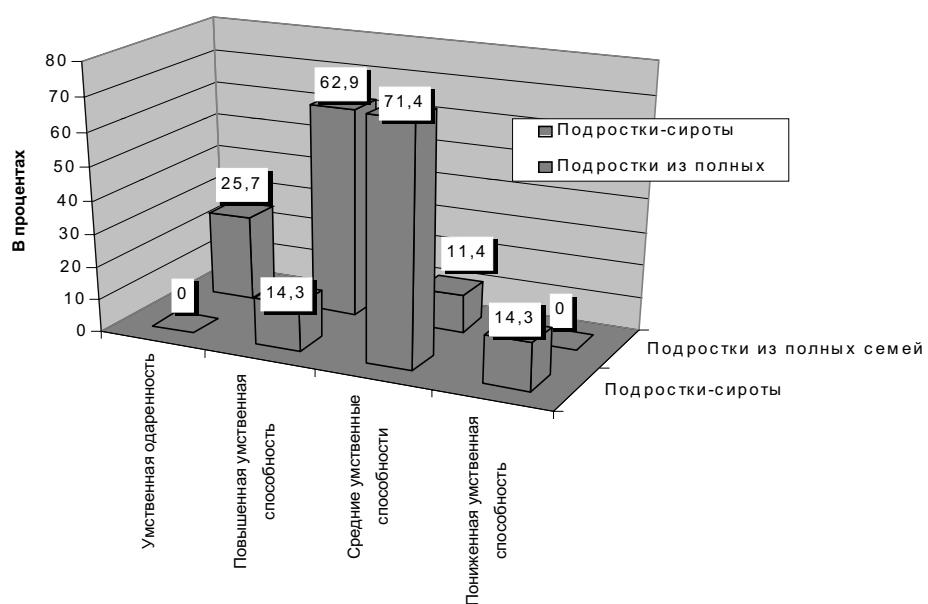
В течение 2000-2001 г.г. на базе детских домов-интернатов для детей-сирот нами было обследовано 35 (16 - мальчиков, 19 - девочек) подростков (в возрасте от 12 до 14 лет), лишенных родительского попечительства (основная группа) и 35 подростков аналогичного пола и возраста из полных благополучных семей (контрольная группа).

Основными методами исследования были: психологический (верbalный тест творческого мышления, разработанный И.С. Авериной и Е.И. Щеблановой на основе теста Дж. Гилфорда "Необычное использование", невербальный тест творческого мышления Л. Торренса, "Интеллектуальный тест Вексслера" (детский вариант) в адаптации А.Ю. Панасюк), статистический (создавалась база данных в среде Microsoft Windows в табличном редакторе Microsoft Excel с дальнейшей математической обработкой результатов при помощи пакета прикладных статистических программ STATGRAF).

Результаты исследования и обсуждение

Параметрические характеристики общего интеллекта у подростков-сирот и подростков из полных семей представлены на Диаграмме 1.

Диаграмма 1
Распределение подростков-сирот и подростков из полных семей по показателям общего интеллекта



Как видно из Диаграммы, уровень общего интеллектуального развития подростков, воспитывающихся в полных благополучных семьях, статистически достоверно выше, чем у их сверстников, воспитывающихся в условиях лишения родительского попечительства (с $t = 39,911$ $p < 0,001$). Для сравнительного анализа в зависимости от показателей интеллекта нами выделены три группы: I - повышенные умственные способности (> 111 баллов), II - средние (91-110 баллов) и III - низкие умственные способности (< 90 баллов).

В первую группу вошли 5 (14,3%) подростков основной группы и 31 (88,6%) - контрольной (или в 6,2 раза больше). Подростки этой группы стремились внимательно изучить каждое задание, всесторонне и целенаправленно анализировать его, установить необходимые связи между комплексами данных с точки зрения проблемы. Они достаточно легко дифференцировали признаки объектов на существенные и несущественные, формировали понятия по существенным признакам, делали обобщение на основе обобщенно-абстрактных когнитивных структур. Они длительное время сохраняли и легко воспроизводили ранее полученную информацию в обобщенно-абстрактной форме, свободно оперировали понятиями, подчиняли свои действия поставленной задаче, проявляли усилия воли в выборе способов и точности выполнения задания, смекалку, предвидение хода решения поставленной задачи. Они стремились довести начатое дело до конца, ориентируясь на лимит времени.

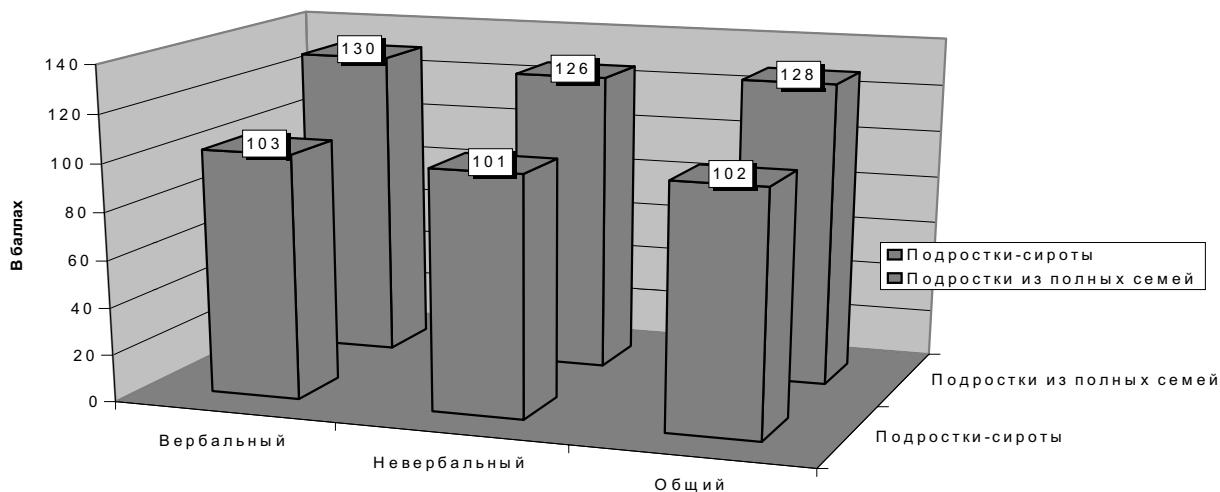
Во второй группе в 6,3 раза преобладали подростки-сироты (соответственно 71,1% и 11,4%). При выполнении заданий они осуществляли многосторонний, но недостаточно полный анализ и синтез, устанавливали не единичные, а несколько комплексов связей, между которыми не всегда были правильные отноше-

ния. Они затруднялись в дифференциации существенных и несущественных признаков при сравнении, установлении сходства, классификации, абстрагировании, формировании понятий, при этом наблюдалось недостаточно развитое волевое усилие и предвидение хода решения (т.е. "планирования в уме"), а также игнорирование лимита времени и качества выполнения задания.

В третью группу, с низкими показателями интеллекта вошли только подростки-сироты - 5 (14,3%) человек. Они затруднялись в анализе заданий, уровень их анализа и синтеза характеризовался односторонним выделением отдельных элементов, установлением единичных или локальных связей между данными, причем их действия не были нацелены на решение проблемы в целом, что препятствовало планированию выполнения задания. Их обобщение носило глобально-недифференцированный характер или совершалось на основе изолированного, несущественного наглядного признака. При этом подростки-сироты затруднялись в выделении существенных признаков объектов, по которым их можно сравнивать, дифференцировать, классифицировать, делать обобщения и умозаключения. У них слабо развиты наблюдательность, точность восприятия, логическое мышление, предвидение, оперативная память и способность к концентрации внимания. При выполнении тестовых заданий подростки этой группы не учитывали лимита времени, не проявляли усилий воли с тем, чтобы выполнить задание хорошо и быстро; с несколько большим успехом они выполняли конкретные задания.

Средние показатели уровня интеллектуального развития подростков-сирот и подростков из полных семей представлены на Диаграмме 2 (различия статистически достоверны: $t < 6,4$ $p < 0,001$).

Диаграмма 2
Средние показатели интеллектуального развития подростков-сирот и подростков из полных семей



Как видно из Диаграммы 2, уровень верbalного и неверbalного интеллекта у подростков-сирот существенно ниже, чем у подростков из полных семей. У подростков, воспитывающихся в детских домах, наблюдается более бедный словарный запас, низкая эрудированность и сообразительность, неумение строить умозаключения, недостаточно развит внутренний план

действий, логическое и наглядно-образное мышление, наблюдается низкая концентрация, распределение и сосредоточение внимания.

Анализ субтестов верbalного и неверbalного интеллекта (Таблица 1) показал, что у подростков-сирот все показатели статистически достоверно ниже, чем у их сверстников из полных благополучных семей.

Сравнительная характеристика субтестов верbalного неверbalного интеллекта подростков-сирот и подростков из полных семей

Таблица 1

№ п/п	Субтест	Подростки- сироты		Подростки из полных семей		<i>t<</i>	<i>p<</i>
		M	m	M	m		
Верbalный интеллект							
1	Осведомленность	11,2	0,4	15,9	0,5	7,3	0,001
2	Понятливость	9,6	0,5	16,0	0,7	7,4	0,001
3	Арифметический	9,3	0,3	13,2	0,4	7,8	0,001
4	Сходства	11,0	0,3	14,7	0,6	5,5	0,001
5	Словарный	9,3	0,5	16,1	0,6	8,7	0,001
6	Повторение цифр	12,1	0,4	14,3	0,6	3,1	0,01
Неверbalный интеллект							
1	Недостающие детали	11,3	0,5	14,4	0,6	3,9	0,001
2	Последовательность картинок	11,1	0,4	14,3	0,5	5,0	0,001
3	Кубики Косса	10,9	0,5	14,5	0,4	5,6	0,001
4	Складывание фигур	9,3	0,6	11,9	0,7	2,8	0,01
5	Шифровка	8,1	0,4	12,3	0,5	6,6	0,001
6	Лабиринт	9,9	0,5	12,9	0,5	4,2	0,001

Приведенные результаты (верbalный интеллект) свидетельствуют, что подростки-сироты менее эрудированы и осведомлены о житейских и научных понятиях из различных областей знаний, чем их сверстники из полных семей, у них недостаточно развита долговременная и оперативная память и более низкий словарный запас; у них слабо развиты сообразительность и мыслительные операции (умозаключение, обобщение), при низких навыках оперирования числовым материалом, недостаточной наблюдательностью, концентрацией внимания и точностью восприятия.

Сравнительный анализ показателей неверbalного интеллекта выявил у подростков-сирот более низкий уровень концентрации, распределения и переключения внимания, низкую его произвольность и устойчивость, чем у подростков из полных семей; они обнаружили более низкие перцептивные способности, уровень логического мышления и понимания сюжетных картинок, а также неумение организовать их в единое целое. Наряду с этим отмечалось низкое развитие пространственной ориентации, неумение работать по эталону и соотносить части и целое.

Сравнительные характеристики показателей креативности представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, по всем показателям неверbalного теста креативности подростки, воспитывающиеся в условиях родительской депривации, показали статистически достоверно более низкие показатели, чем их сверстники из полных благополучных семей. В то же время показатели верbalной креативности по параметрам “беглость” и “гибкость” оказались одинаковыми, что объясняется биологическими свойствами нервной системы, однако по показателю “оригинальность” подростки из полных семей статистически достоверно превосходят своих сверстников из дома-интерната.

Качественный анализ неверbalного теста креативности показал, что в основной группе по параметру “беглость” лишь 9 (25,7%) подростков обнаружили высокие показатели, в контрольной группе – 33 (94,3%). В 23 (65,7%) уровень беглости у подростков-сирот характеризовался как средний. Различия статистически достоверны (с 2 = 41,3 р < 0,001). Высокий уровень беглости предполагает и высокий уровень креативности в целом, что связано с большим числом выдвигаемых альтернатив, что предполагает не только более высокую вероятность, но и выбор наилучшего решения задачи.

Характеристики креативности подростков-сирот и подростков из полных семей

Таблица 2

N п/п	Характеристика креативности	Подростки сиро- ты		Подростки из полней семьи		t <	p <
		M	m	M	m		
Невербальный тест							
1	Беглость	8,0	0,2	9,9	0,04	9,3	0,001
2	Гибкость	6,5	0,2	7,9	0,1	6,2	0,001
3	Оригинальность	41,4	0,9	50,5	1,3	5,7	0,001
4	Разработанность	46,3	1,4	55,1	1,6	4,1	0,001
Вербальный тест							
1	Беглость	7,6	0,5	7,6	0,7	Не достоверны	
2	Гибкость	6,9	0,5	6,9	0,6	Не достоверны	
3	Оригинальность	29,4	0,8	33,7	1,2	2,9	0,05

Почти в половине случаев – 17 (48,6%) подростки-сироты показали низкий уровень гибкости и лишь 2 (5,7%) подростка контрольной группы. В то же время высокие показатели гибкости обнаружили большинство – 23 (65,7%) подростка контрольной группы и лишь 5 (14,3%) — основной. Различия статистически достоверны ($c2 = 23,8$ $p < 0,001$). Приведенные результаты свидетельствуют о том, что в значительной части для подростков-сирот присущи ригидность мышления, низкая информированность, неспособность выдвигать разнообразные идеи и частое испытание чувства тупика, даже если ситуация разрешилась.

В большинстве случаев – 24 (68,6%) подростки-сироты отличаются низкими показателями оригинальности. Они выдвигали идеи, отличающиеся шаблонностью, банальностью, их решения носили твердо установленный характер. В то же время подростки контрольной группы характеризовались нормальным – 31 (88,6%) и высоким – 4 (11,4%) уровнем оригинальности.

По показателю “разработанность” 10 (28,6%) подростков-сирот выявили низкий его уровень. Они не придавали никакого значения разработанности своей идеи, ограничивались лишь общим описанием. В большинстве случаев подростки основной – 24 (68,6%) и контрольной – 27 (77,1%) группы выявили нормативные показатели. Выдвигая идеи, они не придавали большого значения деталям, ограничиваясь решением задачи в общих чертах. У 8 (22,9%) подростков контрольной и у 1 (2,8%) основной группы обнаружили высокие показатели разработанности. Они придавали большое значение, как выдвинутым идеям, так и их тщательной детализации.

Таким образом, в результате исследования установлено, что при воспитании в условиях лишения родительского попечительства у детей к подростковому возрасту страдает формирование интеллектуальных способностей, включающие в себя низкий уровень осве-

домленности и эрудированности, недостаточное развитие мыслительных операций, оперативной и долговременной памяти, слабость концентрации внимания и пространственной ориентации. В большинстве случаев у них отмечается недостаточное развитие волевой сферы и затруднение планирования своих действий с предвидением конечного результата. Способности творческого решения задач у подростков-сирот также существенно снижены. Они выдвигают меньшее количество решений, чем их сверстники из полных благополучных семей; их идеи не отличаются оригинальностью, выразительностью и часто носят шаблонный характер. Подходя односторонне к решению задачи, они не могут отступить от общепринятых решений и часто испытывают состояние тупика, даже если ситуация разрешима. Это свидетельствует о том, что при воспитании в условиях родительской депривации дети не имеют возможности развивать врожденные предпосылки креативности и, соответственно, они менее успешны в реализации жизненных планов, чем их сверстники из полных семей. Указанные особенности могут являться фактором, препятствующим оптимальной социальной адаптации и способствовать формированию расстройств личности. Сказанное свидетельствует о необходимости своевременной разработки и реализации комплексных психокоррекционных программ, направленных на стимуляцию развития интеллектуальной и волевой сферы детей, воспитывающихся в детских домах-интернатах, а также создание адекватных условий для развития творческих способностей.

Литература:

1. Аверина И.С., Щебланова Е.И. Краткий тест творческого мышления. Фигурная форма: Пособие для школьных психологов. М.: Соборъ, 1995 – 43 с.
2. Аверина И.С., Щебланова Е.И. Вербальный тест творческого мышления “Необычное использование”:

Пособие для школьных психологов. М.: Соборъ, 1996 – 60 с.

3. Выготский Л.С. *Развитие высших психических функций*. –М., 1960.

4. Панасюк А.Ю. *Адаптированный вариант методики Д. Векслера (WISC)* -М., 1973.

5. Пиаже Ж. *Избранные психологические произведения*. –М., 1969.

6. Прихожан А.Н., Толстых Н.М. *Дети без семьи*. –М., 1990.

7. *Психическое развитие воспитанников детского дома / под ред. И.В. Дубровиной, А.Г. Рузской* – М., 1990.

ТРЕВОЖНОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ ПОДРОСТКОВ, ЛИШЕННЫХ РОДИТЕЛЬСКОГО ПОПЕЧИТЕЛЬСТВА

В.А.Руженков

Для формирования полноценного члена общества, способного регулировать свою эмоциональную жизнь, рядом с ребенком должен постоянно находиться хотя бы один близкий, любящий и безоговорочно его принимающий взрослый человек. Воспитание же в условиях материнской депривации, сопровождается отсутствием позитивной вовлеченности в заботы, интересы ребенка, недостатком любви и неумением относиться к нему с уважением, формирует у ребенка враждебный, чуждый и неприветливый образ мира (Р.Бернс, 2000). Детям, воспитывающимся в учреждениях интернатного типа, необходимо адаптироваться к большому числу людей, у них не удовлетворены многие социальные и материальные потребности, им не хватает социальной и эмоциональной уверенности; полагаясь только на себя, они стараются самоутвердиться посредством нарушения социальных норм, дерзостью и насилием. Это приводит к эмоциональному напряжению и тревожности, усиливающих агрессию. В связи с этим подростки, лишенные родительского попечительства в большей степени, чем их обычные сверстники, подвержены тревожности, страхам, депрессии (Л.И.Смагина, 1999).

В современной психологии выделяют два понятия: тревогу – как эмоциональное состояние, субъективное ощущение напряжения, ожидания неблагополучного развития событий и тревожность, как устойчивое образование – черту личности, связанную с генетически детерминированными свойствами функционирующего мозга человека, обусловливающего постоянно повышенный уровень эмоционального возбуждения, что проявляется в относительно устойчивой склонности человека беспринимать угрозу своему “Я” в различных ситуациях и реагировать на них усилением состояния тревоги (В.М.Астапов, 1992; Аракелов Г.Г. с соавт., 1997).

Исследование тревожности и ее влияния на формирование личности важны для своевременной психопрофилактики нарушений поведения, патохарактерологического формирования личности, невротических и психосоматических расстройств.

Целью исследования было изучение влияния тревожности на тип межличностных отношений у подростков, лишенных родительского попечительства.

Объект исследования: подростки-сироты (35 человек) и подростки из полных семей (35 человек). Предмет исследования: тревожность (личностная и ситуативная) и тип межличностного взаимодействия.

Задачами исследования были следующие:

1. Определение уровня личностной и ситуативной тревожности;
2. Выявление преобладающего типа отношений к людям в самооценке и взаимооценке в соотнесенности с личностной и ситуативной тревожностью.

Основными методами исследования были: полуструктурированное клиническое интервью, психологический (тест личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина, методика диагностики межличностных отношений Лири), статистический (критерий Стьюдента t , для непараметрических данных с 2, коэффициент ранговой корреляции Спирмена).

Результаты исследования и обсуждение

В результате исследования установлено, что уровень личностной тревожности у подростков-сирот статистически достоверно ($t>3,93$ $p<0,01$) выше, чем у детей из полных семей (соответственно $46,8\pm1,5$ и $39,0\pm1,3$ баллов по шкале Спилбергера-Ханина); то же время ситуативная тревожность в обеих группах оказалась одинаково низкой, соответственно $27,0\pm1,5$ и $24,5\pm1,7$ (различия статистически недостоверные).

