

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том VIII

№ 1

2002

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); **кандидат медицинских наук С.А. Алтынбеков**; **профессор Ж.А. Алимханов**; **профессор О.Т. Жузжанов**; **профессор Н.Т. Измаилова**; **кандидат психологических наук Г.А. Макарова**; **кандидат медицинских наук 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); **Х. Пезешкиан** (Висбаден); **кандидат медицинских наук Х.А. Сагын** (Астана); **В.В. Соложенкин** (Бишкек); **Л.А. Степанова** (Томск); **М.З. Таргакова** (Алматы); **доктор медицинских наук профессор Н.К. Хамзина** (Астана).

**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) 45-07-75
E-mail: neovitae@nursat.kz**

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига

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

Том VIII
№ 1
2002 год

выходит
4 раза в год

РАЗДЕЛ, ПОСВЯЩЕННЫЙ 35-ЛЕТИЮ КАФЕДРЫ ПСИХОТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

| | |
|--|-------|
| <i>Бурно М.Е.</i> | |
| О “возвышающей психотерапии Рожнова”* | 7-9 |
| <i>Колосов В.П.</i> | |
| История кафедры психотерапии | 10-11 |
| <i>Колбасин Ю.В., Смирнов В.Е.</i> | |
| Опосредованная психотерапия | 11-15 |
| <i>Макаров В.В.</i> | |
| Прошлое и психотерапия новой волны | 15-19 |
| <i>Покровский Ю.Л.</i> | |
| Психотерапевтический подход в лечении сахарного диабета | 19-22 |
| <i>Сандомирский М.Е.</i> | |
| Физиологически-ориентированный подход в психотерапии: Сообщение 1. Физиологические механизмы измененных состояний сознания | 22-25 |
| <i>Смирнов В.Е., Колбасин Ю.В.</i> | |
| Исторический аспект проблемы деонтологии в психиатрии | 25-28 |

ПСИХОТЕРАПИЯ

| | |
|---|-------|
| <i>Баранников А.С., Баранникова Д.А.</i> | |
| Место экзистенциального анализа среди других психотерапевтических направлений | 29-30 |
| <i>Баранников А.С.</i> | |
| К вопросу антропологического обоснования интегративной психотерапии (продолжение 1) | 30-35 |
| <i>Грушко Н.В.</i> | |
| О психокоррекционном варианте терапии творческим самовыражением в условиях дополнительного образования | 35-40 |
| <i>Гнездилова Е.В.</i> | |
| Психологическая коррекция больных туберкулезом легких | 40-43 |
| <i>Епифанова Н.М., Смирнов С.В., Полянина Д.А.</i> | |
| Системная мультимодальная психотерапия при ожоговой травме | 43-45 |
| <i>Приленский Б.Ю.</i> | |
| Спектральный анализ невротического конфликта | 46-54 |
| <i>Ротов А.В., Ротов В.А., Балановский Д.В.</i> | |
| Определение внушаемости и эффективности гипносуггестии в процессе психотерапевтической коррекции у пациентов с избыточной массой тела | 54-56 |

| | |
|--|-------|
| <i>Троицкий А.Ф.</i> | |
| О влиянии даты рождения на соматическую заболеваемость при изменении солнечной активности | 56-60 |
| <i>Чеглова И.А.</i> | |
| Патогенез состояний дезадаптации и методология психотерапии | 61-67 |
| <i>Шумской В.Б.</i> | |
| Понятие основных экзистенциальных мотиваций как теоретическая основа психотерапевтической практики в экзистенциальном анализе | 67-71 |
| <i>Юдин И.А.</i> | |
| Синдром профессионального сгорания или Влияние профессии психолога на качество его жизни или Негативное влияние профессии и как его избежать | 71-74 |

ПСИХИАТРИЯ

| | |
|---|-------|
| <i>Ермошин А.Ф.</i> | |
| Конструктивный рисунок человека в дифференциальной диагностике пограничных психических расстройств | 75-81 |
| <i>Миронов В.В.</i> | |
| Нейрофизиологическая лаборатория на базе одного компьютера – мобильный вариант | 81-83 |
| <i>Павличенко А.В.</i> | |
| К вопросу о клинике и психотерапии постпсихотических депрессий | 83-86 |
| <i>Ретюнский К.Ю., Прокопьев А.А.</i> | |
| Психофизиологическое исследование детей и подростков, страдающих заиканием с затяжным неблагоприятным течением | 86-90 |
| <i>Ретюнский К.Ю.</i> | |
| Специфические расстройства детского возраста (заикание, неорганический энурез): вопросы клиники, патогенеза и терапии | 91-95 |

ИНФОРМАЦИЯ

| | |
|--|--------|
| <i>Меморандум о терроризме неправительственной Организации Европейского Совета Европейской Ассоциации Психотерапии</i> | 96 |
| <i>Резюме</i> | 97-104 |

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

TABLE OF CONTENTS

THE PART DEVOTED TO A 35-ANNIVERSARY OF SUB-FACULTY OF PSYCHOTHERAPY AND MEDICAL PSYCHOLOGY OF THE RUSSIAN MEDICAL ACADEMY OF POST DIPLOMA EDUCATION

FOUNDERS:

**Professional
Psychotherapeutic
League**

**RPSE
«Republican
Research-and-
Practical Center
of Medical-Social
Drug Addiction
Problems»**

**Volume VIII
№ 1
2002
Published 4 times
in a year**

| | |
|---|-------|
| <i>Burno M.E.</i> | |
| About «Rozhnov's lofty psychotherapy» | 7-9 |
| <i>Kolosov V.P.</i> | |
| History of sub-faculty of psychotherapy | 10-11 |
| <i>Kolbasin J.V., Smirnov V.E.</i> | |
| Mediated psychotherapy | 11-15 |
| <i>Makarov V.V.</i> | |
| The past and psychotherapy of a new tide | 15-19 |
| <i>Pokrovsky J.L.</i> | |
| The psychotherapeutic approach in treatment of insular diabetes | 19-22 |
| <i>Sandomirsky M.E</i> | |
| Physiological - directed approach in psychotherapy | 22-25 |
| <i>Smirnov V.E., Kolbasin J.V.</i> | |
| Historical aspect of deontology problem in psychiatry | 25-28 |

PSYCHOTHERAPY

| | |
|---|-------|
| <i>Barannikov A.C., Barannikova D.A.</i> | |
| Place of existential analysis among other psychotherapeutic directions | 29-30 |
| <i>Barannikov A.C.</i> | |
| To a question of an anthropological substantiation of integrative psychotherapy | 30-35 |
| <i>Grushko N.V.</i> | |
| About psychotherapeutic variant of therapy by creative self-expression in conditions of extra education | 35-40 |
| <i>Gnezdilova E.V.</i> | |
| Psychocorrection of patients with chronic pulmonary tuberculosis | 40-43 |
| <i>Epifanova N.M., Smirnov S.V., Poljanina D.A.</i> | |
| System multimodal psychotherapy on burning injury | 43-45 |
| <i>Prilensky B.J.</i> | |
| The spectral analysis of the neurotic conflict | 46-54 |
| <i>Rotov A.V., Rotov V.A., Balanovsky D.V.</i> | |
| Definition of suggestibility and efficiency of hypnosuggestion during psychotherapeutic correction at patients with body overweight | 54-56 |
| <i>Troitsky A.F.</i> | |
| About influence of date of birth on somatic disease at change of solar activity | 56-60 |
| <i>Cheglova I.A.</i> | |
| Pathogeny of desadaptation conditions and psychotherapy methodology | 61-67 |
| <i>Shumsky V.B.</i> | |
| Concept of the basic existential motivations as a theoretical basis of psychotherapeutic practice in existential analysis | 67-71 |
| <i>Judin I.A.</i> | |
| Syndrome of professional consumption or psychologist profession influence on quality of his life or negative profession influence and how to avoid it | 71-74 |

PSYCHIATRY

| | |
|--|-------|
| <i>Ermoshin A.F.</i> | |
| Constructive figure of the person in differential diagnostics of borderline mental disorders | 75-81 |
| <i>Mironov V.V.</i> | |
| Neurophysiologic laboratory on the basis of one computer-mobile variant | 81-83 |
| <i>Pavlichenko A.V.</i> | |
| To a question of clinic and psychotherapy post psychotic depression | 83-86 |
| <i>Retjunsy K.J., Prokop'ev A.A.</i> | |
| Psychophysiological research of children and teenagers, suffering stammering with lingering negative course | 86-90 |
| <i>Retjunsy K.J.</i> | |
| Specific disorders of infancy (stammering, inorganic enuresis): questions of clinic, a pathogeny and therapy | 91-95 |

INFORMATION

| | |
|---|--------|
| <i>The memorandum of terrorism of Council of Europe nongovernmental organization - the European Psychotherapy Association</i> | 96 |
| <i>Summeries</i> | 97-104 |

РАЗДЕЛ, ПОСВЯЩЕННЫЙ 35-ЛЕТИЮ КАФЕДРЫ ПСИХОТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

О “ВОЗВЫШАЮЩЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ РОЖНОВА”*

М.Е.Бурно

г. Москва

В 1956 году (XX съезд партии) после долгих тревожно-напряженных лет сталинской духовной тюрьмы наступила хрущевская “оттепель”. Вскоре переиздали романы Ильфа и Петрова, потом стали печатать синтонный треп Василия Аксенова и суровую горечь Солженицына. Оживилась и психотерапия. Это было, правда, лишь некоторое, слабое еще оживление. Трудно сразу оттаять, тем более – после сталинско-псевдо-павловской психиатрической сессии 1951 года. Но в 1956 году состоялась в Москве Всесоюзная психотерапевтическая конференция. В 1958 году вышел сборник материалов этой конференции (“Вопросы психотерапии”) под редакцией тогдашнего патриарха московской психотерапии Марка Самойловича Лебединского. Патриархом ленинградской психотерапии был тогда Владимир Николаевич Мясищев, а харьковской – Константин Иванович Платонов. В своем предисловии в сборнике Лебединский еще особенно подчеркивает “успехи советских психотерапевтов в освоении физиологического павловского учения, практического его применения в лечебной работе” (с.3). Большинство работ сборника – о внушении, гипнозе, отдыхе, режиме. Лебединский, вспоминая в своей работе “Общие вопросы методики психотерапии”, как Неткачев в начале XX века предлагал заикающимся совершенствовать свое миросозерцание с помощью дневника, отмечает, что “некоторым больным можно рекомендовать при тренировке нервных процессов повышать специальными мероприятиями регулирующую роль второй сигнальной системы” (с. 45). Свой вариант коллективной психотерапии невротиков Николай Владимирович Иванов из Горького поясняет так: “Коллективная психотерапия является преимущественно стимулирующей и, следовательно, в большинстве случаев использует физиологический механизм создания новых очагов возбуждения, сила которых должна быть в конечном итоге большей, чем патодинамические структуры, определяющие клиническую картину невроза” (с.87). Даже мишиевский психоанализ, спасенный при советской власти своим марксистским содержанием, нес на себе “ордена” и “медали” высшей нервной деятельности (см. в этом же сборнике работы В.Н.Мишицева “Некоторые вопросы теории психоте-

рапии” и Е.К.Яковлевой “Методика психотерапии невроза навязчивых состояний и психастений”). Под этими “орденами”, “ медалями”, “ожерельями-оковами” высшей нервной деятельности, под этим физиологическим вторжением в душу психотерапии (вторжением – даже, с точки зрения строгого клинициста) тут и там, несмотря на осторожную серость текстов, все же чувствуется, проглядывает душевное дыхание отечественных клинических психотерапевтов. Так, Иванов пишет в упомянутой уже работе о “теплом, задушевном контакте с больными” (с.90). Петр Михайлович Зиновьев в работе “О психотерапии шизофрении” советует психотерапевтически пробуждать “заснувшую эмотивность больного, используя для этого и пострадавшее, но легче других эмоций оживляемое чувство собственного достоинства, и чувство красоты” (с.176). Чувствуется психотерапевтическая душа и в докторской диссертации Владимира Евгеньевича Рожнова “Физиологические особенности гипнотического состояния различной глубины и гипнотерапия алкоголизма”, защищенной в 1956 году, когда было Владимиру Евгеньевичу 38 лет. Наша клиническая психотерапия не умерла в черные сталинские морозы. Она потихоньку оттаивала и светлела. В 1959 году Московский институт психиатрии на Потешной выпустил классическую книгу уже покойного тогда московского психиатра-психотерапевта Семена Исидоровича Консторума “Опыт практической психотерапии” с предисловием близко знавших Консторума Иванова и Дмитрия Евгеньевича Мелехова. О Консторуме как классике, основоположнике отечественной клинической психиатрической психотерапии я уже немало писал (Бурно М.Е., 2000). Западная психологическая психотерапия жила-существовала у нас в послевоенное время, разве лишь в марксистски задрапированном виде как патогенетическая психотерапия Мишицева, о которой уже сказал выше. Но клиническая психиатрическая психотерапия была у нас своя, глубокая и самобытная, воспитанная в начале XX века российско-немецким психиатрическим клиницизмом вместе со своей родной сестрой, клинической психотерапией стран немецкого языка. Так случилось, что западная клиническая психотерапия во второй половине XX века размешалась-раство-

* Выступление на юбилейной конференции, посвященной 35-летию кафедры психотерапии Российской Медицинской академии последипломного образования (10 декабря 2001 г., Российская академия государственной службы при Президенте России).

рилась в распространившейся там психологической (психодинамической, экзистенциально-гуманистической, когнитивно-поведенческой) психотерапии. От прилива в западную психотерапию большого количества психологов психотерапия, становясь все более психотерапией здоровых, теряла свой клиницизм даже в психиатрии. Эта закономерность, повторяющаяся сегодня у нас, и прекрасна, и печальна.

В 1966 году, когда уже работала кафедра психотерапии в харьковском Институте усовершенствования врачей, когда состоялась вторая Всесоюзная конференция (совещание) по психотерапии в Москве (наполненная большим разнообразием клинических психотерапевтических методов и уже без прежних физиологических оков), открылась наша кафедра психотерапии под руководством Владимира Евгеньевича в Центральном институте усовершенствования врачей. Я работал тогда в Московском психоневрологическом диспансере на улице Веснина в должности врача-психиатра, одновременно, в психотерапевтическом и наркологическом кабинетах. Сегодняшнюю должность “врач-психотерапевт” Владимир Евгеньевич пробил в Министерстве только в 1958 году. До психотерапии мне удалось прочувствовать в течение двух лет психиатическую психиатрию с инсулиновыми шоками, пункциями, маляротерапией, инъекциями нейролептиков в Калужской областной психиатрической больнице (в деревне Ахлебинино). Покойный доцент кафедры Виктор Яковлевич Деглин навещал в осень открытия кафедры психоневрологические диспансеры в поисках кафедральной амбулатории. Пришел и к нам. И попросил меня разрешить группам слушателей института приходить в психотерапевтический кабинет к моим пациентам. Так, я стал уже в 1966 г. преподавателем-почасовиком, а в 1970 году штатным ассистентом кафедры. Поначалу мы, преподаватели кафедры, изучали и преподавали клиническую психиатрическую психотерапию, в основном, в виде гипноза, рациональной психотерапии в духе Дюбуа и клинически преломленной низшей ступени шульцевской аутогенной тренировки. Харьковская кафедра под руководством Ильи Захаровича Вельтовского сосредоточилась на психотерапии соматических расстройств и психотерапии в акушерстве, а ленинградская кафедра – на патогенетической психотерапии неврозов, которая со временем соединилась с приспособленной к нашим пациентам психологически ориентированной групповой психотерапией из западных социалистических стран. Возвращаюсь к нашей кафедре. Владимир Евгеньевич так кратко и говорил, помнится, и в лекциях, и на еженедельных клинико-психотерапевтических разборах пациентов: при истерии и алкоголизме – гипноз, при психастении – рациональная психотерапия, при неврозе навязчивых состояний – аутогенная тренировка. Так называемую тогда “неврозоподобную шизофрению” он обычно относил к какому-нибудь из названных выше расстройств.

В начале 70-х годов прошлого века Владимир Ев-

геньевич, вдохновенно изучая гипноз, уже постоянно говорит о необходимости материалистического (клинического и экспериментального) исследования бессознательного. Он особенно опирается здесь на выступление Петра Кузьмича Анохина на совещании Президиума АМН, посвященном борьбе с фрейдизмом (1958). В этом выступлении Анохин призвал физиологов изучать то, что “фрейдизм называет “подсознательным”. Владимир Евгеньевич пишет о “гипнозе как методе изучения бессознательного” (Рожнов В.Е., 1972, 1973), и на кафедре происходят во всей своей красочности интересные исследования сомнамбул. Эти исследования, перекликаясь с бурными сеансами рожновской “коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии больных алкоголизмом”, естественно, приводят к распахиванию-возделыванию широкого поля эмоционально-стрессовой психотерапии Рожнова. Эта психотерапия (в своих гипносуггестивных, рациональных, аутосуггестивных, аутогенных формах) применяется уже не только в клинике алкоголизма, но и в клинике разнообразных пограничных расстройств (Рожнов В.Е. К теории эмоционально-стрессовой психотерапии // Исследования механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях / Под ред. В.Е.Рожнова и Б.Д.Карвасарского – Л.: Институт Бехтерева, 1982, с.13). В 1985 г. в главе “Эмоционально-стрессовая психотерапия” в 3-ем издании известного “Руководства по психотерапии” (ред. Рожнов В.Е., Ташкент: “Медицина” Узб. ССР) Владимир Евгеньевич, противопоставляя свое направление психоанализу, побуждающему психотерапевта к погружению в “скрупулезное копание” в глубинах души в поисках причины болезни, называет “эмоционально-стрессовую систему психического лечения”, напротив, “возвышающей психотерапией”, побуждающей пациента и психотерапевта к целебному духовному самоусовершенствованию, дабы “разорвать”, таким образом, “замкнутый круг (...) болезненных переживаний” (с.30-31). Конечно же, “возвышающая психотерапия Рожнова” строилась, прежде всего, из самой бурно-жизнерадостной личности автора, его наполненности полнокровными интересами к литературе, искусству, природе, вкусным кушаньям, его обширными познаниями в культуре и религии. Обширными познаниями при всем его воинствующем материализме и атеизме. Характер у Рожнова был разный, мозаичный. Уже стареющий, он потянулся к изучению смеха Рабле для психотерапии (Рожнов В.Е., 1993). Все это эмоционально-стрессовое необыкновенно ярко раскрывалось в общении заведующего кафедрой с нами, сотрудниками кафедры, в ежегодных наших поездках (на выездных учебных циклах) в далекие от Москвы места страны, почти всякий раз со своей особенной природой и культурой. Нередко сопровождала Владимира Евгеньевича в этих поездках его жена Мария Александровна Рожнова, физиолог, ученица Анохина. Трудно в тогдашней советской науке было встретить такую задушевную семью творческих любящих друг друга

людей, пишущих вместе книги по психотерапии для широкого читателя. Мария Александровна нередко участвовала и в наших кафедральных конференциях. Мы называли ее “государыней нашей кафедры”.

Итак, это подаренное нам поле “возвышающей психотерапии” мы, сотрудники кафедры, и вскапывали, каждый по-своему. “Возвышающей психотерапией Рожнова” освещены уже в ту пору и наши собственные работы. Нам разрешалось, даже в то строгое идеологическое время, когда научные и литературные редакторы (из страха “как бы чего не вышло”) преследовали всякое нестандартное живое слово в научной статье, удавалось, во всяком случае, там, где научным редактором был Владимир Евгеньевич, эти необходимые живые клинико-психотерапевтические образы писать и печатать. Так, Владимир Петрович Колосов в главе “Эмоционально-стрессовая психотерапия неглубоких депрессий” (в том же “Руководстве” 1985 г.) рассказывает, как предлагает больным в нашей клинике психотерапии пограничных расстройств (“Покровское-Стрешнево”) “следить на прогулке, как постепенно распускаются листья, внимательно вглядываться, наблюдая, как падает или тает снег, вслушиваться в чирканье птиц и т.д., т.е. стремиться ежечасно преодолевать свое состояние отчужденности от внешнего мира” (с.464). Игорь Степанович Павлов (клиника психотерапии алкоголизма, Преображенская больница) в главе “Коллективная эмоционально-стрессовая психотерапия больных алкоголизмом в бодрствующем состоянии” рассказывает, как в психотерапевтической группе напоминает пациентам “об опустившихся больных, которые стоят в пивных и попрошайничают, выпивают остатки спиртного из стаканов, слизывают пену со дна чужих пивных кружек” (с.566). Владимир Елизарович Смирнов (клиника психотерапии психозов, Преображенская больница) в главе “Эмоционально-стрессовая психотерапия в клинике психозов” рассказывает, что эмоциональность его больных шизофренией “в одном случае была скучна, напоминая “дом пустой с заколоченными ставнями”, в другом – “вокруг такого дома разросшийся бурьян” в виде тенденции к алкоголизации” (с.583). Разрешалось на кафедре заниматься и психоанализом, хотя и упрощенным (Д.В.Панков, М.М.Ракитин, Б.Е.Егоров), и экзистенциальной психотерапией (В.Е.Смирнов), и клинической трансперсональной психотерапией (В.П.Колосов).

Владимир Евгеньевич возглавлял нашу кафедру до 1997 года, предпоследнего года своей жизни, пока не обрушился на него тяжелейший инсульт. Многие из нас, его сотрудников, по-родственному, тепло любили его и прощали ему порою тяжеловатые для нас некоторые его авторитарно-патриархальные черты и, вместе с тем, трудности большого ребенка. И Владимир Евгеньевич тоже по-родственному относился ко многим своим сотрудникам. Помню, как он, присев на корточки, прощался за лапу с нашей собакой доберманом

Тиной после вечеринки по поводу моего сорокалетия. А через некоторое время грустно-добродушно сказал: “Я ведь даже Вашу собаку теперь знаю”. Это, думается, тоже имеет отношение к “возвышающей психотерапии”.

С приходом к нам нового заведующего кафедрой Виктора Викторовича Макарова многое по-хорошему изменилось: работа кафедры наполнилась теперь и психологически-ориентированной психотерапией. Прежде всего, российски преломленным экзистенциальным трансактным анализом (“восточная версия”). Но осталась, развивается и клиническая психиатрическая возвышающая психотерапия. “Клиническая психотерапия, - отмечает Макаров в своей книге “Психотерапия нового века” (М.: Академический Проект, 2001), - является нашим национальным достоянием. На ее основе сегодня строятся другие российские школы психотерапии”. Разные психотерапевтические подходы (клинические и психологические), переплетаясь, интегрируясь, складываются в нашей стране в “мультимодальную интегративную российскую психотерапию” (с.60, 75). Мотив возвышающей целебным творчеством психотерапии ясно сквозит и в сегодняшней нашей психотерапии на кафедре в целом. Виктор Викторович в сегодняшних лекциях определяет психотерапию как “служение светскому гуманизму”, видит цель психотерапии, в сущности, в полной благотворной самореализации психотерапевта и того, кому он помогает. Все это так близко к “возвышающей психотерапии”. Отмечал уже в своих работах, что термин “эмоционально-стрессовая психотерапия” понимается многими (особенно в наше время) не в прежнем своем смысле “возвышающей психотерапии”, а в смысле терапии “ударами” (“стрессами”). “Возвышающая психотерапия” сегодня – это, по существу, клиническая психиатрическая область Терапии духовной культуры (Бурно М.Е., 2000). Владимир Евгеньевич гордился тем, что был учеником крупных московских психиатров-клиницистов – Василия Алексеевича Гиляровского и Евгения Алексеевича Попова. Он и сам был психиатрическим клиницистом в психотерапии. Так светло вспоминаются сейчас наши содержательные, порою горячие клинико-психотерапевтические разборы...

Мария Александровна Рожнова недавно в журнале напечатала три работы в соавторстве с Владимиром Евгеньевичем, как бывало это и прежде, когда Владимир Евгеньевич был жив: “Эмоционально-стрессовая терапия в свете теории функциональных систем”, “Мысленная модель психофизиологической архитектоники эмоционально-стрессового внушения” и “Итоги и предвидимая перспектива” (Вопросы ментальной медицины и экологии, 2000, № 2, т.VI, с.72-82). Работы основательные и интересные в своей трудной теоретической сложности (во всяком случае, для меня). Но это тема уже другого, теоретического исследования.