Результаты качественного анализа личностной тревожности у подростков обоих групп представлены в таблице 1.

Как видно из представленной таблицы, более чем в половине случаев для подростков-сирот характерен высокий уровень личностной тревожности, в то же время у большинства подростков, воспитывающихся в полных благополучных семьях, преимущественно регистрируется умеренный уровень тревожности.

Результаты теста Лири представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы, эгоистичность (II), агрессивность (III), подозрительность (IV) и зависимость (VI) у подростков-сирот (“Я – реальное”) статистически достоверно выше, чем у подростков, воспитывающихся в полных семьях. Это свидетельствует о том, что для подростков, воспитывающихся в условиях лишения родительского попечительства, присущи черты эгоис-

Качественные характеристики личностной тревожности (по шкале Спилбергера-Ханина) у подростков-сирот и подростков из полных семей

Таблица 1

Баллы шкалы	Уровень тревожности	Подростки си- роты		Подростки из полней семьи		χ^2
		К-во	%	К-во	%	
До 30	Низкая	1	2,9	4	11,4	13,293
31- 45	Умеренная	11	31,4	23	65,7	
46 и >	Высокая	23	65,7	8	22,9	p=0,001
И Т О Г О		35	100	35	100	

Психологические характеристики межличностных отношений подростков-сирот и подростков из полных семей

Таблица 2

Ок- тант	Какой Я есть								Каким Я хочу быть							
	Сироты		Полная семья		t>	p<	Сироты		Полная семья		t>	p<				
	M	m	M	m			M	m	M	m						
I	10,1	0,44	9,3	0,44	Не достов.		11,4	0,34	10,1	0,39	2,5	0,05				
II	8,6	0,45	6,9	0,38	2,9	0,01	9,4	0,35	7,5	0,34	3,9	0,001				
III	8,4	0,34	7,4	0,33	2,1	0,05	6,9	0,34	6,3	0,33	Не достов.					
IV	9,1	0,46	6,5	0,48	3,9	0,001	5,8	0,42	3,7	0,44	3,4	0,01				
V	7,2	0,5	6,4	0,52	Не достов.		5,1	0,41	5,4	0,31	Не достов.					
VI	8,6	0,36	7,4	0,36	2,4	0,05	6,9	0,45	6,5	0,30	Не достов.					
VII	9,5	0,39	9,8	0,43	Не достов.		9,9	0,42	11,1	0,36	2,2	0,05				
VIII	10,3	0,41	10,9	0,52	Не достов.		10,3	0,40	12,4	0,41	3,7	0,001				

тичности, преимущественной ориентации на себя, склонность к соперничеству. Наряду с этим отмечается прямолинейность, строгость и резкость в оценке других, непримиримость, склонность во всем обвинять окружающих, что в сочетании с повышенной подозрительностью, разочарованностью в людях, скрытностью, повышенной вербальной агрессией, затрудняет установление интерперсональных контактов. В то же время для подростков-сирот характерны противоречивые черты характера. Наряду с вышеописанными психологическими характеристиками, они обнаруживают повышенную доверчивость, боязливость, беспомощность, повышенную зависимость от окружающих.

Сравнительный анализ результатов теста Лири (“Я реальное” и “Я идеальное”) показал, что подростки, воспитывающиеся в условиях лишения родительского попечительства, не удовлетворены степенью своей авторитарности, со статистически достоверным стремлением к ее повышению в “идеальном Я” ($t > 2,3$ $p < 0,05$). В то же время отмечается критическое отношение к высокому уровню агрессивности и статистически достоверная тенденция к ее снижению ($t > 3,1$ $p < 0,01$). Аналогичная тенденция ($t > 3,3$ $p < 0,01$) отмечается и по показателю “подозрительность” (октант IV).

Корреляционный анализ показал, что у подрост-

ков-сирот наблюдается прямая корреляционная зависимость ($r = 0,433$ $p = 0,01$) между личностной тревожностью и подозрительностью; в контрольной группе такой зависимости не выявлено. Характерно, что в основной группе более чем в половине случаев – 23 (65,7%) подозрительность была явно завышенной и составляла 9-16 баллов, в то же время в контрольной группе завышенный уровень подозрительности встречался лишь в 8 (22,9%) случаях.

Несмотря на поведенческое стремление к доминированию, индекс доминирования (Диаграмма 1) у подростков-сирот составил 3,7 балла, у подростков из полных семей – 6,2; индекс дружелюбия соответственно 1,9 и 5,7 балла. В то же время в “идеальном Я” индекс доминирования у подростков-сирот и подростков из полных семей оказался одинаковым, соответственно 11,2 и 11,5 балла, а индекс дружелюбия 4,3 и 10,2 балла. Данные показатели свидетельствуют, что для подросткового возраста характерна тенденция к доминированию, однако, у подростков-сирот она реализуется за счет снижения дружелюбия и, соответственно, повышения агрессивности.

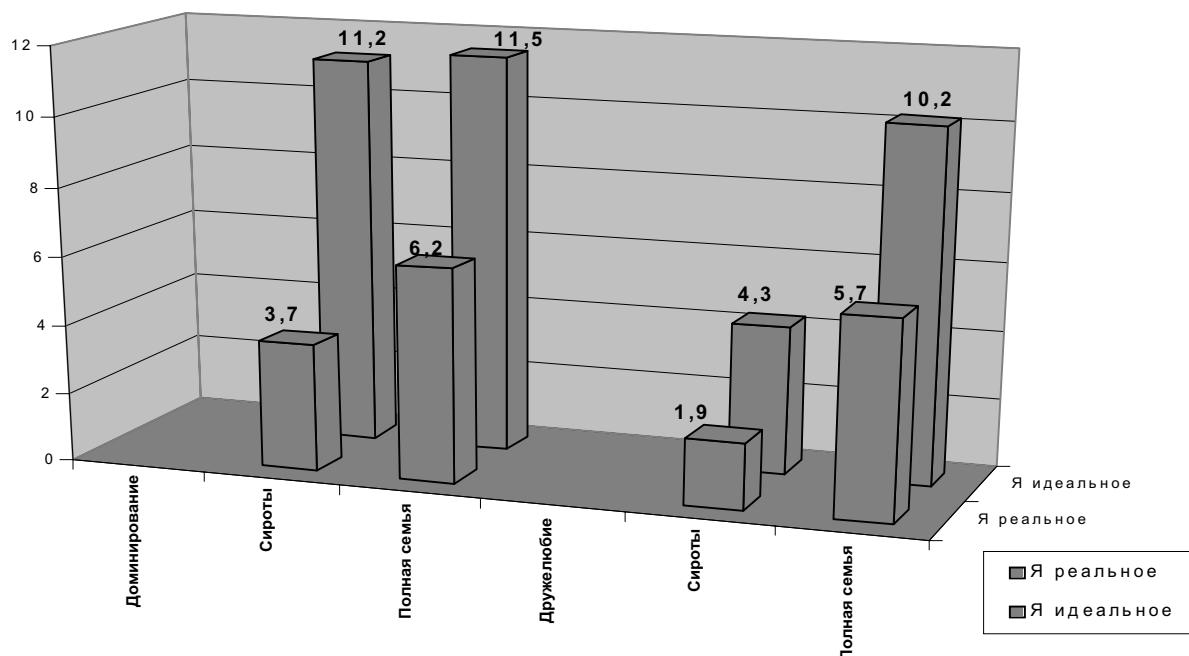
Таким образом, в результате исследования установлено, что у подростков-сирот наблюдается более высокий уровень личностной тревожности, чем у

подростков, воспитывающихся в полных благополучных семьях. Для подростков основной группы характерны противоречивые черты характера: с одной стороны повышенная эгоистичность, агрессивность и подозрительность, с другой - повышенная доверчивость, боязливость, беспомощность, зависимость от окружающих, что может приводить к трудностям адаптации в микросоциальном окружении и являться предпосылкой патохарактерологического формирования личности. Сказанное ставит задачи своевременной разработки и реализации программ психологической коррекции и личностно-ориентированной психотерапии.

Литература:

1. Аракелов Г.Г., Лысенко Н.Е., Шотт Е.К. Психофизиологический метод оценки тревожности // Психологический журнал. –1997. Т 18, № 2. – С. 102-113.
2. Астапов В.М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги // Психологический журнал - 1993 - Т. 13, № 5 – С. 113-117.
3. Бернс Р. Я-концепции и Я-образы // Самосознание и защитные механизмы личности – Самара, 2000. – С. 133-219.
4. Сиротство как социальная проблема / Смагина Л.И., Воднева А.К., Сойка Ю.А. и др. / под редакцией Л.И. Смагиной – Минск, 1999 – 144 с.

**Диаграмма 1
Показатели доминирования и дружелюбия
у подростков-сирот и подростков из полных семей**



ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ (ЭСТ) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ

Н.Р.Суатбаев

г. Усть-Каменогорск

В последние десятилетия отмечается рост интереса к ЭСТ, предложенной Cerletti и Bini еще в 1938 г. И в специальной, и в популярной литературе звучат крайне мнения, от предложений запретить использование электрошоковой терапии до предложений расширить ее применение, в том числе в старческом возрасте [11, 10, 14, 15]. В целом же отношение к этому методу и специалистов, и общественного мнения [9] становится более благоприятным. Это объясняется многими факторами: спадом «антipsихиатрической волны», появлением некоторого разочарования в эффективно-

сти психофармакотерапии (ПФТ), развитием анестезиологической и мониторной техники, сделавшим эту внешне брутальную процедуру достаточно безопасной (в ряде случаев даже более безопасной, чем применение психотропных средств [7]), экономическим аспектом [13]. Несколько сузились и стали более четкими рамки показаний, ограничившись, главным образом, аффективными и шизоаффективными расстройствами. Много работ посвящено предикции эффективности ЭСТ [12 и др.].

Те же тенденции прослеживаются и в странах СНГ.

Достаточно назвать ряд обзорных и оригинальных статей [3-8], методические рекомендации [1]. Появились новые приборы для проведения ЭСТ. На смену старому аппарату ЛНИПНИ им. В.М.Бехтерева пришел «ЭКТ-01-ФИЛАТ» Донецкого МПО «МЕДИКОМ» с использованием модифицированного синусоидального тока сетевой частоты. На базе Луганского НПО «Психиатрия и наркология» стало проводиться целевое обучение методике ЭСТ с чтением теоретического курса. Также появился «ЭЛИКОН-01» Львовского завода РЭМА, разработанный уже с учетом нейрофизиологических данных: здесь используются эффективная стимуляция короткими прямоугольными импульсами, период их следования учитывает длительность рефракторного периода нейронов, применяется режим «раскачки» и проч. [2]. Хотя, как показывает практика, эти приборы в «средних» режимах дают примерно равные величины суммарной энергии воздействия и имеют равную клиническую эффективность, конструктивные особенности «ЭЛИКОН» делают его более удобным в работе.

Нами за 6 лет работы проведен 331 сеанс ЭСТ, 196 из них с использованием прибора «ФИЛАТ», 135 – «ЭЛИКОН». Всего было проведено 55 курсов лечения, в том числе 9 курсов проводились повторно. Соотношение мужчин и женщин 29:26. В возрасте 16-20 лет было 9 больных, 21-45 – 36, 46-61 – 10. Все больные страдали эндогенными психозами, главным образом приступообразно протекающими (шизоаффективный психоз, приступообразно-прогредиентная и рекуррентная шизофрения, аффективные психозы), в единичных случаях – непрерывно-текущей (параноидной и мало-прогредиентной) шизофренией. Состояние к моменту проведения ЭСТ в большинстве случаев характеризовалось различными вариантами депрессивного синдрома, депрессивно-параноидным синдромом, полиморфными расстройствами с преобладанием аффективно-бредовых, кататоно-онейроидными, в отдельных случаях – ступорозными люцидно-кататоническими, кататоно-параноидными, галлюцинаторно-параноидными, апатаубулическими состояниями. Вопрос о проведении ЭСТ рассматривался при неэффективности адекватной ПФТ в течение месяца, при затяжных и резистентных к обычному лечению состояниях, в тех случаях, когда применение фармакотерапии ограничивалось возникновением выраженных осложнений. Учитывались предикторы эффективности. При фебрильных состояниях в рамках шизофрении вопрос о проведении ЭСТ рассматривался с первых дней повышения температуры.

Для исключения возможных противопоказаний проводилось тщательное обследование (уточнение статуса и анамнеза больного, осмотры терапевта и невролога, общие клинические анализы, флюорография органов грудной клетки, ЭКГ). Обязательным было письменное согласие пациента, а при состояниях, исключающих продуктивный контакт с больным, либо при угрожающих жизни фебрильных состояниях – ин-

формирование родственников о предстоящей процедуре. Проводимая ПФТ обычно не отменялась. В качестве премедикации использовалось внутривенное введение диазепама, димедрола, атропина, препаратов для внутривенного наркоза (гексенал или тиопентал-натрий в 1% растворе, реже ГОМК-натрий). До и после процедуры ингалировался кислород. Эти и ряд других мероприятий позволяли предупредить возникновение осложнений, травматизацию пациента, исключить его «присутствие» во время процедуры.

Обычно использовалось билатеральное, в единичных случаях унилатеральное расположение электродов. Наиболее частыми параметрами воздействия при использовании аппарата «ФИЛАТ» были напряжение 80-100 в и экспозиция 0,4-0,5 сек; «ЭЛИКОН»: режим «глиссирования» (т.к. миорелаксанты не применялись), период следования импульсов 25 мсек. при их «сгруппированном» режиме, ток 550 ма, число импульсов 80-150, ручное управление при подборе дозы, при уже подобранный – автоматический режим. Процедуры проводились три раза в неделю, через день, при ургентных состояниях – более часто. Среднее число сеансов в курсе составило 6,0.

Были достигнуты следующие результаты лечения: «обрыв» психопатологической симптоматики (+4) – 6 курсов – 10,9%, ускорение дозревания ремиссии (+3) – 28 курсов – 50,9%, симптоматический эффект (+2) – 10 курсов – 18,2%, антирезистентный эффект (+1) – 3 курса – 5,5%, отсутствие эффекта (0) – 8 курсов – 14,5%. Эффект отсутствовал в 4 случаях на отдаленных стадиях фебрильных приступов, в 1 случае – при параноидной шизофрении, в 3 – в связи с незавершенным курсом лечения (отказ больного, возникновение осложнений). Ухудшения состояния в связи с ЭСТ не было ни в одном случае. Прослеживались известные закономерности: ЭСТ оказывалась более эффективной при наиболее «чистых» депрессиях, при наиболее острых, полиморфных, без тенденции к систематизации расстройствах, при приступообразном течении заболевания, при меньшей выраженности негативной симптоматики. Наименьшей была эффективность при наличии в картине депрессии тревоги и дереализационно-деперсонализационных расстройств, при «стертых» затяжных состояниях, при тенденции к систематизации бреда, непрерывном течении заболевания с нарастанием дефицитарных расстройств.

Особым является вопрос об эффективности ЭСТ при фебрильных приступах шизофрении. Пролечено 9 таких больных (1 мужчина, 8 женщин). Эффективность ЭСТ: «+4» – 2, «+3» – 1, «+2» – 2, «0» – 4. В группе респондеров ЭСТ проводилась с первых дней фебрилитета (в одном случае – после нормализации температуры при сохраняющейся психотической симптоматике) на стадии кататонических расстройств с отчетливой онейроидной, либо аффективно-бредовой симптоматикой. При этом уже к 3-4-му сеансу нормализовалась температура, длительность курса составляла 5-7 сеансов (хотя в одном случае температура нормализи-

зовалась только к 10-му сеансу, всего же в связи с затяжной редукцией кататоно-онейроидных расстройств и резистентностью к ПФТ было проведено 25 сеансов). В группе нонреспондеров ЭСТ начинала проводиться на более отдаленных стадиях, когда больные не были доступны контакту, не выявлялось очерченных продуктивных расстройств, развивались аментивноподобные и гиперкинетические нарушения. В ряде случаев у лечащих врачей сохранялись диагностические сомнения, т.е. ЭСТ была «терапией отчаяния». Здесь ЭСТ отмечалась после одного или нескольких неэффективных пробных сеансов. Следует заметить, что в этой группе оказалась неэффективной и комплексная дезинтоксикационная терапия, даже в условиях реанимационного отделения, последовал летальный исход. В случаях патологоанатомического исследования патологии, противоречащей диагнозу «фебрильная шизофрения» обнаружено не было. Группы значимо различались по возрасту: респондеры $25,2 \pm 2,0$ года, нонреспондеры $44,0 \pm 5,6$ года (критерий Стьюдента $T=3,2$).

Таким образом, предикторами эффективности ЭСТ при фебрильной шизофрении являются: первые дни фебрилитета, стадия кататонических расстройств с онейроидной, либо аффективно-бредовой симптоматикой, отсутствие более глубокого, «экзогенного» типа нарушения сознания, молодой (до 30 лет) возраст, положительная динамика после первых же сеансов. Все это должно стимулировать врачей интенсифицировать обследование больных с подозрением на фебрильный приступ с целью сокращения периода диагностических сомнений и проведения ЭСТ в возможно более ранних стадиях.

Тяжелых осложнений при ЭСТ не отмечено. В 3 случаях преходящие расстройства отмечались непосредственно после процедуры: психомоторное возбуждение на фоне спутанности сознания, длительный сон и артериальная гипотония, кратковременный подъем артериального давления у пациента, страдающего гипертонической болезнью. В 2 случаях отмечались курсы побочные эффекты: умеренные дисмnestические-

кие расстройства длительностью до одного месяца (купированы назначением ноотропов), в другом случае – инверсия аффекта (выход из депрессии в гипоманию).

Таким образом, при правильном использовании с учетом предикторов эффективности и противопоказаний, ЭСТ является ценным и безопасным методом лечения.

Литература:

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А., Мошевитин С.Ю. и др. Применение ЭСТ в психиатрической практике. Метод. рекомендации. - М., 1989.
2. Аппарат для электроконвульсионной терапии ЭЛИКОН-01. Паспорт. - НПО РЭМА, 1987.
3. Кжижевски Я. // Журн. невропатол. и психиатр. - 1991. - N 10. - с.121-124.
4. Малин Д.И. // Соц. и клин. психиатр. - 1993. - N 1. - с.97-101.
5. Мосолов С.Н., Мошевитин С.Ю. // Журн. невропатол. и психиатр. - 1990. - N 4. - с.121-125.
6. Мошевитин С.Ю. // Там же. - 1988. - N 12. - с.68-73.
7. Мошевитин С.Ю. // Там же. - 1989. - N 3. - с.145-153.
8. Мошевитин С.Ю., Цыганков Б.Д., Малин Д.И. // Там же. - 1990. - N 4. - с.114-121.
9. Электрошок. // Аргументы и факты. Здоровье. - 04.02.1994.
10. Энде В., Поппе В. // Сб. научн. трудов Ленинградского НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - Л., 1990. - т.125. - с.77-87.
11. Cody P. // Psychiat. News. - 1991. - Vol.26, N 5. - P.1-4.
12. Hickir I., Parsonage B., Parker G. // Br. J. Psychiatry. - 1990. - Vol.157, N 7. - P.65-71.
13. Markowitz J., Brown R., Sweeney J., Mann J.J. // Amer. J. Psychiatry. - 1987. - Vol.144, N 8. - P.1025-1029.
14. Thompson J.W., Weiner R.D., Myers C.P. // Amer. J. Psychiatry. - 1994. - Vol.151. - P.1657-1661.
15. What's wrong with «ECT». // Ibid. - 1991. - Vol.148, N 5. - P.693-694.