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ПСИХОТЕРАПИИ

В.П.Колосов

В этом году исполнилось 35 лет с того времени, когда в структуре Центрального Института Усовершенствования врачей была открыта кафедра психотерапии. Для своего времени, 1966 года, это было своего рода эпохальное событие. Открытие кафедры регламентировалось приказом Министра здравоохранения СССР № 177 от 15 марта 1966 г. по институту ЦИУ № 225 от 20 апреля 1966 г.

В приказе было указано: "Психотерапия должна быть доступна широкому кругу практических работников различных медицинских профилей: терапевтов, хирургов, акушеров-гинекологов и т.д.". Т.е. массовое внедрение основ психотерапии в медицину, плюс подготовка кадров специалистов-психотерапевтов, для чего было утверждено обучение в ординатуре и специализация (4 мес.).

Открытие такой кафедры, учреждения, призванного обучать врачей принципам и технологиям лечения, а также профилактике невротических расстройств, что было негласным признанием того, что одни идеологические догмы не в состоянии обеспечить здоровый и оптимистичный психологический климат общества. Рост эмоциональной нестабильности, напряженности, безверия и бездуховности вел к резкому возрастанию тревожно-невротических расстройств, депрессий, психосоматической патологии, алкоголизма и наркоманий. Частичное осознание этих негативных процессов в обществе подвигнуло руководство Минздрава по открытию специального учебного центра, который мог осуществить и координировать работу специалистов. И здесь громадная роль и заслуга принадлежит создателю и многолетнему руководителю кафедры проф. В.Е.Рожнову. Именно он, с его огромной конструктивной и деловой, нацеленной не на удовлетворение личных амбиций или карьерных соображений, энергией (до создания кафедры он занимал высокий пост заместителя директора по науке такого мощного учреждения, как Институт судебной психиатрии им. В.П.Сербского) был основной движущей силой, позволившей не только открыть кафедру, но и открыть саму психотерапию в Советском Союзе. Все мы отлично знаем насколько трудна и терниста была и остается деятельность по развитию психотерапии в стране, насколько велик консерватизм и непонимание самого смысла психотерапии для многих ответственных людей. Это удивительно, но остается фактом, что западный опыт, на который часто так любят ссылаться эти ответственные люди, абсолютно игнорируется, когда дело касается психотерапии. Вместе с тем, именно развитая система психотерапевтической службы обеспечивает лечение лиц с внутренней деструктивностью, дестабилизирующих любое общество, и выполняет главный принцип медицины – легче предотв-

ратить болезнь, чем лечить. Все это великолепно понимал В.Е.Рожнов – человек энциклопедических знаний, широкого кругозора и большого жизненного опыта. Достаточно сказать, что В.Е.Рожнов прошел почти всю Великую Отечественную войну, демобилизовавшись в звании майора.

Видимо, уже тогда он понимал роль и значение психотерапии как науки и специальности, направленной на развитие в человеке его внутренних нераскрытых ресурсов. Раскрытие этих ресурсов психотерапевтическими методами позволяет добиться более совершенной адаптации человека в нашем несовершенном мире, обеспечить личностный рост. Вся его дальнейшая творческая жизнь была посвящена неустанной работе по научному развитию и популяризации психотерапевтических знаний (любопытно отметить, что тогда, в конце 60-х г.г., большинство врачей вообще не понимали различия между психиатрией и психотерапией).

Безусловно, разносторонняя деятельность В.Е.Рожнова приносila очень значительные результаты, и дело даже не в большом количестве защищенных под его руководством докторских и кандидатских диссертаций, и даже не в фундаментальных научных трудах, выпущенных им, а в том, что в массовом сознании сформировался позитивный образ психотерапевта.

С точки зрения В.Е.Рожнова, психотерапевт – это квалифицированный специалист, помогающий не только избавиться от определенных патологических нарушений, негативных результатов стрессогенного влияния среды, но и человек, который в состоянии оказать необходимую психологическую поддержку и помочь людям в условиях жизненных кризисов.

Чрезвычайно важным результатом усилий В.Е.Рожнова и других представителей психотерапевтической общественности была публикация Приказа МЗ СССР от 1985 года о регламентации самостоятельной врачебной специальности – врач-психотерапевт, приказа, который в настоящее время фактически отменен.

Справедливи ради следует отметить, что кафедра в Москве была не первой кафедрой психотерапии в СССР. За год до этого в Харьковском ГИДУВе, под руководством И.З.Вельвовского была открыта кафедра психотерапии. Основоположники и организаторы обоих кафедр, соратники В.Е.Рожнова, такие, как Илья Захарович Вельвовский, Константин Иванович Платонов, Владимир Николаевич Мясищев, Николай Владимирович Иванов, Марк Самойлович Лебединский и другие, были не только выдающимися учеными, талантливыми людьми, но и обладали государственным мышлением, пониманием нужд и потребностей общества. Все эти люди активно участвовали в работе кафедры психотерапии ЦИУв, в конференциях, кли-

нических разборах, других событиях. Этим я хочу подчеркнуть, что кафедра не была замкнутым на себя коллективом, она аккумулировала все самое лучшее в отечественной медицинской науке. Усилиями этих людей был дан мощный толчок развитию отечественной психотерапии.

Когда в 1966 г. В.Е.Рожнов открыл кафедру, он пригласил для работы на ней людей, глубоко увлеченных психотерапией, при этом разносторонних, неординарных специалистов. Такими были Виктор Яковлевич Деглин – глубокий и тонкий клиницист, мягкий и проникновенный психотерапевт, Дмитрий Владимирович Панков – сочетавший клиническое мышление, выверенность и четкость позиций с талантом найти нестандартное психотерапевтическое решение проблем больных, и ныне здравствующий Юрий Прокофьевич Чаргейшвили – умный психотерапевт с ярким позитивным подходом и тонкой интуицией.

Все упомянутые мною люди были прекрасными преподавателями, обладая нечастью даром донести свои знания до слушателей, глубоко заинтересовать их и увлечь специальностью.

Гуманистический дух кафедры выражался в её глубоком демократизме, ненавязанности каких-либо позиций и представлений, которых непременно следует придерживаться, и, наоборот, в стремлении помочь каждому человеку, будь то коллега, курсант или боль-

ной, обрести его собственный путь в жизни, реализовать его внутренние потенции и возможности. Подобная демократическая тенденция благодаря В.Е.Рожнову и упомянутым мною его соратникам по кафедре создавала неповторимую атмосферу внутренней свободы, открытости научных дискуссий и благожелательности отношений, которую, естественно, чувствовали все, кто соприкасался с кафедрой. Они воспринимали эту атмосферу, дух доброжелательности, и несли его дальше в социум.

Таким образом, отмечая сейчас 35-летие кафедры психотерапии РМАПО, мы отчетливо видим ту громадную роль, которую сыграла кафедра по формированию психотерапевтического мышления специалистов, внедрению психотерапевтических взглядов и представлений в медицину. Возможно, мы еще не до конца осознаем роль кафедры в формировании глобальной новой ментальности населения, ментальности, которой чужда ноющая апатия, чувство бессилия, всеобщего “пофигизма” и пессимизма, к сожалению, столь распространенных сейчас в обществе. Всей своей 35-летней деятельностью кафедра пропагандировала идеи самодостаточности, ответственности за свою судьбу, гармонии с собой и миром, то есть то позитивное мироощущение, которое усвоили, когда на кафедре прошли обучение многие тысячи специалистов.

ОПОСРЕДОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Ю.В.Колбасин, В.Е.Смирнов

г. Москва

В психотерапии существует огромное количество школ, и, не редко, они весьма разительно отличаются в своих взглядах на природу человеческой психики, оценку причин и значимости симптомов, на механизмы исцеления. Традиционным для нашей кафедры является особое выделение значимости эмоций как в причинной роли развития заболеваний, так и в ходе лечебного процесса. Многие годы под руководством профессора В.Е.Рожнова на кафедре разрабатывалась концепция эмоционально-стрессовой психотерапии. От того, как врач понимает механизм развития психоэмоциональных расстройств, природу эмоций, зависит, каким образом он будет строить свою лечебную тактику и, естественно, эффективность психотерапии. То есть, теоретическая приверженность врача определяет лечебный процесс.

Наша тема “Опосредованная психотерапия”. В каких случаях применяется опосредованная психотерапия? Часто там, где по каким-либо причинам само слово “психотерапия” отпугивает больных, во всяком случае, в начале лечения. Как нельзя лучше под такие ситуации подходит меткое выражение В.Ю.Завьялова “необъявленная психотерапия”. Это, как правило, пре-

успевающие, самодостаточные и самоуверенные пациенты, имеющие психосоматические или соматопсихические нарушения, диссомнические расстройства, “уставшие, переработавшие” бизнесмены, наблюдающиеся у врачей интернистов. Это люди “материалисты” - признают “материальные” способы лечения: медикаменты, массаж, мануальную терапию, вещественные, хотя и непонятные, гомеопатические шарики, которые можно купить в аптеке. Считают, что психотерапия нужна людям слабой воли или интеллекта и какое-либо прямое психическое вмешательство воспринимают как унижение своего достоинства. В таких случаях для опосредованной психотерапии прекрасно подходит гомеопатия.

По мнению Б.Д.Карвасарского, под опосредованной психотерапией принято понимать “усиление эффективности биологической терапии, к которой, в первую очередь, относятся фармакологические средства, физиотерапия, другие физико-химические факторы, имеющие целью непосредственное воздействие на мозговую ткань (электросудорожная терапия и др.). Эффекты психотерапевтического опосредования описываются через процессы косвенного (опосредован-

ного, вооруженного) внушения и плацебо-эффекты (Б.Д.Карвасарский “Психотерапевтическая энциклопедия” С-Петербург, 1998). То есть, понятия опосредованной психотерапии, косвенного внушения и плацебо-терапии, по существу, не разделяются. Так, в случае косвенного внушения используется дополнительный раздражитель, приобретающий новое информационное значение из-за произведенного прямого внушения. А плацебо-терапия рассматривается как один из вариантов психотерапии посредством косвенного внушения (там же).

Переносное значение “плацебо”- это “пустышка”, то есть, только лишь *имитирует* по цвету, вкусу, запаху и т.д. лекарственную форму, а по существу не содержит какого-либо действующего агента. Таким образом, плацебо-эффект основан на самовнушении, на вере, на том психологическом процессе, который развивается в голове пациента и является неспецифическим, то есть, не связанным со специфическим действием лечебного фактора. По мнению В.Ю.Завьялова (В.Ю. Завьялов “Необъявленная психотерапия”, 1999), “в “чистом виде” плацебо-терапии не существует, поскольку это ведь неспецифические, незапланированные, а потому СЛУЧАЙНЫЕ, не зависящие от воли, знаний, компетенции врача эффекты терапии. Все, что входит в компетенцию врача, все, что он делает осознанно, под контролем разума, - это специфические эффекты. Следовательно, под термином “плацебо-терапия” надо понимать такую терапию, при которой врач осознанно создает условия, когда спонтанно, случайно, алогически развиваются процессы выздоровления под кодовым названием “плацебо”.

Понятие опосредованной психотерапии отличается от понятия плацебо-терапии. Опосредованная психотерапия значит психотерапия, произведенная посредством специфического действия какого-либо другого лечебного метода. То есть, важнейшим принципом опосредованной психотерапии является то, что этот метод, посредством которого проводится лечение, должен обладать своим специфическим действием.

Другой важный принцип – это специфическое действие должно отвечать поставленным психотерапевтическим задачам. Если плацебо по форме или действию имитирует лечение, то в опосредованной терапии реально присутствует действующее начало, и задача врача “выиграть”, направить, усилить уже имеющийся лечебный фактор на психотерапевтические цели.

Третьим, необходимым условием для проведения опосредованной психотерапии является знание и умение владеть тем лечебным методом, посредством которого осуществляется опосредование. Этим достигается, по выражению В.В.Макарова, то, что соответствующий метод и психотерапия по сути дела потенцируют действие друг друга (Макаров В.В. “Избранные лекции по психотерапии,” 1999). Иначе говоря, опосредованная терапия позволяет взаимообогащению психотерапии и терапии других областей медицин-

ских знаний. Особенно это важно для врачей узкого соматического профиля, изучающих и применяющих психотерапию в рамках своих специальностей.

И, наконец, методологически важно то, что часто через призму другого метода можно тоньше и глубже понять проблемы пациента, а понять - значит квалифицированно помочь и через психические каналы, и через врачевание тела. А в этом и заключается холистический подход к человеку, объединяющий психику и сому.

Однако без эмоционально-насыщенного, а по Рожнову В.Е. эмоционально-стрессового воздействия, опосредованная психотерапия просто невозможна.

Причины и природу эмоциональных расстройств и психосоматических нарушений, принятые в клинической практике и академических кругах в настоящее время, можно подразделить на три большие группы.

Одни теоретики и клиницисты-психиатры видят, в основном, биологическую причину этих нарушений, рассматривают психику как продукт материальных процессов, происходящих в головном мозге и, соответственно, надежды на правильную терапию направлены на биохимию (психотропную медикаментозную терапию).

Противоположную точку зрения имеют, главным образом, психотерапевты и медицинские психологи, придерживающихся психологических объяснений, таких, как роль психотравмирующих переживаний в младенчестве, детстве, а по С.Гроффу (1985, 1998, 2001) и в неонатальный и, даже, в надличностный период, или на протяжении последующей жизни, на значимые причины внутриличностного конфликта, на влияние межличностных патогенных отношений и влияние общественно-политического окружения.

Третье направление рассматривает организм с энергетических позиций. В основе понимания механизма действия классического иглоукалывания, гомеопатии, йоги лежит представление о здоровье человека с позиций восстановления энергетического баланса как внутреннего, так и с окружающей его средой. Подобная позиция прослеживается и в психотерапии со времен Франца Мессмера. Представителями этой точки зрения являются, например, Вильгельм Райх, Станислав Грофф и др. Так, по мнению В.Райха, главной причиной, лежащей в основе эмоциональных и психосоматических нарушений, являются затор и запирание значительного количества биоэнергии в мускулах и внутренних органах, что создает, так называемый, иероглифический панцирь (Reich, 1949, 1961). С.Грофф видит причину этих заболеваний в виде связанной в сложные функциональные комплексы эмоциональный и физический заряд энергии. Этим скоплениям энергии он дал название “системы конденсированного опыта” (СКО) (С. Грофф, 2001).

Каков же специфический механизм действия эмоций? Как именно они воздействуют на нас?

Поскольку и психотерапия, и гомеопатия, воздействуя на одни и те же психоэмоциональные и психосо-

матические патологические состояния, получают одинаковый положительный результат - уместно предположить, что в механизме их действия есть нечто общее.

Несмотря на то, что понятия соматизации, конверсии, вытеснения и превращения вытесненных чувств в симптом являются общепризнанными принципами психотерапевтической теории, процесс, посредством которого вытесненная идея, эмоция превращается в физический симптом, не ясен. Леон Шерток, за свою огромную экспериментальную практику, заснявший тысячи метров видеосъемки, объективизирующей процесс превращения слова в виде суггестивного воздействия в ожог, синяк и другие физические феномены, так и не смог доказать как это происходит. Альберт Молль, П.П.Подьяпольский (1903, 1909), А.И.Картамышев (1942, 1958) и многие-многие другие исследователи наблюдали подобные явления. Считается, что механизмы психотерапевтического воздействия реализуются посредством включения эндокринных и нейрогуморальных факторов в ответ на психо-эмоциональное влияние врача, однако не объясняют указанные феномены. Известно, что информация, аффективно неподкрепленная, не воспринимается человеком.

Еще в более трудной ситуации в отношении объяснения механизма действия находится гомеопатия. Известно, что гомеопатическим агентом является какое-либо вещество, многократно разведенное и подвергнутое специальным встряхиваниям. Однако после 12 сотенного разведения, по закону Авогадро, молекул этого вещества в растворе не остается. А гомеопатия утверждает, что чем выше потенция, то есть разведение, тем, как правило, выше результат при лечении психических и психосоматических расстройств. Получалось, что просто вода является действующим началом в гомеопатии. По этой причине гомеопатия как наука долгое время находилась в изгнании академической медициной, и все ее воздействие объяснялось косвенным суггестивным влиянием. Предположение, сделанное основоположником гомеопатии Самуилом Ганеманом о жизненной энергии, обеспечивающей жизнь и поддерживающей здоровье, было умозрительным. Таким же умозрительным было его представление об энергии, заключенной внутри вещества, освобождающейся в процессе приготовления гомеопатического средства и являющейся той действующей силой, которая приводила к восстановлению нормального функционирования жизненного принципа (то есть энергии) организма. И современные гомеопаты придерживаются энергетической концепции жизнедеятельности человеческого организма. Например, лауреат альтернативной Нобелевской премии за 1996 год по гомеопатии Джордж Витулкас рассматривает болезненные расстройства как некие энергетические состояния, имеющие характерную волновую характеристику, проявляющуюся определенной совокупностью симптомов, по которым и подбирается подобное гомеопатическое лекарство (1997).

Действительно, последние достижения кластерной физики показывают, что при разведении какого-либо вещества в растворе молекула этого вещества соединяется с диполями воды, то есть образуются кластеры. И чем более высокое разведение, тем более крупными могут быть эти образования кластеров. В зависимости от исходного вещества кластеры отличаются друг от друга длиной и частотой создаваемой ими электрической волны. Так, по данным Бельгийского журнала гомеопатии и фармации № 1 за 2001 год, кластер молекулы Natrium muriaticum имеет 10^{-9} м длину и 10^{11} Гц частоту волны.

Принципы действия гомеопатии основаны на законе подобия: подобное лечится подобным. И если наше предположение правильно в том, что гомеопатическое средство, имеющее определенную волновую кластерную характеристику, лечит какое-то расстройство, следовательно, исходя из закона подобия, это болезненное состояние имеет аналогичные волновые показатели.

По нашим представлениям, в человеческом организме под влиянием стрессогенных факторов создается временная функциональная кластерная структура, подобная действующему стрессору. И если сила или длительность этого стимула превосходят адаптивные возможности организма, то тогда создавшееся состояние фиксируется и проявляется соответствующими симптомами. На уровне психики такими патологическими стимулами могут быть чрезмерные, неожиданные или умеренные, но длительно преобладающие эмоции. Эмоцию можно сравнить с магнитом, при приближении которого к металлическим опилкам те выстраиваются в соответствующие линии.

Различные эмоциональные состояния, видимо, имеют различные, присущие только им, соответствующие волновые характеристики. И получается, что врач психотерапевт путем эмпатии, сопереживания настраивается на зафиксированную, соответствующую болезненному состоянию эмоцию и посредством своей собственной личности, используя соответствующие методики, помогает ее изменить.

То есть, в гомеопатии аналогично волновым характеристикам болезненного состояния подбирается соответствующее (подобное) гомеопатическое средство, а в психотерапии подобным средством является состояние, которое воспроизводится с помощью личности самого врача. И этот аналогичный механизм действия, на наш взгляд, сближает гомеопатию и психотерапию.

С наших позиций основополагающим является представление о том, что эмоции служат организующим и мотивирующим фактором поведения человека, его личностного развития и отношений с окружающим миром. Эмоции практически всегда проявляются во взаимодействии с перцептивной, когнитивной и двигательной системами, и здоровое функционирование личности зависит от того, насколько сбалансирована и интегрирована деятельность различных систем. В психотерапии давно замечено, что определенным эмо-

циональным состояниям сопутствуют соответствующие физиологические и поведенческие проявления, однако, конкретному сочетанию соматических расстройств с психическими отводится, на наш взгляд, недостаточная роль.

Гомеопатия более чем за 200 лет своего существования создала стройную систему поиска подобного лечебного средства путем сопоставления ментальных, эмоциональных, поведенческих расстройств с физическими симптомами общего и локального регистра. Так, после перенесенного горя у одного это чувство будет спрятано глубоко внутри, оно “молчаливое”, о нем трудно с кем-либо поделиться. Пациент плачет, когда находится один, чтобы никто не видел. Даже на приеме у врача изо всех сил старается не показать слез. Ком в горле перехватывает дыхание. От утешения только хуже становится на душе. Часто аппетит значительно снижен, особенно, не хочется есть фрукты. По сочетанию подобных признаков можно думать о гомеопатическом препарате Ignacia Amara, который устранит описанное состояние. И совершенно иная картина у препарата, например, Pulsatilla, когда, также, после подобного горя человек часто плачет, ему легче от утешения и он жаждет его; настроение легко колеблется по незначительному поводу; ему лучше в прохладе, на свежем воздухе или проветренном помещении и хуже в теплом помещении, не переносит духоту, жирную пищу. Такая тонкая дифференциация соединения психического и соматического весьма успешно может использоваться опосредованной психотерапией, ориентированной на лечение психосоматических больных.

Третье, что сближает психотерапию и гомеопатию - это аналогичные действия той и другой науки на первом этапе работы с пациентом, а именно на этапе выяснения гомеопатического и, соответственно, психотерапевтического анамнеза. Эта фаза существенно лучше разработана в психотерапии в области, касающейся “психического”: понимания личности, аффективно-когнитивных процессов, взаимодействия сознания и бессознательного, мотивационной системы и др. Классическим образцом поведения гомеопата является дать возможность пациенту высказаться, не перебивая больного наблюдать за ним, и затем лишь задать уточняющие вопросы о его заболевании, о его общем, психологическом состоянии и т.д., т.е. соблюдать определенную дистанцию, чтобы понять, какое гомеопатическое средство подобно имеющемуся у пациента расстройству. После чего назначить лекарство и отпустить до следующей встречи, на которой оценивается, что изменилось в его состоянии, как действовало лекарство и что давать (или не давать) для дальнейшего лечения. Но выполнить такую задачу, а именно понять, прочувствовать душевное состояние пациента с дистанции, без эмоционального контакта с ним невозможно. Больной может раскрыть перед врачом свои переживания, проблемы только при наличии сопереживания, сочувствия, эмоциональной включен-

ности последнего. Кроме этого, врач, выслушивая страдания больного и желая ему помочь, не может оставаться отстраненным и безучастным. Бессознательно врач в таких ситуациях является собой психотерапевтическое зеркало, что уже на этом этапе работы помогает больному осознать некоторые свои прежде неосознаваемые проблемы. То есть, врач гомеопат волей-неволей, желая того или нет, осознавая это или нет, однако оказывает на больного определенное психотерапевтическое влияние. И, бесспорно, будет лучше как для врача, так и для пациента, если это вмешательство будет грамотным, направленным, даже исходя из принципа “не навреди”.

Подводя итог, можно кратко обозначить преимущества опосредованной психотерапии через гомеопатию.

1) Обе науки интегрированно, холистически видят человека, в единстве души и тела.

2) Обе науки отводят главенствующую роль психики, эмоций в возникновении и развитии болезней.

3) И психотерапия, и гомеопатия опираются на преморбидные, конституциональные особенности человека, то есть, обращаются к личности больного как в диагностике, так и в процессе лечения, а не на патогномоничные симптомы. Замечу, что такой подход делает опосредованные через гомеопатию психотерапевтические влияния личностно ориентированными, по настоящему клиническими.

4) Диагностика опосредованно, через гомеопатический метод позволяет психотерапевту более глубоко раскрыть, изучить и понять причины и механизм болезни, условия, которые поддерживают страдание на соматическом и психологическом уровнях.

5) Дает возможность врачу психотерапевту через специфическое, направленное действие гомеопатического средства опосредовать свое лечебное влияние, тем самым “обойти” неосознанное сопротивление терапии.

6) Нами представлена гипотеза о сходном механизме развития психосоматических расстройств и идентичном соногенном механизме действия эмоций с позиции психотерапии и гомеопатии.

7) Ни одна из клинических, академических дисциплин не стоит так близко к психотерапии по своим теоретическим и практическим взглядам на механизмы развития психосоматических расстройств как гомеопатия.

Литература:

- 1) Витулкас Д. *Новая модель здоровья и болезни*, М., 1997.
- 2) Ганеман С. *Органон врачебного искусства*, М., 1991.
- 3) Гроф С. *За пределами мозга*, 1993.
- 4) Гроф С. *Психология будущего*, М., 2001.
- 5) Завьялов В.Ю. *Необъявленная психотерапия*, 1999.
- 6) Карвасарский Б.Д. *Психотерапевтическая энциклопедия – С-Петербург*, 1998.
- 7) Картамышев А.И., Милич М.В. *Лечение кож-*

ных больных внушением - в кн.: Вопросы психотерапии. М., 1958.

8) Картамышев А.И. Лечение кожных заболеваний внушением - Уфа, 1942.

9) Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии, 1999.