К ВОПРОСУ О СИСТЕМАТИКЕ СЕЗОННЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Г.Г. Симуткин

г. Томск, Россия

История психиатрии на всем своем протяжении теснейшим образом связана с попытками классификации психических расстройств, поскольку это позволяет лучше ориентироваться не только в теоретических, но и сугубо практических вопросах клинической психиатрии. Прежние классификации психических расстройств старались внести свой разделительный принцип с использованием специальных, зачастую недолговечных, терминов. По мнению Ю.Каннабиха [2] эти классификации отличались абстрактной схематичностью, про-

извольностью, и, в конечном итоге, ни одна из них не удовлетворяла клиническим требованиям. В начале-середине XIX века многие исследователи, занимавшиеся психиатрией, стали весьма пессимистически относиться к самой возможности правильной классификации психических нарушений. Наиболее рельефно подобного рода разочарование было отражено в знаменитом высказывании Н.Neumann [37]: «Мы считаем всякую классификацию душевных расстройств совершенно искусственным, а потому безнадежным пред-

приятием; и мы не верим в возможность настоящего прогресса психиатрии до тех пор, пока не восторжествует единодушное решение - отказаться от всяких классификаций и объявить вместе с нами: есть только один вид душевного расстройства, мы называем его помешательством». Но подобного рода нигилизм не мог остановить поступательного развития в выработке новых классификационных подходов к психическим расстройствам по мере накопления все большего количества информации о вполне материалистических причинах психических нарушений. К.Ясперс [10] более философски оценивает проблему классификации в психиатрии. Он считает, что мы всегда находимся на пути приближения к знанию, поскольку наше знание укоренено в наших методах и ограничено ими. «Мы можем либо всячески выдвигать на первый план ту или иную теорию бытия, кажущуюся нам достаточно полной, либо предпочесть систематический и осознанный подход к используемым методам в надежде, таким образом, хотя бы отчасти осветить то, что по сути своей есть беспредельная тьма. ...Мы должны отказаться от любой догматики бытия ради поступательного движения познания – движения, которое никогда не приходит к концу, но всегда открыто для дальнейших опытов и исследований. Благодаря классификации мы постепенно начинаем видеть фундаментальную изменчивость существующих фактов. Классификация упорядочивает множество наблюдений фактов в соответствии с их природой. Это задача, не имеющая окончательного решения». По оценке R.E.Kendell [29] «критерии дисконтинуальности лишь тогда имеют какое-либо значение в современной психиатрии, если они подразумевают существование естественных границ или дисконтинуальности между соответствующим расстройством и смежными состояниями. В качестве образного сравнения можно вспомнить афоризм о том, что классификация – есть искусство разрезать природу по суставам. Это означает, что именно в этом месте действительно находится сустав и не приходится пилить по кости» (S.66.). «Наша современная классификация в чем-то сравнима со старым домом, который часто заново меблируется без того, чтобы прежде убрать старую мебель, так что между новыми надувными пластиковыми стульями и стеклянными кофейными столиками еще можно найти пару старых скамей эпохи Тюдоров, серванты и комоды более поздних стилей наряду с многочисленной викторианской мебелью» (S.21.).

Классификация аффективных расстройств являлась одним из крупных блоков в любых национальных классификациях в прошлом. В настоящее время рубрика, посвященная аффективным расстройствам, в достаточном объеме представлена как в международной классификации ICD-10, так и в американской классификации DSM-IV. В настоящем обсуждении будет затронут вопрос о выделении, прежде всего, в американской психиатрической классификации, так называемого, сезонного аффективного расстройства (SAD), динамики диагностических критериев SAD, некоторые спор-

ные вопросы, касающиеся систематики SAD и субсиндромальной формы SAD. Исходной точкой для обсуждения послужила именно американская психиатрическая классификация, поскольку приоритет в выделении SAD принадлежит именно американским исследователям [44].

Сезонные изменения настроения в клинической психиатрии стали описываться уже достаточно давно. W.Griesinger [20] описывал случаи, когда «в определенное время, например, зимой, возникало глубокое уныние, меланхолия, а весной это переходило в манио, которая осенью постепенно опять переходила в меланхолию. «E.Esquirol [18] сообщал о случаях регулярных осенних и зимних депрессий, ремитирующих весной и летом. Таким пациентам он рекомендовал смену климата, например, путешествие в Италию с сентября по май. Э.Крепелин [5] упоминал о небольшой группе больных маниакально-депрессивным психозом (4-5%), у которых имелась склонность к зимним депрессиям, при этом, как правило, отмечались гиперсomnia и повышение веса. E.Bleuler [1] также описывал больных, у которых депрессивные фазы в течение многих лет появлялись с более или менее регулярным циклом только осенью или весной. Достаточно часто в литературе указывается на существование определенной закономерности обострений различных психических заболеваний и так называемых «пиков» поступления больных в психиатрические стационары. M.Haas [21] отмечал, что пик поступления в Мюнхенскую психиатрическую больницу за период 1924-1938 годы приходился на март-июнь-июль. Это наблюдение ценно тем, что оно охватывало период, когда в течение психических заболеваний не сказывался лекарственный патоморфоз. K.Willmanns [56] описывал увеличение поступлений в психиатрические больницы больных эндогенной депрессией и манией в весенние и летние месяцы. R.Wenzel, H.Hubner [53] указывают на осенний и несколько меньший весенний пик депрессивных расстройств. Таким образом, осень и весна, по мнению многих исследователей, являются наиболее предпочтительными временами года для сезонных пиков обострений аффективных расстройств [3]. Другим важным шагом в исследованиях сезонных аффективных расстройств явилось выделение преимущественно британскими психиатрами [54] атипичных депрессий. Данные исследователи обозначали термином «атипичная депрессия» такие случаи депрессии, которые психопатологически проявлялись страхом, обратным ритмом суточных колебаний настроения, общей утомляемостью, раздражительностью. Такие больные плохо реагировали на ЭСТ и антидепрессанты, кроме ипрониазида (ингибитор MAO). B.Pitt [39] подразделил атипичные депрессии на тревожные и нетревожные формы с атипичными вегетативными симптомами, такими как увеличение аппетита, гиперсomnia, увеличение либидо, плохое самочувствие к вечеру. О «спящих депрессиях» упоминали R.Michaelis [35], R.Erkwoh [17]. Именно на перекресте проблемы атипичности в

клинических проявлениях депрессии и сезонности аффективных расстройств в исследовательских кругах стал усиливаться интерес к разработке клинических критериев сезонных аффективных расстройств и особых терапевтических подходов в отношении этих нарушений. Сотрудниками отдела психиатрии Национального института психического здоровья (США) в начале 80-х годов было начато исследование так называемых сезонных аффективных расстройств (Seasonal Affective Disorder - SAD), результатом которого явилась оценка распространенности и клиническое описание этого расстройства [44]. При наличии SAD у большинства пациентов происходит регулярное снижение настроения осенью и зимой, сменяющее полной ремиссией весной и летом. В качестве диагностических критериев были выдвинуты следующие параметры, с течением времени претерпевшие определенные динамические изменения:

DSM-III-R- критерии для SAD (11):

А. Имеется регулярная временная связь между началом эпизода биполярного расстройства (включая биполярное расстройство неуточненное) или повторного тяжелого депрессивного расстройства (включая депрессивное расстройство неуточненное) и определенного 60-дневного периода в году (например, регулярное возникновение депрессии между началом октября и концом ноября).

Не включать случаи, в которых имеет место отчетливое влияние связанных со временем года психосоциальных стрессов, например, постоянная безработица зимой.

Б. Полная ремиссия (или смена депрессии манией или гипоманией), также появляющаяся в течение определенного 60-дневного периода года (например, депрессия исчезает от середины февраля до середины апреля).

В. Имелось по меньшей мере три эпизода расстройства настроения в течение трех остальных лет, показавшие зависимость от времени года, как определено в А и Б, по меньшей мере два из них наблюдались в следующие друг за другом годы.

Г. Зависящие от времени года эпизоды расстройств настроения, как описано выше, численно превосходят все независимые от сезона эпизоды подобных расстройств; отношение между ними может превышать 3:1.

DSM-IV - критерии для SAD (12,13,41,50):

В классификационной системе DSM-IV временные и клинические параметры в отношении сезонных аффективных расстройств стали более «мягкими».

А. Имеется регулярная временная связь между началом эпизода большой депрессии в рамках биполярного расстройства I, биполярного расстройства II или рекуррентного большого депрессивного расстройства и определенным временем года.

Б. Полная ремиссия (или смена депрессии манией или гипоманией), также появляющаяся в течение определенного периода года.

В. Имелось два эпизода большой депрессии в течение двух прошедших лет, отвечающие вышеуказанным критериям, а несезонные эпизоды большой депрессии за тот же период отсутствуют.

Г. Сезонные эпизоды существенно превосходят в количественном отношении несезонные эпизоды.

МКБ-10 критерии SAD (42,58):

Сезонное депрессивное расстройство включено в рамки рекуррентных депрессивных эпизодов (F33.0, F33.1), другие случаи сезонного аффективного расстройства могут быть соотнесены с биполярным аффективным расстройством (F31.0, F31.3, F31.8). Rodin I., Thomson C. [42] приводят предварительные критерии диагностики сезонного аффективного расстройства в соответствии с МКБ-10:

- Можно применить к (аффективному) расстройству настроения, категория F30-33.

- Должно быть три и более приступа (аффективного) расстройства настроения в течение трех и более последовательных лет с началом в один и тот же 90-дневный период года.

- Ремиссии также наступают в определенный 90-дневный период года.

- Эпизоды сезонного аффективного расстройства существенно превосходят по количеству любые несезонные эпизоды, которые могут возникать у больного.

Исследования последних лет, проводившиеся в отношении SAD во многих странах, позволили сформулировать **Итоговые Диагностические Критерии для Сезонного Аффективного Расстройства в соответствии с критериями Канадской Группы Согласия по SAD [16]:**

- Текущие большие депрессивные эпизоды, которые начинаются в одно и то же время в каждом году (например, в сентябре - октябре) и заканчиваются в одно и то же время в каждом году (например, в марте - апреле).

- Полная ремиссия симптомов в течение остального периода года (например, в мае - августе).

- В течение жизни сезонные депрессивные эпизоды встречаются чаще, чем несезонные эпизоды.

- Сезонные депрессивные эпизоды происходят по крайней мере в 2 последовательных годах.

Клинические особенности SAD выражаются в удлиненной продолжительности сна, затрудненном утреннем подъеме, дневной сонливости, предпочтении углеводистой пищи, уменьшении общей активности, сниженном настроении, увеличенной раздражительности, тревожности, трудностях в межличностных отношениях и на рабочем месте, увеличении веса, уменьшении либидо. Атипичными для классической депрессии в случае SAD являются повышенный аппетит, увеличение веса, повышенная сонливость, обратный суточный ритм. В общем, SAD-пациенты показывают более мягкую степень депрессии в сравнении с эндогенными (в прежнем понимании) депрессивными пациентами. В 1988 г. T.A.Wehr et al. [52] описали обратный сезонный шаблон SAD, когда типичные депрессии появля-

ются весной и летом, а осенью и зимой отмечались ремиссии или даже гипомания, что отражает более сложный этиопатогенез SAD, нежели просто дефицит света в зимнее время и нарушения в обмене серотонина [32]. Наиболее часто сезонными аффективными расстройствами страдают женщины, соотношение женщины - мужчины в этом случае составляет 9:2.

В прежних исследованиях считалось, что большинство пациентов (81%) соответствовали критериям аффективного расстройства по типу биполярное расстройство II (48), 7% - по типу биполярное расстройство I, у 12% пациентов была диагностирована униполярная депрессия [25, 26, 27]. В последних работах указывается, что большинство пациентов с SAD имеет униполярную депрессию, и лишь 20 % может иметь биполярное течение [33]. Многие авторы [16] признают противоречивость указанных фактов и указывают, что эти данные требуют дополнительных исследований, так как здесь присутствуют методологические трудности в оценке типа течения сезонного аффективного расстройства. Типично маниакальные или гипоманиакальные эпизоды происходят весной и летом, и они должны тщательно отличаться от улучшенного настроения, которое связано с восстановлением от зимней депрессии. Эти противоречия в определении типа течения расстройства имеют не только теоретический или методический характер, но и сугубо практическое приложение, так как есть очень важные различия в лечении пациентов с биполярным течением SAD по сравнению с униполярным SAD [16, 32, 33].

Распределение континуума больных по типу течения SAD в проводимых нами исследованиях было следующим: биполярное течение SAD, в зависимости от изучаемых выборок (группа контроля, пациенты, коморбидно страдающие невротическими и связанными со стрессом расстройствами), отмечалось у подавляющего большинства больных с признаками SAD (85,2 – 97%), монополярное течение, когда в клинической картине SAD отмечались только депрессивные фазы в 10,2 - 3%, и монополярное течение SAD с наличием только гипоманиакальных фаз отмечалось не выше, чем в 4,6% случаев (7). То, что при SAD преобладает биполярное течение, увязывается с характерными в этих случаях клиническими проявлениями депрессивных фаз в рамках этого расстройства, когда на первый план выдвигается отрицательный баланс энергетики, вялость, адинамия, апатические признаки. M.Wolfersdorf [57] отмечает, что при монополярном течении МДП преобладает психомоторная ажитированность, тревога, а при биполярном течении - психомоторная заторможенность и апатия. D.E.Giles [19] отмечает наличие повышенной гиперсomnia при биполярном течении МДП по сравнению с униполярным. T.Ragnowski [38], в свою очередь, указывает на большую представленность в клинической картине психомоторной заторможенности и ослабление сложной активности именно при биполярном течении МДП. Наши исследования в отношении МДП также показывают

преобладание адинамической и простой депрессии при биполярном течении МДП, в то время как при монополярном (депрессивный тип) течении МДП наиболее часто в структуре депрессии обнаруживается тревожная депрессия [8]. Полученные данные согласуются и с наблюдениями К.В.Даниленко, проводимыми в Новосибирске (цит. по 6), согласно которым среди депрессивных симптомов в случае SAD апатия и безразличие ко всему преобладают над тревожностью и беспокойством. На тесную связь симптоматики SAD с так называемыми атипичными депрессиями уже указывалось выше. Но следует упомянуть последние исследования на этот счет, проведенные в различных научных центрах. По данным многих авторов [31, 47] учет таких клинических характеристик как обратные вегетативные признаки: гиперсomnia, гиперфагия или увеличение веса важен для выделения в рамках критериев DSM-IV атипичной депрессии, прежде всего, в отношении прогнозирования низкого ответа на ТЦА (имипрамин). Quitkin F.M. et al. [40] также считают оправданным выделение атипичной депрессии с учетом таких клинических характеристик, как реактивность настроения, гиперсomnia, гиперфагия, изменения сензитивности при межличностном общении, которые лучше всего реагируют на ИМАО (phenelzin). Stewart J.W. [49] подчеркнул, что атипичные депрессии склонны к хронификации и также отметил их большую поддатливость к лечению phenelzin'ом, нежели имипрамином. McGrath P.J. et al. [34] подчеркнул лучшую переносимость флуоксетина по сравнению с имипрамином при примерно одинаковой эффективности в случаях атипичной депрессии. Интересные данные, исходя из своей частной практики (охватывающей 536 человек), приводят Franco Benazzi, [14] о том, что атипичная депрессия может встречаться в рамках «большой депрессии», биполярного аффективного расстройства II или дистимии. Как правило, уровень тяжести атипичной депрессии не превышает средней или легкой степени. Биполярное аффективное расстройство II следует диагностировать при наличии гипоманиакального эпизода длительностью 1-3 дня. Пациенты с биполярным аффективным расстройством II в 49,3% случаев имели признаки атипичной депрессии, а при униполярной депрессии лишь 25,7%. Этот же автор в 1998 году [15], применяя структурированное клиническое интервью с использованием критериев DSD-IV, Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS), Global Assessment of Functioning Scale, показал, что в случае атипичной депрессии биполярное аффективное расстройство II встречается в 64,2% случаев. Hirschfeld R.M.A., Cross C.K. [22] приводят итоговые (но, к сожалению, не охватывающие основных клинических отличий) сравнительные характеристики небиполярной и биполярной депрессии.

Nonbipolar depressive disorder:

1. В клинических исследованиях распространенность депрессии у женщин встречается в 2 раза чаще, чем у мужчин.

2. Распространенность небиполярного депрессивного расстройства обратно пропорционально связана с социальным классом. Никаких расовых отличий не обнаружено.

3. Женатые (замужние) или имеющие близкие, внебрачные отношения люди выявляют несколько более низкую распространенность небиполярной депрессии, чем среди несостоящих в браке людей.

4. Типичный возраст к началу расстройства позже, чем при биполярной депрессии.

5. Небиполярные депрессивные пациенты испытывают большее число стрессовых событий в своей жизни, особенно за месяц до начала расстройства, чем в группе контроля

6. Роль личностных факторов в посредничестве воздействия событий жизни на развитии небиполярной депрессии пока достоверно не изучена.

7. Зависимость, низкое чувство собственного достоинства и склонность к абсессивным переживаниям связаны с небиполярной депрессией.

Nonbipolar depressive disorder:

1. Распространенность биполярной депрессии приблизительно равна среди мужчин и женщин.

2. Распространенность биполярной депрессии несколько больше в высоких социальных классах. Никаких расовых отличий не обнаружено.

3. Не имеется никакой ассоциации между семейным положением и распространностью биполярной депрессии, хотя сообщается о более высоком уровне брачных конфликтов в семьях биполярных пациентов.

4. Возраст к началу биполярной депрессии значительно более ранний, чем возраст к началу небиполярной депрессии (приблизительно на 10 лет раньше).

5. Увеличение частоты стрессовых событий в жизни до начала биполярной депрессии равно найденному для небиполярной депрессии.

6. Биполярные депрессивные пациенты имеют чаще всего нормальные личностные характеристики, по сравнению с небиполярными депрессивными пациентами, хотя указывается на некоторую связь высокого уровня абсессивности в преморбиде у пациентов с биполярной депрессией.

Таким образом, рассматривая такое серьезное расхождение в данных первых и более поздних исследований относительно типа течения SAD (последние постулируют преобладание униполярного течения данного расстройства), следует подчеркнуть, что ряд фактов свидетельствует о более вероятном преобладании биполярного течения SAD (особенно биполярного аффективного II). В пользу этого говорят такие факты, как преобладание признаков атипичности в клинической картине SAD, более раннее начало расстройства, чем в случае классической меланхолии, гомономные наследственные характеристики, клиническая картина с преобладанием анергии, адинации, вместо тревожных компонентов, тенденция к хронификации, лучший ответ на ИМАО, СИОЗ, отдельные эпидемиологические ис-

следования. Правильный диагноз в этих случаях может быть затруднителен в силу незначительной выраженности и малой продолжительности гипоманиакальных проявлений. Клиническая практика показывает, что люди, страдающие гипоманией, практически не обращаются за психиатрической помощью в силу «прекрасного самочувствия» и «реконструировать» истинную картину аффективного расстройства можно лишь при применении тщательного клинического анализа.

Некоторые люди отмечают изменения во сне, аппетите, весе и энергии в течение зимы, но у них не присутствуют критерии, соответствующие «большому депрессивному эпизоду» - такие пациенты рассматриваются как страдающие «subsyndromal SAD». В последние годы в литературе все чаще начинает обсуждаться вопрос о, так называемых, субсиндромальных депрессиях [23, 24]. Но пока лишь единичные работы посвящены возможности существования субсиндромального SAD [27, 43], распространность которого оценивается гораздо выше, нежели SAD в его классическом варианте, описанном N.E. Rosenthal et al. [44]. До настоящего времени не определены четкие рамки того, что же считать субсиндромальным SAD. Эпидемиологические данные в отношении SAD и субсиндромальных SAD, встречающиеся в литературе, заметно отличаются в зависимости от места проведения исследования: для Аляски - 8,9% и 24,9%, для Флориды - 1,4% и 2,6% [43]. По данным N.E. Rosenthal [46] 6,1% населения США страдает SAD, а 14,3% субсиндромальным SAD. Многочисленные исследования [4, 30, 32] обнаруживают, что такие пациенты могут заметно выигрывать в плане улучшения своего самочувствия от применения фототерапии.

Диагностические критерии для субсиндромальной формы SAD [28] на сегодняшний день выглядят весьма расплывчатыми и противоречивыми:

- Субъекты имеют в анамнезе некоторые трудности в течение зимних месяцев на определенном регулярном основании (по крайней мере в течение двух последовательных зим) и эти трудности продолжаются в течение определенного периода времени (по крайней мере 4 недели). Примеры этих трудностей - уменьшение энергии, уменьшенная эффективность на работе (например, снижение концентрации, сложности в последовательном решении поставленной задачи), уменьшенный творческий потенциал или снижение интереса в социализирующем поведении, изменение в пищевых привычках (например, употребление большего количества углеводов), прибавление в весе или изменение паттерна сна (большее количество сна).

- Отношение субъектов к своему состоянию как к «нормальному», невосприятие самого себя как страдающего от болезни или расстройства.

- Субъекты не искали медицинской или психологической помощи по поводу своих трудностей, и при этом кто - либо еще не предлагал им того, чтобы они обратились за этой помощью.

- Люди, которые не знают хорошо данных субъек-

тов, не признают, что они имеют проблему, или, если они это делают, легко приписывают это обстоятельствам типа “трипп” или “сверхурочная работа”.

- Симптомы, испытываемые субъектами, не нарушили в выраженной степени их функционирования (например, определенные болезни несколько раз в зиму, или серьезные брачные разногласия).

- Субъекты не имеют в анамнезе большой депрессии в зимнее время.

- Субъекты не имеют никакой серьезной соматической болезни.

В общем S-SAD индивидуумы не были обеспокоены выраженно угнетенным настроением, как SAD- пациенты, и их симптомы в большей степени состояли из так называемых «атипичных» депрессивных симптомов.

Наши исследования [9] показывают достаточно высокую распространенность в общей популяции S-SAD и SAD. Популяционная выборка насчитывала 369 человек, из которых 281 человек – женщины (76,2%) в возрасте $26,8 \pm 7,5$ лет и 88 человек – мужчины (23,8%) в возрасте $25,1 \pm 8,3$ лет. Признаки SAD были обнаружены у 7% опрашиваемых (26 человек) и у 18,9% – признаки субсиндромального SAD (70 человек). Достоверно ($P < 0,01$) преобладал биполярный тип течения данного расстройства – в 94 случаях (97, 9%). Оценка субсиндромальных симптомов в настоящее время может с большей или меньшей степенью уверенности опираться на различные диагностические подходы, связанные с применением операционных критериев. Цель использования этих критериев при определенных их недостатках заключается в том, чтобы минимизировать субъективизм в оценке клинических признаков (особенно нечетко выраженных), позволить проводить сравнимые и воспроизводимые клинические исследования в любой стране мира. В отношении субсиндромального SAD это возможно при применении скринингового опросника SPAQ (45) или Personal Inventory for Depression and SAD Self-Assessment Version (PIDS-SA) [51], но эти опросники, основанные на самооценке, к сожалению, не дают возможности более детально градуировать степень выраженности клинических проявлений SAD. Другой инструмент, используемый уже врачом-исследователем – структурированное интервью: Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale, Seasonal Affective Disorders Version - SIGH-SAD [55] включает в себя 21 пункт шкалы Гамильтона и 8 пунктов по оценке атипичных признаков депрессии (социальный отход, увеличение веса, увеличение аппетита, увеличение количества потребляемой пищи, предпочтение углеводистой пище, гиперсomnia, чувство усталости, обратный суточный ритм) не позволяет оценить характер течения расстройства и точную привязку данного расстройства к определенным месяцам года.

Учет субсиндромальных форм SAD является важным в теоретическом и практическом отношениях, так как это позволяет своевременно выявить данное аф-

фективное расстройство и уже на этом этапе начать лечение и профилактику этого нарушения с помощью фототерапии.

Современные исследования, посвященные SAD, показывают, что противоречивые результаты относительно распространенности, патогенеза SAD, характера наследственности при этом расстройстве могут указывать на то, что **SAD - биологически гетерогенное расстройство** [16]. Противоречивость фактов в отношении патофизиологии SAD может быть частично объяснена диагностическими проблемами. В последнее время увеличивается количество свидетельств в пользу того, что сезонность, как размерный фактор, может иметь большую силу и представленность, чем это отражено в DSM-IV под диагнозом SAD [36]. Выработка более четких классификационных критериев SAD и S-SAD в конечном итоге позволит выделить более гомогенные клинические группы, а, следовательно, выработать более оправданные как психофармакологические, так и нефармакологические (ресинхронизирующие) лечебные и профилактические подходы к этим расстройствам.

Литература:

1. Блейлер Е. Учебник по психиатрии: Пер. с нем.- 3-е изд. - Берлин, 1920. - 536 с.
2. Каннабих Ю. История психиатрии. – М.: ЦТР МГП ВОС, 1994. – 528 с.
3. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Корнетов Н.А. Ритмологические и экологические исследования при психических заболеваниях. - Киев: «Здоровья», 1988. - 208 с.
4. Корнетов Н.А., Симуткин Г.Г.// Журн. клинич. и социальной психиатрии. - 1994. - N. 4. - C. 134-145.
5. Крепелин Э. Учебник по психиатрии: Пер. с нем.- 8-ое изд. - Москва: Изд. А.А. Карцева, 1910. - 486 с.
6. Путилов А.А. «Совы», «Жаворонки» и другие. О наших внутренних часах и их влиянии на здоровье и характер. - М.: Изд-во Совершенство, Новосибирск: Изд-во Новосибирского университета, 1997. - 264 с.
7. Симуткин Г.Г. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии – 1998. – № 3. - С. 24-29.
8. Симуткин Г.Г. Клиническое значение конституциональных факторов при монополярном и биполярном течении маниакально-депрессивного психоза: Дис. ... канд. мед. наук. - Томск, 1994. - 219 с.
9. Симуткин Г.Г.// Актуальные вопросы психиатрии: Материалы X научной отчетной сессии НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН. – Томск, 2001, в печ.
10. Ясперс К. Общая психопатология. – Перев. с нем. - М.: Практика, 1997. - С. 71-74.
11. American Psychiatric Association. Committee on Nomenclature and Statistics; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Revised, (DSM-III-R), 3rd edition, 1987. Washington, DC: APA.
12. Avery D.H., Dunner D.L., Rosenthal N.E., Spitzer R.L. DSM-IV criteria for seasonal affective disorder. - Light Treatment Biol. Rhythms, Abstr. – 1989. V. 1. - P. 11.

13. Bauer M.S., Dunner D.L. // *Compr Psychiatry*. 1993. - Vol. 34. - P. 159-170.
14. Benazzi F. // *J. Psychiatry Neurosci*. - 1999. - Vol.24. - N3. - P. 244-247.
15. Benazzi F. // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*. - 1999. - Vol. 249 Issue 2. - P. 62-65.
16. Canadian Consensus Guidelines for the Treatment of Seasonal Affective Disorder: A Summary of the Report of the Canadian Consensus Group on SAD Editors - R.W. Lam, A.J. Levitt, 2000.
17. Erkwoh R. // *Nervenarzt*. - 1986. - Bd. 57. - S. 538-541.
18. Esquirol E. *Mental maladies: a treatise on insanity*. - Philadelphia, 1845. - P. 275-315.
19. Giles D.E., Rush A.J., Roffnarg H.P. // *Biol. Psychiatry*. - 1986. - V. 21. - N. 13. - P. 1340-1343.
20. Griesinger W. *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. - Stuttgart: A Krabbe , 1845. - S.175.
21. Haas M. // *Arch. Psychiatr.* - 1938. Bd. 108.
22. Hirschfeld R.M.A., Cross C.K. // *Archives of General Psychiatry*. - 1982. - Vol. 39. - P. 39-46.
23. Judd L.L. et al. // *J. Clin. Psychiatry*. - 1994. - Vol.55. - P.18-28.
24. Judd L.L., Akiskal H.S., Maser J.D. et al. // *Arch. Gen. Psychiatry*. - 1998. - Vol.55. - P.694-700.
25. Kasper S., Wehr T.A., Rosenthal N.E. // *Nervenarzt*. -1988. - Bd. 59. - N.4. - S.191-199.
26. Kasper S., Wehr T.A., Rosenthal N.E. // *Nervenarzt*. - 1988. - Bd.59. - N4.- S. 200-215.
27. Kasper S., Wehr T.A., Bartko J.J. et al.// *Arch Gen Psychiatry*. - 1989. - Vol. 46. - P. 823-833.
28. Kasper S. // *Light Treatment and Biological Rhythms. Bulletin of the Society for Light Treatment and Biological Rhythm*. - 1991. - Vol. 3, No. 2. - P.16-18.
29. Kendell R.E. *Die Diagnose in der Psychiatrie*. - Stuttgart: FEnke Verlag, 1978.
30. Kogan A.O., Guilford P.M. // *Am. J. Psychiatry*. - 1998. - Vol. 155. - P.293-294.
31. Lam R.W., Stewart J.N. // *Compr. Psychiatry*. - 1996. - Vol. 37. - P.375-383.
32. Lam R.W. (ed.): *Seasonal Affective Disorder and Beyond. Light Treatment for SAD and Non-SAD Conditions*. Washington DC, American Psychiatric Press, 1998.
33. Lam R.W. *Seasonal affective disorder: diagnosis and management. A medical paper published in Primary Care Psychiatry (a peer-reviewed medical journal)*. - 1998. - Vol. 4. - P. 63-74.
34. McGrath P.J. et al. // *Am. J. Psychiatry*. - 2000. - Vol.157. - N3. - P. 344-350.
35. Michaelis R. // *Nervenarzt*. - 1967. - Bd. 38. - S. 301-305.
36. Murray G.W., Allen N.B., Trinder J. // [abstract] International Congress on Chronobiology Abstract. - 1999. - P. 27.
37. Neumann H. *Lehrbuch der Seelenstörungen*. - Breslau, 1859.
38. Parnowski T., Pietruszewska J. // *Psychiat. pol.* - 1984. - V. 18. - N. 1. - P. 1-7.
39. Pitt B. // *Brit. J. Psychiatr.* - 1968. - Vol. 114. - P. 1325-1335.
40. Quitkin F.M. et al. // *J. Clin. Psychiatry*. - 1984 . - Vol. 45, (7 Pt 2). - P. 19-21 .
41. Revisions of DSM-III-R criteria for SAD as a "seasonal pattern" of recurrent mood disorders. Likely to be published without change in the DSM-IV in September, 1993.
42. Rodin I., Thomson C. // *Advances in Psychiatric Treatment*. - 1997. - Vol.3. - P.352-359.
43. Rosen L.N. Targum S.D., Terman M. et al. // *Psychiatry Research*. - 1990. - Vol. 31. - P.131-144.
44. Rosenthal N.E., Sack D.A., Gillin J.C. et al. // *Arch. Gen. Psychiat.* - 1984.- Vol.41. - P. 72-80.
45. Rosenthal N.E., Bradt G.H., Wehr T.A. *Seasonal Pattern Assessment Questionnaire (SPAQ)*. Bethesda, MD, National Institute of Mental Health, 1987.
46. Rosenthal NE: *Seasons of the Mind*. New York, Bantam, 1989.
47. Sotsky S.M., Simmens S.J. // *J. Affect. Disord.* - 1999. - Vol. 54. - N3. - P. 237-247.
48. Spitzer R.L., Endicott J., Robins E. // *Arch. Gen. Psychiatry*. -1978. - Vol. 35. - P. 773-782.
49. Stewart J.W., McGrath P.J., Quitkin F.M. et al. // *J. Clin. Psychopharmacol.* - 1993. - Vol. 13. - N6. - P. 391-396.
50. Task Force on DSM-IV: *DSM-IV Draft Criteria*. Washington DC, American Psychiatric Association, 1993.
51. Terman, M. Williams J. et al. *Personal Inventory for Depression and SAD Self-Assessment Version (PIDS-SA)*, New York State Psychiatric Institute and Department of Psychiatry, Columbia University, 1993.
52. Wehr T.A. et al. // *Amer. J. Psychiat.* -1988. - Vol. 144. - P. 1602-1603.
53. Wenzel R., Hubner R. // *Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.)* - 1989. - Bd. 41. - N. 3, Marz. -S. 151-156.
54. West E.D., Dally P.J. // *Brit. med. J.* - 1959. - Vol.1. - P. 1491-1496.
55. Williams J., Link M., Rosenthal N.E., et al.: *Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale, Seasonal Affective Disorders Version (SIGH-SAD)*. New York, New York Psychiatric Institute, 1991.
56. Willmanns K. // *Munch. med. Wschr.* - 1920. - N. 7.
57. Wolfersdorf M. // *Therapiewoche*. - 1988. - Bd. 38. - N. 24. - S. 1791-1820.
58. World Health Organisation, 1993. *International statistical classification of diseases and relative health problems. 10 revision (ICD-10)*, v. 3. Geneva: WHO.

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДЕПРЕССИВНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

К.Е.Скударь

г. Челябинск

Нами было обследовано 64 больных депрессией (23 мужчин и 41 женщина), имевшие отчетливые знаки периферического атеросклероза и начальные проявления церебрального атеросклеротической болезни.

Диагноз выставлялся в соответствии с критериями МКБ-10:

F06.31 Органическое биполярное расстройство – 11 человек;

F06.32 Органическое депрессивное расстройство – 53 человека.

Рубрика F06.31 использовалась в том случае, если в катамнезе болезни отмечался хотя бы один эпизод мании, гипомании или смешанного состояния.

Рубрика F06.32 использовалась, если маниакальные эпизоды в катамнезе отсутствовали.

Анализ факторов риска, оказавших влияние на развитие депрессивного состояния сосудистого генеза,

проводился по классической схеме:

- предрасполагающие факторы, подготовившие почву для болезненного расстройства (группа 1 в таблице);

- провоцирующие факторы, способствовавшие проявлению расстройства (группа 2 в таблице);

- поддерживающие факторы, сохраняющие проявления в той или иной степени выраженности (группа 3 в таблице).

Сбор сведений производился субъективно-объективным методом (пациент заполнял опросник, а затем его данные дополнялись исследователем с учетом объективных сведений и личного наблюдения). Дополнения вносились в карту другим цветом, создавая отдельный аспект для анализа. Фактор признавался значимым, если его отмечали более 25% респондентов.

Таблица

Факторы риска, оказавшие влияние на развитие депрессивного состояния в группе больных церебральным атеросклерозом

Факторы риска	Группа 1*		Группа 2*		Группа 3*	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Нестабильная ситуация в стране	53	82,8	26	40,6	37	57,8
бездействие	10	15,6	7	10,9	11	17,1
Выход на пенсию	7	10,9	6	9,4	2	3,1
Бедность	58	90,6	32	50,0	59	92,1
Физический труд в анамнезе	37	57,8	35	54,7	22	34,4
Умственный труд в анамнезе	3	4,7	-	-	-	-
Антиобщественные поступки в прошлом	4	6,2	-	-	-	-
Утрата имущества, в том числе жилища	9	14,0	7	10,9	7	10,9
Конфликты с окружающими	12	18,7	32	50,0	36	56,2
Частые смерти в окружении	4	6,2	28	43,7	37	57,8
Дефицит общения со сверстниками	57	89,0	21	32,8	63	98,4
Дефицит активного досуга	12	18,7	3	4,7	41	64,0
Затруднения в ведении хозяйства	7	10,9	5	7,8	28	43,7
Проживания на иждивении	25	39,0	17	26,6	4	6,2
Семейные конфликты	35	54,7	27	42,2	33	51,6
Вдовство	11	17,1	23	35,9	23	35,9

Как следует из таблицы, наибольшее значение среди факторов по всем трем позициям заняли традиционные - “бедность”, “физический труд в анамнезе”, “семейные конфликты” и “нестабильная ситуация в стране”. Частое упоминание этой четверки популярными СМИ давно вывело их в разряд, которые “все объясняют”. С другой стороны, с дестабилизирующими инди-

видуальное состояние социальными факторами не может быть иначе. Трудно оспорить, что ситуация в стране далека от стабильной, что большая часть особенно пожилого населения находится за чертой бедности, что тяжелый физический труд в неблагоприятных условиях оказывает существенное влияние на состояние здоровья и продолжительность жизни, а семейные конф-

ликты сопровождают и усугубляют неблагоприятную социальную ситуацию.

С удивительным постоянством сами больные отмечали фактор “дефицит общения со сверстниками”, отмечая при этом, что чрезвычайно страдают от отсутствия широкого обмена информацией по проблемам пожилых людей, оторваны от опыта сверстников в решении проблем со здоровьем, устали от негативного отношения более молодых поколений. Фактор “конфликты с окружающими” значительно дополняет картину, поскольку описывается, в основном, окружением больных, а для них самих редко выходят из тени.

Фактор “частые смерти в окружении” показал свое значение в качестве провоцирующего и поддерживаю-

щего болезненное состояние. Следует также отметить, что мотив смерти родных и близких является частым содержанием депрессивных переживаний в данной группе больных.

Факторы “дефицит активного досуга” и “затруднения в ведении хозяйства” наиболее часто в данной подгруппе рассматривались в качестве поддерживающих, а “ проживание на иждивении” – в качестве предрасполагающего и провоцирующего.

Таким образом, влияние социальных факторов на развитие заболевания не вызывает сомнений и наибольшее значение имеют следующие ассоциации факторов: “неустойчивая ситуация в стране”, “бедность”, “физический труд в анамнезе”, “дефицит общения со сверстниками”.

НАРКОЛОГИЯ

ПРОЕКТ СОЗДАНИЯ ЕДИНОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СЕТИ В ЦЕНТРАХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

А.Л.Катков, Ю.А.Россинский, М.Н.Валивач

г. Павлодар

Современное здравоохранение невозможно представить без высоких информационных технологий как в плане реализации непосредственно медицинских действий, так и в плане выполнения все более разрастающихся и усложняющихся организационно-информационных функций.

Если первое направление использования информационных систем (в основном, цифровое диагностическое оборудование с компьютерной обработкой и анализом данных) обеспечивает точность и надежность диагностики и, соответственно, повышает эффективность лечения, то второе – значительно экономит ресурсы времени, затрачиваемого на обработку, хранение, передачу информации в медицинских учреждениях (по различным данным на 40-60%), а также средств, необходимых для обеспечения данного процесса (от 20 до 30% бюджета больничных учреждений прямо или косвенно используются по вышеназванным целям).

Таким образом, непосредственным результатом широкого внедрения информационных систем в деятельность медицинских учреждений следует считать значительное повышение прямой (расходы лечебных учреждений) и косвенной (улучшение состояния здоровья граждан) экономической эффективности в системе здравоохранения.