10) Подъяпольский П.П. Волдырь от мнимого ожога, причиненный словесным внушением в состоянии искусственного сна - Труды Сарат. об-ва естествоиспытат. 1903, т. 4, вып. 3, с. 279-281.

11) Подъяпольский П.П. О вазомоторных рас-

стройствах, вызванных гипнотическим внушением. - Журн. Невропатологии и психиатрии, 1909, № 1-2, с. 101-109.

12) Рожнов В.Е. Эмоционально-стрессовая психотерапия. В "Руководстве по психотерапии", стр. 29-45, Ташкент, 1985.

13) Reich, W. 1949. Character-Analysis. New York: Noonday Press.

14) Reich, W. 1961. The Function of the Orgasm: Sex-Economic Problems of Biological Energy. New York: Farrar, Strauss & Giroux.

ПРОШЛОЕ И ПСИХОТЕРАПИЯ НОВОЙ ВОЛНЫ

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КАФЕДРЫ ПСИХОТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

проф., д.м.н. В.В.Макаров

г. Москва

Последипломное образование в медицинских и смежных специальностях в нашей стране уже в течение нескольких десятилетий представляет собой достаточно стабильную систему. На Российскую медицинскую академию последипломного образования (РМАПО) возложены функции головного учреждения Министерства Здравоохранения Российской Федерации в области последипломного образования. А наша кафедра является старейшей в России и несёт в себе самый большой опыт последипломной подготовки врачей в области психотерапии. Сегодня, наряду с традиционными для кафедры формами циклов усовершенствования врачей, широко проводятся тематические усовершенствования для психологов. Важным представляется то, что развернута профессиональная переподготовка врачей по психотерапии и профессиональная переподготовка психологов в области клинической психологии. Это длинные, непрерывные или прерывистые формы обучения, которые содержат от 530 до 3000 учебных часов. Тенденция к удлинению и углублению образовательного процесса не единственная на нашей кафедре. Второй тенденцией представляется организация и проведение кратковременных циклов тематического усовершенствования. Эти короткие циклы делятся по 72 часа и дают возможность сделать обзор того нового, что есть в современной психотерапии или же дать начальные представления о нашей специальности. В первом случае они рассчитаны на психотерапевтов, тогда как во втором на врачей и психологов, пока незанимающихся психотерапией. Следующим начинанием является углублённое изучение отдельных направлений психотерапии. В аспирантуре и ординатуре открыты мастерские по отдельным

направлениям психотерапии. Дипломы о присвоении квалификации специалистов в области терапии творческим самовыражением профессора Бурно М.Е., по результатам длительного обучения, получила группа специалистов в г. Сургуте и Новокузнецке.

Кафедра и Всесоюзный научно-методический Центр по психотерапии явились инициаторами выделения психотерапии в качестве отдельной, самостоятельной врачебной специальности (Приказ Министерства Здравоохранения СССР № 750 от 31 мая 1985 года). Думаю правильно день 31 мая считать нашим профессиональным праздником - Днём Психотерапевта! И наша кафедра придерживается сложившейся точки зрения на психотерапию, как отдельную специальность. В частности, в проекте Закона Российской Федерации "О профессиональной психотерапевтической деятельности" рассматривается психотерапия, как отдельная врачебно-психологическая специальность.

Вместе с распадом Советского Союза оказался невостребованным и Всесоюзный Центр психотерапии. Причём штаты центра остались, а функции были упразднены.

В течение четырёх лет кафедра искало своё место в психотерапевтическом сообществе новой страны. И это место было найдено. В 1996 году была открыта межрегиональная общественная организация Профессиональная Психотерапевтическая Лига. Её почётным президентом был избран профессор Рожнов В.Е., а действующим президентом стал доцент кафедры Слуцкий А.С. В 1998 году Лига приобрела Общероссийский статус. В настоящее время она быстро становится организацией, объединяющей психотерапевтов, консультантов и обучающихся психотерапии и консуль-

тированию всего постсоветского пространства и русскоязычных психотерапевтов из дальнего зарубежья. Кафедра вновь является центром, ядром объединения профессионалов. Только теперь объединения нового типа, соответствующему потребностям нового времени.

В течение последних четырёх лет кафедра особенно интенсивно реализует накопленный научный потенциал. Сотрудниками впервые защищено две докторских диссертации. Две кандидатских диссертации защищены работниками кафедры и ещё 8 диссертаций под руководством сотрудников кафедры.

В течение последних четырёх лет с активным участием кафедры проведено VI Международных научно-практических конференций и X итоговый европейский конгресс по психотерапии. Данный конгресс вылился в событие, неимеющего себе равного в Восточной Европе!

В течение последних трёх лет, совместно с московским издательством "Академический Проект" выпускается "Библиотека психологии, психоанализа, психотерапии под редакцией профессора В.В.Макарова". Выпущено 17 наименований книг. Авторами пяти изданий являются сотрудники кафедры. В ближайшие недели выйдет ещё три книги. В том числе большая монография профессора кафедры Егорова Б.Е. Эти научные издания являются фундаментальными учебными пособиями по психотерапии и смежным областям.

Кроме того, совместно с издательством "Per Se" выпущено две книги, запланировано ещё три издания. Это новый тип публикаций. В них научность сочетается с доступностью изложения материалов. Так, что тексты доступны и понятны как профессионалам, так и специалистам из смежных областей, интересующихся психотерапией.

Важно отметить, что психотерапия была и остаётся социально-зависимой областью. И перспективы развития кафедры тесно связаны с развитием нашего общества, нашего государства. Бурные изменения, переживаемые страной, ведут ко всё большей востребованности психотерапии в обществе. Одна из главных тенденций развития нашего государства - создание в России современного демократического общества европейского типа. Можно уверенно говорить, что в ближайшие годы первого века третьего тысячелетия психотерапия в нашей стране станет специальностью, необходимой обществу, станет массовой профессией. Более того, важной и даже неотъемлемой частью культуры страны.

Это глобальные, внешние, социально обусловленные условия развития. Есть и внутренние условия. К ним относится специфика становления отечественной психотерапии и её место в системе знаний о человеке. Если западная психотерапия развивается на трёх китах, в основе её лежат три краеугольных камня: философия (и психология как часть философии в то время), медицина и традиционные народные практики. То

Советская психотерапия, Московская школа, развивалась как медицинская, клиническая область. И клиническая психотерапия сегодня является нашим национальным достоянием. Тем, что определяет наше национальное своеобразие и является базисом отечественной психотерапии.

Второе внутреннее условие состоит в том, что психотерапия всегда с интересом относилась к различным, в том числе не Европейским моделям медицины и оздоровительным практикам. Такой интерес и терпимость привели к тому, что психотерапия способна стать философией медицинской и оздоровительной деятельности. Считается, что использование психотерапии позволяет значительно уменьшить затраты на лечение. И, конечно же, психотерапия обеспечивает гуманизацию современной медицины. Это важнейшая миссия психотерапии.

Третье условие, на котором мы останавливаемся вслед за профессором А.Л.Катковым. Именно психотерапия, а в ряде случаев только психотерапия, интегрировала в себе многие техники и технологии психологического воздействия на человека и группу. Психотерапия с самого начала стремилась к достижению определённой технической компетентности и научной респектабельности. Специалисты в области психотерапии более других профессионалов подготовлены к жизни в изменяющемся обществе, в том числе в переживающем кризисы. Ведь психотерапевты ежедневно работают с человеческими проблемами, кризисами, неуспешностью. Психотерапевты каждый день ищут и находят выходы из самых сложных и неординарных ситуаций. Сама профессия психотерапевта предполагает деятельность в постоянно изменяющихся условиях, приспособление людей к этим условиям, создание более благоприятных условий жизни, повышение качества жизни. И сегодня наступило такое время когда данные техники и технологии весьма востребованы рядом помогающих и других профессий, занятых человеком и группой. В передаче таких технологий необходима специальная стратегия.

Четвёртое, и очень важное, условие, состоит в том, что психотерапия, складывающаяся в нашей стране, во многом строится по типу самоорганизации. Это явление, имевшее место в Советский период нашей истории, и получившее своё развитие и расцвет в постсоветские годы. Нам очень важно понять правила этой самоорганизации.

И действовать согласно этих правил. Именно самоорганизация весьма тонко и очень оперативно отвечает на запросы общества и государства.

Самоорганизация психотерапии - не государственная, стихийно складывающаяся система психотерапевтической помощи, удовлетворяющая потребности общества. Она характеризуется.

1. Быстрой реакцией на потребности общества
2. Стремлением ко всему новому.
3. Пёстрым составом участников: от стихийных психотерапевтов, до профессионалов высокого класса.

са.

4. Закрытостью информации о методах работы, её эффективности, оплате услуг.
5. Избежанием законодательного контроля
6. Избежанием контроля со стороны профессионального сообщества
7. Развитием в теневой части спектра оказания платных услуг.
8. Созданием собственных мифов эффективности, признания и других.
9. Активной, добросовестной и недобросовестной рекламой и конкуренцией.

Самоорганизующаяся психотерапия получила широкое распространение. Она коснулась даже тех специалистов, кто по долгу своей службы проводит в жизнь установки государства. Сегмент психотерапии, находящийся под государственным контролем постоянно уменьшается. Вызвано это бурным ростом психотерапии и явным отставанием её государственного регулирования. И, конечно же, весьма низкой оценкой государством психотерапии. Так, в прейскурантах на психотерапевтические услуги в поликлиниках психотерапевтические сеансы оцениваются менее одной условной единицы и редко от одной до трёх условных единиц.

Самоорганизация психотерапии по-разному представлена в столицах и больших городах и малых городах. Остановимся на этом подробнее.

Своебразие психотерапии в больших городах определяется условиями и укладом жизни. Это своеобразие касается как клиентов и пациентов-потребителей психотерапии, так и терапевтов, проводящих психотерапию. Потребители психотерапии в больших городах обычно могут рассчитывать на анонимность, на то, что они не встретятся с терапевтом за пределами психотерапевтического процесса. Жители больших городов часто имеют множество личностных защит, с одной стороны, позволяющих адаптироваться в агрессивной среде города, тогда как с другой стороны, затрудняющих восприятие и усвоение нового опыта, а значит проводящие к большей закрытости человека. Психотерапевту зачастую приходится тратить достаточно много времени и усилий для преодоления этих защит. Жители больших городов часто пресыщены общением и даже избегают его. Они часто обращаются на консультации по рекламе.

Терапевты в больших городах располагают разнообразными возможностями создавать себе образ для клиентов и пациентов. Они так же могут использовать анонимность, как и их клиенты. Их профессиональные ошибки и неудачи часто не становятся достоянием гласности. О них знает лишь узкий круг. Терапевты могут входить в профессиональное сообщество согласно своей узкой специализации или модальности. И совершенно не знать, что же происходит в кругу коллег из других модальностей. Некоторые терапевты даже держатся весьма обособленно и вовсе не контактируют с коллегами.

Клиенты, проживающие в небольших городах, часто более открыты, у них меньше личностных защит, вызванных агрессивной социальной средой. Они более доверчивы. У них неудовлетворённая потребность в общении. Вместе с тем, часто они более консервативны и недоверчивы к новым веяниям. И о терапевтах узнают от соседей и знакомых, а не из рекламы в средствах массовой информации. В небольших городах трудно или вовсе не удаётся сохранять анонимность как пациенту, так и в большей степени терапевту.

Терапевтам небольших городов трудно создавать и сохранять свой профессиональный образ. Необходимость постоянно находиться в профессиональном образе приводит к трудностям сохранения и восстановления ментальной экологии терапевтам. Их профессиональные неудачи становятся достоянием многих жителей небольшого города. Поэтому в небольших городах терапевтам приходится быть более осторожными, избегать риска, чтобы не сделать ошибки, которая может их значительно скомпрометировать в глазах горожан. Они зачастую лишены возможности полноценно общаться с коллегами, работающими в той же модальности. Поэтому они вступают во взаимодействие с психотерапевтами, работающими в других модальностях или совсем не имеют постоянного профессионального общения.

Организационным условием является то, что кафедра принадлежит системе государственных учреждений повышения квалификации. А значит, призвана выступать как структура, обеспечивающая последипломную теоретическую и практическую подготовку.

В каждой деятельности всегда можно обнаружить две противоположные тенденции: это обособление и объединение. Обособление характеризуется разделением, поиском отличий, обнаружением и установлением границ, охраной этих границ. Тогда как для объединения характерен поиск общего преодолением границ, терпимостью к различиям. В деятельности кафедры процессы объединения значительно преобладают над разделением.

Исходя из внешних и внутренних условий развития кафедры можно говорить об основных направлениях такого развития. Это развитие содержит два основных аспекта: реализацию накопленного потенциала кафедры и получение и накопление принципиально новой информации в области последипломного образования, научно-методической работы, консультативной и терапевтической работы.

В области образования кафедра преподаёт все три важнейших его составляющих: теорию, практику и личную терапию (познание границ собственной личности), то есть объединяет функции нескольких подразделений. Если в развитых странах теорию преподают в университетах, а личную терапию и супервизию получают в тренинговых центрах, то кафедры последипломного образования в нашей стране призывают выполнять все эти функции. Конечно, современ-

ная психотерапия столь разнообразна, что ни одно учебное заведение не способно обеспечить преподавание всех её методов. В мировой практике их сегодня свыше тысячи. В нашей стране получили развитие не многим более тридцати западных методов психотерапии. А кроме них есть и отечественные школы и методы. В этой ситуации кафедра обращается к кадровым ресурсам Профессиональной Психотерапевтической Лиги. Именно Лига способна объединять в своих рядах ведущие профессиональные, в том числе педагогические кадры. Важнейшей задачей является постепенное сближение образовательных программ и критериев профессионального признания в нашей стране и Западной Европе. В этой области мы разделяем подходы Европейской Ассоциации Психотерапии. Проведение личной терапии и супервизии психотерапевтов представляется важной задачей кафедры на ближайшие годы.

Именно на нашей кафедре получила развитие отечественная клиническая психотерапия. В настоящее время есть все условия для обогащения этого подхода современной психологией и народными практиками. Кроме того, клиническая психотерапия обогащается от всех возможных методов психотерапии или, как ещё говорят, модальностей. В результате на основе клинической психотерапии складывается новое направление современной отечественной психотерапии, уже получившее название Мультимодальной Российской Психотерапии. Это направление будет развиваться наряду с психоаналитическим, поведенческим и гуманистическим направлениями в мировой психотерапии. Оно характеризуется тем, что заимствует в различных, даже конкурирующих между собой, модальностях психотерапии их теоретические представления и технологии. И, вместе с тем, как считает профессор Завьялов В.Ю., она не может опираться на единую теорию личности человека, а обходиться без такой теории. Создание интегративных моделей вовсе не отменяет развитие отдельных школ психотерапии. Ведь сами интегративные подходы складываются на основе достижений школ и направлений психотерапии.

Для избегания путаницы мы предлагаем давать точные названия методам, и школам психотерапии, а не только указывать то направление, к которому они относятся. Так трансактный анализ, которым автор занимается более 25 лет, правильно называть трансактный анализ - восточная версия. Из данного названия становится понятным, что это особая версия метода, уже ставшего классическим. И такой подход поможет избежать путаницы.

Именно мультимодальный подход даёт возможность работать с разными группами клиентов и пациентов. Традиционным для кафедры является интерес к пограничным психическим расстройствам, зависимостям, нарушениям психического уровня. Традиционным и важным направлением работы является изучение сочетания психотерапии с лекарственными средствами. В течение последних лет кафедра много

работает со здоровыми людьми. В наших ближайших планах - работа в области сексологии, в той её части, которая относится к психотерапии.

Важным представляется пропаганда психотерапии, создание ее образа в обществе. Здесь широкое поле деятельности и для создания популярной и художественной литературы, и для рекламы, и для телевизионных программ, и для широкого участия в мировой сети Интернет. Нам предстоит большая просветительская и образовательная работа по формированию достойного образа психотерапии в обществе.

Можно выделить три основных уровня такой работы: для всего общества; для профессионалов, работающих с людьми; для профессионалов в области психотерапии. Ведь уникальность психотерапевта состоит как в особом видении человека, так и в возможностях предлагать позитивные изменения человеку, семье, группе. Причем предлагать, основываясь на данных нашей науки, нашего искусства и главное - практики.

Объединение профессионалов само по себе уже создает условия для зарождения рынка услуг. Вместе с тем, формирование такого рынка - процесс, несомненно, длительный. И, что особенно важно, только профессиональные объединения способны в современных условиях развивать такой рынок в обществе, только профессиональные объединения могут сделать такой рынок регулируемым, а не диким; сделать его динамичным, а не излишне бюрократизированным.

Нам важно помнить, что основная ценность, основной ресурс в психотерапии – это специалист-психотерапевт. Сам специалист является основным инструментом своей работы. И главные затраты в психотерапии идут на подготовку специалистов и поддержание нашей работоспособности, а затраты на оборудование и инструменты, важные для работы, минимальны. Этим отличается психотерапия.

Терапевт сам по себе - тонкий, сложный, очень чувствительный и ранимый инструмент терапии, самое важное и дорогое из того, что есть в терапии. Дорогое как в переносном, так и в прямом смысле. И психотерапевту важно самому обращаться с собой, как с бесценным ресурсом. Его развитие и совершенствование идет путем подъема на очередную вершину, достижения плато, пребывания на нем и прохождения следующего кризиса. Кризисы, которые переживает психотерапевт, - это очередные инициации, дающие доступ к следующим профессиональным вершинам. Настоящий терапевт проходит череду таких инициаций. Чаще всего, если нет кризисов, нет и развития. Только отдельные гармоничные личности могут счастливо развиваться, избегая кризисов становления.

К сожалению, среди самих психотерапевтов нет договорённости в понимании многих базовых вопросов нашей специальности, её настоящего и будущего. И только некоторая часть коллег стремится к взаимопониманию. Объединить силы отечественной психотерапии, устремлённые к консолидации, выработать ясных правил для нашей специальности эффективнее

всего может идея разработки и принятия Федерального Закона о психотерапии. Это длительный процесс, который мы обязательно должны пройти шаг за шагом. Наш быстрый бег вперёд и перескакивание через ступеньки здесь представляется неуместным!

Впрочем, далеко не все аспекты профессиональной психотерапевтической деятельности можно регулировать при помощи закона. И то, что лежит за пределами законодательной регуляции регулируется профессиональной этикой. Так, Профессиональной Психотерапевтической Лигой разработан и принят этический кодекс. Набирает активность этический комитет Лиги.

Достаточно новой для нас задачей является *защита профессиональных прав психотерапевтов*. Права профессионалов должны быть защищены от шарлатанов, претендующих на занятие психотерапией, не имеющих соответствующих профессиональных знаний и квалификации. Права специалистов должны быть защищены от произвола администраций учреждений, где работают эти специалисты. Важно, чтобы психотерапевты располагали правом на восстановление и развитие собственной ментальной экологии, на достойные условия труда и его адекватное вознаграждение. Клиенты и пациенты психотерапевтов, в свою очередь, нуждаются в защите их прав.

Заштитой прав профессионалов в области психотерапии призваны заниматься работодатели и общественные объединения психотерапевтов. Так, в Профессиональной Психотерапевтической Лиге работает комитет по этике и защите профессиональных прав.

В заключении важно отметить, что мы сосредоточились на самореализуемых пророчествах - решениях, которые мы принимаем, мы же и будем выполнять, максимально мобилизовав возможные ресурсы!

Литература:

Бурно М.Е. *Клиническая психотерапия М: Академический проект, ППЛ-2000-719 с.*

Штифтер К.Ф. *Третий аспект удовольствия. Тайна женской эякуляции. М.: ППЛ, 2000, 160 с.*

Макаров В.В. *Психотерапия Нового Века М.: Академический Проект, ППЛ-2001- 496 с.*

Макаров В.В. *Психотерапия каждого дня и всей жизни. М.: Пер СЭ, ППЛ- 2001- 191с.*

Катков. А.Л. *Манифести развивающей психотерапии. Московский психотерапевтический журнал № 3,2001, С. 49-79*

Завьялов В.Ю. *Интегративная психотерапия в России. Научно-практический журнал "Вопросы ментальной медицины и экологии" т. VI № 4, с. 21-30, 2000*

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Ю.Л.Покровский

Соотношение “психической” и “соматической” составляющих в понимании природы заболеваний занимало и занимает внимание интернистов.

Исходя из данного соотношения, ряд заболеваний относят к психосоматическим или к соматопсихическим расстройствам. При психосоматических заболеваниях психогенные моменты признаются первичными и частично причинными относительно возникновения и дальнейшего течения этих расстройств, одновременно, принимая во внимание также и убедительные биологические аспекты [5].

С этих позиций отношение к сахарному диабету занимает особое место в связи с тем, что некоторые авторы считают причиной заболевания инфекцию, ожирение, беременность, наследственность [1]. В тоже время другие авторы [4] на причину сахарного диабета указывают психогенные факторы и относят сахарный диабет к психосоматическим заболеваниям. Само протекание сахарного диабета в существенной степени также зависит от психосоциальных факторов [7,8].

Все это позволяет говорить о многофакторности в этиопатогенезе данного заболевания, что предполагает использовать комплексный терапевтический подход

в лечении сахарного диабета [9].

Психотерапия в лечении больных сахарным диабетом носит системный характер и является совокупностью приемов и методов, направленных, как на снятие неврозоподобных или невротических расстройств с разрешением глубинных личностных конфликтов, так и на нормализацию обменных процессов. Отсюда важна гибкая психотерапевтическая тактика в проведении терапевтического процесса.

Наблюдения показывают, что чаще всего при сахарном диабете пациенты испытывают чувство ущербности из-за необходимости быть постоянно зависимым от лекарственных препаратов, сложности в самореализации, а нередко и в ограничении социальной активности. Особенно ярко проявляется это в период возникновения сахарного диабета, когда осознание неизбежности “существовать” с неизлечимым болезненным процессом, который представляет собой угрозу различных утрат в виде потери работы или возможности сделать карьеру, утрату сексуальной или репродуктивной функции, потерю зрения или конечностей и даже потерю ощущения контроля над собственной жизнью и будущим, создают стрессовое со-

стояние, характеризующееся появлением тревоги, депрессии. Понятие неизлечимости болезни, ее тяжелых последствий часто поддерживается близкими, родственниками и этим дополнительно создают образ безысходности в лечении. Поэтому первые беседы психотерапевта с пациентом начинаются с разъяснительной и рациональной психотерапии. Такая терапия направлена на личность больного, с целью формирования у него правильного отношения к своему заболеванию с активизацией участия самого больного в лечебном процессе. Одновременно проводится работа с родственниками больного в виде индивидуальных бесед. Разъяснительная и рациональная психотерапия помогает больным сахарным диабетом правильно ориентироваться в своем состоянии, спокойнее отнестись к медикаментозной терапии, пересмотреть свои взгляды на перспективы в будущем с более позитивным настроем. В процессе психотерапевтического воздействия в виде разъяснительной и рациональной психотерапии приходиться объяснять, а зачастую и доказывать больному, что сахарный диабет является тем заболеванием, которым, к сожалению, страдают миллионы людей во всем мире, но при правильном режиме лечения, питания, поддержании определенной физической нагрузки и психологического настроя можно вполне вести здоровый образ жизни. Важность такой мотивации при сахарном диабете и что она может способствовать улучшению регулирования содержания сахара в крови подтверждаются современными данными исследования [10]. Наиболее эффективный такой подход мы наблюдаем там, где в нем участвуют не только психотерапевты и психологи, но и эндокринологи, и врачи других специальностей.

Постоянное нервное напряжение, отрицательные эмоции, сопровождающие длительные неприятности или чрезмерные потрясения могут быть предрасполагающими факторами возникновения сахарного диабета, а при его наличии – поддерживающими факторами. Даже у практически здоровых людей при стрессовом состоянии наблюдается транзиторная гипергликемия. В тоже время исследования особенностей реакций у людей при погружении их в гипнотическое (трансовое) состояние показывают терапевтические возможности трансформированного состояния [2]. Так, у загипнотизированных обнаружаются спонтанные биохимические и физиологические сдвиги в виде урежения сердцебиения, снижения артериального давления, изменения картины крови. Эти изменения значительно усиливаются при использовании специальных суггестий (внушений). Гипносуггестивная психотерапия в лечебном процессе больных сахарным диабетом оказывает положительное влияние на метаболические процессы, нейрогуморальную систему в виде снижения сахара в крови, улучшения показателей в липидном спектре крови – триглицеридов, В - липопротеинов.