Классическим вариантом “специфических” функций АМИС (автоматизированных медицинских информационных систем) считается следующий:

1. обеспечение выполнения медицинских действий (например, цифровая диагностика, компьютерная обработка результатов);
2. эксплуатация медицинских данных в целях увеличения объема медицинских знаний в учреждении здравоохранения;
3. обеспечение материально-технического и медицинского снабжения;
4. оперативное планирование административной деятельности;
5. оперативное планирование лечебно-диагностической деятельности (в том числе – модернизация учета диспансерного контингента)

В зависимости от характера и масштаба решаемых задач АМИС могут в основном выполнять носить локальную или интегральную функцию. Локальная сеть обслуживает какой-либо сектор лечебной или диагностической деятельности, внутри медицинского учреждения. Интегральная сеть может удовлетворять информационные потребности всего учреждения, региональ-

ной сети учреждений, Республиканской сети, или включаться в международные информационные консорциумы, создаваемые по основным спецификам здравоохранения.

При этом само по себе высокое технологическое обеспечение информационных процессов в здравоохранении не должно являться самоцелью, а вводиться для улучшения функционирования сети.

В этой связи выделяют основные требования к АМИС:

- пациент не должен ощущать влияния разделения на подсистемы (процедуры, назначения, реабилитационные маршруты должны быть согласованы);
- пользователь АМИС должен иметь возможность облегченного доступа (при наличии соответствующих полномочий) к функциям различных подсистем. При этом система должна обеспечивать целостность и не противоречивость информации;
- информация должна храниться в единой базе данных и представляться по мере необходимости любой заинтересованной подсистеме локального уровня.

Масштабное внедрение АМИС в деятельность учреждений здравоохранения подразумевает значительную модернизацию их структуры и штатного расписания. Информационно-технические подразделения (или централизованная специализированная служба здравоохранения региона с данными функциями) медицинских учреждений должны решать вопросы разработки, установки, технического обслуживания и постоянной модернизации АМИС. В этих же подразделениях должна проводиться постоянная подготовка специального технического персонала и пользователей сети (административный, врачебный, средний персонал). В достаточно крупных подразделениях такого рода может разрабатываться программное обеспечение для АМИС.

В настоящее время сотрудниками Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании разработан проект информационного обеспечения работы Республиканского Центра и его региональных филиалов.

Цель проекта: обеспечить оперативные накопления, обработку и обмен информацией внутри Центра и со всеми его филиалами, наркологическими диспансерами республики.

Задачи проекта:

- создать экспертную компьютеризированную систему, позволяющую (а) осуществлять диагностику

и вырабатывать рекомендации по лечению и реабилитации больных наркоманией по стандартизованным критериям, (б) производить массовые скрининги в отношении психологической предрасположенности к употреблению наркотиков, (в) накапливать данные об изучаемых контингентах в стандартной форме; (г) проводить масштабные научные исследования по профилю лечения, реабилитации и профилактики наркозависимости;

- создать компьютерную сеть внутри Центра;
- создать компьютеризированные рабочие места во всех наркологических учреждениях Республики Казахстан;
- создать систему обмена информацией между всеми рабочими местами по методологии закрытой или открытой сети;
- создать систему серверов и программное обеспечение для накопления обобщенное базы данных, поступающих от всех рабочих мест;
- создать программное обеспечение для проведения глубокого статистического анализа с целью формирования текущих отчетов и научных исследований;
- создать программное обеспечение для проведения динамического диспансерного наблюдения за наркологическими больными в Республике Казахстан;
- создать web-страницу Центра с размещением методических рекомендаций, приказов, инструкций, материалов для санпросвет работы и т.д.;
- произвести обучение сотрудников Центра и практических наркологов Республики Казахстан пользованию создаваемой системой в практических и научных целях.

В основу создания компьютеризированной экспертной системы положить действующий прототип – экспертную систему медицинской диагностики “Консилиум”, которая уже получила оценку специалистов, выиграв в 1999 году гранд на международном конкурсе научных проектов Фонда МакАртуров (США). Разрабатываемое программное обеспечение позволит унифицировать подходы, применяемые врачами-наркологами, основываясь на современных научных достижениях, а также производить ее непрерывное совершенствование за счет внедрения достижений Центра. Разрабатываемая экспертная система будет производить комплексную оценку социальных, психологических, психиатрических, неврологических и соматических проблем в их взаимосвязи. Основываясь на данной оценке, экспертная система будет помогать врачу разрабатывать комплексный подход к лечению и многосторонней реабилитации наркологических больных. Кроме этого, диагностика по унифицированным схемам

даст возможность формировать базы данных, позволяющие производить их статистическую обработку с получением надежных научных выводов. Все практические действия наркологов будут регистрироваться и подвергаться научному анализу.

Помимо работы с пациентами, имеющими сформированную наркотическую зависимость, программа будет осуществлять диагностику предрасположенности к приему наркотиков и сможет применяться для проведения массовых скринингов.

К созданию программы будут привлечены разработчики программного обеспечения, наркологи, социальные психологи, психиатры, невропатологи, эндocrinологи, терапевты, специалисты по организации медицинской помощи, юристы, представители правоохранительных органов.

Обеспечение сотрудников Центра, а также практических наркологов компьютеризированными рабочими местами, станет предпосылкой формирования единой сети с модемной связью. Будет создан крупный сервер для накопления и обмена информации, ее статистической обработки, размещения отчетов о научной деятельности Центра, постоянно обновляемых методических рекомендаций, а также электронная библиотека. Для сервера будет создано гибкое программное обеспечение, осуществляющее эти задачи. Кроме этого, будет создано программное обеспечение для глубокой научной статистической переработки поступающей информации.

Компьютеризация рабочих мест и создание централизованного сервера улучшит динамическое диспансерное наблюдение за наркологическими больными, исчезнет разобщенность между участками, районами и областями.

Для работы в создаваемой сети потребуются подготовленные кадры. При Центре будет производиться повышение квалификации сотрудников наркологических служб с обучением пользованию компьютером, работе в сети, унификации подходов в диагностике, лечении и реабилитации, современным подходом в медицинской статистике. Для целей непрерывного повышения квалификации и унификации подходов будет создана web-страница Центра с размещенными на ней методическими и учебными материалами, а также электронный журнал Центра.

Завершение организационного этапа данного проекта позволит достаточно быстро, эффективно и скординировано осуществлять ряд чрезвычайно важных научных исследований, необходимых для повышения эффективности антинаркотических усилий в Республике Казахстан.

ИНФОРМАЦИЯ

ИСТОРИЯ ОДНОЙ ДОКТОРСКОЙ ДИССЕРТАЦИИ

(Окончание. Начало в журнале «Вопросы ментальной медицины и экологии» том 7 № 2)

Проф. Б.Е.Егоров

г. Москва

Часть П

Тот, кто не знает свою историю,
не знает своего будущего,
ни самого себя.

Вольтер

За два дня до Ученого Совета я переговорил с асс. Смирновым и старшим научным сотрудником Мельниковым. Сказав им, что надо что-то делать, предложил организовать инициативную группу по защите названия кафедры психотерапии. На словах они согласились, но обозначать свои фамилии отказались. Тогда заручившись их моральной поддержкой, я направил 19.02.1997 года следующее заявление Ректору Академии:

Ректору Российской медицинской академии последипломного образования профессору
Л.К.Мошетовой

Копия: Ученому секретарю РМА,
доценту Л.М. Савченко,

Декану терапевтического факультета,
доценту К.А.Саркисову

Заявление
Уважаемая Лариса Константиновна!

Здравая часть сотрудников кафедры психотерапии РМА не согласна с возможным переименованием кафедры. Сотрудникам кафедры не понятна аргументация превращения Единственной и Уникальной в России кафедры психотерапии в кафедру психиатрического направления. В Москве уже на сегодняшний день существует 6 кафедр психиатрии, одна из них в РМА (зав. кафедрой проф. А.С.Тиганов).

От имени инициативной группы «За сохранение прежнего названия», просим Вас приостановить процесс переименования кафедры психотерапии, исходя из следующей аргументации:

1. На кафедре психотерапии не было открытым дискуссии о переименовании.

2. Превращение Единственной и Уникальной кафедры психотерапии в 7-ую кафедру психиатрического направления снизит желание врачей-курсантов приезжать и обучаться на новой кафедре (печальный опыт переименования кафедры психотерапии ФУВ М.А. им. Сеченова).

3. Создание 2-ой кафедры психиатрического направления в РМА будет способствовать возникновению конфликтных отношений с кафедрой психиатрии, курирующей это направление.

Учитывая вышеизложенное, просим Вас разобраться в этом вопросе и не допустить ошибочного решения о переименовании кафедры психотерапии.

От имени инициативной группы «За сохранение прежнего названия»

Доцент кафедры психотерапии
с курсом сексопатологии РМА

Б.Е.Егоров

В результате этого заявления, посвященного протесту против переименования кафедры психотерапии в кафедру пограничной психиатрии, за день до Ученого Совета 20.02.1997 года меня вызывает ректор в свой кабинет. В присутствии декана терапевтического факультета и проректора по учебной работе, с 15.00 до 15.35, ректор устраивает мне «выволочку», показывает бумагу из министерства за подпись чиновника Бедренец и говорит, что Бедренец – великий чиновник – «за», а лидер группировки доцент Егоров – «против». Советует заниматься докторской диссертацией, думать о доценстве, и не лезть не в свое дело. В окончании беседы запрещает являться 21.02.1997 года на Совет терапевтического факультета. Однако последними моими словами было, что я до последнего буду отстаивать кафедру психотерапии, не смотря на бумаги хоть от Господа Бога. В дальнейшем ректор снимает вопрос о переименовании с повестки Большого Ученого Совета 25.02.1997 г., мотивируя это не подготовленностью вопроса, и болезнью проф. Рожнова. Таким образом, буквально за полшага до конца психотерапии в России, был остановлен разрушительный выстрел ортодоксальных психиатров.

26.02.1997 г. начало Сертификационного цикла. Меня не пригласили и не сообщили об этом, но из достоверных источников мне стало известно, что обсуждали откровенные меры против меня.

26.02.1997 г. был у профессора Ю.В.Валентика. Атмосфера благоприятная. Юрий Владимирович сказал, чтобы я в диссертацию добавил дополнительные клинические наблюдения и отдал на предзащиту в Санкт-Петербург. Понял, что надо искать союзников, поскольку противники уверены, что я рвусь на заведование кафедры. Хотя в мечтах разбирался этот вопрос, но представить себе, что я буду командовать клубком змей - это мало привлекательная перспектива. Сначала надо защитить идею и защитить докторскую диссертацию, потом все остальное. По инициативе профессора Ю.В.Валентика встретился с профессором В.В.Ма-

каровым. Давно ходили слухи, что профессор В.В.Макаров хотел бы занять место заведующего кафедрой. Я знаком был с Виктором Викторовичем с 1986 года, когда институт им. Сербского совместно с кафедрой психотерапии проводил цикл усовершенствования преподавательского состава по борьбе с алкоголизмом в стране. Как всегда все разбежались по выездным циклам, и остался один старший лаборант Егоров, как главный куратор этого цикла. Тогда я познакомился с молодым заведующим кафедрой психиатрии, наркологии, возрастной и медицинской психологии Красноярского медицинского института профессором В.В.Макаровым. Он тогда сказал свою знаменитую фразу, которая полностью соответствовала моим представлениям: "Психотерапия без психиатрии выживет, вот психиатрия без психотерапии не выживет". Практически, прошло столько лет, и мы полностью видим реализацию этой аксиомы принципа сегодня.

Мы обговорили с профессором В.В.Макаровым этапы взаимодействия и поддержки. Договоренность обычная: я лоббирую внутри академии и кафедры приход профессора В.В.Макарова на заведование кафедрой психотерапии. Он мне помогает с докторской диссертацией. На том и порешили. Одновременно, я попросил проф. В.В.Макарова выяснить ситуацию с Минздравом и снять вопрос о переименовании кафедры. 27.02.1997 года позвонил Виктор Викторович и сообщил, что Минздрав не настаивает на переименовании кафедры психотерапии.

Однако, это еще не все. 11.03.1997 года 9.30 утра, открытие очередного цикла усовершенствования на кафедре психотерапии. Собрался весь преподавательский состав кафедры, кроме асс. Смирнова, он подошел позже. Проф. Рожнов опять пытался заставить всех подписаться под бумагой о переименовании кафедры психотерапии. Все как "зомби" согласились на переименование. Однако я встал и потребовал прекратить издаваться над психотерапией, выступил крайне жестко, обвинив всех в ... и т.д. Потупив взор, все отправились открывать цикл.

Одновременно, в начале марта месяца зашел к доценту кафедры психотерапии Московской медицинской Академии Е.В.Безносюку и попросил его поговорить с кем-нибудь с кафедры психиатрии на предмет защиты докторской диссертации. Продолжал работать план, отвлекающий моих противников от Санкт-Петербурга.

28.03.1997 года встретился с профессором Урсовой Л.Г. на кафедре психиатрии в клинике им. С.С.Корсакова. Душевно поговорили, и Л.Г.Урсова обещала помочь.

29.03.1997 года позвонила проф. Л.Г.Урсова и сразу же согласилась курировать мою докторскую диссертацию на защите. Разговаривала с академиком Жариковым Н.М., который ей сказал, чтобы она сама прописала за процессом.

07.04.1997 года встреча с академиком Н.М.Жариковым в клинике им. С.С.Корсакова. Поговорили дос-

таточно доброжелательно. Расспрашивал о теоретических концепциях диссертации, о больных, о взаимоотношениях с проф. Рожновым. Я высказал опасения об их совместной работе в свое время и о том, что В.Е.-Рожнов постоянно шантажирует всех именами Жарикова и Морозова. На что Н.М.Жариков сказал, что отношения отношениями, а докторская диссертация сама собой. Назначил рецензентов проф. Урсову и доктора медицинских наук Гиндикина.

10.04.1997 года, предварительно позвонив и договорившись с Гиндикиным в клинике им. С.С.Корсакова, о передаче ему "кирпича" докторской диссертации. Как только мы познакомились в коридоре перед кабинетом Н.М.Жарикова, д.м.н. Гиндикин сразу же начал разговор с критики психоанализа. После этого зашел в кабинет академика Н.М.Жарикова, через две минуты выскочил, сказал, чтобы я ему дал визитку и диссертацию. Буквально, за 40 секунд успел опять покритиковать психоанализ, но все забрал и сказал, чтобы я ему звонил.

10.04.1997 года академик А.М.Вейн, председатель Ученого Совета по психиатрии и невропатологии, подписал бумаги на утверждение темы и сказал, что будем работать.

22.04.1997 года созвонился с проф. Урсовой и узнал, что, одновременно, нельзя быть и рецензентом на апробации и официальным оппонентом на защите. Академик Жариков назначил рецензентом проф. Березина. 24.04.1997 года достал телефон проф. Березина, долго его уговаривал, он долго отнекивался, сказал, что все поддержит на Ученом Совете, но Жариков ему ничего не говорил о рецензировании. На его отказе от рецензирования мы и закончили разговор. На следующий день я поехал в клинику С.С.Корсакова и лично в беседе пытался уговорить проф. Березина быть рецензентом. Ничего не получилось.

24.04.1997 года позвонил Гиндикину и встретился с ним. Разговор сразу же начался с критики. Критиковалось все - истории болезни, выводы, исторический обзор и т.д. Особенно, он критиковал те места литературного обзора, где написано реальное положение в психиатрии. С обидой за Снежневского и Смулевича говорил об их вкладе в науку. Привязался к своей статье совместно со Смулевичем, начал говорить, что неправильно она процитирована. В результате, в последствии, я ее вообще убрал. Критиковал что мало иностранных авторов. Стиль диссертации как в методических рекомендациях. Долго говорил об ошибках в пунктуации и орфографии и т.д. Одним словом попытался выполнить заказ из ВНЦПЗ. Задавить отрицательными характеристиками, чтобы сам забрал и сказал, что еще подумаю. Но это мы уже проходили на кафедре психотерапии у доцента Слуцкого. Поэтому я выслушал и сказал, что ошибки исправлю, выводы переделаю, истории болезни перепишу, литературный обзор доработаю, но Вы продолжайте писать рецензию. Видимо ожидалось, что я сам заберу диссертацию после такого "наезда" рецензента, однако я не удовлетворил

их ожидание, и оставил диссертацию в работе. Естественно, что морально я подготовился ожидать дальнейшего продвижения работы как минимум полгода. Но!?

05.05.1997 года понедельник, по устойчивой привычке пришел поздравить академика Н.М.Жарикова с праздником Победы. Н.М.Жариков доброжелательно поговорил, сказал, что рецензии все положительные и назначил официальную аprobацию на 12.00, 13.05.1997 года в своем кабинете. Я согласился, поблагодарил и пошел к проф. Урской отрабатывать доклад на аprobации. Хорошо, что была уже договоренность с проф. Макаровым о рецензировании.

12.05.1997 года опять был у проф. Урской, говорили об оппонентах, о диссертации, обговорили варианты реагирования на те или иные вопросы при аprobации, зачитывал доклад на предзащите и т.д.

13.05.1997 года. 12.00. Кабинет академика Н.М.Жарикова в клинике им. С.С.Корсакова. Аprobация.

П Р О Т О К О Л № 138

совместной научной конференции клиники им. С.С.Корсакова и кафедры психиатрии ММА им. И.М.Сеченова

13 мая 1997 года

Председатель: член-корреспондент РАМН, профессор Н.М.Жариков

Секретарь: ассистент В.В.Балабанова

Присутствовали: заведующий кафедрой психиатрии, член-корреспондент РАМН, проф. Н.М.Жариков; проф. Н.А.Тювина, проф. Л.Г.Урская; заведующий кафедрой наркологии Российской Медицинской Академии последипломного образования, д.м.н., проф. Ю.В.-Валентик; заместитель директора по учебно-методической работе ГНЦ наркологии МЗ РФ, проф., д.м.н. В.В.Макаров; д.м.н. В.Я.-Гиндинин; доценты кафедры: М.А.Лебедев, Г.И.Исаев; ассистенты кафедры: В.Д.Морозова, Т.Н.Иванова, В.В.Балабанова; к.м.н. М.А.-Кинкулькина; к.м.н., зав. отд.: Е.С.Орловская, А.К.Новицкая, М.Ж.Гуревич, С.Д.Бояринцева; доцент кафедры психотерапии с курсом сексопатологии РМАПО, к.м.н. Б.Е.Егоров; аспиранты, ординаторы, интерны - всего 25 человек, из них 6 докторов наук, 11 кандидатов наук.

Повестка дня:

Аprobация диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук Б.Е.Егорова на тему: «Психоаналитически ориентированная терапия в комплексном лечении пограничных нервно-психических расстройств».

Доклад длился 29 минут, использовался переносной кодоскоп, демонстрировались таблицы, очень волновался, не знал, как воспринимается доклад. Однако атмосфера была доброжелательной.

Вопросы задавали по существу, с явным желанием помочь диссиденту. Особенно это проявляли проф. Тювина и доцент Исаев, а также все участники аprobации, кроме «научного киллера» д.м.н. Гиндинина, рецензента. Его выступление напоминало 1937 год, но в научной сфере, и диссертация не диссертация, и диссидент не диссидент, а какой-то разрушитель советской психиатрии и, вообще, психоанализ не наука. Вот тут собрание сыграло свою роль. Присутствующие спе-

циалисты, на слова об отсутствии психоанализа в стране, начали откровенно смеяться, сначала, тихо, потом с каждым словом д.м.н. Гиндинина смех нарастал и, практически, к концу его доклада смех стал настолько откровенным, что академик Н.М.Жариков, сам, усмехаясь, призывал всех к тишине. Но остановить сформировавшееся коллективное бессознательное было уже не возможно. Каждое отрицательное слово Гиндинина о психоанализе встречало почти гомерический хохот в аудитории. Рядом с Гиндининым сидела проф. Урская, которая окончательно инейтрализовала эмоциональную атмосферу вокруг рецензента. Надо отдать должное Гиндинину, он очень хорошо почувствовал аудиторию, и окончание доклада было положительным, представить к официальной защите без повторной аprobации. Далее выступил проф. Макаров и окончательно своей положительной рецензией сформировал общее мнение аудитории. Далее, выступление участников аprobации, вопросы, ответы на вопросы и т.д. Все это длилось до 13.43. Заключительное слово сказал академик Н.М.Жариков, – попенял диссиденту за длинный доклад, сказал, чтобы исправил ошибки и постоянно повторял фразу без повторной аprobации. Принято было единогласно к официальной защите. Однако для подстраховки Н.М.Жариков выдал неформально «морковку» Гиндинину, чтобы он дал свое письменное разрешение после проверки как диссидент исправил ошибки.

«Председатель конференции, член-корреспондент РАМН, профессор Н.М.Жариков: Давайте голосовать для принятия окончательного решения по обсуждаемой работе - Предложение - подавать диссертационную работу Б.Е.Егорова «Психоаналитически ориентированная терапия в комплексе лечения пограничных психических расстройств», с учетом сделанных замечаний, на официальную защиту без повторной аprobации.

Голосование:

«За» - 25 человек;

«Против» - нет;

«Воздержавшихся» - нет.

Заключительное слово соискателя, к.м.н. Б.Е.Егоров:

Уважаемый Председатель! Уважаемые коллеги! Я благодарю вас за высказанные замечания, для меня они являются словами, направленными на совершенствование моей работы. Клинический психоанализ является недостающим звеном в развитии российской психотерапии и психиатрии. Учитывая мнения, можно сказать, что эта тема действительно является той темой, которая уже давно волнует и ученых, и врачей-практиков в современной России. Большое спасибо за ваш труд по обсуждению моей работы.

Председатель - член-корреспондент РАМН, проф. Н.М.Жариков:

Резюмирую общее мнение участников конференции. С учетом мнения рецензентов: д.м.н. В.Я.Гиндинина и профессора В.В.Макарова, а также мнений, высказанных участниками обсуждения результатов докторского исследования к.м.н. Б.Е.Егорова, можно заключить следующее:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Докторская диссертация ЕГОРОВА Бориса Ефимовича на тему: «Психоаналитически ориентированная терапия в комплексном лечении пограничных нервно-психических расстройств» является законченной самостоятельной научно-исследовательской работой, открывающей новое направление в психотерапии - психоаналитически ориентированные методы исследования и лечения больных с пограничными психическими расстройствами. Работа выполнена

на высоком профессиональном уровне, имеет научно-практическое значение и показывает высочайшую эрудицию автора.

Соискатель Б.Е.Егоров является высококвалифицированным психотерапевтом, показавшим свои способности в научной, педагогической и практической деятельности.

С учетом практической деятельности, научной и педагогической зрелости Б.Е.Егорова, научная конференция рекомендует его докторскую диссертацию «Психоаналитически ориентированная терапия в комплексном лечении пограничных нервно-психических расстройств» к официальной защите в Диссертационный Совет по докторским диссертациям Д 074.05.04 по специальности 14.00.18 - психиатрия.

Принято единогласно.

Председатель Заведующий кафедрой психиатрии ММА им. И.М. Сеченова, член-корреспондент РАМН, профессор, доктор медицинских наук

Н.М.Жариков

Секретарь ассистент кафедры психиатрии, кандидат медицинских наук

В.В. Балабанова

На этом апробация закончилась.

Хочется привести слова моего научного консультанта проф. Ю.В.Валентика, который так охарактеризовал диссертанта, чтобы самого себя не характеризовать:

Научный консультант - профессор Ю.В.Валентик: Благодарю председателя, уважаемое собрание и рецензентов за проделанную работу по обсуждению докторской диссертации Б.Е.Егорова. Конечно, оригинальные взгляды соискателя еще нуждаются в окончательной доработке, однако, препятствия, с которыми встретился диссертант и процесс их преодоления, вызывает у специалистов признание его практической, теоретической и личностной подготовки, как врача, педагога иченого. Одновременно с преодолением трудностей, соискателю приходилось лечить больных, преподавать на кафедре психотерапии и писать научные работы, пособие для врачей, методические рекомендации. Одним словом перед вами профессионал, как говорят англичане - «self-made man» (человек сам себя сделавший). Метод, который предлагает Б.Е.Егоров, является высокотехнологичным и в современных условиях уже применяется многими врачами. Научная новизна и актуальность обсуждаемой работы более чем достаточна.

После апробации проф. В.В.Макаров рассказал о случае произошедшем с ним и проф. Ю.В.Валентиком. Они шли вместе от клиники им. С.С.Корсакова и впереди шел д.м.н. Гиндинкин. Вдруг неожиданно Гиндинкин поворачивается и, обращаясь к проф. Макарову, говорит: «Борис Ефимович, давайте я Вам подпишу бумаги о том, что все исправлено». Виктор Викторович начинает, подыгрывая говорить, что лучше это сделать завтра на кафедре. Минуты две длилась эта дискуссия. Потом проф. Ю.В.Валентик, смеясь, говорит, что это проф. В.В. Макаров. Гиндинкин стал извиняться, ссылаясь на плохое зрение. Шутка была исчерпана, но возникло предположение, что это был «чернейший оппонент», который должен был дискредитировать диссертацию и морально растоптать диссертанта, но ничего не получилось. Отсюда и реакция чувства вины.

19.05.1997 года. Утверждение темы докторской диссертации на Ученом Совете по психиатрии и невропатологии Московской медицинской академии. Ученый секретарь проф. Соловьева попыталась отложить утверждение, в связи с этим привязалась к проф.

Л.Г.Урсовой, что плохо оформлены бумаги. Но академик Н.М.Жариков не дал ученому секретарю такой возможности, приди на Совет, с порога напомнил проф. Соловьеву об утверждении темы и сказал, что в секретариате Совета одобрили все бумаги диссертанта. После этого Ученый Совет проголосовал и принял единогласно мою докторскую диссертацию к официальной защите. Все это было сделано так обыденно и незаметно, хотя, в принципе, совершилась революция в психиатрии. Как и всякая революция, она протекает незаметно для большинства, но отстаивать результаты переворота иногда приходится с большими потерями.

26.05.1997 года был у ректора нашей Академии. Вначале она насторожилась, а затем, услышав об аprobации, обрадовалась, заулыбалась и сказала, что можно готовить документы для Ученого Совета. Декан терапевтического факультета сказал, имея в виду всю ситуацию на кафедре психотерапии, одно слово, которое точно характеризует ее, «это – секвестр». И под это решение был объявлен конкурс на заведующего кафедрой психотерапии в сентябре 1997 года.

Однако рано радовался. 27.05.1997 года вдруг неожиданно позвонила профессор Л.Г.Урсова и сообщила, что д.м.н. Гиндинкин бегает по клинике им. С.С.Корсакова и дискредитирует диссертанта бумагой от Карвасарского, который дал отрицательный отзыв на пособие для врачей от 18.02.1997 года. Оказывается, собирали Федеральный Центр по психотерапии под руководством Карвасарского и обсуждали мое пособие для врачей «Психоаналитически ориентированная психотерапия в комплексном лечении пограничных нервно-психических расстройств». Резюме федерального центра – психоанализа не существует, а доцент Егоров нехороший человек, раз говорит обратное.

Пришло вспоминать. 10.02.1997 года у проф. Белкина на Арбате встретил директора Восточно-европейского института психоанализа проф. Решетникова. Я попросил его провентилировать вопрос о защите в Санкт-Петербурге. Передал ему свои монографии, рисуночные прогностические тесты и пособие для врачей. При разговоре присутствовал проф. Белкин и, естественно, был в курсе всего происходящего. В результате просьбы о «вентиляции», мы получаем неадекватный ответ целого Федерального центра по психотерапии из Санкт-Петербурга.

Используя эту бумагу, д.м.н. Гиндинкин пытался доказать академику Н.М.Жарикову, что диссертант без официального разрешения опубликовал свое пособие, тем самым, просто обманул всех.

Однако, зная, что работаю почти в тылу у врага, у меня на каждый «чужой чих» уже были заготовлены бумаги с подписью и печатью, да еще и в нескольких экземплярах.

28.05.1997 года пришел в клинику им. С.С.Корсакова к академику Н.М.Жарикову и показал бумаги с печатью и подписью академика Дмитриевой, директора института им. Сербского и председателя Ученого Совета по психиатрии МЗ РФ с разрешением на печа-

тание пособия для врачей.

Н.М.Жариков долго смеялся и сказал, что инцидент исчерпан. В сердцах академик сказал, что монографии не замечают, а какое-то пособие для врачей вызывает бурю в стакане воды, и вокруг пособия создается подобный шум. Наконец-то я увидел протокол заседания Федерального центра по психотерапии под руководством Карвасарского. Этот пасквиль был похож на отзыв Тхостова, где говорилось об отсутствии психоанализа в стране и о том, что доцент Егоров есть нехороший человек. На этом ситуация была исчерпана, но оставался Гиндикин с его заданием “замордовывать” диссертанта.

29.06.1997 года с 12.00 до 18.00 работал над текстом диссертации с профессором Л.Г.Урсовой в клинике им. С.С.Корсакова. Много смеялись, говорили и вспоминали ее молодость психиатрическую. Внесли коррективы в текст, проверили истории болезни. В конце разговора Лилия Григорьевна сказала, чтобы я окончательно решил вопрос с Гиндикиным и получил от него бумагу о снятии всех замечаний.

29.06.1997 года, 19.30, позвонил Гиндикину. С первых же секунд разговора Гиндикин набросился на меня с обвинениями, что я всех обманул, что нужно срочно говорить Н.М.Жарикову, чтобы он отложил защиту диссертации. Что диссертант обманул Гиндикина, и если бы он знал, он бы ни за что не поддержал меня. Выслушав в течение 5 минут эту эмоциональную речь, я попросил его не “наезжать” на меня, сказал, что все бумаги у меня в порядке с печатью и подписью уважаемых людей. Рассказал Гиндикину о моей встрече с Н.М.Жариковым. На этом его эмоциональный порыв закончился, договорились встретиться 02.07.1997 года.

Надо было готовить план разговора с Гиндикиным, поскольку он настроен достаточно агрессивно, надо занимать его же позицию и конфликтовать с ним, “качать права”, намекать о защите, обвинять, что он агент Александровского и т.д. Был выработан план разговора. Шел, готовясь к битве и вдруг?!?

02.07.1997 года в 13.25 клиника им. С.С.Корсакова. Вышла женщина и громко спросила: “Кто ждет Владимира Яковlevича? Он не придет, и он сказал, чтобы ей оставили работу”. На что я ответил: “Только из рук в руки, а то потом будут обвинять, что всех обманул”. Женщина ответила: “Ну, как хотите”. Я ответил: “Да, я так хочу”. Тут же пошел к проф. Н.А.Тювиной, пожаловался на Гиндикина, как агента Александровского. Она, будучи в курсе всех интриг, немного посочувствовала мне.

03.07.1997 года по телефону договорился с Гиндикиным об очередной встрече на 09.07.1997 г.

09.07.1997 года 14.30. Метро “Красные ворота” центр зала. Гиндикин сразу же стал говорить о том, что он против Александровского. И тут же начал уговаривать меня, что Александровский очень опасный человек и будет до конца бороться против меня. Он напишет в ВАК. И, вообще, Ученый Совет по психиатрии МЗ РФ постановил запретить мне писать докторскую

или меня вызовут в Комитет по этике, и будут запрещать психоанализ, как таковой. А по Карвасарскому это, вообще, “дикий психоанализ”. На том и расстались, я отдал ему диссертацию, правда, успел ему сказать, что пойду до конца.

Вечером этого же дня позвонил Гиндикин и назначил встречу на 16.07.1997 года там же. Успел опять пропеть всю ту же песню, о ВАКе, о Комитете по этике, о Карвасарском, об Александровском и т.д. На что я ему ответил почти афоризмом “Будет ВАК, будет и пища”. На этом разговор закончился.

16.07.1997 года. 14.00. На улице возле метро “Красные Ворота” уличное кафе, сели за столик. Гиндикин опять стал пугать ВАКом, Александровским, Комитетом по этике и … я не испугался. Сказал, что на их бумагу, найду две бумаги с подписью и с гербовой печатью. И, вообще, я пойду до конца и устрою скандал. Я сказал, что в конце девятнадцатого века был скандал с психоанализом, значит, будет в конце этого века скандал по психоанализу. И что уже опубликовал одну статью из серии “о борьбе советских психиатров против психоанализа в стране”. На что Гиндикин задумался и стал перечислять ошибки в клиническом материале диссертации, я продолжал тему борьбы против психоанализа и обещал все замечания учесть и переделать все, о чем он сказал. Затем Гиндикин спросил, кто будет оппонентами. Я выдержал паузу и выщедил фамилии, после чего он замолчал и … отдал подписанную бумагу с разрешением защиты и снятием всех замечаний по клиническому материалу диссертации. Я поблагодарил д.м.н. В.Я. Гиндикина за его участие в моей работе и за науку “защиты докторской диссертации”. На этом и расстались.

В результате этого отрезка времени соединились два понятия доцент Егоров и российский психоанализ. Выступая против российского психоанализа, оппонент автоматически выступает против доцента Егорова и, наоборот. Таким образом, у противников сложилась именно эта схема, и было уже очень опасно выступать против этих составляющих процесса развития науки.

Июль – август пролетели незаметно в исправлении ошибок, оформлении автореферата, получении отзывов на автореферат и т.д. Одновременно в июне - июле месяце по совету проф. Макарова и проф. Валентика договорился с официальными оппонентами – это профессор Ю.Я.Тупицын из Санкт-Петербурга и профессор В.А.Дереча из Иваново, и передал им все материалы по диссертации.

02.09.1997 года был у ученого секретаря Совета проф. Соловьевой. Она тут же начала винить меня за срыв сентябрьского совета, т.к. я не подал вовремя документы. На что я ответил, простите, но у меня назначено на октябрь месяц, и спешить я не намерен. Проф. Соловьева сменила гнев на милость и спросила, а почему “психоаналитически ориентированная терапия”, а не просто “клинический психоанализ”. Я ответил, что так получилось, не объяснять же ей с самого начало, почему так произошло. Да если бы назвал с самого

начала “клинический психоанализ”, точно бы недруги “съели”.

Сентябрь и октябрь 1997 года пронеслись в бумажных хлопотах. В сентябре 1997 года был объявлен конкурс на место заведующего кафедрой психотерапии. Мои недруги, узнав об этом, замерли в ожидание, когда же схлестнутся проф. В.В.Макаров и доцент Б.Е.Егоров. Однако они не предполагали, что все уже было решено. Приходилось разговаривать с профессорами и доцентами из Академии, готовить почву для прихода профессора В.В.Макарова. Встречался, уговаривал, спорил, доказывал нужность и необходимость этого шага для психотерапии страны.

В этот период опять возбудился старший лаборант Бойко. Безд ходил, бегал и всюду выкрикивал лозунг: “Я закрою кафедру психотерапии”, “всех уволю”. Странный был этот старший лаборант Бойко, и мыслил как старший лаборант, и действовал исключительно как старший лаборант. Но хватит о грустном.

19.10.1997 года на Большом Ученом Совете Российской Медицинской Академии Последипломного Образования был избран новый, второй после профессора В.Е.Рожнова, заведующий кафедрой психотерапии. Им стал профессор Виктор Викторович Макаров.

20.10.1997 года в клинике им. Кожевникова на Ученом Совете по психиатрии и невропатологии при ММА им. Сеченова была защищена первая докторская диссертация по психоанализу в России, автор доцент психотерапии Б.Е.Егоров.

ПРОТОКОЛ
заседания Ученого Совета по психиатрии

Д.074.05.04

20.10.97 г., 14.00

Председатель совета: член-корр. РАМН, профессор А.М.Вейн
Ученый секретарь: профессор А.Д.Соловьев.

Повестка дня

Защита диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук Бориса Ефимовича Егорова на тему: «Психоаналитически ориентированная терапия в комплексном лечении пограничных нервно-психических расстройств».

Председатель конференции: Слово предоставляется ученому секретарю проф. А.Д.Соловьевой.

Ученый секретарь: Сегодня на Ученом совете проводится защита докторской диссертации доцента кафедры психотерапии с курсом сексопатологии Российской медицинской академии последипломного образования к.м.н. Бориса Ефимовича Егорова на тему: «Психоаналитически ориентированная терапия в комплексном лечении пограничных нервно-психических расстройств», научный консультант - доктор медицинских наук, профессор Ю.В.Валентик. Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор Л.Г.Урсова; доктор медицинских наук, профессор В.А.Дереч; доктор медицинских наук, профессор Ю.Я.Тупицын. Зачитывается личное дело диссертанта. Получено 8 отзывов на автореферат - все положительные, замечаний нет. Отзывы прислали: академик РАМН, профессор В.Я.Семек; член-корр. РАМН, проф. П.И.Сидоров; член-корр. РАМН, профессор Е.М.Бурцев; проф. А.А.Чуркин; проф. В.С.Григорьевских; проф. Н.А.Корнетов; проф. Я.С.Орудьев; проф. Л.П.Яцков. В деле диссертанта представлены 6 актов внедрения результатов диссертации в практическое здравоохранение.

Отзыв ведущей организации положителен и не содержит кри-

тических замечаний. Даны рекомендации по практическому использованию результатов диссертационной работы.

...
Председатель Совета: Мы выслушали мнение трех официальных оппонентов, все мнения положительны и рекомендуют одобрить докторскую диссертацию Б.Е.Егорова, и он заслуживает присвоения искомой степени доктора медицинских наук. Прошу членов Ученого Совета и коллег высказать свое мнение.

...
Профессор Н.А.Тювина: Диссертант выделил самое главное - комплексность подхода к состоянию пациента и для полноты картины вносит анализ бессознательных переживаний. На сегодняшний день это требование времени. Комплексность подхода в психоаналитически-ориентированной терапии обеспечивает успешность проводимого лечения. Важным в современной работе врача является попытка объединить в одном лице работу психиатра, психотерапевта и психолога. Своебразный универсализм врача будет способствовать успеху всего лечения. Измерить эффективность психотерапии практически невозможно, т.к. она применяется в комплексе с другими методами. Видимо, поэтому трудно защищать психотерапевтические работы.

С другой стороны нужно защищать не эффективность, а, собственно, метод, его рациональность, необходимость и сочетание различных методов в терапии пограничных нервно-психических расстройств. Работа очень интересная, таких глобальных работ на сегодня нет в российской психиатрии и психотерапии.

Профессор А.М.Вейн: Хочется отметить необычайную значимость поставленной проблемы для психиатрии, невропатологии и психотерапии, поскольку проблемы психогенеза заболеваний раньше описывались односторонне с позиции статичности симптомов и синдромов. В современных нестабильных условиях довольно трудно найти точки стабильности в социальной жизни, поэтому именно стабилизации бессознательного и собственной личности пациента послужила основой для направления психотерапевтической работы диссертанта. Поставленная диссидентом проблема синтетического подхода в диагностике, состоящая из трех уровней - клиника, личность, бессознательное - позволяет иметь полное представление о состоянии больного. И, естественно, комплексный подход в психотерапии является сильной стороной его работы, которую впоследствии нужно выделить отдельно и закрепить в монографических работах.