У многих больных сахарным диабетом, особенно при 2 типе, проблемой является избыточный вес и не-

обходимость постоянно соблюдать диету. Наши наблюдения показали, что внушение в гипнотическом состоянии позволяет изменить вкусовое восприятие пищи, вплоть до ее отвращения. Дополнительное внушение на снижение аппетита с одновременным усилением чувства сытости даже на незначительное количество пищи, позволяет больным не только снизить вес, но достаточно спокойно выработать у себя навык ограниченного приема пищи, что в дальнейшем создается более адекватное отношение к предлагаемой диете.

Исследования показывают, что постоянное утверждение в своих представлениях больными сахарным диабетом быть “обреченным”, а также сталкиваясь с трудностями самореализации, многие из них теряют уверенность в себе, позволяя постоянно погружаться в болезненные переживания, и этим обрекая себя на пассивное существование. Даже перспектива пройти курс психотерапевтического воздействия в начале у таких больных не вызывает должной положительной реакции. Зафиксированная установка на неизлечимую болезнь делает их ригидными в лечебном процессе. В таких случаях активизация пациентов на лечебный процесс, а главное на самореализацию способствует проведение в трансовом состоянии приемов нейролингвистического программирования. Наведение транса осуществляется по М.Эриксону (недирективный гипноз). Смысл работы с пациентом заключается в том, что каждый человек имеет свою личностную историю, которая богата различными эмоциональными состояниями и каждый человек в своей жизни может найти то эмоциональное состояние, которое было у него раньше, давая ему ресурсы в возможности самоутверждаться. Эмоциональное состояние оказывает сильное и глубокое воздействие на мышление и поведение человека. Поэтому в трансовом состоянии пациенту предлагается “пройтись” обратно по своей жизни (ретресс) и постараться найти переживание, которое было наиболее приятным и которое давало чувство комфорта, уверенности в себе – то есть обладало определенным ресурсным состоянием. Момент наивысшего переживания закрепляется якорем (условным стимулом), с помощью которого это состояние может быть повторено идержано в нужный момент. Наложение на реальную обстановку ресурсного состояния позволяет у многих больных сахарным диабетом изменить переживания, связанные с болезненным состоянием, а также расширить в последующем эмоциональный выбор реагирования. Одновременно лечебное внушение в гипнозе укрепляет суждения о потенциальных возможностях больных, которые определялись в процессе разъяснительной и рациональной психотерапии, что способствует большему смягчению эмоционального напряжения. Используя прием возрастной регрессии, когда в трансовом состоянии предлагается пациентам пережить прошлые значимые события вплоть до раннего детства, позволяет более полно отреагировать им на скрытые конфликты и тем самым способствовать редукции соматической и невротической симптоматики.

ки.

Одним из активирующих факторов в лечебном процессе является использование больными приемов психической саморегуляции. Основой приемов саморегуляции являются тренировка мышечного тонуса, самовнушение и самовоспитание. Исследования показали, что упражнения, направленные на релаксацию мышц, характеризуются усилением тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, что способствуетнейтрализации стрессового состояния, а также ослабление активности лимбической и гипоталамических отделов мозга способствуют снижению общей тревожности и развитие антистрессовых тенденций у пациентов [6]. Правильное целенаправленное самовнушение в состоянии релаксации (автогенного погружения) позволяет больным снять эмоциональное напряжение, тревогу, научиться активно преодолевать неуверенность в себе. Постоянные занятия психической саморегуляцией воспитывают у больных сахарным диабетом навык самоконтроля, делают их целеустремленными в принятии решений, помогают им более успешно переориентироваться с фиксации на болезненном состоянии в фиксированную установку практического здоровья, преодолеть бессознательные мотивы неполноценности. Наиболее выраженный эффект отмечен при сочетании самовнушения с яркими образными представлениями внушаемого. Особенно, если процесс саморегуляции дополняется элементами направленных образов с символической идентификацией. Так, в автогенном погружении пациентам предлагается представить образ, символизирующий собственную физическую и психическую устойчивость (например, "Гора"). После представления горы предлагается "слиться" с этим образом, "почувствовать" себя горой и путем самоутверждения закрепить свои образные переживания ("Я сильный", "Я крепкий", "Я устойчивый во всех отношениях, как гора"). Аналогичная идентификация может быть с образом конкретного человека или с образом самого пациента, когда он был полностью здоровым, усиливая этим внутренние ресурсы, которые были определены при проведении нейролингвистического программирования.

Если на первых сеансах психотерапевтическая работа с больным проводится в индивидуальной форме, то в последующем большинство психотерапевтических методик и приемов (гипнотерапия, психическая саморегуляция, корrigирующая, рациональная психотерапия и другие) осуществляются в группе.

В настоящее время все большее число психотерапевтов и психологов приходят к выводу, что быстрое и полноценное восстановление личностного и социального статуса многих больных практически невозможно без включения их в активное взаимодействие со специально созданной управляемой микросоциальной средой, какой является лечебная группа общения. Особенностью групповой психотерапии является то, что ее сеансы происходят непосредственно в группе больных и лечебный фактор определяется не только

воздействием психотерапевта, но и определенным взаимовлиянием между членами группы.

При подборе психотерапевтической группы рекомендуется соблюдать определенную пропорциональность в количественном отношении больных с различной нозологией. Практика показывает, если формируется однородная группа (в клиническом смысле), то может превалировать определенное число больных с выраженными пессимистическими тенденциями и взглядами, коррекция которых весьма затруднительна. Они часто становятся отрицательными лидерами и при большой численности членов группы ведущему психотерапевту трудно руководить самой группой, корректировать ее. Учитывая, что при проведении групповой психотерапии с больными сахарным диабетом формируется однородная группа, то наиболее оптимальный вариант группы численностью от 6 до 12 человек. Групповая психотерапия с больными сахарным диабетом включает различные формы ее проведения. Наиболее эффективными из них оказались: дискуссионная психотерапия, поведенческая терапия, где больные обучаются новым типам поведения в группе, адаптирующий их в последующем в окружающем мире, семейная психотерапия в группе, когда приглашаются члены семьи в группу и проводится обсуждение "трудных вопросов, связанных с болезнью родственника с последующим анализом этих вопросов со всеми участниками групповой психотерапии. В процессе целенаправленного общения больные начинают лучше понимать, что возникшие проблемы с заболеванием можно решать и довольно успешно. С помощью групповых занятий пациенты начинают осознавать внутренние психологические проблемы, связанные с болезненным состоянием, свои возможности в адаптации в социуме и преодолении психологической зависимости от болезни.

В последнее время рядом авторов поддерживается концепция, что не только психологические травмы, но и физические (особенно в перинатальном периоде плода) способны оказывать прямое воздействие на психическое развитие человека и принимать участие в психогенезе психосоматических расстройств [3]. Остаточные (неотреагированные) эмоции и физические ощущения, связанные с различными травмами, опасны для целостности организма, играют существенную роль в развитии психопатологии и психосоматики.

Отсюда большой интерес вызывают методы глубинно-ориентированной психотерапии, позволяющие отреагировать пациенту на более глубоких уровнях бессознательного, воспроизвести и пережить физическую и психическую травму в виде разнообразных переживаний, носящих как эмоциональный характер, так и в виде физических ощущений и трансцендентальных переживаний. Больным сахарным диабетом предлагается пережить определенные образы (мотивы), воображаемые ситуации. В процессе переживания больные через внутренние психологические структу-

ры и эмоционально обусловленные мотивы претерпевают индивидуальные преобразования в виде освобождения негативных аффектов и выравнивания психоэмоционального состояния, что, в свою очередь, снижает уровень невротизации, сопровождающейся позитивными биохимическими сдвигами.

В процессе использования глубинно-психологического подхода в психотерапии больных сахарным диабетом был использован метод виртуального сканирования наведенными образами, при котором в трансформированном состоянии пациентам, через яркие эмоционально-насыщенные образы, связанные со “всплывающими” из различных уровней бессознательного психофизических переживаний, предлагается усилить эти переживания на фоне уже приобретенных в процессе психотерапии новых психических ресурсов, что в конечном итоге способствует регрессу этих переживаний. Одновременно направленное образное воздействие на внутренние органы, в частности, на эндокринную систему, оказывает положительное влияние на её функцию, и на фоне редукции неврозоподобных и невротических расстройств у пациентов наблюдаются позитивные биохимические сдвиги в виде улучшения таких показателей, как индекса гликозилированного гемоглобина, характеризующий уровень сахара в крови, липидного обмена, а также уменьшается потребность в сахаропонижающей терапии, особенно, у больных диабетом 2 типа.

Таким образом, системный подход в психотерапии больных сахарным диабетом позволяет положительно влиять, как на психическом уровне в виде изменения отношения пациентов к своему болезненному состоянию и возможным осложнениям, повышения лич-

ностной активности и улучшения социальной адаптации, так и на соматическом – в виде нормализации углеводного и жирового обмена, снижения массы тела, а также уменьшения потребности в сахаропонижающей терапии.

Литература:

1. Балаболкин М.И.: Сахарный диабет. “Медицина”, Москва, 1994
2. Буль П.И.: Основы психотерапии. “Медицина”, Ленинград, 1974.
3. Гроф С.: За пределами мозга. Трансперсональный институт, 1993
4. Каюмов Э.Г.: Роль психогенных факторов в развитии явных и скрытых форм сахарного диабета. Медицинский журнал Узбекистана, 1979, с. 3.
5. Кискер К.П., Фрайбергер Г, Розе Г.К., Вульф Э.: Психиатрия, психосоматика, психотерапия. АЛЕТЕЙА, Москва, 1999, с. 117-118.
6. Психотерапевтическая энциклопедия. Под ред. Б.Д.Карвасарского. Санкт-Петербург. 1998, с 41-48.
7. Пезешкиан Н.: Психосоматика и позитивная психотерапия, Москва, “Медицина”, 1996, с. 202-215.
8. Brogesn CH, Lenmark A.: Islet Cell Antibodies in Diabetes. In: Johnston DS, Alberti KGMM (eds) Clinics in Endocrinology and Metabolism 11, P 409-430
9. Viinamaki H., Nishanin L.: Psychotherapy in patients with poorly controlled type 1 (insulin-dependent) diabetes // Psychotherapy and psychosomatics. - 1991.- vol. 56, № 1-2, - P. 24-29
10. Tigwell P.J., Grant P. J., & House A.O. (1997) Motivation and glycaemic control in diabetes mellitus Journal of Psychosomatic Research, 43, 307- 315.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ПСИХОТЕРАПИИ: СООБЩЕНИЕ 1. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ИЗМЕНЕННЫХ СОСТОЯНИЙ СОЗНАНИЯ

М.Е.Сандомирский

Дискуссия о том, является ли психотерапия самостоятельной научной дисциплиной, не укладывающейся в тесные рамки, как медицины, так и психологии, продолжается в течение длительного времени, приводя к представлениям о том, что психотерапия – это специфическая “наука о субъективном” (Притц А., Тойфельхарт Х., 1999), которая не является естественнонаучной дисциплиной (Ван Дойрцен-Смит Э., Смит Д., 1999). Из данного подхода, базирующегося на основе субъективизма, вытекает многообразие психотерапевтических методов, авторы которых, стремясь обобщить свой индивидуальный субъективный опыт, зачастую “изобретают велосипед”.

На наш взгляд, при всем многообразии и многополярности психотерапевтических подходов, от прагма-

тически-медицинских до возвыщенно-духовных, общей основой для них может послужить углубленное понимание тех изменений, которые происходят во внутреннем мире пациента в процессе его взаимодействия с терапевтом на базе фундаментальных психо-биологических, или точнее психофизиологических представлений, в наибольшей степени приближенных к материальным основам психики. Подобный подход мы и рассматриваем в качестве физиологически-ориентированного. Тем общим знаменателем, который объединяет разнородные методики психотерапии, является создание у пациента в процессе терапии особых, так называемых измененных состояний сознания (ИСС) и их утилизация.

ИСС нередко называют трансовыми или гипноти-

ческими состояниями. На наш взгляд, это неверно, так как неоправданно суживает множество возможных ИСС, сводя их лишь к некоторым, достаточно редко встречающимся разновидностям. Тогда как на самом деле ИСС – явление весьма частое, возможно даже повседневное. Примерами ИСС, достигаемых человеком самостоятельно и целенаправленно, являются состояния, возникающие при медитации, различных формах релаксации, ребефинге и холотропных сессиях. Хорошо известны также ИСС, возникновение которых запланировано, но происходит благодаря внешнему воздействию на человека – либо психологическому (психотерапевтические трансовые состояния), либо аппаратному (так называемые, осознанные сновидения, а также ряд процедур лечения по методу биологической обратной связи и ритмической светозвуковой стимуляции). К спонтанно возникающим ИСС можно отнести моменты научного озарения, религиозного экстаза (Годфруа Ж., 1992), творческого вдохновения, да и просто интуитивных догадок и озарений, возникающих в обыденной жизни каждого человека.

Каким образом это происходит? По мнению В.В.Налимова (1978), ИСС достигается всякий раз, когда удается снять организующую роль логического сознания, связанного с языком, с осмыслением информации в привычных категориях. При этом ИСС является необходимым, поистине неотъемлемым элементом познания человеком окружающего мира. Как считает Е.А.Брюн (1993), человек осваивает окружающий мир не автоматически, а через последовательный ряд измененных состояний сознания. А возникают эти ИСС в ситуациях первичного восприятия, когда человек сталкивается с чем-то, ранее никогда не встречавшимся; в эти моменты и просыпается особое – первичное, “природное” мышление. Этот переход к природному, или “детскому” состоянию мозга очевидным образом повышает эффективность усвоения новой информации, активизируя “раннюю установку на обучение” (Эриксон М., Росси Э., 1995), сформированную в раннем детстве. Причина этого, по всей видимости, кроется в том, что человек, находящийся в соответствующем состоянии, воспринимает поступающую информацию как ребенок раннего возраста, сталкивающийся с ней впервые в жизни. Как показано в теории информации (К.Шенон), чем выше вероятность некоторого события, тем меньшую информацию оно несет; соответственно справедливо и обратное утверждение в отношении статистически редких событий. Можно показать, что по мере расширения объема знаний и жизненного опыта ребенка проявляется в целом тенденция к оценке новых событий как высоковероятных /малоинформационных, соответственно исчезает “детская непосредственность” восприятия, и все более выборочным становится запоминание информации. Восприятие же человека, находящегося в измененном, “детском” состоянии сознания, “подобно восприятию ребенка. Поэтому то, что мы узнаем,

остается с нами на всю жизнь” (Кастанеда К., 1993).

Из представления об ИСС как переходе от обыденного, логического сознания к дологическому (Налимов В.В., 1978) естественно вытекает и взгляд на ИСС как возврат к дологической, то есть ранне-детской организации сознания. Иными словами, в особых состояниях сознания человек как бы на короткое время... возвращается в детство, причем эта возрастная регрессия в полном смысле слова является физиологической. Функциональное состояние нервной системы человека во время пребывания в ИСС действительно в ряде существенных моментов повторяет состояние, свойственное не для взрослого индивида, а для ребенка раннего возраста (Сандомирский М.Е., 2000).

Это доказывается тем, что наблюдаемые изменения биоэлектрической активности мозга у взрослых испытуемых, находящихся в состоянии ИСС, приближают состояние мозга к функциональному состоянию, характерному для мозга ребенка (синхронизация и выравнивание уровня биоэлектрической активности полушарий либо электрофизиологические проявления активации субдоминантного полушария). Меняется также частотный состав энцефалограммы (замедление альфа-ритма и появление медленноволновой активности, особенно в диапазоне тета-ритма), приближаясь к “детскому” состоянию (Сандомирский М.Е., Белогородский Л.С., 1997; 1998). Еще давно было обнаружено, что у человека, находящегося в состоянии глубокого гипнотического транса, сопровождающегося внушенной возрастной регрессией, на время пребывания в ИСС восстанавливаются рефлексы, характерные для грудных детей (подошвенный рефлекс Бабинского). Аналогичным образом, как было показано С.Грофом (1996), во время ИСС, достигаемых при сеансах холотропной терапии у людей проявляются неврологические рефлексы, свойственные для переживаемого ими детского возраста, в частности, т.н. аксиальные рефлексы (например, при прикосновении к губам – сосательные движения).

Описанный феномен спонтанно формирующейся физиологической возрастной регрессии, наблюдавшейся при ИСС, может быть использован для решения обратной задачи – наведения ИСС за счет целенаправленного вызывания физиологической регрессии. В сущности, многие традиционные методы психотерапии включают эмпирически выработанные технические приемы, использующие в неявной форме этот физиологический механизм. Их можно классифицировать соответственно разной степени физиологической возрастной регрессии следующим образом (Сандомирский М.Е., 2001):

1. Регрессия к периоду внутриутробного развития. Сюда относятся:

а) сенсорная депривация или сенсорная монотония. Последняя, в частности, включает: воздействие монотонных ритмических раздражителей различных модальностей с частотами в диапазоне естественных биоритмов организма, в первую очередь, сердцебие-

ния и дыхания (ассоциированных с перинатальным периодом). Подобное функциональное состояние может воспроизводиться с помощью технических средств, например, с помощью техники сенсорной депривации по Дж.Лилли (1993), а также технологии виртуальной реальности (Сандомирский М.Е., Белогородский Л.С., 2001).

На этом уровне работают различные релаксационные, медитативные техники, а также ряд “классических” техник суггестии.

б) гиповентиляция (дыхательно-медитативные техники).

2. Регрессия к периоду новорожденности.

а) сенсорная монотония, основанная на особенностях физиологических реакций ребенка раннего возраста. Например, индукция ИСС, путем фиксации взора основана на использовании глазодвигательных физиологических феноменов, ассоциированных с данным возрастом. Близкие физиологические паттерны, по-видимому, активизируются при использовании методик биологической обратной связи, или адаптивного биоуправления (Черниговская Н.В., 1978).

Особого упоминания заслуживают многочисленные целительские, или “экстрасенсорные” приемы индукции кинестетического транса (пассы, “бесконтактный массаж”, методика Рейки, БЭСТ и др.), ассоциированные с ранней тактильной стимуляцией (в терминологии А.Монтагу), иными словами, с материнским прикосновением к ребенку. Сюда же относятся технические средства индукции транса, использующие воздействие слабым теплом.

б) сенсорная перегрузка зрительная, слуховая, тактильная, проприоцептивная физиологически ассоциируется с ранним постнатальным периодом (непосредственно после рождения). К примеру, зрительная сенсорная перегрузка является одним из механизмов индукции транса с помощью ритмической фотостимуляции (Budzynski Th.H., 1991; Siever D., 1997). Вестибулярная и сочетанная вестибулярно-оптическая сенсорная перегрузка ассоциируется с периодом развития ребенка до года (до освоения навыка ходьбы). Подобные физиологические феномены используются для индукции транса с помощью технических средств, имитирующих раскачивание тела, вращение предмета в поле зрения и др. (описанных, в частности, Л.М.Бакусовым и соавт., 1997).

в) Гипервентиляция, которая также ассоциируется с процессом рождения, используется в холотропной терапии по С.Грофу, ребефинге по Л.Орру. Здесь же уместно упомянуть и технику “первичного крика” по А.Янову.

3. Регрессия к доречевому детскому периоду (до 2 лет). Сюда относятся многочисленные невербальные техники наведения транса, основанные на свойственной ребенку раннего возраста реакции подражания – присоединение к мимике, жестам, дыханию и др. (“отзеркаливание” и “подстройка”, в терминологии НЛП) из арсенала эриксоновского гипноза и НЛП.

4. Регрессия к раннему речевому детскому периоду (2-3 года). Вербальные методы – построение речи (суггестивного текста) способами, “обходящими” левополушарные механизмы анализа речи и приближающими сознание к состоянию, связанному с детским восприятием речи, основанным на правополушарных механизмах: усложненные речевые конструкции; неопределенность речи; интонационное маркирование (правополушарная адресация речевых сообщений) в сочетании с фрагментацией сообщения (техника рассеивания М.Эрикссона). На этом уровне функционируют также техники эриксоновского гипноза и НЛП.

Механизмы правополушарного – неосознаваемого речевого восприятия используются также с помощью технических средств (тахистоскопия, феномен “25 кадра”) как с диагностической (Костандов Э.А., 1983), так и психокоррекционной целью (Смирнов И., Безносюк Е., Журавлев А., 1995).

Регрессия двух уровней – 3-го и 4-го – лежит также в основе функциональных состояний, при которых пациент полностью пребывает в своем сенсорном опыте, не прерываемых воспоминаниями, фантазированием или логическими ассоциациями – медитация на “здесь и сейчас”, или концентрация на настоящем в терминах гештальт-терапии (К.Наранхо, 1995), или состояние “ап-тайм”, в терминологии Д.Гриндера и Р.Бэндлера (1993).

5. Регрессия к детскому “игровому” периоду (3-5 лет): техники работы с “субличностями” в психосинтезе (Р.Ассаджиоли), “внутренними частями” в НЛП, “трекинг” в холоддинамике (В.Вульф), техники трансактного анализа по Э.Берну. Из арсенала гештальт-терапии сюда можно отнести технику внутристичностного столкновения или “свободного стула” по Ф.Перлзу.

Два последних уровня возрастной регрессии связаны также с механизмом воздействия психотерапевтических метафор, во многом напоминающих влияние на психику ребенка детских волшебных сказок. Этот механизм действует и трансферные отношения, так как “детская” позиция пациента приводит к проецированию на терапевта образа “родителя”. Сюда же очевидно примыкают реминисценции пациента, направленные на детский период его биографии, используемые в психоаналитических техниках. Помимо прочего, переживание пациентом подобной регрессии может способствовать осознаванию им инфантильной природы многих собственных проблем и, тем самым, психологическому “взрослению”, иными словами, формированию способности принимать на себя ответственность, столь высоко ценимой в гештальт-терапии.

Учет описанных физиологических механизмов и их планомерное использование в терапевтическом процессе могут позволить повысить эффективность психотерапевтической работы. В отдельном изложении при этом нуждаются эволюционно-физиологические аспекты формирования ИСС, связанные с динамикой функциональной асимметрии полушарий.

Литература:

1. Ассаджиоли Р. *Психосинтез: теория и практика*. – М.: “REFL-book”, 1994 – 314 с.
2. Бакусов Л.М., Репкин И.С., Шосталь С.А., Савельев А.В. *Техника трансовых воздействий // Медицинская техника*. – 1997, № 4 – С. 14-18.
3. Брюн Е.А. *Введение в антропологическую наркологию // Вопр. наркологии*. – 1993, № 1 – С. 72-78.
4. Van Дойцен-Смит Э., Смит Д. *Является ли психотерапия самостоятельной научной дисциплиной? // Психотерапия: новая наука о человеке*. – Екатеринбург: “Деловая книга”; М.: “Академический проект”, 1999 – 397 с. – С. 30-57.
5. Вульф В. *Холодинамика. Как развивать и управлять своей внутренней личностной силой*. - М.: Ассоциация Холодинамики, 1995 - 190 с.
6. Гриндер Д., Бэндлер Р. *Из лягушек в принцы*. – Воронеж: НПО “МОДЭК”, 1993 – 208 с.
7. Годфруа Ж. *Что такое психология*. – М.: Мир, 1992 – Т. 1. – 496 с.
8. Гроф С. *Холотропное сознание*. – М: Изд-во Трансперсонального Ин-та, 1996 – 248 с.
9. Кастанеда К. *Искусство сновидения*. – Собр. соч., т. 9. – К.: София, 1993 – 320 с. – С. 37.
10. Костандов Э.А. *Функциональная асимметрия полушарий мозга и неосознаваемое восприятие*. – М.: Наука, 1983 – 170 с.
11. Лилли Дж. *Центр циклона*. – Рам Дасс. Зерно на мельницу. – К.: “София”, 1993 – 320 с.
12. Налимов В.В. *Непрерывность против дискретности в языке и мышлении*. – Тбилиси: Изд-во Тbil. un-ta, 1978 – 84 с.
13. Наранхо К. *Гештальт-терапия: Отношение и практика атеоретического эмпиризма*. – Воронеж: НПО “МОДЭК”, 1995 – 304 с.
14. Притц А., Тойфельхарт Х. *Психотерапия – наука о субъективном // Психотерапия: новая наука о человеке*. – Екатеринбург: “Деловая книга”; М.: “Академический проект”, 1999 – 397 с. – С. 10-29.
15. Сандомирский М.Е. *Физиологическая возрастная регрессия как механизм психотерапевтических измененных состояний сознания и индикатор интенсивности неверbalной коммуникации психотерапевта с пациентом // Интеллектуальный продукт*. – Зарегистрирован ВНИЦ за № 72200100029 от 03.07.2001.
16. Сандомирский М.Е. *Как справиться со стрессом: Простые рецепты, или дорога в детство*. – Воронеж: Изд. НПО “МОДЭК”, 2000 – 176 с.
17. Сандомирский М.Е., Белогородский Л.С. *Тренажер для воспроизведения сенсорного опыта периода внутриутробного развития с помощью технологии виртуальной реальности // Интеллектуальный продукт*. – Зарегистрирован ВНИЦ за № 73200100180 от 04.09.2001.
18. Сандомирский М.Е., Белогородский Л.С. *Измененные состояния сознания и физиологическая возрастная регрессия. // Психотерапия: от теории к практике. Матер. 2-й Всерос. учебно-практич. конф. по психотерапии*. – М.: Изд. Ин-та психотерапии, 1997 – С. 100-103.
19. Сандомирский М.Е., Белогородский Л.С. *Физиологическая возрастная регрессия как основа функциональных состояний, связанных с измененными состояниями сознания // Парapsихология и психофизика*. – 1998, № 1(25). – С. 110-112.
20. Смирнов И., Безносюк Е., Журавлев А. *Психотехнологии: Компьютерный психосемантический анализ и психокоррекция на неосознаваемом уровне*. – М.: Издат. группа “Прогресс-Культура”, 1995 – 416 с.
21. Черниговская Н.В. *Адаптивное биоуправление в неврологии*. – Л.: Наука, 1978 – 134 с.
22. Эриксон М., Росси Э. *Человек из февраля*. – М.: КЛАСС, 1995 – 230 с.
23. Budzynski Th.H. *The Science of Light and Sound - Washington: Theta Technologies, Inc.* – 1991 – Pp. 4-12.
24. Montagu A. *Touching: The Human Significance of the Skin*. – New York: Julian Press, 1971 – P. 213.
25. Siever D. *The Rediscovery of Audio-Visual Entrainment. Medical Miracles with Pulsing Light and Sound*. – 1997.

ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ ДЕОНТОЛОГИИ В ПСИХИАТРИИ

В.Е.Смирнов, Ю.В.Колбасин

г. Москва

Ю.В.Каннабих в своей монографии, посвященной «Истории психиатрии» (1930), подразделяет развитие этой области знаний на 6 периодов. В основу этого деления он положил два принципа: 1) действительные достижения в деле помощи душевнобольным и степень социальной организованности соответствующих мероприятий; и 2) некоторые научно-идеологические построения теоретической медицины. Начиная с середины 20-ого века, говорят о следующем этапе, свя-

занном с широким распространением нейролептических средств, их применение смягчило облик психиатрических больниц и сделало, по мнению отдельных специалистов, ряд форм эндогенных заболеваний более “податливыми” для психотерапии.

Ю.В.Каннабих выделил события - вехи на пути развития психиатрии. Это, во-первых, начало госпитализации лиц с душевными расстройствами, т.е. признание их больными. Во-вторых, «эпоха Пинеля», когда

начали разбивать и снимать железные цепи с узников. Одним из первых был одичавший писатель, который, после того как с него сняли оковы, ожил и через несколько недель был выпущен здоровым. Другой - человек большого роста, атлет, стал служителем в этом месте (Бисетре - бывшем аббатстве) и впоследствии спас жизнь Пинелю, которого разъяренная толпа психически нормальных сограждан хотела повесить на фонаре (неясно только почему: то ли потому, что доктор был "светлой" личностью, то ли за недостаточную ре-

волюционность?).

В-третьих, - «эпоха Крепелина», когда происходит переход от симптоматического подхода к нозографии, появляется «малая психиатрия» и психотерапия.

На протяжение с 1965 по 2000 г.г. нами наблюдались 320 больных с эндоформными психопатологическими расстройствами. По признаку пола 168 (52,5%) были мужчины, 152 (47,5%) - женщины. По диагнозам больные распределились следующим образом (таблица 1).

Диагнозы

Таблица 1

| № | Название (по синдрому) | Количество больных | | Всего | % |
|---|---|--------------------|---------|-------|------|
| | | Женщины | Мужчины | | |
| 1 | Шизофрения (бредовая, с редукцией энергетического потенциала, кататоно-онейроидные эпизоды и пр.) | 46 | 88 | 134 | 42,5 |
| 2 | Шизоаффективные (депрессивно-бредовые) | 33 | 47 | 80 | 25 |
| 3 | Вербальный галлюциноз (затяжной, интоксикационный) | 20 | 44 | 64 | 20 |
| 4 | Обсессивно-фобические нарушения (на резидуально органической почве) | 18 | 24 | 42 | 17,5 |
| | Итого: | 152 | 168 | 320 | 100 |

Сроки медикаментозного лечения у больных шизофренией растягивались до 5,2+-1,3 лет, у шизоаффективных - 2,5+-3 года. Больные с вербальным галлюцинозом получали препараты лишь при поступлении в стационар (средняя длительность пребывания на койке 1,5-2 месяца). Больные с обсессивно-фобическими нарушениями после выписки лекарств не принимали.

144 больных (45%) (из первых трёх подгрупп) поступали повторно (трижды). У 2% из них отмечались суицидальные намерения.

У 120 больных (37,5%) ремиссия расценивалась как "С-Д", у 160 (50%) - "С"; у 40 (12,5%) - "В". Катамнезы от 2,5-3-х до 5-й лет.

Все больные обследовались клинико-психологически (таблицы Шульте, пиктограмма, метод Роршаха, ТАТ, тест на фрустрацию и др.). Известно, что в нашей стране на протяжении более полувека вопрос о психотерапии эндоформных вольных был опущен. Приведенный материал, позволяет, на наш взгляд, остановиться на некоторых начальных, уровня деонтологии, положениях.

1. В лице психотерапевта нередко видят человека с необычными способностями, наделённого и соответствующей внешностью (с длинными волосами, бородой, мрачный взгляд исподлобья и т.п.). Психоаналитик вообще «исчезает» из поля зрения клиента, лежащего на кушетке. По выражению А.Эйя (1967), такой специалист «виртуален». В этом смысле в психиатрии врач реален. Допускается, на наш взгляд, 1) умеренное са-

мораскрытие; 2) необременительное участие. Важным условием является 3) собственное спокойствие доктора, по крайней мере, на обходе и вовремя беседы.

К.Ясперс (1912), оставивший ряд метких характеристик типов, практикующих на ниве душевного (не-)здравья, писал, что в рамках отношений врач-больной всегда присутствует "авторитарный элемент". На наш взгляд, важнее компетентность и доверительность [4, 5].

В "Медико-философском трактате о сумасшествии" (1801) Пинель, говоря о предпринятых им реформаторских действиях, признаёт, что довольно быстро был вынужден оставить «менторский» тон.

В 1836 году Т.И.Герног в отчёте о деятельности больницы «Всех скорбящих» (С-Петербург) заметил, что в период максимальной выраженности психоза основной задачей является успокоение больных, окружение их однообразными лёгкими впечатлениями, и «надобно стараться возбудить чувствования и представления, относящиеся к разумной цели. Достигнуть этого можно, обращаясь с помешанными, как со здравомыслящими».

Ныне этот принцип звучит следующим образом: «обращаться как со здоровыми, но держать в уме...» Что держать в уме? Думается, не диагноз (часто умозрительный) и не шифр МКБ, а понимание почвы и черт личности, особенностей течения.

С.Ариети (1976) пишет, что превосходные результаты, достигнутые отдельными авторами, являются результатом в широком смысле их умения "установ-

ливать отношения с шизофреником". «Эта способность мистическая, как её называют, непередаваемая, интуитивная - является ли она врождённым даром, присущим лишь единицам? Нет, эта практика может быть научаема для многих». На наш взгляд, работает принцип «фарфоровой чаши»: не наполнять доверху; не стучать ею, как кружкой по столу, обращаться бережно, ставить на своё место. Оговоримся, что нежелательны «подделки под Гжель», т.е. следует учитывать индивидуальные (и «неповторимые») черты в облике больного и не имитировать заинтересованности в их (обитателей отделения) судьбе (как правило, больные различают степень внимания к себе).

2. По миновании психотических явлений беседы с пациентами дополняются кинези-терапией и (или) ЛФК (лечебной физкультурой). Полезны прогулки в саду, разминки с игровыми элементами, выполнение несложных поручений. Возможно, это близко к тому, что Э.Крепелин (1906) называл «улучшением от перемещения».

В свое время В.Ф.Саблер, главный врач Московской психиатрической больницы (1845) полагал, что достижению успеха «содействуют работы, развлечения, ограничение или расширение круга свободы, наездания и уверщания...» Иногда выписывают больного не совсем выздоровевшего... «В условиях внебольничной жизни, которые заведение дать не может, он не свыкнется с болезнью, не впадёт в апатию».

3. Идея "трансфёра" (переноса) получила своё развитие в школе Катексиса, задача которой - воссоздание родителя или перевоспитание. Сумасшествие понимается как результат разрушительных и непоследовательных посланий Родителей. Клиента приглашают вернуться в своё младенчество, при этом он подавляет «эго-состояние» «сумасшедшего родителя», лишая его всей энергии.

Затем даётся шанс изменить своё состояние, в этом случае терапевт выступает в роли позитивного и последовательного Родителя. Процесс воспитания протекает быстрее, чем в реальной жизни.

Но повзрослевший «младенец» будет зависеть от своей новой «матери» и «отца», - пишут Ст.Ян и В.Джонс (1996). И, следовательно, он нуждается в безопасности лечения и психиатрической поддержке.

Упоминаются аналитики (Шиффы), которые «кусывали» официально «своих детей», некоторые из которых стали теоретиками ТА (трансактного анализа).

Вопрос о том, является ли (с точки зрения психоанализа) шизофрения нарцистическим неврозом, мы оставляем. Можно, наверное, согласиться с А.Эилем (1967), когда он замечает, что для эндоформного больного дело не в том, чтобы анализировать себя (с помощью аналитика), а в том, чтобы «существовать».

Добавим, что в некоторых случаях это даже не существование (экзистенция), а скорее выживание (и, может быть, даже «гужевание», - в том смысле, что приходится браться за «гужи» и вытаскивать себя). Действенным становится правило: взявшись за гужи, не тужи. Поначалу достижения минимальны.

Сравнительное изучение выборки на 102-х наших больных и 100 больных группы контроля (лечились в тот же период медикаментозно, того же возраста и образовательного ценза) дает основания сделать следующие выводы:

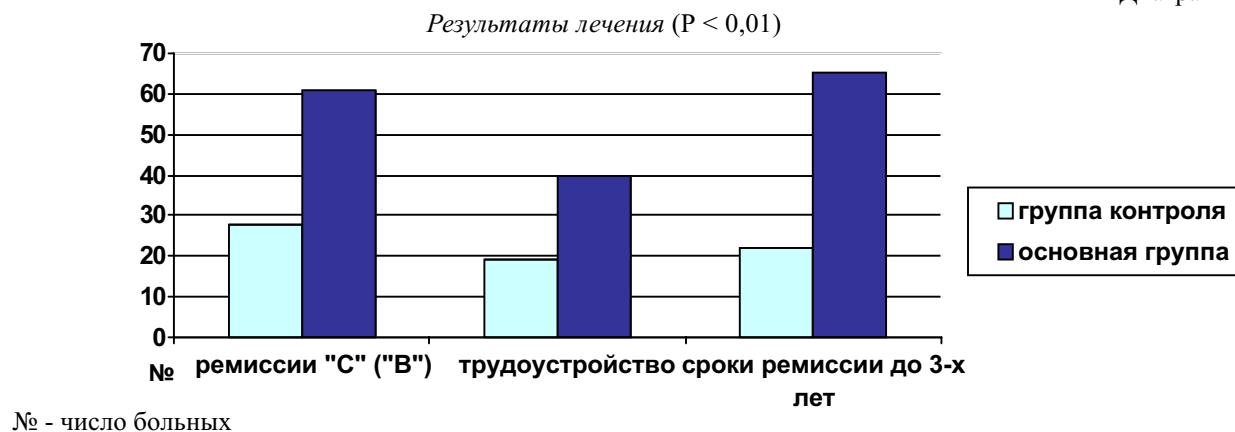
1) соблюдение принципов деонтологии позволяет приступить к психотерапии эндоформных больных и начать уже в подостром периоде;

2) небольшая по объемы психотерапия: индивидуальные беседы по 15-20 минут (и более) еженедельно, не менее 3-4 групповых занятий (с обязательными выступлениями каждого участника, психогимнастика, кинези-тренинг) позволяли уже в отделении уменьшать общее количество назначаемых нейролептических препаратов и, в особенности, сильно действующих;

3) Часть больных (8-10%) продолжала посещать групповые занятия (студийные) и после выписки. Как правило, это были, имеющие 2-ю группу инвалидности и испытывавшие трудности с трудоустройством по интересам, соответственно их индивидуальным склонностям (не обязательно по профилю образования);

4) В случаях повторных поступлений сотрудничество поначалу не было, однако «немой» период продолжался недолго (2-3 недели, форсировать события не следовало) и в дальнейшем лечебные отношения восстанавливались быстрее. Другие результаты отражены в диаграмме.

Диаграмма



Литература:

1. Arieti S. *The psychotherapeutic approach to sch.* In *Schizophrenia today*. Paris Fr. 1976, p.p. 247-254
2. Герцог Т.Я. *Отчёт о деятельности больницы "Всех скорбящих"* С.П., 1836 (цит. по Н.В. Иванову, 1969 г.)
3. Каннабих Ю.В. «История психиатрии», М. 1994, с.158.
4. Крепелин Э. Учебник психиатрии, М.1910, с.412-419.
5. Ey R. *Manuel de Psychiatrie*. Paris 1967, p.1072.
6. Саблер В.Ф. «О значении умопомешательства», 1845, М.
7. Ян Ст. и Джойнс В. *Современный трансактный анализ*, С.П. 1996, с.293-294.

ПСИХОТЕРАПИЯ

МЕСТО ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОГО АНАЛИЗА СРЕДИ ДРУГИХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ НАПРАВЛЕНИЙ

А.С.Баранников, Д.А.Баранникова

Современная экзистенциальная психотерапия прошла ряд этапов становления, в результате которых она заняла особую позицию среди других школ и направлений. Теоретической предпосылкой экзистенциалистической психотерапии стала экзистенциальная философия и экзистенциальная психология. Работы С.Кьеркегора предопределили общетеоретическую философскую базу направления. Исследования М.Хайдеггера, посвященные рассмотрению различных аспектов бытия в мире легли в основу дайнализа. А психология ценностей М.Шелера стала основой логотерапии и экзистенциализма. Эти направления европейской философии и психологии послужили теоретической базой для формирования современной американской экзистенциальной психотерапии.

В России экзистенциальная традиция связана с именами Н.А.Бердяева, М.М.Бахтина, С.Л.Рубинштейна, А.Н.Леонтьева. Но она проявляла себя, по выражению М.М.Бахтина, “в гомеопатических дозах”.

Общие теоретические корни различных направлений экзистенциальной психотерапии определили особый взгляд на человека, отличающий это направление от многих других. Попытаемся рассмотреть это отличие на примере некоторых ключевых понятий и характеристик экзистенциализма, таких как “диалог”, герменевтическая парадигма и мотивационная направленность.

Поскольку одним из базовых положений экзистенциальной психотерапии является признание диалогических отношений человека с миром (встречи), попытаемся хотя бы в общих чертах взглянуть на особенности раскрытия характера диалога в основных психотерапевтических парадигмах.

В психодинамической парадигме диалог человека с собой и окружающим миром весьма ограничен. Значение мира в основном сводится к отзеркаливанию собственных либидинозных импульсов. Это заставило О.Ранка, Л.Бинсвангера и других искать новую теоретическую основу для объяснения духовного потенциала человека. Признание А.Адлером “социального чувства” это тоже шаг навстречу миру.

Гуманистическая психология по-своему ограничивает значение диалога. С ее точки зрения, человек – зерно, в котором заложен потенциал хорошести и духовного роста. Мир не должен мешать его развитию.

В когнитивно-поведенческой психотерапии принцип диалога заменяет опыт. Такой подход утверждает взаимоотношения с миром, но, при этом, не дает антропологического углубления.

В системном подходе связь с миром еще жестче. Но при этом человек еще более ограничен сплетениями с членами системы.

Современный экзистенциализм представляет собой самую позднюю школу, развивающуюся на этапе высокой степени доработки и дифференцировки других парадигм. Он раскрывает человека не только с точки зрения его вершинных возможностей, но и подробно структурирует по-своему самые различные аспекты смысловых диалогических отношений с миром и самим собой. Дайнализ ориентирован на анализ взаимосвязей окружающего мира. Эту задачу решает и логотерапия В.Франкла, обращенная к миру. В то же время, логотерапия является составной частью экзистенциализма, занимающегося изучением антропологических предпосылок для достижения согласия с собой и миром. Современная американская экзистенциальная психотерапия базируется на ключевых понятиях экзистенциальной психологии и философии, таких как свобода, ответственность, воля, решение, жизнь-смерть (И.Ялом, Р.Мэй). Д.Бьюдженталь расширяет теоретическую базу экзистенциализма за счет разработки основ глубинного общения, отражающей смысловые и функциональные стороны диалога. Существенной деталью, отличающей экзистенциализм от других направлений гуманистической психотерапии, является признание того, что в диалоге может рождаться и развиваться то, чего ранее не было. Человек может быть и плох и хороший. Это положение – последний шаг освобождения от детерминизма в сторону последовательной феноменологии, освобождающей не только пациента, но и существенно повышающей степень открытости терапевта. В связи с этим, следует обозначить особое место экзистенциализма и среди герменевтических парадигм.

В интерпретативной парадигме психоанализа то, что говорит пациент, трактуется в соответствии с психоаналитической теорией. Это лишь символ чего-то, о чем знает психотерапевт. Он, с методической точки зрения, не должен верить пациенту, а подозревает его, знает все лучше него.

В естественнонаучной герменевтике, которой пользуется поведенческая и когнитивно-поведенческая психотерапия нет толкования символов, но нет и детального рассмотрения того, что стоит за поведением. Опыт и эксперимент важнее, чем способность занимать собственную позицию, чем толкование.

В системной парадигме познание рождается из понимания метаинформации группы. Форма интерак-

ции тут важнее всего. Каждый рассматривается как носитель проблем группы, групповых сплетений.

Феноменология, являющаяся основной герменевтической парадигмой гуманистической психологии и экзистенциализма представляет собой научное исследование феноменов, т.е., того, “что является” с помощью того “как является”. Это видение сущности отражает тезис Э.Гуссерля “к самим вещам”. Необходимо смотреть на вещи, чтобы понять их из самих себя. Анализ теоретически возможных взаимосвязей отсту-пает при этом на второй план.

Попытаемся также определить мотивационную специфику экзистенциализма, определяющую движение от исходного состояния к цели в сравнении с другими направлениями психотерапии.

В психоанализе мотивирующим фактором является энергия либидо, направленная на получение удовольствия.

Когнитивно-поведенческая психотерапия сосредоточена на нехватке и дефиците ведущих к достижению цели и вознаграждению.

Клиентцентрированная терапия К.Роджерса выделяет потребность в самоактуализации, ведущую к конгруэнтности и самопроявлению.

В логотерапии несовершенство данности обуславливает потребность воплощения смысла.

В экзистенциализме внутреннее несоответствие личности с ее миром ведет к приобретению соответствия, согласия, к становлению персоной.

Экзистенциалистическая психотерапия, развивающаяся в Венском институте экзистенциальной психотерапии А.Лэнгле, сегодня представляет собой обширную систему знаний, включающих в себя ряд разделов: антропологию; учение об экзистенциальных мотивациях; учение о личности; положения об экзистенции; способы обхождения с жизненным проектом; феноменологию; психопатологию и логотерапию. Все эти разделы прекрасно структурированы, в значительной степени теоретически обоснованы и доработаны А.Лэнгле. Они включают различные аспекты общетерапевтических психологических знаний в оригинальном прикладном изложении автора. Особый интерес представляет учение о мотивациях, являющееся существен-

ным антропологическим углублением экзистенциализма. Значительную, не только теоретическую, но и практическую ценность представляет система развивающего экзистенциального самопознания, которой А.Лэнгле уделяет особое внимание как в работе с пациентами, так и при подготовке психотерапевтов. Разработка и широкое использование самопознания стали одним из новых шагов дополняющих логотерапию и выводящих европейскую экзистенциалистическую психотерапию на передовые позиции в современной системе психотерапевтического образования.

Экзистенциализм пользуется своим особым языком. Он обращен к переживаниям, чувствам с позиций их значений и смыслов. Его основной вопрос: что бы это могло значить? Этот метод не игнорирует витальность. Он учит обращаться с ней и интерпретировать на своем уровне, в своей духовно-персональной системе координат. Этот принцип заложен не только в теории, но и в практических шагах работы с различной феноменологией, включающих как глубинно-аналитические, так и поведенческие аспекты.

Экзистенциализм – это феноменологическая, персональная психотерапия, которая ставит своей целью обеспечение свободного и полного духовно-эмоционального переживания, занятие аутентичной позиции по отношению к ситуации и формирование свободных и ответственных отношений с собой и окружающим миром (цит. по А.Лэнгле).

Первые переводы работ А.Лэнгле только начинают появляться в нашей стране. Они, несомненно, привлекут к себе внимание специалистов, как в области теории, так и практики. Появление современной экзистенциалистической психотерапии в России отражает существующий общественный запрос и востребованность в нахождении способов занятия аутентичной позиции, в обработке предпосылок экзистенции, понимаемой как наполненная смыслом, воплощаемая свободно и ответственно жизнь в создаваемом самим человеком мире, с которым он находится в отношениях взаимовлияния, взаимодействия и противоборства.

Вышеизложенное лишь в общих чертах обозначает некоторые особенности экзистенциализма в ряду других психотерапевтических направлений.

К ВОПРОСУ АНТРОПОЛОГИЧЕСКОГО ОБОСНОВАНИЯ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (продолжение 1)

А.С.Баранников

Настоящая публикация является продолжением предыдущих (1, 2, 3). В ней находят дальнейшее развитие принципы интегративного подхода, общие принципы творческо-аналитической теории, диагностики и терапии.

Что охраняет витальность?

Прежде, чем мы рассмотрим вопросы диагностики, необходимо остановиться на одном из самых главных вопросов теории психотерапии. Это – великая тай-

на существования человека, объясняющая что же, собственно говоря, делает его живым. К этой тайне прикоснулся З.Фрейд, описав ИД как резервуар психической энергии, либидо как универсальный источник человеческой жизненной энергии, сексуальный инстинкт как энергетическую основу психодинамики. Влечения, либидо, инстинкт – это основные понятия психоанализа, описывающие и объясняющие энергетический потенциал человеческой психики. Мало отличаются от этих представлений взгляды современного классика психоанализа О.Кернберга, выделяющего два вида влечений: сексуальное и агрессию [8].

Однако, начиная с работ К.Г.Юнга, представления о сексуальном монополизме психической энергии были поколеблены. Обсуждая взгляды Ф.Шиллера, К.Г.Юнг соглашается с ним в признании равноправия по силе воздействия на человека “чувственности” и “духа” и видит в этом более глубокую идею взаимодействия влечений. Из противоположности между чувственностью и духовностью, из их взаимного ограничения, по мнению К.Г.Юнга, непосредственно возникает индивидуализм. Однако К.Г.Юнг отождествляет духовность с высшей формой абстрактного мышления [13].

Вряд ли можно представить себе современную глубинно-аналитическую психотерапевтическую теорию без рассмотрения понятия “психической энергии”. В современном экзистенциальном анализе мы находим понятие “вitalность”, обозначающее энергию телесно-психического уровня. Это понятие лишено сексуальной детерминанты. Но экзистенциальный анализ не придает энергетической характеристике столь большого значения как психоаналитическая теория. Структурируя ценностно-смысловую, духовную сферу экзистенциально-аналитической психотерапии уделяет больше внимания “персоне” как свободному в личности, говорящему да или нет, несущему достоинство и обеспечивающему вовлеченность в жизнь (цит. по А.Лэнгле). Она вполне определенно обходится с vitalностью и психодинамической основой, говоря с ней на языке смыслов и значений.

Таким образом, полюса биологического и духовного в человеческой индивидуальности могут быть представлены двумя ориентирами – vitalностью и персоной. История этого вопроса достойна более подробного исследования. Но, даже, рассматривая его в общих чертах, можно отметить некоторую преемственность от взглядов Ф.Шиллера, раскрытых и расширенных К.Г.Юнгом, к современным представлениям экзистенциальной психотерапии. Психоанализ и экзистенциальный анализ сосредоточили все же свое внимание на разных полюсах этого дихотомического конструктора. Его не может обойти своим вниманием и творчески-аналитическая психотерапия. Термин “vitalность” кажется мне очень удачным, так как он близок клиницистам и обозначает в клинической практике большую глубину нарушений психики с отчетливым телесным компонентом, означающим задетость основ-

вы жизни. Но значение витальности для клинической психотерапии огромно. Необходимо уточнить свое видение этой важнейшей проблемы, для того, чтобы раскрепостить практическое психотерапевтическое интегративное мышление.

Витальность (или энергия телесно-психического уровня) – это именно тот материальный огонь, который подарил людям Прометей! Но это, скорее, чудо природы, чем подарок богов. Его свет достигает персоны и, отражаясь от нее, возвращается в глубины биологической природы человека. Оба полюса обладают свойством презентативности, но не тождественности (если выражаться языком Дж.Келли). Витальность составляет не только основу влечения, но и основу ценностной мотивации. Это – горючее, которое лишь приводит в движение, но не задает направление. Самые разнообразные структуры психики, включая характер, темперамент, когнитивно-аффективные и поведенческие стереотипы, ценностно-смысловые образования и, даже, персона, обладают способностью притягивать, канализировать и фокусировать потоки энергии. Также и в человеческом организме каждый орган снабжается своей кровеносной системой. Если витальность поставляет энергию, то структуры психики задают ей направление, окончательно оформляя расширенно трактуемые психодинамические и ценностные мотивации. Устойчивость структур психики обеспечивается их энергетической подпиткой.

Но есть еще одна функция витальности, которую считаю не менее важной. Это – функция охраны. Что охраняет витальность?

Для того, чтобы понять это обратимся к исследованию ее языка. Мы легко можем представить себе, как заботливая мать просит малолетнего сына подготовиться к контрольной по математике, обосновывая это необходимостью получения образования, исправления плохой отметки и т.д., сообщая сыну, что она думает по этому поводу. Но сын отвечает, что “хочет гулять”. При этом мы видим, что они разговаривают на разных языках. Мать – на языке “я думаю”, а сын – на языке “я хочу”. Хотения, желания – это и есть прямой язык витальности. Очень часто приходится слышать диалоги не только детей, но и взрослых, разговаривающих как инопланетяне на этих разных языках. Понимание этих двух диалогических уровней важно для раскрытия интерперсональной и интерактивной сторон коммуникативности, поскольку имеет огромное практическое значение. В пространстве этих двух языков, в некотором роде, расположена вся современная психотерапия! На них говорят не только пациенты, но и терапевты и разные психотерапевтические парадигмы.

Язык желаний и хотений изучал З.Фрейд. Но лишь у К.Г.Юнга мы встречаем обстоятельные описания этих двух видов диалога применительно к различным вариантам мыслительного и чувствующего типов. Он описывает “экстравертный чувствующий тип”, встречающийся преимущественно у женщин с “подлинным,

не выдуманным от разума” чувством [12]. При этом он приводит высказывание такой женщины: “Не могу же я думать того, чего не чувствую”. Интерпретируя это высказывание, К.Г.Юнг сохраняет за разными психологическими типами прерогативу либо мыслительного, либо чувствующего типа. Тем не менее, можно сделать еще один шаг в объяснении этой феноменологии, который для меня кажется очевидным.

Можно согласиться с К.Г.Юнгом в том, что мысль убивает чувство [12]. Однако в вопросе “что ты думаешь по этому поводу?”, независимо от типологии спрашиваемого, всегда содержится как минимум два вопроса: 1) позволяет ли твоя витальность вообще думать по этому поводу?; 2) если да, то, что ты об этом думаешь? Витальность ощущается в данной ситуации как некий зверек, подслеповатый, но способный к возмущению и, даже, к злобной агрессии. Мы имеем возможность наблюдать возмущение этого зверька во всех случаях, когда речь идет об ограничении (или регламентации). Он легко узнаваем, когда в семейной ссоре муж-параноик и демонстративная с циклоидными чертами жена защищают свои способы мышления, когда авторитарный подчиненный выражает гнев в связи с несправедливой оценкой его начальником. Он узнаем и тогда, когда пациентка с холерическим темпераментом прикована к постели из-за болезни, когда задача оказывается сверхсложной для скромного интеллекта, когда в компании разворачивается спор из-за бытовой мелочи. Мы не можем его не узнать у психопатов и акцентуантов астенического круга, где его сферой интересов становится защита образа мышления, а не только чувственно-телесные удовольствия. Возмущение витальности может быть не менее сильным у психастеника, либо педанта, в сравнении с циклоидом. Витальность – есть нечто более универсальное, чем телесная чувственность. У аутиста, например, она может охранять, вялость телесных ощущений. В то же время, витальность имеет не только качественные, но и количественные характеристики. Но оценивать ее количественно можно лишь тогда, когда видишь ее качественное своеобразие. Даже Дж.Келли при описании когнитивных конструктов не удержался и вскользь упомянул “раненного зверя”, который сопротивляется при попытках исключить из системы мышления человека необходимые элементы [7]. Интерперсональная когнитивная психология Дж.Келли и интерактивная когнитивная психология Поля Вацлавика кажутся неполными без учета важной роли витальности в когнитивных процессах. Об этих теориях можно сказать то же, что сказал М.Бубер по поводу теории М.Хайдеггера, упрекнув его в рассмотрении “бытия в мире” оторванным от человека [4]. Идея регламентации как важнейшего принципа интенционности бытия предвосхищена описанным Полом Вацлавиком “принципом двойного ограничения” [5] и “ограниченностью рамками конструкта” у Дж.Келли [7]. Однако рассмотрение принципа регламентации в значительно более широком антропологическом аспекте, учитывающем

энергетические характеристики, по-настоящему придает ему идентификационную весомость.

Энергию терапевтического изменения при эффекте парадокса дает возмущение витальности, охраняющей границы Я. К.Г.Юнг отмечал, что когда Фрейд говорил некоторые вещи, его “змея не соглашалась” и он выбрал маршрут, предписанный своей “змей” [13]. Этот пример, как и приведенные мною ранее, свидетельствуют о том, что именно витальность является охранительницей индивидуальности в самом широком смысле, начиная от архитипических и трансперсональных глубин бессознательного, до самых разнообразных биологически-операциональных особенностей, и, наконец, ценностно-смысовых характеристик, мнений, идеологий, мировоззрений, верований и т.д. Она придает жесткость, структурность индивидуальному скелету. Ее функция напоминает функцию наполнителя резиновой игрушки. Пока есть наполнитель, сохраняется форма. Когда исчезает наполнитель, форма разрушается и игрушку нельзя узнать (как это бывает при шизофрении и других деформирующих индивидуальность заболеваниях). Зная это, очень интересно наблюдать за поведением пациентов, знакомых и близких, развивая интуитивную, конкретно-чувственную и аналитическую способность оценивать охранную функцию витальности. Полезно, общаясь с кем-либо, задавать себе вопрос “что охраняет его витальность?”. Одобрение или возмущение витальности мы можем определить на основании наблюдения за поведением, высказываниями, мимикой, вегетативными реакциями пациентов. Это – полезная тема для самопознания и при подготовке психотерапевтов. Охранная функция витальности столь важна, что может приводить к самоубийству, к физическому самоуничтожению и самоизвержению ради сохранения психической индивидуальности. Это не трудно проследить на множестве исторических примеров и случаев из повседневной практики. Суицид, являясь, все же проявлением жизни, – это крайняя форма самоограничения. Он всегда несет в себе определенный баланс актуализации (сохранения, охраны себя) и регламентации (ограничения, уничтожения). Обе этих возможности заложены в природе человека. Они энергетически обеспечены. При этом судьба витальности определяется ее собственным состоянием и состоянием оболочки, которую она наполняет. Как угасание, так и взрывы витальности, означающие потерю энергетического баланса, могут приводить к утрате ее охранной функции. Но я обращаю внимание именно на эту функцию энергии телесно-психического уровня, так как она во многом объясняет успех и неудачи психотерапевта, механизмы терапии.

Значение витальности не сводится только к поддержанию “темных” сторон человеческой души. Она не менее бдительно охраняет и светлые, нравственные стороны жизни. Она имеет свои метаморфозы и символы (в том числе, и в чувственно-образной, и в бессознательной сферах). Либидо – лишь частный слу-

чай витальности, а не наоборот. Это означает и соответствующую трансформацию принципа сублимации, в соответствии с законом сохранения энергии, который К.Г.Юнг считал применимым к психическим субстанциям [15].

Необходимо остановиться еще на одном понятии, которое называется “вторичной витализацией”. Это – вновь приобретенное витальное закрепление. Оно проявляется себя во всех случаях формирования привычек, стойких привязанностей, любовных увлечений, а также, при патохарактерологических развитиях личности и других вторичных личностных и разнообразных психических девиациях. Психотерапевтическое опроизволивание в этих случаях предполагает обязательное рассмотрение ценностно–смыслового и автоматического аспектов “вторичной витализации” и применение других приемов работы с витальностью, которые будут рассмотрены далее. По мнению К.Г.Юнга, человек обладает способностью “легкой прогрессии”, означающей возможность направлять потоки энергии [15]. Психотерапия направлена на расширение, витализацию, а иногда, и трансценденцию опоры (как это бывает в духовных практиках). В то же время, психические отклонения означают расширение, витализацию, а иногда и трансценденцию почвы (как это бывает при психозах, деменциях, расстройствах сознания и других патологических состояниях). К более подробному освещению этой проблемы мы вернемся при исследовании клинических аспектов терапии.

Оба описанных К.Г.Юнгом вида диалога отражают также еще одну важную закономерность. Они характеризуют индивидуальный способ индикации жизни, перцептивный и операционально-оценочный аспекты которого могут быть раскрыты понятиями “чувство жизни” и “отношение к жизни”. За “чувством жизни” стоит бессодержательная витальность, связанная с телесно-психическим уровнем, психодинамика. Понятие “чувство” используется здесь не только как эмоциональная, но и как ментальная (основанная на конкретном мышлении) оценка, так как его интерпретировал К.Г.Юнг [12], с акцентом на бессодержательности. “Отношение к жизни” более определенно связано с абстрактным мышлением и подразумевает прикосновение к содержанию, взаимосвязям, предполагает возможность включенности духовного измерения и ноодинамики. Чувственная и интеллектуальная оценка жизни зачастую не совпадают. Результат обеих видов перцепции, имеющий оценочное значение, отражает степень и качество выявления себя в своей жизни, которые могут быть определены термином “полнокровие жизни”. Это своеобразный российский эквивалент экзистенции, понимаемой как наполненная смыслом, воплощенная свободно и ответственно жизнь в создаваемом самим человеком мире, с которым он находится в отношениях взаимовлияния, взаимодействия и противоборства [9]. Хочу отметить, все же, не только различие звучания обеих терминов, но и разные смысловые акценты. “Полнокровие жизни”

подчеркивает, в отличие от экзистенции, не только ноодинамическую сторону вовлеченности в жизнь, но и, не менее важную для психиатров, расширенно трактуемую психодинамику, заключенную в понятии “чувство жизни”. Это означает более выраженное звучание антропологического принципа регламентации, раскрытие аутентичной позиции по отношению к своей жизни, как многоуровневого баланса актуализации и регламентации. Понятие экзистенции ближе к норме. “Полнокровие жизни” более биологизировано и предполагает возможность несвободы.

Таким образом, витальность – это именно та энергетическая основа телесно-психического уровня, которая поддерживает проявления жизни, наполняет и оживляет структуры психики и охраняет самые различные проявления человеческой телесно-душевной и духовной индивидуальности. Актуализация и регламентация, как универсальные принципы интенционности бытия, отражают результирующее состояние витальности презентируемой в структурах психики, в разных уровнях, системах и подсистемах индивидуальности. Они отражают отмеченное К.Г.Юнгом “искрение противоположностей”, вызываемое напряжением жизненной энергии [15]. Разграничение статики и динамики как характеристик витальности весьма условно, поскольку жизнь в любых своих проявлениях – это всегда процесс, движение энергии. Огромное значение для психотерапии имеет также рассмотрение роли витальности как компонента волевой активности. Это целесообразно сделать, рассматривая отдельно концепцию воли в творчески-аналитической психотерапии.

К концепции воли

Витальность не только охраняет индивидуальность, но и обеспечивает процессы терапевтических изменений, которые протекают на произвольном и непроизвольном уровнях. Пациент обычно просит терапевта инициировать изменения, так как сам ощущает непреодолимые, либо труднопреодолимые препятствия. Потребность в терапии означает то, что пациент столкнулся с проявлениями экстернальной, либо интернальной регламентации, сигнализирующими о наличии препятствия (как компонента фruстрации). Концепция психотерапии как помощи в преодолении препятствия заставляет рассмотреть, развивающую в том же ключе, концепцию воли. Такой взгляд не является новым для отечественной и зарубежной психологии [6, 10, 14]. Однако он позволяет осветить по-своему отдельные прикладные аспекты.

Опроизволивание способов обращения с автоматическими реакциями – одна из центральных проблем психотерапии. Попытаемся взглянуть на волевой процесс, подразумевая целостное участие в нем психики. Ведь волевое терапевтическое усилие необходимо для того, чтобы обрабатывать три основных задачи психотерапии: 1) видение проблемы (с выделением аспект-

та ограничения-препятствия); 2) формирование позиции; 3) нахождение средств для ее реализации. Структурно-функциональным основанием основных шагов этой проработки являются соответственно перцептивная, мотивационная и регулятивная составляющие. При этом витальность охраняет очерченные границами Я возможности волевого усилия.

Для сознательного преодоления препятствия необходимо его, прежде всего, рассмотреть. Это означает необходимость выделения перцептивного аспекта волевой активности. От индикации внешнего или внутреннего ограничения, описанной в предыдущей статье, необходимо перейти в работе с пациентом к исследованию смысловых взаимосвязей, раскрывающих более глубоко имеющееся ограничение. Часто внутреннее препятствие содержится в самом способе перцепции. Феноменологическое или фактическое, безоценочное (выражаясь языком рационально-эмотивной терапии) восприятие является необходимым условием, а часто и основным объектом волевого терапевтического усилия.

Включение мотивационной составляющей волевого процесса означает сопоставление актуализирующих и регламентирующих мотиваций преодоления, нахождение опоры для дополнительного актуализирующего усилия. Этот процесс означает исследование оснований для выбора, для принятия решения, которое происходит на когнитивном и аффективно-энергетическом уровне. Причем, каждый выбор выверяется энергетикой, с точки зрения его оптимальности.

Регулятивная составляющая волевого процесса представляет собой в основном когнитивно-образную и поведенческую работу по исследованию предпосылок к преодолению препятствия, по мобилизации ресурсов, по принятию ответственного решения, по воплощению выбора-решения и обработке негативных и позитивных сопутствующих и остаточных результатов преодоления.

Все три составляющие волевого процесса (перцептивная, мотивационная, регулятивная) находятся в состоянии динамического комплексного взаимодействия, согласования при осуществлении волевой активности. Границы между ними часто трудноразличимы. Но целостное участие психики в этом процессе и его антропологическое обоснование не ограничивается рассмотренными аспектами. За ними следует видеть включенность базисных индивидуальных психологических особенностей (содержательно-смысловых и типологически стилевых).

Таким образом, волевой процесс представляет собой комплексное включение актуализирующих и регламентирующих аспектов базисных индивидуальных психологических особенностей в процессы перцепции, мотивации и регуляции, обеспечивающие дополнительное усилие при преодолении интернальных и экстернальных препятствий.

В тех случаях, когда мы сталкиваемся с устойчивыми стереотипами поведения и реагирования, при

исследовании характеров, темпераментов, стилей, мы имеем возможность наблюдать предпочтение детерминированной способности к преодолению внешнего препятствия, либо к смирению (ориентировке на то, чтобы выдержать внешнее препятствие, преодолевая внутреннее). Рассматривая характеры, мы вполне определенно можем сказать, что эпилептоиды и демонстративные личности при резонансной подстройке со средой предпочитают приспособление среды под себя. В то же время, психастеник в большей степени следует условиям среды и ориентирован скорее на преодоление внутренних препятствий. Тем не менее, несмотря на столь очевидный биологический детерминизм, использование аналитических представлений о функциональной дискретности человека, исследование структурно-функциональной и энергетической основы реагирования и поведения, раскрывающей мишени – механизмы волевой активности дает надежду психотерапии.

Экзистенциально-аналитическая позиция в работе с непреодолимым препятствием предполагает необходимость видеть препятствие и видеть “свое лицо”, выдержать, предпосылкой чего являются защита, пространство и опора, описанные А.Лэнгле. Эти содержательно-смысловые понятия объединяются в рассматриваемом варианте творчески-аналитической психотерапии понятием более широко трактуемой опоры, включающим не только смысловые характеристики, но и сбалансированные типологически стилевые особенности пациента-клиента (собственное когнитивное, эмоциональное пространство и т.д.).

При работе с механизмами волевой регуляции динамика вопросов задаваемых пациенту приблизительно следующая: Что вы чувствуете? О чем это говорит? Каковы препятствия? Что мешает? Что это значит для вас? Что важнее? Способны ли вы это преодолеть? На что можно опереться? Как это сделать? Каков опыт преодоления препятствий? Каковы возможные последствия? Что они значат для вас? и т.д.

Мы можем рассчитывать на эффективное использование механизмов волевой активности в тех случаях, когда интернальная и экстернальная опоры энергетически обеспечены и относительно преобладают над почвой. Тем не менее, даже в тех случаях, когда пациент-клиент настроен на изменения, нам приходится сталкиваться с проблемой функциональной недостаточности, обусловленной дисбалансом базисной почвы.

Неспособность пациента-клиента к осуществлению какого-либо звена волевой активности означает необходимость его терапевтической проработки, приводящей к развивающему (актуализирующему ресурс-опору), либо к регламентирующему замещающему результату. Если пациент хочет того, чего он не может добиться самостоятельно, но при этом способен к изменению, это означает, в некоторых случаях, необходимость совершить попытку функциональной замены (протеза), которая может быть энергетически поддер-

жана и защищена витальностью. Если витальность, охраняющая границы Я, способна поддержать самоубийство, как единственный способ духовного самоохранения, то не удивительно, что она бывает способна поддержать "маленькие самоубийства" в виде ряда функциональных замен. Они, как правило, совершаются с участием воли, поскольку всегда означают преодоление и дополнительное усилие. Такого рода замены осуществляются с участием базовых механизмов актуализации и регламентации, почвы и опоры, описанных ранее. Характер замен обусловлен характером и степенью недостаточности, выраженной дефицитом-дефектом. Психотерапевтическая, поддерживаемая витальностью замена, всегда противостоит патологическим эрзацам. Это та дань функциональности, которую Я может быть (иногда, но не всегда) способно заплатить с помощью волевого усилия за свое сохранение.

Примерами такого рода волевых усилий и терапевтических замен могут быть довольно часто встречающиеся в практике усилия алкоголика, способного заменить патологическую зависимость ценностями реальной жизни, процедура кодирования, усилия процессуального больного, посещающего группу творческого самовыражения, усилия невротика, временно онемевшего душевно в деперсонализационной защите, но автоматически, функционально продолжающего выполнять свой долг перед близкими. На биологическом уровне функцию замены выполняет часто медикаментозное лечение. Терапевтическая замена – это актуализирующая опору активность, направленная на функциональное преодоление дефицита-дефекта, поддерживаемая витальностью. Экзистенциально-смысловое наполнение замены делает ее и жизнь пациента-клиента более полнокровной, витально подкрепляет замену. Этую проблему помогает решить логотерапия.

Таким образом, выделение регламентации (ограничения), как одной из универсалий бытия человека в мире, предполагает рассмотрение в теории и практике психотерапии концепции воли, вскрывающей механизмы преодоления препятствий, а также, исследование различных способов обращения с непреодолимыми и труднопреодолимыми ограничениями.

Рассмотрев общетеоретические аспекты проблемы

психической энергии и концепции воли, мы можем продолжить тему творческо-аналитической антропологии, обратившись после исследования некоторых проблем глубинной психологии к прикладным аспектам реагирования и клиники в следующей публикации.

Литература:

1. Баранников А.С. От эклектицизма к принципам творческой интегративности. Вопросы ментальной медицины и экологии. - 2001.-т.6,-№ 1.-С.50-55.
2. Баранников А.С. Психотерапия, свобода выбора и культурная традиция. Вопросы ментальной медицины и экологии.-2001.-т. 7,-№ 2.-С.9-11
3. Баранников А.С. К вопросу антропологического обоснования интегративной психотерапии. Принято в печать в журнал "Вопросы ментальной медицины и экологии" в сентябре 2001 года.
4. Бубер М. Два образа веры. - М.: "Республика", -1995.
5. Вацлавик П., Бивин Д., Джексон Д. Психология межличностных коммуникаций. -С.-П.: "Речь", -2000.
6. Выготский Л.С. Из записных книжек. Вестн. Моск. Ун-та. Сер.14. Психология. - № 2, 1977.
7. Келли Д. Психология личности. Теория личных конструктов. - С.-П.: "Речь", 2000.
8. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства. Страгегии психотерапии. - М.: Класс,-2000.
9. Лэнгле А. Экзистенциальный анализ – найти согласие с жизнью. Московский психотерапевтический журнал. - № 1, 2001.-С.5.-23.
10. Селиванов В.И. Волевая регуляция активности личности. Психол. журнал. - Т.3,- № 4,-1982.
11. Юнг К.Г. Либидо, его метаморфозы и символы. - С.-П.: Восточно-европейский Институт Психоанализа.-1994.
12. Юнг К.Г. Психологические типы. - М.: "Университетская книга", -1998.
13. Юнг К.Г. Тэви斯顿ские лекции. - М.: "Рефлбук", -1998.
14. Ach N. Analyses der Willens. Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden. Teil E. Abt. Y.I. Berlin, - 1935.
15. Daerel D., Sharp D. Survival papers. Part I. Inner City Books,-1988.

О ПСИХОКОРРЕКЦИОННОМ ВАРИАНТЕ ТЕРАПИИ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Н.В.Грушко

г. Омск

Одной из ключевых потребностей личности является стремление найти свой путь, свое место в жизни, найти себя среди других. И эта потребность особенно ярко проявляется на рубеже детства и отрочества (кризис идентификации в концепции Э.Эрикsona). И кон-

фликт между потребностью выразить себя и страхом, что окружающие не примут этого и не поймут, является одним из основных препятствий на пути самореализации подростка.

Поэтому так важно взрослым, которые являются

проводниками на пути постижения мира, предложить свою дорогу личности, ясные и понятные ориентиры: как найти свою дорогу, как понять, развить, реализовать в делах, поступках свою индивидуальность.

Быстрый темп жизни, высокий уровень требований, агрессивность современного мира предполагают, что успешной в достижении своих целей может стать психически стабильная, духовно-целостная личность.

Однако исследования социологов, психологов, психотерапевтов, касающиеся проблемных тем детства и отрочества, свидетельствуют о достаточно высоком уровне тревожности, неуверенности в себе и завтрашнем дне подрастающего поколения. Это характерно, прежде всего, для детей и подростков с, так называемым, «слабым» типом нервной системы, болезненно переживающим свою нерешительность, тревожность, мнительность, стеснительность, робость, непрактичность, стремящихся не раниться жизнью, уйти в тень жизни.

Около 76% психологических консультаций для детей и подростков городского Дворца творчества детей и юношества г. Омска связано с коррекцией расстройств настроения именно дефензивного характера, т.е. с переживанием своей неполноценности. Подобная картина наблюдается и в обращениях взрослых (родителей и педагогов), которым также свойственно воспринимать отдельные жизненные неудачи ребенка как серьезные жизненные поражения. Взрослые при этом часто теряются, жалуются на беспомощность - и не могут поддержать ребенка, подростка. Драматизируя обстоятельства, остро, болезненно переживая детские неудачи, ошибки, взрослые способствуют усилиению, «сгущению» указанных дефензивных переживаний.

Поэтому, так важны поиск, создание эффективных методов - психологических, психотерапевтических, педагогических и других, позволяющих проводить качественную психокоррекцию и психопрофилактику указанных состояний. Работа психолога в подобных случаях оказывается плодотворной, эффективной, если посильное изучение ребенком, подростком его творческих способностей и возрастных особенностей настроения, связывается с природой характера. Опыт практической работы по психопрофилактике и психокоррекции тревожности, страхов, навязчивостей у воспитанников Дворца показал необходимость поиска метода учитывающего, с одной стороны, интересы подростков, а с другой стороны дает возможность познакомиться со своей индивидуальностью, найти свой путь творческого самовыражения.