Председатель Совета, член-корреспондент РАМН, профессор А.М.Вейн:

Давайте голосовать для принятия окончательного решения по обсуждаемой работе - Предложение - признать или нет докторскую работу Б.Е.Егорова «Психоаналитически-ориентированная терапия в комплексе лечения пограничных нервно-психических расстройств», с учетом мнения официальных оппонентов и обсуждения на Ученом Совете, ее автор соответствует искомой степени доктора медицинских наук.

Тайное голосование: 17 бюллетеней

«ЗА» - 16 человек;

«Против» - нет;

«Незаполненные» - 1.

Заключительное слово соискателя, к.м.н. Б.Е.Егоров:

Уважаемый Председатель! Уважаемые члены Ученого Совета!
Уважаемые коллеги! Я благодарю вас за высказанные мнения, для меня они являются словами, направленными на совершенствование дальнейшей моей работы. Клинический психоанализ является недостающим звеном в развитии российской психотерапии и психиатрии. Учитывая ваше мнение, можно сказать, что эта тема действительно является той темой, которая уже давно волнует и ученых, и врачей-практиков в современной России. Большое спасибо за ваш труд по обсуждению моей работы.

Председатель - член-корреспондент РАМН, проф. А.М.Вейн:

Прошу вас утвердить решение Ученого Совета по докторской диссертации Б.Е.Егорова и заключение Ученого Совета по докторской диссертации Б.Е.Егорова.

«ЗА» - единогласно.

Таким образом, трехлетняя эпопея по защите первой докторской диссертации по психоанализу в Рос-

ции закончилась победой идеи над телефонным правом, над безыдейными людьми, над старым, замшелым советским подходом к пациентам, к их проблемам и т.д.

Еще один иррациональный вывод можно сделать из этой эпопеи. В 1932 году в материалах психологической лаборатории при Первом Московском медицинском институте была опубликована последняя работа по психоанализу доктора Лифшица о гипноанализе. В 1997 году, именно в Первом Московском медицинском институте, была защищена первая докторская диссертация по психоанализу в России. Таким образом, прошло 65 лет, и психоанализ в стране восстановил свою преемственность, соединив эти два события в одном и том же месте.

Прежде всего, необходимо констатировать тот факт, что Российский психоанализ существует и необходимо наметить пути дальнейшего развития, а также сблизить различные взгляды на психоанализ в России.

Теперь необходимо обсудить некоторые итоги прошедшего десятилетия 1990 – 2000 года.

Существующий Указ Президента РФ от 19 июля 1996 г. за № 1044 “О возрождении и развитии философского, клинического и прикладного психоанализа” дал определенную правовую базу для становления психоанализа в стране. Создан Восточно-европейский институт психоанализа под руководством проф. М.М.Решетникова, создано Русское психоаналитическое общество под руководством проф. А.И.Белкина, созданы несколько психоаналитических обществ различного уровня и направления и т.д. Создана и активно работает Общероссийская Профессиональная Психотерапевтическая Лига. В стране переведены практически все книги ведущих психоаналитиков мира за 100 лет развития науки о бессознательном. В стране защищены первая докторская диссертация по психоанализу (психиатрия- 14.00.18) - проф. Б.Е.Егоров, несколько психоаналитических кандидатских диссертаций по психотерапии, наркологии и психологии. Создается основа для творческого развития психоаналитического направления в российской психотерапии. Наступил период приостановиться и осмыслить дальнейшие пути перспективного развития психоанализа в России.

Прежде всего, мы осмыслим то, что на сегодня существует:

1. Большим тормозом в развитии психоанализа является отрицательная позиция “больших” психиатров, что создает огромные препятствия в деле совершенствования психического здоровья населения страны.

2. Отсутствие научной и медицинской специальности “психотерапия”, т.к. психиатры говорят на одном языке, а психотерапевты и психоаналитики на другом научном языке.

3. Отсутствие материальной базы, отовсюду психотерапевтов в психиатрических учреждениях гонят за ненадобность и свободомыслие.

4. Отсутствие согласованной программы подготов-

ки психоаналитиков - психотерапевтов.

5. Различные уровни подготовки психоаналитиков в психотерапии и психологии.

6. Разногласия представителей различных направлений в психоанализе.

7. Практическое отсутствие исторической осведомленности о Российском психоанализе.

8. Ориентировка на западный путь развития психоанализа.

Реальность психоанализа в России:

1. Есть врачи, цитирующие наизусть произведения З.Фрейда и других основоположников, которые абсолютно беспомощны как практики.

2. Есть врачи и психологи-практики, прекрасно работающие в рамках психоаналитических техник различной ориентации, но, поверхностно, знакомые с работами основоположников.

3. Есть некоторые специалисты, закончившие непонятные французские школы по психоанализу, абсолютно незнакомые в России, но претендующие на исключительном праве подготовки психоаналитиков. Эти специалисты явно отстали от российского менталитета и экономической ситуации.

4. Есть западные специалисты по психоанализу, которые приезжают к нам в надежде засечь, по их мнению, “целину” психоанализа в России. И вдруг эти специалисты начинают понимать, что “целины” нет в России: врачи, психологи начинают задавать вопросы, которые относятся к числу нерешенных до сих пор ядерных составляющих психоанализа.

Таким образом, попытка, в очередной раз, принять становление школы психоанализа в России, как правило, натыкается на непонимание позиции западной школы в России и стимулирует российских специалистов на ряд вопросов, которые требуют своего решения:

- психоанализ и внушение - в момент интерпретации врач не может не внушать пациенту (клиенту) основу его состояния.

- психоанализ и российская экономическая жизнь - что первично, идеология экономической жизни (психоанализ) или сначала экономика, а затем развитие психоанализа.

- психоанализ и активная работа с бессознательными переживаниями. Несколько вопросов по технике проведения - в момент изоляции на кушетке пациента, врач лишается огромного количества информации, т.к. он не наблюдает соответствие высказанным ассоциациям и реакцией пациента.

- психоанализ, и психотерапия: в каком объеме они пересекаются.

- психоанализ и подготовка специалистов в России.

- психоанализ - изоляция или совместное развитие в рамках задач психиатрии, психотерапии и психологии.

Вот только несколько тем в рамках психоаналитического направления, которые требуют своего разре-

шения.

Процесс создания психоаналитической школы в России займет примерно 20-30 лет и в связи с этим встает вопрос о просто информационном ознакомлении с западными аналогами, а неполучения сертификата окончания школы психоанализа на Западе. Время "очарования" Западом прошло, необходимо вырабатывать собственные взгляды на перечисленные проблемы и отрабатывать эти взгляды в Российской культуральной среде.

Еще одна сторона взаимоотношения - это сам психоанализ, – каким его надо видеть в нашей стране. Первый путь. Это путь изоляции – то, что предлагают нам западные психоаналитики. Второй путь – это путь постепенного встраивания психоанализа в традиционные направления медицины - психиатрию и психотерапию. Сам же психоанализ, по нашему мнению, несет в себе три функции – исследовательская, терапевтическая и функцию развития личности, путем ее освобождения от комплексов неполноценности и ядер ущемленных аффектов.

На сегодня есть представители и первого пути и второго пути. Моя задача - это постепенное встраивание психоанализа в медицинские науки. Тем самым, психоанализ будет питать своими взглядами традиционные направления и, одновременно, получать обоснование для своих взглядов. Этот путь освящен великими психиатрами, психотерапевтами и психоаналитиками прошлого – Н.Е.Осипов, Н.А.Вырубов, Ю.В.Каннабих, Н.Н.Баженов, А.Н.Бернштейн, Е.Н.Довбня, И.Д.Ермаков, и др.

В свете изложенной истории защиты первой докторской диссертации по психоанализу в России необходимо освятить такие понятия, как «диковатый», «дикий» и «дичайший» психоанализ.

Проблема существования противоречий внутри психоаналитических школ достаточно велика, начиная с момента возникновения этого психотерапевтического направления. Особенно большое внимание основоположниками уделялось процессу подготовки специалистов в области психоанализа.

Причем эта проблема варьируется в зависимости от страны, личности преподавателя, теоретических представлений школы и экономических условий.

Естественно, что Россия не минула этой проблемы, с самого начала существования психоаналитического направления в психотерапии. Изначально признавались две точки зрения.

1) Российский психоанализ имеет свою специфику и развитие этого направления необходимо проводить, исходя из местных культуральных и экономических условий. Это направление развивалось в рамках российской психиатрии и способствовало созданию психологической школы психиатрии (Н.А.Вырубов, Н.Е.Осипов, Н.Н.Баженов, М.М.Асатиани, Б.С.Грейденберг, А.Н.Бернштейн, Ю.В.Каннабих, Е.Н.Довбня, В.Н.Лихницкий и др.).

2) Второе направление отстаивало универсальность

положений, высказанных З.Фрейдом, и, автоматически, переносило эти тезисы на российскую культуральную среду (М.В.Вульф, И.Д.Ермаков и др.).

Наступило время, когда вопрос о подготовке специалистов по психоанализу стал достаточно актуальным, и различные школы Западной психотерапии начали экспансию своих программ подготовки специалистов в Россию. Требования к российским психоаналитикам являются такими же жесткими, как и в этих странах, полностью игнорируя местные условия. И на сегодняшний день в процессе подготовки специалистов в России выявилось несколько направлений, которые несут особенности тех школ, которые претендуют на первенство в нашей стране. Одно из основных требований подготовки специалистов является его проработанность в области собственных проблем и попытка убрать эти комплексы и бессознательные проблемы. С другой стороны, техническое оснащение специалиста должно соответствовать тем требованиям, которые существуют в России. И получается, что местные условия никак не вписываются в те стандарты, которые предъявляют различные школы психоанализа на Западе. Учитывая сложившиеся традиции западноевропейских школ, все, что творится в России можно назвать «дикостью». Поскольку наш психоанализ находится в стадии восстановления, естественно, наработки российского происхождения в корне отличаются от представлений западных школ. Наблюдения за специалистами, объявившими себя психоаналитиками в России, выявило интересную картину, которая полностью определяется «диким» психоанализом по З.Фрейду. Однако, если учитывать историю развития психоанализа, где даже крупные фигуры психоаналитического движения объявлялись З.Фрейдом непсихоаналитиками, в частности и А.Адлер, К.Юнг, В.Штекель и др., то это положение в психоанализе считается нормой. Таким образом, попытка скопировать классическое образование западного образца, приведет к выхолащиванию основного предмета работы российского психоаналитика - российского пациента. Когда проблемы пациента будут игнорироваться, а он сам будет вынужден втискиваться в теоретические построения западных спецшкол, без возможности понять, что на самом деле происходит внутри него и для чего это ему надо. Опыт общения с западными специалистами на семинарах показал, что, так называемые, слишком высокие существующие международные стандарты подготовки психоаналитика на Западе, оказываются совершенно невписывающимися в реальность российской психотерапии и психоанализа. Соответственно, «дикий» психоанализ по З.Фрейду нами понимается не с позиции теоретической подготовки, не с позиции технического оснащения, не с позиции психоаналитической школы, а с позиции личностной ориентации или личности психоаналитика.

Поскольку какой-либо психоаналитической школы на сегодняшний день в России нет, да и трудно ожидать ее появления, поэтому проблема «дикости» пси-

хоанализа нами рассматривается через призму личности, пропагандирующую то или иное направление. В соответствии с этим тезисом удалось выделить три группы «дикости» в Российском психоанализе.

1) «Диковатый» психоанализ. Представители этой группы - врачи и психологи, увлеченные психоанализом, признающие необходимость анализа бессознательного у пациента, исходят из положения о пользе пациента, однако, в своей личной практике имеют массу вопросов, которые порой с трудом формулируются, несмотря на наличие многих справочников и монографий по психоанализу. Эта группа наиболее близко подходит к пониманию российского психоанализа, но во многом еще не имеет достаточного клинического опыта проведения длительной терапии. Как правило, эти специалисты приобрели знания путем самообразования, и сейчас требуется исключительно подтверждения их личных умозаключений по поводу правильности проведения их терапии.

2) «Дикий» психоанализ. Представители этой группы - психологи и лица, не имеющие специального психологического или медицинского образования, с огромным апломбом распространяют на своих подопечных собственные комплексы неполноценности и рассматривают своих клиентов, как возможность компенсации собственных бессознательных проблем. Эта группа нахваталась поверхностных знаний, изложенных в классических, ставших уже историческими, произведений З.Фрейда, и трактуют их до такой степени ортодоксально (прямолинейно), что это вызывает у пациентов даже не возмущение, а молчаливое изумление, граничащее с безумием то ли специалиста, то ли со своим собственным. Опасность этой группы состоит в том, что она, как правило, никого не признает, с тру-

дом идет на профессиональные дискуссии, и, одновременно, объявляет всех не психоаналитиками, считая свою точку зрения самой правильной.

3) «Дичайший» психоанализ. Представители этой группы - врачи и психологи, получившие образование на Западе, в частности, во французской школе, и с огромным гонором и снобизмом отрицают существование российских культуральных условий. Они пытаются втиснуть во французское или иное коллективное бессознательное российские закономерности и, соответственно, получают прямо противоположные результаты, делая при этом вывод, что «все идут не в ногу, одни они знают истину в последней инстанции». Самая малочисленная, но и самая опасная группа специалистов, потому что исповедуют они не подготовку специалистов-психоаналитиков в России, а пытаются навязать собственный гонор иностранцев, попавших в Россию и утверждающих, что у нас варварство. С этой точки зрения любая подготовка, путем навязывания чужих форм обучения, заранее обречена на провал, однако хаоса они вносят много и пытаются дестабилизировать естественный путь развития психоанализа в России.

Таким образом, развитие психоанализа в России приобретает сейчас черты той «дикости», которая с позиции «правоверных» психоаналитиков Запада не является истинным психоаналитическим направлением. Однако, учитывая исторические условия нашей страны и историю российского психоанализа, можно констатировать тот факт, что, казалось бы, из несоответствующих классическим представлениям западных психоаналитиков, в конечном итоге, рождается истина, которая и будет основой Российского психоанализа.

РЕЗЮМЕ

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ ЭРИКСОНОВСКОГО ГИПНОЗА

Гордеев М.Н.

Основными задачами исследования были выявление наиболее характерных изменений в образе “Я”, связанные с процессом терапии, изучение характерных особенностей факторов, влияющих на устойчивость изменений во времени после различных временных интервалов, прошедших после процесса терапии, специализация концепции жизненного цикла семьи и разработка модели опросника, позволяющего проверить гипотезу о переходе с одного этапа развития семьи как

возможном критерии психотерапевтического процесса, а также важным критерием, отражающим личностные изменения не только “внутренние”, но и “внешние”, выявление преобладающей проблематики и особенностей психологических проблем у лиц, посещающих группы эриксоновской терапии, а также выявление влияния посещения группы эриксоновской терапии на изменение семейной ситуации, разрешение семейных и личностных проблем и психологических трудностей.

РЕЛАКСАЦИОННОЕ ДВИЖЕНИЕ КАК ИНСТРУМЕНТ ПСИХОТЕРАПИИ

Куриш И.В.

Неспособность слушать и слышать свое тело часто приводит к проблемам, которые невозможна решить без активного включения телесной практики в психотерапию. Речь идет о психофизической технологии, как инструменте воздействия на психо-эмоциональную

сферу; как инструменте психической и физической саморегуляции, ведущей к восстановлению психосоматических нарушений; как инструменте воздействия с пространственными структурами и выхода в измененные состояния сознания.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ СЦЕНАРИИ В АНАЛИЗЕ БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО

Лебедев М.А.

Понимание бессознательных целей, сценариев дает психотерапевту огромный массив информации относительно чувств, мыслей, желаний, запретов, защитных механизмов,

действий, сновидений и психопатологических феноменов, всего того, что позволяет клиенту осуществить его собственный, глубоко личный “жизненный план”.

ВКЛАД СТАНИСЛАВА ГРОФА В СОВРЕМЕННУЮ ТРАНСПЕРСОНАЛЬНУЮ ПСИХОЛОГИЮ И ПСИХОТЕРАПИЮ

Майков В.В.

В своих полувековых исследованиях “внутренних пространств” Гроф ясно показал, что мы много больше, чем наша объективная биография, мы сокровенно связа-

ны с миром и космосом, наши возможности к совершенствованию колоссальны и помогут нам справиться с мировыми проблемами, если мы будем опираться на них.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ, СОЧЕТАЮЩИМСЯ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Покровский Ю.Л., Арапиев Ю.У.

С целью выработки оптимальной системы психотерапевтического воздействия с учетом фазности и

этапности развития хронического алкоголизма, сочетающегося с сахарным диабетом, было изучено 110

больных мужского пола, страдающих хроническим алкоголизмом (1-я и 2-я стадии) и сахарным диабетом (1-го и 2-го типа) в возрасте от 21 до 60 лет. Психотерапия больных хроническим алкоголизмом,

сочетающимся с сахарным диабетом, помимо общих психотерапевтических воздействий требует дифференцированного подхода к исследуемой группе пациентов.

ТУБЕРКУЛЕЗ, ЛИЧНОСТЬ, ПСИХОТЕРАПИЯ

Поклитар Е.А.

Эта небольшая работа является обобщением материала свыше 30-ти исследований по изучению психологии больных туберкулезом и фтизиопсихотерапии, выполненных одесскими специалистами в период с 1976 года. На основании наших данных туберкулезом заболевают преимущественно лица дефензивной (пас-

сивно-оборонительной) структуры личности – люди слабовольные, нерешительные, непрактичные, душевно и физически инертные, застенчивые, конфузливые, неуверенные в себе, незащищенно-робкие, склонные к сомнениям, самообвинению, переживанию своей вины перед близкими.

ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ ПСИХОТЕРАПИИ И ПУТИ ЕЕ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ

Павлов И.С.

На спор о том, чем является психотерапия – наукой или искусством, можно смело ответить, что в степени мастерства ее проведения – это искусство, а в “технологии” превращения больного в здорового, закономерности этого превращения – это наука, имеющая не только теоретический, но и прикладной характер. Положение дел в психотерапии харак-

теризуется многообразием ситуаций, неповторимостью личного развития каждого человека, и в то же время типизацией личностей на определенном уровне, совпадение этих многообразий, их частота повторений выявляет те или иные грани многообразия жизнедеятельности человека, его реагирования.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КЛАССИФИКАЦИИ, ПОНЯТИЙ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ

Решетников М.М.

Вопросы классификации, нозологии, нормы и патологии имеют не узко медицинское, а широкое методологическое значение, определяющее ряд важнейших проблем, включая экономические. Сейчас в психоте-

рапии мы наблюдаем безудержное творчество, особенно – в части касающейся методов. Но метод – это всегда производное от концепции или от теории. Методов все больше, ... новых теорий – нет.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ПО СЕКСОЛОГИИ (ПОЛОВОМУ ВОСПИТАНИЮ) В ВУЗЕ ДЛЯ ПЕДАГОГОВ И ПСИХОЛОГОВ

Сазонов В.Ф.

Педагоги и психологи обязательно должны иметь возможность получить определенное образование в области сексологии. Разработанные нами поведенческие сексологические тренинги,

моделирующие в неявной форме знакомство и ухаживание, могут дополнять личным опытом теоретическое изучение психосексуальных и нравственно-половых проблем.

ФЕНОМЕН БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО ПРЕДВИДЕНИЯ НЕКОТОРЫХ СОБЫТИЙ ГРУППАМИ ЗДОРОВЫХ И ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ЛЮДЕЙ, ВЫЯВЛЕННЫЙ С ПОМОЩЬЮ ЦВЕТНЫХ КАРТОЧЕК СОКРАЩЕННОГО ТЕСТА М. ЛЮШЕРА

Тройцкий А.Ф.