Таким, на наш взгляд, является метод профессора М.Е.Бурно “Терапия творческим самовыражением” (ТТС). С 1999 учебного года на базе Городского Дворца детского (юношеского) творчества (ГДТДиЮ) г. Омска проводятся теоретические и практические занятия по этому методу.

ТТС – психотерапевтический психопрофилактический метод, способный помочь, прежде всего, людям с

тяжостным переживанием своей неполноценности. Этим методом могут овладеть не только врачи-психотерапевты, но и психотерапевты с не врачебным образованием – психологи, педагоги. Это становится возможным, когда, “во-первых, специалист способен искренне сочувствовать людям, переживающим свою неполноценность; во-вторых, испытывает живой интерес к духовной культуре; в третьих, стремится помочь человеку выразить себя целебно-творчески, сообразно его природе” (Бурно М.Е., 1999).

ТТС, изначально разработанная для больных людей, получила большое распространение во внелечебной психологической практике. В частности, применение ТТС уже дает обнадеживающие результаты в школах, детских садах в России и зарубежом (Конрад-Вологина Т.Е., Поклитар Е.А., 1997; Журова Е.С., 2000; Спиридовон О.В., 2000).

Сущность данного метода в его внелечебном применении – «в доступном преподавании азбуки психологии, характерологии, естествознания в процессе разнообразного творчества» (Бурно М.Е., 2000).

Однако психокоррекционный вариант метода для работы психолога в Домах Творчества не был разработан. Специфика Дворца Творчества как учреждения, развивающего творческие способности ребят, органично сочетается с возможностями метода. Это, например, достаточно глубокое, тщательное изучение лучших достижений русской и мировой культуры, развивающее в ребятах чувство прекрасного, гордости за свою Родину.

Внелечебный, *Психокоррекционный вариант Терапии творческим самовыражением в условиях дополнительного образования* в работе психолога в Доме Творчества для детей и подростков позволяет исследовать возможности ребенка, подростка с дефензивными особенностями личности и помочь ему самому активно включиться в процесс этого исследования, чтобы попытаться полнее выразить себя, творчески обрести в жизни свой путь, свое содержательное творческое вдохновение - то, что серьезно противостоит возникновению «проблемных» расстройств настроения, поискам наркотического успокоения и «блаженства». Если использующиеся для психокоррекции и профилактики тревожных, депрессивных, дефензивных состояний технические приемы («игротерапия общения», техники различного ролевого моделирования (А.И.Захаров, В.И.Гарбузов, М.И.Чистякова и т.п.)) характеризуются направленностью на решение конкретной проблемы (повышение самооценки детей, развитие эмоциональной, коммуникативной сфер, преодоление страхов), то наш метод позволит психологу помочь детям и подросткам с дефензивными особенностями личности посильно изучить и принять свой характерологический склад. Постигнув, познать, прочувствовать диалектическую ценность прежде презираемых им собственных душевных свойств, познакомиться с ядром, фундаментом своей личности - сильными и слабыми ее гранями и, творчески выражая свою ин-

индивидуальность в рисунках, поэзии, музыке и т.п. использовать «силу своей слабости», духовно обогатить свой мир, творчески отнестись к своей собственной жизни и наполнить ее большими радостями и открытиями.

Целью нашего исследования было - изучить с помощью ТТС возможности творческого самовыражения детей и подростков с дефензивными особенностями личности (такими как: нерешительность, ранимость, стеснительность, тревожность, страхи, мнительность и т. п.) для психокоррекции данных состояний.

Для реализации поставленной цели нами были поставлены следующие задачи:

1. Изучение существующих теоретических подходов к понятию дефензивности.
2. Изучение существующих теоретических подходов к понятию творческое самовыражение как метод психокоррекции.
3. Изучение существующих теоретических подходов к понятию психокоррекция.
4. Составление пакета методик для диагностики дефензивности и создание программы эксперимента.
5. Апробация пакета методик и программы эксперимента.
6. Изучение возможностей применения внелечебного варианта Терапии творческим самовыражением в условиях дополнительного образования.
7. Анализ результатов.
8. Составление рекомендаций.

Объектом исследования являются воспитанники ГДТДиЮ. Предметом исследования выступают психокоррекционные возможности ТТС.

Экспериментальная группа составила 26 воспитанников кружка «Основы психологии творчества». Контрольная – 80 воспитанников коллективов Дворца творчества (“Городской пионерский штаб”, “Программист”, “Естествознание”, “Стрелковый тир”). Гипотеза исследования - применение психокоррекционного варианта ТТС позволяет найти подросткам адекватные способы самовыражения и снизить напряженность базового конфликта дефензивной личности.

Основные блоки занятий в ходе эксперимента:

1. Знакомство с индивидуальными характерологическими особенностями себя и окружающих.
2. Знакомство с собой через идентификацию с героями произведений русской и зарубежной классической литературы, с музыкальными и живописными произведениями.
3. Практические занятия по исследованию «силы своей слабости».
4. Практические занятия для приобретения навыков самовыражения своей индивидуальности в различных видах творческой деятельности.

Для диагностики индивидуально-личностных особенностей был создан и апробирован комплекс методик, включающий в себя:

1. “Патохарактерологический диагностический

опросник” А.Е.Личко;

2. “Управляемая проекция” В.В.Столина;
3. Методика “Личностный дифференциал”;
4. Методика “Уровень субъективного контроля”;
5. “Несуществующее животное” (на основе методики ДДЧ был разработан симптомокомплекс для выявления дефензивных особенностей);
6. Диагностика типа мировоззрения (компьютерный вариант разработан воспитанниками кружка “Программист” (Пономарева М.М.));
7. Опросник «Что вам дали занятия по ТТС?»;
8. Анализ результатов творческой деятельности воспитанников (рисунки, стихи и т.п.).

Данное исследование проводилось под эгидой Омского отделения центра ТТС в рамках Общероссийской Профессиональной психотерапевтической лиги на базе городского Дворца творчества детей и юношества г. Омска и получило официальный статус эксперимента.

Для оценки эффективности эксперимента проводилась диагностика “на входе” (до начала занятий по программе эксперимента), “на выходе” (после окончания эксперимента), а также проводилась текущая диагностика во время занятий для оценки эффективности психокоррекционной работы.

Сценарий формирующего эксперимента

1. Диагностика “на входе”
2. Предварительный этап
 - отбор подростков с дефензивностью в характере, желающих участвовать в экспериментальных занятиях
 - убранство кабинета (уютная обстановка, самовар, чайный сервис для чаепития, слайды, репродукции картин, кассеты)

3. Установление и поддержание контакта с подростками

На данном этапе важно создать благоприятные условия для повышения мотивации подростков к участию в эксперименте, для безопасного творческого самовыражения, проявления “внутреннего ребенка” подростков, знакомства с характерологическими особенностями себя и других, доверия друг к другу (посредством проведения и гротехник по созданию слаженного коллектива). Полезно общими усилиями создать правила комфортного поведения в коллективе. Целью данного этапа является создание креативного пространства, в котором ребята могли бы открыться. Основными принципами креативного пространства являются: 1) безоценочное принятие человека таким, какой он есть; 2) позитивное стимулирование попыток проявить себя.

4. Знакомство подростков с дефензивными особенностями, типом мировоззрения, характерологическими радикалами, конфликтными смыслами.

5. Изменение конфликтных смыслов.

Знакомство с “силой своей слабости”, контекстами, в которых качества, казавшиеся мешающими, могут оказаться полезными.

6. Практические занятия по творческому самовыражению подростков согласно индивидуально-характерологическим особенностям.

Занятия включают в себя обсуждения, дискуссии по вопросу “каким образом, в каких контекстах могут быть применены полученные знания?”.

7. Диагностика “на выходе”

8. Анализ и интерпретация результатов эксперимента.

9. Проведение обучающего семинара для педагогов дополнительного образования.

Основные разделы практических занятий в ходе эксперимента:

1. *Знакомство со своими и не своими характерологическими особенностями.*

“Врожденное и приобретенное”, “Метафора Дом”, “Типы темпераментов”, “Кунсткамера”, “Идеалистическое и материалистическое мировоззрение”

2. *Знакомство со своими характерологическими особенностями посредством сравнения своего характера с характерами героев произведений русской и зарубежной классической литературы, музыкальных и живописных произведений.*

“Меланхолия” А.Дюрера, “Собор Парижской Богоматери” В.Гюго, Диагностика типа мировоззрения, “Японская поэзия Хокку”.

3. *Практические занятия по исследованию «силы своей слабости».*

“Относительность представлений о сильном и слабом типах ВНД. Работа в группах с цитатой И.П.Павлова”. Знакомство и обсуждение вариантов контекстов, в которых могут быть полезны те или иные слабости (примеры из жизни великих людей) – в индивидуальной и групповой работе.

4. *Практические занятия для приобретения навыков самовыражения своей индивидуальности в различных видах творческой деятельности.*

Выставки-вернисажи “Мир моих увлечений”: любимые картины, песни, живописцы, исполнители, персонажи книг, фильмов.

Обсуждение собственного творчества подростков (при этом важно уточнять какие особенности личности проявляются в данном произведении).

Выяснение на индивидуальных занятиях характерологических радикалов подростков на основе данных диагностик и анализа продуктов творческого самовыражения.

Нахождение индивидуального пути выражения своих особенностей согласно характерологическим особенностям посредством зарисовок, рисунков, научных исследований, написания и исполнения стихов, песен, хокку, сказок, компьютерных программ и т.д.

Результаты исследования подтвердили поставленную гипотезу - творческое самовыражение детей и подростков с дефензивными особенностями личности (такими как: нерешительность, ранимость, стеснительность, тревожность, страхи, мнительность и т. п.) является эффективным способом психокоррекции дан-

ных состояний. В ходе эксперимента у испытуемых снизилась напряженность базового конфликта дефензивной личности, подростки сумели найти адекватные способы самовыражения своих индивидуальных особенностей. Следует отметить тот факт, что наибольшее снижение уровня дефензивности отмечено у испытуемых с изначально весьма выраженной дефензивностью.

Уровень дефензивности учитывался по результатам комплексной диагностики. Основные методики – управляемая проекция В.В.Столина (портрет составлялся на основе результатов диагностики акцентуаций, полученных с помощью методики ПДО), ЛД, включенное наблюдение и беседы с респондентами, для подтверждения использовались результаты проективной методики “несуществующее животное” (использовался специально адаптированный симптомокомплекс).

В начальном этапе эксперимента выраженность тех или иных черт дефензивности была обнаружена практически у всех испытуемых экспериментальной и контрольной групп.

Анализ результатов формирующего эксперимента показал статистически значимое снижение степени выраженности базового конфликта дефензивной личности в экспериментальной группе, что проявилось в выравнивании показателей: оценка, сила, активность в методике ЛД (при этом показатель силы вырос на 20%, а активности почти в 2,5 раза), в изменении текстов ответов на вопросы методики Управляемая проекция В.В.Столина до и после эксперимента (ответы на вопросы стали более конкретными, эмоциональными, откровенными, более “позитивными”) и снижении выраженности симптомокомплекса дефензивности в методике “несуществующее животное” практически у всех испытуемых.

Контент-анализ текстов ответов испытуемых на вопросы проекции В.В.Столина показал, что у большинства испытуемых на смену пассивной оборонительной позиции приходит растущее желание проявлять и творчески реализовывать свою индивидуальность. При этом конкретизируются цели, потребности, статистически значимо увеличивается количество положительных оценок будущего (в том числе и профессионального), описания становятся более искренними и эмоциональными (например, увеличивается объем и степень развернутости ответов).

Анализ ответов на опросник «Что дали вам занятия по ТТС?» показал, что у большинства подростков вместо негативного отношения к своим слабостям появилось понимание своих врожденных особенностей и интерес к трансформации своей «слабости в силу», появилось понимание того, что в каждой слабости есть свои сильные стороны. Ответы также показали, что 90% испытуемых стали применять на практике полученные знания для улучшения отношений со сверстниками, родителями, достижения успехов в учебе и т.д. Кроме того, прожитая на занятиях по ТТС

ситуация успеха позволила большинству подростков экспериментальной группы найти свои собственные способы творческого самовыражения в соответствии с характерологической индивидуальностью.

Таким образом, результаты эксперимента наглядно показали, что посильное изучение своих характерологических, возрастных и творческих особенностей способствует самостоятельному выбору подростками своего жизненного пути, а творческое самовыражение подростков является психокоррекционным по самой своей сути и помогает решить многие как возрастные, так и индивидуальные психологические трудности (неуверенность в себе, заниженная самооценка, мнительность, нерешительность, повышенная тревожность и т.д.). Результаты исследования были опубликованы в "Методическом вестнике" ГДТДиЮ за 2001 г.

По результатам проведенного исследования мы можем рекомендовать работу по данному варианту метода ТТС педагогам дополнительного образования, школьным психологам, педагогом школ искусств, музыкальных школ и т.д. для раскрытия творческого потенциала воспитанников, психокоррекции дефензивности.

В ходе исследования нами были изучены существующие теоретические подходы к понятиям "дефензивность", "психокоррекция", "творческое самовыражение как метод психокоррекции". В соответствии с целями и задачами эксперимента был разработан пакет методик для диагностики дефензивных особенностей подростков, занимающихся во Дворце творчества. Данный пакет методик был апробирован, доработан и опубликован в "Методическом вестнике ГДТДиЮ" за 2001 г. и в течение учебного года проводились занятия по адаптированному психокоррекционному варианту метода М.Е.Бурно в коллективах Дворца творчества. По результатам эксперимента был организован и проведен обучающий семинар для педагогов дополнительного образования ГДТДиЮ, на котором были намечены перспективы дальнейшей совместной работы по данному методу педагогов дополнительного образования с психологической службой Дворца творчества.

Таким образом, проведенное исследование ясно показало, что для большинства воспитанников Дворца подросткового возраста характерны следующие особенности дефензивной личности: неуверенность в себе, заниженная самооценка, мнительность, нерешительность, повышенная тревожность и т.д.

Результаты проведенного исследования подтвердили поставленную нами гипотезу. Предложенный нами для работы с воспитанниками Дворца *Психокоррекционный вариант ТТС* позволяет найти подросткам адекватные способы самовыражения и снизить напряженность базового конфликта дефензивной личности у подростков.

Предлагаем следующую модель механизма психокоррекции в процессе творческого самовыражения по методу М.Е.Бурно:

1. Создание креативной среды.

2. Знакомство с характерологией и осознание своих индивидуальных особенностей; осознание собственной направленности личности через идентификацию с героями, произведениями искусства, их авторами.

3. Переход в исследовательскую позицию по отношению к феноменам самосознания дефензивной личности.

4. Выработка умения адекватно реагировать на отношение людей к моей индивидуальности.

5. Трансформация конфликтных смыслов дефензивной личности. Переосмысление собственного отношения к слабым сторонам своей личности. Выработка умения осознанно находить в "слабости" " силу" и применять ее в нужном контексте

6. Проживание опыта творческого самовыражения в ситуации успеха.

Необходимо отметить, что данный *Психокоррекционный вариант ТТС в условиях дополнительного образования* органично сочетается со спецификой учреждения дополнительного образования, с основными целями и задачами образовательных программ, реализуемых на базе ГДТ. В перспективе работу по данному варианту ТТС можно рекомендовать педагогам дополнительного образования, школьным психологам, педагогом школ искусств, музыкальных школ и т.д. для раскрытия творческого потенциала воспитанников, психокоррекции дефензивности.

Перспективы продолжения исследования:

1. разработка, создание и апробация совместно с воспитанниками кружка "Программист" рук. М.М.Пономарева компьютерного варианта диагностики характерологического радикала;

2. соотнесение дефензивных особенностей с периодизацией жизненных кризисов Э.Эрикsona (в ходе исследования выявились значительные пересечения)

3. расширение сферы коллективов, включенных в эксперимент на будущий учебный год, разнообразие форм участия в эксперименте (краткосрочный курс, отдельные ключевые занятия и т.д.)

Следует подчеркнуть, что данный метод вызвал живой отклик у подростков с трудностями в адаптации и общении со своими сверстниками. А также у подростков, которых принято относить к категории "трудных", педагогически запущенных, с девиантными формами поведения, что позволяет сделать выводы о больших ресурсных возможностях применения *Психокоррекционного варианта ТТС в условиях дополнительного образования* в различных образовательных учреждениях, в том числе для первичной психопрофилактики зависимостей у подрастающего поколения.

В современных условиях, когда особенно актуальным становится поиск различных методов для адаптации подростков к сложным, меняющимся условиям жизни, для формирования умения делать самостоятельный выбор, для реализации творческого потенциала и способности находить свой жизненный путь в соответствии со своей индивидуальностью ТТС, на

наш взгляд, является эффективным и экологичным средством для решения этих задач. Тем более, что это отечественный метод, созданный русским врачом-психотерапевтом, изначально учитывающий сложности и особенности российского менталитета.

Литература:

- 1) Андреева Г.М. Социальная психология: [Учебник для вузов]. — М: Аспект Пресс, 1997 — 375 с.
- 2) Бехтерев В. Л. Боязнь чужого взгляда//Русский врач.—1905.—№ 3.
- 3) Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. — М.: Академический Проект, ОППЛ, 2000. — 719 с.
- 4) Бурно М.Е. Сила слабых. — М.: "ПРИОР", 1999. — 368 с.
- 5) Бурно М.Е. Безвольная личность: выход из тупика. - М., Знание, 1989. - 64 с.
- 6) Бурно М.Е. Письма пациентам. - М., Российское общество медиков-литераторов, 1994. - 48 с.
- 7) Бурно М.Е. Письма психотерапевта к пациентам: Материал в помощь лектору. — Рига: Знание, 1978. — 32 с.
- 8) Бурно М.Е. Терапия (профилактика) творческим самовыражением.../ Под ред. В.Е.Рожнова: Методические рекомендации Министерства здравоохранения СССР. — М., 1988. — 28 с.
- 9) Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. - М., Медицина, 1989. - 304 с., илл.
- 10) Ганнушкин П.Б. Избранные труды/ Под ред. О.В.Кербикова.—М.: Медицина, 1964.—292 с.
- 11) Кречмер Э. Строение тела и характер.—2-е изд./ Пер. с нем.
- 12) Леонгард К. Акцентуированные личности/ Пер. с нем.—Киев: Вища школа. 1981.—392с.
- 13) Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. — М.: Мысль, 1965. — 572 с.
- 14) Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков.—Л.: Медицина, 1977.—208 с.
- 15) Общая психодиагностика / Под ред. А.А.Бодалева, В.В.Столина. — М.: изд-во МГУ, 1987. — 304 с.
- 16) Орлов Ю.М. Восхождение к индивидуальности.
- 17) Павлов И.П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. Изд-е 7-е. - М., Медгиз, 1951. - 508 с.
- 18) Петровский В.А. Личность в психологии. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. —512 с.
- 19) Столин В.В. Самосознание личности. — М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1983. — 284 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Е.В.Гнездилова

г. Самара

Неблагополучная в последние годы эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в России обуславливает необходимость разработки и внедрения в практику эффективных методов лечения, о чем свидетельствуют многочисленные постановления Правительства.

Из литературных источников известно, что состояние психики больного туберкулезом влияет на течение заболевания [1, 2]. У больных туберкулезом были выявлены постоянные отрицательные эмоции на фоне отсутствия моральной и материальной поддержки со стороны близких, разрыв микросоциальных связей, нарушения в эмоциональной и волевой сферах [3, 4, 5, 6]. Поэтому для повышения эффективности лечения больного туберкулезом легких необходима и психологическая коррекция.

С целью изучения специфических особенностей психологических характеристик больных туберкулезом легких и создания методики их психологической коррекции была обследована группа жителей Самарской области, страдающих туберкулезом легких: 253 больных с хроническим туберкулезом легких - 152 мужчин среднего возраста $45,7 \pm 3,8$ лет, и 101 женщины среднего возраста $44,0 \pm 3,9$ лет, и 211 больных со впервые диагностированным туберкулезом легких: 123

мужчин среднего возраста $41,2 \pm 3,6$ лет, и 55 женщин среднего возраста $42,4 \pm 3,5$ лет.

Все больные прошли общеклиническое обследование, изучение вентиляционной функции легких, гистологическую верификацию, а также тесты СМИЛ, Люшера (Н.Н.Страхов, Программное обеспечение, версия 1.1. - 1989) и специальное анкетирование (рац. предложение № 216, 218). Контролем тестов послужили данные практически здоровых 108 мужчин и 142 женщин примерно такого же возраста.

Результаты обследования показали, что средняя длительность заболевания туберкулезом среди больных с хроническим туберкулезом была $7,5 \pm 1,8$ лет. Все больные этой группы были бацилловыделителями. У 198 больных было стойкое нарушение трудоспособности, и они были признаны инвалидами (78%). Показатели функции внешнего дыхания были следующими. При исследовании показателей функции внешнего дыхания было выявлено снижение как объемных, так и скоростных показателей. Данные гистологической верификации подтверждали диагноз.

Распад легочной ткани был выявлен у 76% больных со впервые диагностированным туберкулезом легких. У всех больных был выражен в умеренной форме

синдром туберкулезной интоксикации, а также воспалительный. Показатели функции внешнего дыхания были нормальными. Данные браш-биопсии подтверждали диагноз.

Анализ социальной ситуации больных, страдающих туберкулезом легких, показал, что 5% мужчин не скрывали желания “отомстить” обществу за свое заболевание. 60% обследованных больных не получали поддержки со стороны родственников. 68,4% мужчин и 44,2% женщин не имели семьи. Средний прожиточный уровень имели 22,1% обследованных. 60,3% больных из сельской местности имели среднее образование. 8,9% больных из городской местности имели высшее образование. 57,8% мужчин злоупотребляли

алкоголем. Среди мужчин 98,7% курили, стаж курения превышал 10 лет. Среди женщин курили 62,4%, причем у 38,7% стаж курения превышал 10 лет. Установлен факт тяготения к религии 76,8% мужчин и 64,7% женщин. Туберкулез легких является инфекционным заболеванием. Игнорирование правил личной гигиены больными приводит к заражению окружающих. Проведенное исследование показало, что правила личной гигиены выполнялись мужчинами на $28,4 \pm 3,5\%$, женщинами на $74,4 \pm 2,3\%$.

Результаты обследования мужчин и женщин с туберкулезом легких были проанализированы, некоторые значимые, на взгляд автора, характеристики были представлены в виде таблиц 1 и 2.

Таблица 1

Психологические характеристики мужчин и женщин со впервые диагностированным туберкулезом легких

| Характеристика | Мужчины | Женщины |
|-------------------------------------|--|---|
| 1. Отношение к лечению | Игнорирование врачебных назначений | Выполняются врачебные назначения |
| 2. Выполнение правил личной гигиены | Игнорируется | Выполняются |
| 3. Отношение к заболеванию | Пренебрежение своим здоровьем, игнорируется факт заболевания | В болезни обвиняется конкретное лицо |
| 4. Использование заболевания | Болезнь используется как средство разрешения конфликтных ситуаций, как способ избежать ответственности | Манипулирование симптомами используется для вызывания жалости и сочувствия окружающих |
| 5. Защитная реакция | Отрицание заболевания и необходимости длительного лечения | Игра в «жертву болезни» |
| 6. Оправдание поведению | Декларативные высказывания | Рациональные доводы |
| 7. Отношение к окружающим | Симптоматика используется как средство давления на окружающих | Отношение к окружающим враждебное, агрессивное |

Результаты проведенного исследования показали, что специфические особенности психологических характеристик препятствуют адекватному восприятию информации о заболевании, точному выполнению врачебных назначений и правил личной гигиены. У всех больных туберкулезом легких была выявлена агрессия, которая проявлялась заражением окружающих.

У больного должна быть сформирована новая внутренняя концепция возникновения и развития заболевания. Она должна стать убеждением, имеющим эмоциональную и мотивационно-поведенческую основу. Рефлексивное отношение к заболеванию повышает дисциплину лечения. Специфические особенности психологических характеристик следует учитывать при

подаче информации.