Событие гибели людей, как инициатор бессознательных реакций, было выбрано по той причине, что имеет личностное, и видовое значение для человека. Инструментом для изучения бессознательных реакций был выбран цветовой тест М. Люшера. После предва-

рительной статистической обработки материала и разных способов оценки результатов оказалось, что бессознательные реакции действительно обнаружились, но не в день события и не после него, а примерно за сутки (3-39 часов) до события.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВЯЛОТЕКУЩЕЙ ШИЗОФРЕНИИ

Филичева К.А.

Наличие выраженной двигательной дисфункции у больных шизофренией, требует более активной помощи для овладения основными навыками, необходимыми при ходьбе, беге и т.п. Танцевально-двигательная терапия позволяет развить социальные навыки и по-

могает вступить в контакт с собственными чувствами путем установления связи чувств с движениями. Целью нашего исследования было обучение и тренировка моторных навыков и физических действий клиента.

НОВЫЙ МЕТОД НЕДИРЕКТИВНОГО ПОДХОДА В ПСИХОТЕРАПИИ НА УКРАИНЕ

Цай Е.П.

Впервые на Украине проведено изучение и обоснование нового течения в психотерапии - метода недирективного подхода. Предлагаемый метод имеет по типу воздействия недирективную направленность. В психотерапевтической практике лечения больных до настоящего времени на Украине не использовался этот

подход. Необходимость разрабатываемого направления вызвана объективным ходом истории, и логика психотерапевтической мысли отражает исторический фон перестройки, предлагая конструктивную модель иного видения, расширяющую границы возможностей психотерапии.

РИСУНОК: ТЕРАПИЯ И ДИАГНОСТИКА

Юсопов О.Г.

В статье рассматриваются основные достоинства рисунка как психотерапевтического и психодиагностического средства. Слияние искусства со многими, в том числе глубинными сторонами жизнедеятельности человека можно объяснить объективны-

ми биологическими факторами, благодаря которым искусство сумело занять столь важное место в общественном и индивидуальном развитии человека, сделавшись в какой-то мере индикатором этих процессов.

ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМЫ ИЗМЕРЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ИНИЦИАТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Яценко В. И.

В настоящей работе представлены результаты двух шестичасовых сессий психокоррекции методами ини-

циатической психотерапии у пациентов: мамы и ее сына 14 лет. Практика проведения сессий инициатической

психотерапии показывает, что обсуждение с пациентами их графика зависимости коэффициента системности психофизического состояния Кс от номера замера артериального давления и динамики изменении этого

графика помогает психотерапевту настроить пациента на серьезную работу по трансформации того разрушительного опыта, который был накоплен пациентом раннее.

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ДИНАМИКЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 1992-2000 Г.Г.

Айдельдяев Б.С.

Сравнительный анализ показателей деятельности СПЭК в Республике Казахстан и Российской Федерации по данным 1999 г. показал, что в деятельности СПЭК в Республике Казахстан имеются некоторые различия с показателями в РФ. В частности, в РФ более высокий

показатель числа судебно-психиатрических экспертиз на 10 тыс. населения: 12,2 по сравнению с 8,7 в Казахстане, или больше в 1,4 раза; в РФ значительно больше удельный вес экспертиз, проводимых по гражданским делам: 13,1% по сравнению с 5,7% в Казахстане.

ПСИХИЧЕСКОЕ И СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Нашкенова А.М.

Объектом изучения явились 33 подростка, поступивших в психиатрический стационар (12 ч.) и в токсикологический Центр (21 ч.) в связи с суицидальными попытками совершенными впервые (64%), и повторными суицидальными попытками (36%). Среди них 9

подростков мужского пола и 23 – женского в возрасте 15-20 лет. Результаты исследования свидетельствуют о многообразии дезадаптирующих факторов и необходимости комплексного подхода в решении проблемы суицидов.

ТРЕВОЖНОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ ПОДРОСТКОВ, ЛИШЕННЫХ РОДИТЕЛЬСКОГО ПОПЕЧИТЕЛЬСТВА

Руженков В. А.

Целью исследования было изучение влияния тревожности на тип межличностных отношений у подростков, лишенных родительского попечительства. Объект исследования: подростки-сироты (35 человек) и подростки из полных семей (35 человек). Основными методами исследования

были: полуструктурированное клиническое интервью, психологический, статистический. В результате исследования установлено, что у подростков-сирот наблюдается более высокий уровень личностной тревожности, чем у подростков из полных благополучных семей.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ИНТЕЛЛЕКТА И КРЕАТИВНОСТИ В УСЛОВИЯ РОДИТЕЛЬСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ

Руженков В. А.

Целью исследования было сравнительное изучение уровня развития интеллекта и креативности у подростков, воспитывающихся в условиях лишения родительского попечительства и подростков из полных благополучных семей. В статье рассматривается необходимость своевременной разработки и реа-

лизации комплексных психокоррекционных программ, направленных на стимуляцию развития интеллектуальной и волевой сферы детей, воспитывающихся в детских домах-интернатах, а также создание адекватных условий для развития творческих способностей.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ

Суатбаев Н.Р.

Дан обзор литературы. На опыте проведения 331 сеанса описаны методика, эффективность, осложнения ЭСТ. От-

дельно обсуждается применение ЭСТ в 9 случаях фебрильной шизофрении, приводятся предикторы эффективности.

К ВОПРОСУ О СИСТЕМАТИКЕ СЕЗОННЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Симуткин Г.Г.

В настоящем обсуждении затронут вопрос о выделении прежде всего в американской психиатрической классификации так называемого сезонного аффективного

расстройства (SAD), динамики диагностических критериев SAD, некоторые спорные вопросы, касающиеся систематики SAD и субсиндромальной формы SAD.

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДЕПРЕССИВНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Скударь К.Е.

Было обследовано 64 больных депрессией (23 мужчины и 41 женщина), имевшие отчетливые признаки периферического атеросклероза и начальные проявления церебральной атеросклеротической болезни. Влияние социальных факторов на развитие заболевания не

вызывает сомнений и наибольшее значение, по результатам исследования, имеют следующие ассоциации факторов: "нестабильная ситуация в стране", "бедность", "физический труд в анамнезе", "дефицит общения со сверстниками".

ПРОЕКТ СОЗДАНИЯ ЕДИНОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СЕТИ В ЦЕНТРАХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Катков А.Л., Россинский Ю.А., Валивач М.Н.

В настоящее время сотрудниками Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании разработан проект информационного обеспечения работы Республиканского Центра и его ре-

гиональных филиалов. Целью проекта является обеспечение оперативных накоплений, обработка и обмен информацией внутри Центра и со всеми его филиалами, наркологическими диспансерами республики.

ИСТОРИЯ ОДНОЙ ДОКТОРСКОЙ ДИССЕРТАЦИИ

Егоров Б.Е.

Данная статья это свободное изложение мыслей, событий, переживаний связанных с написанием первой докторской диссертации на кафедре психотерапии Российской медицинской академии последипломного образования (РМАПО). Весь путь, проделанный мной – это подтверждение жизненных принципов, направленных на созидание и развитие не только личности, но и моего окружения. Готовность принимать жизнь

такой, какая она есть, не подчиняясь слепо, но также и не противясь судьбе, одновременно стараясь извлечь пользу из всего, до тех пор, пока не появится что-нибудь лучшее. Однако ждать пока появится что-нибудь лучше – этого мало, надо активно воздействовать на события, не забывая, что в основе любых исторических процессов находится идея, которая одухотворяет человека, общество и профессию.

SUMMERIES

SOCIAL - PSYCHOLOGICAL POTENTIAL OF ERICKSON HYPNOSIS

Gordeev M.N.

Primary goals of research were revealing the most typical changes in self-image, the therapies connected to process, studying of prominent features of the factors influencing stability of changes in time after various time intervals, past after process of therapy, specialization of the concept of family life cycle and development of model of the questionnaire, allowing to check up a hypothesis about transition from one stage of development of family

as possible criterion of psychotherapeutic process, and also the important criterion reflecting personal changes not only «internal», but also «external», revealing of a prevailing problematic and features of psychological problems at persons, Erickson therapies groups, and also revealing of influence of attending of Erickson therapies group on change of a family situation, the sanction of family and personal problems and psychological difficulties.

RELAXATION MOVEMENT AS THE TOOL OF PSYCHOTHERAPY

Kuris I.V.

Inability to listen and hear the body frequently results in problems, which cannot be solved without active inclusion of corporal practice in psychotherapy. The question is psychophysical technology, as the tool of influence on

psychoemotional sphere; as the tool of the mental and physical self-control conducting to restoration psychosomatic disorders; as the tool of influence with spatial structures and an exit in the changed conditions of consciousness.

NEUROTIC SCRIPTS IN THE ANALYSIS UNCONSCIOUS

Lebedev M.A.

The understanding of the unconscious purposes, scripts gives psychotherapist a huge file of the information concerning feelings, ideas, desires, interdictions, protective

mechanisms, actions, dreams and psychopathological phenomena, all that allows the client to carry out his own, deeply personal «the vital plan».

STANISLAV GROF'S CONTRIBUTION IN MODERN TRANSPERSONAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

Maikov V.V.

In the semi-centennial researches of «internal spaces» Grof has clearly shown, that we are much greater, than our objective biography, we are secretly connected to the world

and space, our opportunities to perfection are enormous and will help us to cope with global problems if we shall be based on them.

THE DIFFERENTIATED PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACH TO TREATMENT OF ALCOHOLISM, COMBINED WITH INSULAR DIABETES

Pokrovskiy J.L., Arapiev J.U.

With the purpose of development of optimum system of psychotherapeutic influence taking into account phase nature of chronic alcoholism development, combined with insular diabetes, it was examined 110 ill males, suffering chronic alcoholism (1-st and 2-nd stages) and insular

diabetes (1-st and 2-nd type) in the age of from 21 till 60 years. The psychotherapy of alcoholism, combined with insular diabetes, besides the general psychotherapeutic influences demands the differentiated approach to researched group of patients.

TUBERCULOSIS, PERSON, PSYCHOTHERAPY

Poklitar E.A.

This small work is generalization of a material from above 30 researches on studying psychology of consumptives and phthisiophyotherapy, realized by the Odessa experts in the period since 1976. On the basis of our data, persons with passive - defensive structure of the

person - people weak-willed, irresolute, unpractical, mentally and physically inert, shy, bashful, diffident, exposed - timid, inclined to doubts, self-accusation, experience of the fault before relatives fall ill of tuberculosis mainly.

LAST, PRESENT OF PSYCHOTHERAPY AND A WAY OF ITS FURTHER DEVELOPMENT

Pavlov I.S.

On a dispute about what is the psychotherapy - a science or art, it is possible to answer, that in a degree of skill of its realization is an art, and in «technology» of transformation of the patient in healthy person, laws of this transformation is the science having not only theoretical, but also applied nature. The state of affairs in

psychotherapy is characterized by variety of situations, originality of personal development of each person, and at the same time typification of persons at the certain level, concurrence of these varieties, their frequency of recurrences highlight those or other sides of variety of vital activity of the person, its reaction.

METHODOLOGICAL VALUE OF CLASSIFICATION, CONCEPTS OF NORM AND PATHOLOGY

Reshetnikov M.M.

Questions of classification, nosology, norm and pathology have not narrowly medical, but the wide methodological value determining a number of the major problems, including economic. Now in psychotherapy we

observe impetuous creativity, especially - regarding concerning methods. But the method is always derivative of the concept or the theory. There are more and more methods ... new theories are not present.

EDUCATION PROGRAMS ON SEXOLOGY (SEXUAL EDUCATION) IN INSTITUTE OF HIGHER EDUCATION FOR TEACHERS AND PSYCHOLOGISTS

Sazonov V.F.

Teachers and psychologists necessarily should have an opportunity to receive the certain education on sexology. The behavioral sexological trainings developed by us

modeling in the implicit form acquaintance and caring, can supplement with personal experience theoretical studying of psychosexual and moral - sexual problems.

PHENOMENON OF A UNCONSCIOUS PREDICTION OF SOME EVENTS BY GROUPS HEALTHY AND MENTALLY ILL PEOPLE, REVEALED WITH A HELP OF COLOR CARDS OF M.LUSHER'S COLOR TEST

Troitskiy A.F.

Event of destruction of people as the initiator of unconscious reactions, it was chosen for the reason that has personal, and specific value for the person. The tool for studying unconscious reactions chose M.Lusher's color test.

After preliminary statistical processing a material and different ways of an estimation of results appeared, that unconscious reactions were really found out, but not in day of event and not after it, and approximately day (3-39 hours) prior to event.

FEATURES OF REALIZATION OF DANCE-LOCOMOTIVE THERAPY AT CONTINUOUS SLUGGISH SCHIZOPHRENIA

Filicheva K.A.

Presence of the expressed impellent dysfunction at schizophrenia patients, demands more active aid for mastering by the basic skills necessary at walking, run etc. Dance-locomotive therapy allows to develop social skills

and helps to make in contact to proper feelings by an establishment of connection of feelings with movements. The purpose of our research was teaching and training of motor skills and physical actions the client.

NEW METHOD OF NOT DIRECTIVE APPROACH IN PSYCHOTHERAPY ON UKRAINE

Tsai P.A.

For the first time in Ukraine it was held study and substantiation of the new tendency in the psychotherapy – method of not directive approach. This method has not directive trend by the type of influence. In psychotherapeutic practice this approach was not used in a course of medical treatment in Ukraine to the present time.

The necessity of worked out direction is occasioned by the objective course of history, and the logic of psychotherapeutic thought reflects historical background of the reconstruction, proposing the constructive model of other vision extending the sphere of psychotherapeutic possibilities.

FIGURE: THERAPY AND DIAGNOSTICS

Jusopov O.G.

In article the basic advantages of figure as psychotherapeutic and psychodiagnostic means are considered. It is possible to explain merge of art to many, including the deep sides of vital activity of the person with

objective biological factors due to the fact that art has managed to take so important place in public and individual development of the person, having become the indicator of these processes.

APPLICATION OF ARTERIAL PRESSURE MEASURES IN INITIAL PSYCHOTHERAPY

Jatsenko V.I.

In the present work results of two six-hour psychocorrection sessions by initial psychotherapy methods are submitted to psychotherapy at patients: mother and her son of 14 years old. Practice of realization of initial psychotherapy sessions shows, that discussion with patients of their diagram of

psychosomatic condition coordination coefficient K_c from measure number of arterial pressure and dynamics of changes of this diagram helps psychotherapist to adjust the patient for serious work on transformation of that destructive experience which was saved up by the patient early.

THE BASIC TENDENCIES IN DYNAMICS OF FORENSIC EXAMINATION IN KAZAKHSTAN IN 1992-2000

Aidel'dyaev B.S.

According to 1999, the comparative analysis of parameters of activity Forensic Psychiatric Psychological Expertise (FPPE) in Kazakhstan and the Russian Federation has shown the, that in activity of FPPE in Kazakhstan there are some differences with parameters in Russian Federation. In particular, in the

Russian Federation higher parameter of number judicial psychiatric examinations on 10 thousand population: 12,2 in comparison with 8,7 in Kazakhstan, or it is more in 1,4 times; in the Russian Federation densities of the examinations spent on civil cases there is more: 13,1% in comparison with 5,7% in Kazakhstan.

MENTAL AND SOMATONEUROLOGIC HEALTH OF TEENAGERS WITH SUICIDE BEHAVIOR

Nashkenova A.M.

Object of studying were 33 teenagers who have admitted to a psychiatric hospital (12 m.) and to the toxicological Center (21 m.) in connection with suicide attempts accomplished for the first time (64 %), and repeated suicide attempts (36

%). Among them there are 9 adolescents of a male and 23 - female in the age of 15-20 years. Results of research testify to variety of disadapted factors and necessity of the complex approach for the decision of suicides problem.

ANXIETY AND FEATURES OF INTERPERSONAL ATTITUDES OF ADOLESCENTS, DEVOID PARENTAL GUARDIANSHIP

Ruzhenkov V.A.

The purpose of research was studying influence of an anxiety on type of interpersonal attitudes at adolescents, devoid parental guardianship. Object of research is adolescents - orphans (35 person) and adolescents from full families (35 person). The basic methods of research

were: semi structured clinical interview, psychological, statistical methods. As a result of research it is established, that at adolescents - orphans it is observed the higher level of a personal anxiety, than at teenagers from full safe families.

FEATURES OF INTELLIGENCE AND CREATIVITY DEVELOPMENT IN CONDITIONS OF A PARENTAL DEPRIVATION

Ruzhenkov V.A.

The purpose of research was comparative studying a level of intelligence and creativity development at adolescents, being brought up in conditions of asperity of parental deprivation and teenagers from full safe families. In article necessity of duly development and realization of

complex of psychocorrection programs directed on stimulation of development of intellectual and strong-willed sphere of children, being brought up in boarding schools, and also creation of adequate conditions for development of creative abilities are considered.

THE EXPERIENCE OF USAGE OF ELECTROCONVULSIVE THERAPY (ECT) FOR TREATMENT OF ENDOGENIC PSYCHOSES

Suatbaev N.R.

A review of literature is included. Patients were undergone of 331 ECT's seances. The method, effectiveness and complications of ECT are described. The

use of ECT in patients with febrile schizophrenia (9 patients) is discussed. Predicators of effectiveness are included.

TO A QUESTION ON SYSTEMATIZATION OF SEASONAL AFFECTIVE DISORDERS

Simutkin G.G.

In the present discussion the question on allocation first of all in the American psychiatric classification of so-called seasonal affective disorders (SAD), dynamics of diagnostic

criteria of SAD, some questions at issue concerning systematization of SAD and subsyndromic form of SAD mentions.

SOCIAL RISK FACTORS OF DEVELOPMENT OF A DEPRESSION AT PATIENTS WITH ORGANIC AFFECTIVE DISORDERS

Skudar' K.E.

It was examined 64 patients with depression (23 men and 41 women), having distinct indications of a peripheral atherosclerosis and initial displays of cerebral atherosclerotic disease. Influence of social factors on development of disease does not cause

doubts and by results of research the following associations of factors: «unstable situation in the country», «poverty», «physical work in the anamnesis», «deficiency of an intercourse with coevals» have the largest value.

THE PROJECT OF CREATION OF A UNIFORM INFORMATION NETWORK IN THE CENTERS OF MEDICO-SOCIAL REHABILITATION OF DRUG ABUSERS IN KAZAKHSTAN

Katkov A.L., Rossinskiy J.A., Valivach M.N.

Now employees of the Republican Research-and-Practical Center of Medical-Social Drug Addiction Problems develop the project of an information supply of work of the Republican Center and its regional branches.

The purpose of the project is maintenance of operative accumulation; processing and information interchange inside the Center and with all its branches, narcological clinics of Republic.

HISTORY OF ONE THESIS FOR DOCTOR'S DEGREE

Egorov B.E.

Given article is free statement of ideas, events, and experiences connected to a writing of the first thesis for a Doctor's degree on faculty of psychotherapy of the Russian Medical Academy of post diploma education. The whole traversed path by me is confirmation of the vital principles directed on creation and development not only the person, but also my environment. Readiness to accept life such what

it is, insubordinating blindly, but also not resisting to destiny, simultaneously trying to benefit by everything until something will appear the best. However to wait while something will appear it is not enough, it is necessary to influence events, not forgetting, that in basis of any historical processes there is an idea which spiritualizes the person, a society and a trade.