Разработанная образовательная программа для больных туберкулезом легких с одновременной психологической коррекцией была названа автором “Фтиза – Школа”. Проводилась групповая работа, численность группы – 8-10 человек. Режим работы группы мягкий, полузакрытый. Тематика занятий следующая:

1. Общие сведения о туберкулезе.
2. Принципы современной химиотерапии туберкулеза.
3. Понятие о хронической обструктивной болезни легких, необходимость пикфлюметрии для самоконтроля (больных обучают пользоваться пикфлюметром, вести дневник самонаблюдения).

Таблица 2

Психологические характеристики мужчин и женщин с хроническим туберкулезом легких

| Характеристика | Мужчины | Женщины |
|-------------------------------------|--|---|
| 1. Отношение к лечению | Ориентация на нетрадиционные методы лечения в ущерб химиотерапии | Озабоченность адекватностью лечения, перепроверка назначений врача |
| 2. Выполнение правил личной гигиены | Игнорируется | Соблюдается не в полной мере |
| 3. Отношение к заболеванию | Восприятие заболевания и суждений о нем своеобразно, взгляды на лечение оригинальны | Неверие в возможность излечения, зависимость от мнений и суждений пациентов со «стажем» |
| 4. Защитная реакция | Уход в мир мечты и фантазии | Ограничительное поведение, в основе которого лежит страх |
| 5. Использование заболевания | Самодистанцирование от окружающих, социальная самоизоляция | Манипулирование симптомами болезни используется для вызывания чувства тревоги и вины у окружающих |
| 6. Отношение к окружающим | Беспринципность, предвзятость отношений, угрюмая недоверчивость, скрытность, враждебность к окружающим | Враждебность к чужим взглядам, мнению, поведению, ощущение собственной беспомощности, подчинение |

4. Патогенетическая терапия туберкулеза. Иммуномодулятор ликопид. Немедикаментозные методы в лечении туберкулеза. Особенности питания при туберкулезе.

5. Лечебная физическая культура и закаливание при туберкулезе, на занятие может быть приглашен врач лечебной физической культуры.

6. Личная гигиена больного туберкулезом.

7. Социальная реабилитация. Трудоустройство. Переобучение (при необходимости смены профессии даются индивидуальные рекомендации).

8. Социальное обеспечение при неблагоприятном прогнозе и инвалидности.

Особенности работы были следующие.

Прежде всего, врачу следовало ознакомиться с клиническими особенностями течения заболевания, методами лечения, сформировать мотивацию на совместную работу. Психологическая коррекция была направлена на поиск социально приемлемых способов удовлетворения собственных потребностей и взаимодействия с окружающими. Учитывая наличие агрессии у больных, их следовало обучить способам выражения гнева в приемлемой форме, отреагирования эмоций, приемам регулирования своего эмоционального состояния, отработать навыки общения в возможных конфликтных ситуациях, сформировать позитивные жизненные перспективы, моральную позицию.

Больных обучали дистанцированию от конфликта и проработке конфликта. Следовало обсудить, что такое гнев, его выражения. Больных было важно научить распознавать собственные агрессивные импульсы, управлять ими и направлять в нужное русло, не причиняя вреда окружающим.

У мужчин со впервые диагностированным туберкулезом легких аргументацией необходимости длительной химиотерапии служила демонстрация рентгенограмм, лабораторных показателей. Особенность работы заключалась в том, что следовало наладить контакт с авторитетной в данной группировке личностью, подчеркнуто уважительно относится к ней. Для повышения коммуникации больных подчеркнуто демонстративно учили выполнять правила личной гигиены. Информация о том, что при дисциплинированном длительном лечении туберкулез излечим, создавала лечебную перспективу.

У большей части женщин со впервые диагностированным туберкулезом легких были семьи, дети и ответственность за их здоровье использовали в качестве призыва к лечению. Жалость к себе переориентировали на мобилизацию внутренних резервов. Стыд перед “постыдной болезнью” снимали примерами исторических личностей, страдавших туберкулезом. Каждой женщине предлагались конкретные способы повышения самооценки.

Для переоценки отношения к заболеванию и своей активной роли в лечении мужчинам с хроническим туберкулезом легких предоставлялась достоверная информация. Их знакомили с новыми технологиями лечения.

Для изменения отношения к заболеванию и лечению на занятия к женщинам – хроникам приглашались пациенты с высокой дисциплиной лечения в качестве “группы поддержки”, они делились своим опытом. Вступал в силу психологический закон разделения опасности “я не одинок”. Женщин хвалили за малейшие успехи в лечении, поощряли к занятиям лечебной физической культурой, прогулкам на свежем воздухе. Для преодоления повышенной тревожности в отношении мелких житейских проблем пациентов обучали аутогенной тренировке. Каждой было дано задание составить “коллаж своих достоинств”. Повышение самооценки повышало социальную активность.

Занятия по разработанной методике “Физа – Школы” проводились в БМСЭ № 10 и Самарской городской туберкулезной больнице № 4, их посетили 286 больных, 190 мужчин и 96 женщин.

Для оценки эффективности занятий во «Физа-Школе» была использована разработанная анкета «Скрининг-диагностика социального статуса». Анализ результатов анкетирования показал, что занятия во «Физа-школе» повышают уверенность больных туберкулезом легких в излечимость заболевания, в его благополучный исход, повышают дисциплину лечения и выполнения правил личной гигиены. Целенаправленная психологическая коррекция, основанная на резуль-

татах проведенного психологического обследования, повышала эффективность лечения и снижала риск агрессивного поведения по отношению к окружающим.

Литература:

1. Панкратова Л.Э. *Психическое состояние впервые выявленных больных туберкулезом легких и его влияние на течение заболевания* /Л.Б.Худзик, З.Л.Шульгина, Т.И.Морозова, В.А.Тонканца // Сб. - резюме 6-го нац. конгресса по болезням органов дыхания, Новосибирск, 1996: 502.
2. Панкратова Л.Э. *Нарушение психической деятельности впервые выявленных больных туберкулезом легких и факторы, способствующие их возникновению* // Сб. - резюме: III /XII/ съезд научно-медицинской Ассоциации фтизиатров, Екатеринбург, 1997: 233.
3. Фишер Ю.В. *Выявление туберкулеза в учреждениях общей лечебной сети* /И.М.Моврадин, И.В.Федорова, Н.Д.Терехова // Сб. - резюме 6-го нац. конгресса по болезням органов дыхания, Новосибирск, 1996: 519.
4. Бидяк Н.В. *Впервые выявленный туберкулез легких на современном этапе* /Н.К. Писаренко, М.И. Четуляну // Сб. - резюме 6-го нац. конгресса по болезням органов дыхания, Новосибирск, 1996: 470.
5. Марьяндинцев А.О. *Социальная экология туберкулеза* /Н.И.Низовцева, Т.И.Гогетадзе // Экология человека. –1997 /2/: 78-80.
6. Толстых А.С. *О некоторых психологических особенностях больных туберкулезом* // Пробл. туб. –1190 /8/: 69-70.

СИСТЕМНАЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ОЖГОВОЙ ТРАВМЕ

Н.М.Епифанова, С.В.Смирнов, Д.А.Полянина

г. Москва

Ожоговая травма является одной из наиболее стрессогенных по степени опасности для жизни, по тяжести последующего соматического страдания, сложности и болезненности процесса лечения [1, 4, 6]. Психические нарушения у больных с ожогами, являющиеся проявлениями посттравматического стрессового расстройства (ПТСР по МКБ-10), оказывают влияние на течение ожоговой болезни, её объективную тяжесть и субъективный уровень страдания больных. В связи с этим именно психотерапия является тем звеном в лечебном процессе, которое, нормализуя психо-эмоциональное состояние больного, потенцирует эффект проводимого хирургического и терапевтического лечения.

Сотрудниками отделения психопрофилактики кризисных состояний на базе отделения острых термических поражений НИИ скорой помощи имени Н.В.Склифосовского психотерапия проводилась 30 пострадавшим с ожогами. Среди них было 17 мужчин (56,7%) и

13 женщин (43,3%). Возраст пациентов варьировал от 22 до 76 лет. Тяжесть полученных ожогов была I – III степени у 22 пострадавших и III – IV степени у 8 пострадавших. Среди аффективных нарушений у больных с острой термической травмой к моменту начала психотерапии у 17 из них (56,7%) преобладали нарушения по астенодепрессивному типу, у 8 больных (26,7%) – по тревожно-фобическому типу, у 3 (10%) – по обсессивно-фобическому типу и у 2 (6,6%) – по истерическому типу. Сроки начала психотерапии варьировали от 2 до 54 суток с момента поступления больных в отделение острых термических поражений и в среднем составляли 16 сутки. Количество психотерапевтических сессий, проведённых с каждым больным, варьировало от 1 до 22. Среднее количество психотерапевтических сессий было равно 7.

В проводимой психотерапии преобладал системный мультимодальный подход [5], включающий её

различные направления. В их числе недирективная суггестивная психотерапия, ресурсные трансы, ката-тимно-имагинативная психотерапия, психоанализ, гештальт-терапия, методики телесно-ориентированной психотерапии, НЛП, Reiki, метод переработки и нейтрализации психотравмирующей ситуации (модификация метода Ф.Шапиро десенсибилизации и переработки движениями глаз) [7], рациональная психотерапия. Выбор психотерапевтических методик у пролеченных нами ожоговых больных зависел как от психоэмоционального состояния, так и от психотерапевтического запроса каждого пациента.

Боль – симптом, сопровождающий ожоговых больных с момента получения травмы до периода реконвалесценции. И хотя боль имеет под собой материальный субстрат, субъективно она переживается по-разному различными больными и в различных психоэмоциональных состояниях. Все ожоговые больные в той или иной степени страдали депрессивными расстройствами, выраженность которых была максимальна в периоды ожогового шока и токсемии. Помимо депрессии в эмоциональной сфере больных с ожогами наблюдалась такие расстройства, как тревога, страх, дисфория, эмоциональная лабильность. И всё это на фоне астенического синдрома и токсической гиперестезии понижало порог болевой чувствительности, и боль переживалась как нестерпимая. По сведениям отдельных авторов [3] наблюдается корреляционная связь между болевым синдромом и уровнем депрессии и тревожности.

В то же время известно [2], что в моменты душевного подъёма, радости, поглощённости каким-либо интересным делом порог восприятия боли значительно повышается, так как организм пребывает в состоянии ресурса: высока его реактивность и резистентность, в крови повышенена концентрация, так называемых, “гормонов удовольствия” - эндорфинов и энкефалинов. Этот факт позволил нам использовать в борьбе с болевым синдромом психотерапевтическую методику ресурсного транса. Мы просили больного, находящегося в трансовом погружении, мысленно перенестись в какой-либо момент своего прошлого, насыщенный позитивными эмоциями, и заново пережить этот момент. В результате повышался порог болевой чувствительности, улучшалось настроение, что, предположительно, способствовало активизации иммунной системы и ускорению процессов регенерации.

Схожее действие на больных оказывала недирективная суггестивная психотерапия, при которой больному, находящемуся в трансовом погружении, суггенировался какой-либо ресурсный образ (чаще природный) и на этом фоне давались формулы спокойствия, расслабления и уменьшения боли. У ожоговых больных привычную установку на тепло следует заменять внушением прохлады в обожжённых участках тела, что является некой образной нейтрализацией фактора повреждения. Многие больные спонтанно выходили на образы тенистого леса, прохладного ветерка, освежа-

ющей и исцеляющей воды, заснеженного поля, что указывало на глубинную потребность ожоговых больных именно в таком ресурсе.

Вышеперечисленные методики применялись нами у ожоговых больных уже с первых дней после травмы. Первые несколько сеансов желательно проводить ежедневно, потом – через день. Продолжительность их в отличие от общепринятой сокращена до 15-20 минут ввиду тяжёлого соматического состояния этих больных.

Близкой к названным методикам по своему психотерапевтическому эффекту является методика Reiki, при которой наложение рук психотерапевта на повреждённые участки тела направляет активное внимание пациента на эти участки, что способствует психологическому приятию больным этой части тела и, возможно, активизации процессов регенерации в месте повреждения.

В последующем мы обучали больных приёмам аутогенной тренировки и самостоятельной индукции ресурсных состояний для лучшей конфронтации боли во время перевязок и операции некрэктомии, так как она сопряжена с очень сильной болью.

Почти всегда обстоятельства ожоговой травмы являются большим эмоциональным потрясением для больных, особенно если они сопряжены с потерей близких, финансовым ущербом. И происшедшее многократно и навязчиво переживается больными как наяву, так и в кошмарных сновидениях, что является одним из признаков ПТСР. Существенную помощь при таких состояниях мы оказывали больным, применяя методику переработки и нейтрализации психотравмирующей ситуации (модификация метода Ф.Шапиро десенсибилизации и переработки движениями глаз). Под руководством психотерапевта больные многократно и в подробностях проживали обстоятельства травмы до тех пор, пока не начинали смотреть на них спокойно, без негативных эмоций. Движения глаз здесь были заменены специально подобранный дыхательной техникой. Методика направлена также на отреагирование больным всех аффективно насыщенных моментов травмы. Мы побуждали больных свободно проявлять любые эмоции от слёз до криков угроз и проклятий в адрес виновных в случившемся. Также поощрялись любые импульсивные движения тела, так как они снимают телесные блоки, возникшие в момент аффекта.

Дезактуализация самого момента травмы выводит на первый план иные проблемы, являющиеся непосредственным следствием травмы. Если имела место потеря близких, необходимо помочь пациенту отреагировать эту боль. Здесь мы применяли техники гештальт-терапии, дающие больному возможность мысленно попрощаться с теми, кого он потерял, “услышать” ответ погибшего близкого человека (техника “двух стульев”) и освободиться от комплекса вины.

Больные, перенесшие профессиональную травму, часто выражали сомнение в том, что у них хватит му-

жества вернуться к прежней профессиональной деятельности. Для преодоления этого страха применялась когнитивная техника экспозиции. Больной в воображении несколько раз проигрывал момент возобновления профессиональной деятельности до отключения страха, тревоги и других нежелательных проявлений. Предварительно можно создать сильный позитивный якорь в технике НЛП и применять его при вышеназванной методике как дополнительный ресурс.

Охотное участие больных и хорошие результаты отмечались при применении методик телесно-ориентированной психотерапии. Особенно своевременны эти методики были в послеоперационном периоде после аутодерматопластики. В этот период, когда болевой синдром постепенно отступал на задний план, больные начинали особо остро переживать потерю прежней власти над своим телом, отсутствие эластичности и неестественное натяжение в участках с пересаженной кожей. Также больных угнетало ощущение слабости в ногах при первых попытках подъёма с постели после многих дней строгого постельного режима. Вышеперечисленные факторы приводили к некоторой отчуждённости больных от своего тела и снижению эмоционального фона. И применяемые нами методики телесно-ориентированной психотерапии, требующие от больных активного перемещения внимания от одной части тела к другой, усиливали восприятие пациентом афферентных импульсов от различных участков тела, что возвращало пациентам чувство своей телесности и власти над телом.

Образ огня является древним архетипическим символом, несущим одновременно и угрозу гибели, и очищение, освобождение. И многие больные спонтанно начинали рассуждать на эту тему, говоря о том, что огонь словно уничтожил какую-то часть их жизни или их самих и, возможно, эта часть была балластной. С этого момента с больным необходимо начать глубокую аналитическую проработку застарелых проблем и конфликтов, которые, возможно, привели к ожогу как к своеобразному, болезненному завершению гештальта на тот период. И здесь нами применялись и рациональная психотерапия, и психоанализ, и кататимно-имагинативная психотерапия.

В качестве завершающего аккорда психотерапии нами часто использовался ресурсный транс “Простройка будущего”, когда психотерапевт просил пациента в состоянии трансового погружения перенестись на 3-10 лет вперёд и представить, что все заветные мечты и планы реализовались. При соприкосновении пациента с желаемым образом будущего психотерапевт просил обратить внимание на внутренние ресурсы, душевые качества пациента, которые, вероятно, способствовали достижению намеченных целей и кото-

рые, возможно, игнорировались прежде, как несущественные.

Простройку будущего особенно важно проводить с теми пациентами, в жизни которых произошли серьёзные перемены вследствие ожоговой травмы, будь то непоправимые телесныеувечья, уродующие внешность шрамы, гибель близких, имущественные потери. В этих случаях трансовая простройка будущего помогает человеку найти в себе основу для продолжения жизни, переориентироваться на свои незыблемые внутренние ценности.

Таким образом, в психотерапии ожоговых больных предпочтителен мультимодальный системный подход, при котором учитываются как характерные для ожоговых больных психические нарушения, так и личностные особенности каждого больного, а также динамика психотерапевтического запроса пациента на разных стадиях лечения.

Литература:

1. Гурин И.В. Клиническая динамика и дифференцированная терапия посттравматических стрессовых расстройств у пострадавших с ожогами // В сб.: Социальная и судебная психиатрия: история и современность. – М., 1996.
2. Елисеева Л.С. АТФ и серотонин в иммуномодуляции // БЭБ и М. – 1993 – № 4. – С. 389–391.
3. Ерёменко А.Г., Вассерман Л.И., Леоско В.А., Ли В.Ф. Послеоперационный болевой синдром и его связь с индивидуальными особенностями психологического статуса личности. // Анестезиология и реаниматология – 2001. – № 4. – С. 24-25.
4. Качалов П.В. Когнитивная и поведенческая психотерапия неврозоподобных нарушений у больных ожоговой болезнью // В: Клинические и биологические проблемы общей и судебной психиатрии – М., 1988. – С. 102-107.
5. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Академический Проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 432с.
6. Положий Б.С., Гурин И.В. Клиническая динамика и терапия посттравматических стрессовых расстройств у пострадавших с ожогами // Рос. психиатр. журн. – 1997. – № 1. – С. 21-24.
7. Пушкин А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия – М.: Изд-во Института психотерапии, 2000. – 128 с.
8. Стюарт В. Работа с образами и символами в психологическом консультировании / Пер. с англ. Хмеллик Н.А.– М: Независимая фирма “Класс”, 2000 – 384 с.

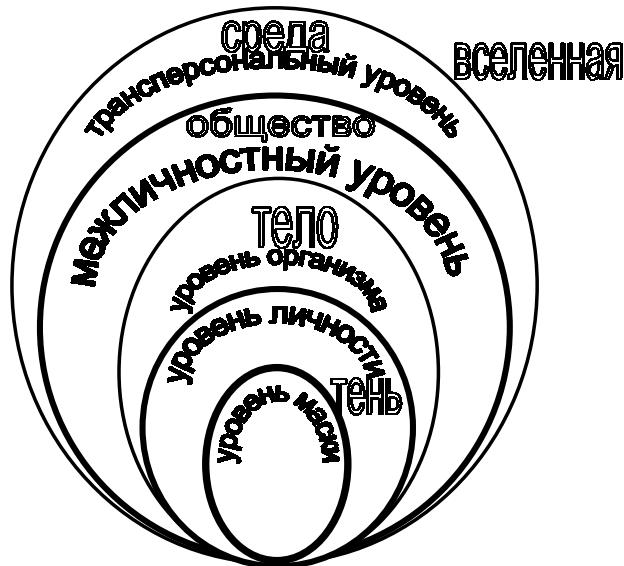
СПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕВРОТИЧЕСКОГО КОНФЛИКТА

Б.Ю.Приленский

Традиционно большая часть психотерапевтических методов построена на работе в неизменяемом, ясном состоянии сознания. Возникает вопрос - почему большая часть психотерапии упорно не замечает чрезвычайно интересное и объемное понятие сознания? Видный американский специалист в области трансперсональной психотерапии K.Wilber [14] выделяет несколько базовых уровней человеческого сознания: уровень маски (персоны), уровень “Эго”, уровень организма в целом и надличностные (трансперсональные) диапа-

зоны. В основе этой модели, “спектра сознания”, лежит представление о человеческой личности как многоуровневом проявлении, или как выражении единого Сознания, подобно тому, как в физике электромагнитный спектр рассматривается как многополосное выражение одной определенной электромагнитной волны [15]. Предложенные уровни сознания можно представить в виде следующей схемы (модификация схемы K.Wilber), которая представлена на рисунке № 1.

Рисунок № 1. Модифицированная схема спектра сознания



Границы, представленные на рисунке – это искусственные барьеры внутри нас, и вокруг нас. Постоянный самоконтроль приводит к искусственноному сужению сознания, фиксации его на обыденном, неизменном уровне. Это, возможно, и позволяет хорошо адаптироваться, но адаптация эта – в жестких границах, определенными конкретными историческими обстоятельствами социума. Рассмотрим структуру психологических конфликтов с точки зрения спектра сознания.

1. Конфликты уровня “Маски”.

Как нам представляется, маска – конструкция не столь монолитная, целостная. Психологическое консультирование уже на этом уровне целесообразно не ограничивать работой с симптомами, “неправильными мыслями” и “неправильным поведением”. Важно расширять область осознавания. Понимание причин своего поведения, понимание роли и значения составляющих частей этой “Маски” позволит начать выход человека за пределы такой привычной повседневной

зависимости. Итак, в структуре “Маски” можно выделить три составных части:

1. “Маска Долга” – роль, которую я вынужден играть, подчиняясь обстоятельствам. С течением времени эта роль “прилипает”, от нее невозможно отделиться.

2. “Маска Желаний” – это желания и потребности, которые дозволительно иметь в цивилизованном обществе, которые может иметь “хороший” гражданин, порядочный человек.

3. “Маска Целесообразности” - стиль поведения целесообразный, “адаптивный”. К нему относятся те паттерны, клише поведения, которые помогают избегать любых конфликтов, либо достичь желаемых результатов (славы, карьеры, денег, успеха).

“Маска” вступает в конфликтные отношения с отвергаемой, а потому вытесняемой частью личности – с “Тенью”. “Тень” представляет собой резервуар из неприемлемых, с точки зрения данного общества, отвергаемых противоположностей. Как уже говорилось

выше, внешние границы “Тени” могут простираться достаточно далеко. “Тень” – это наше неосознаваемое (бессознательное). В “Тени” можно выделить ближнюю область, – отвергаемую часть “Эго”. Именно эту, ближнюю часть “Тени” представляется целесообразным также разделить на три сектора – своеобразные проекции частей “Маски”:

1. “Тень Маски Долга”. Отвергаемая часть требований морали, долга. В различных обстоятельствах невыполнение требований общечеловеческой морали рационально объясняются: “я всего лишь выполнял приказ”, “я должен это был сделать”, “от меня ничего не зависит, я маленький человек, я всего лишь исполнитель”;

2. “Тень Маски Желаний”. Здесь сосредоточены

отвергаемые негативные или “аморальные” желания, потребности, эмоции, чувства – неприемлемые, с точки зрения социума и индивидуума. Эти желания “удобно” проецировать на других;

3. “Тень Маски Целесообразности”. Эта отвергаемая часть Эго представляет собой непринимаемую на уровне сознания, но существующую в подсознании область рационального поведения. Если человек не готов нести ответственность за какие-то целесообразные в его положении действия, он их попросту вытесняет, или перекладывает на других.

Итак, вышеупомянутые области вступают друг с другом в неизбежные конфликтные отношения. Этот своеобразный “Театр Масок и Теней”, представлен на рисунке № 2.

Рисунок № 2. Схема конфликтов уровня маски (“Teatr Macok i Tenej”)



“Теневые структуры” становятся резервуаром, в котором бурлят отвергаемые страсти, желания, потребности и мотивы. Поскольку “Тень” не осознается, то непредсказуемо для индивидуума ее влияние. Конфликт приобретает “многомерность”, объемность. Количество вариантов, если учитывать все возможные сочетания, при этом значительно возрастает. В этом своеобразном “Театре Масок и Теней” разыгрываются многие истинные человеческие страсти, драмы и трагедии между демонстрируемыми частями - “Масками” и отвергаемыми, скрытыми от себя и от посторонних глаз областями - “Тенями”. Зловещий, порой трагичный и даже патологический характер этих трагедий обусловлен именно скрытостью от постороннего наблюдателя и самого индивида истинных причин, двигающих видимые на сцене сознания фигуры – “Маски”.

Действительно, если не видно причин, трудно понять логику происходящего, и происходящее кажется нелепым и странным – и это уже “Театр Абсурда”. Причины этих трагедий не осознаются пациентом, и без расширения зоны осознания, как для пациента, так и для врача, полноценная работа с проблемой невозможна.

Как нам представляется, наличие напряженных отношений в структуре “Маска” – “Тень”, обилие конфликтов в “Театре Масок и Теней” могут быть основой описанных Э.Берном (2000) психологических игр. Как нам представляется, поведение человека в значительной степени зависит от того, какая из отвергаемых “Теневых Структур”, переполненная неотреагированными эмоциями и нереализованными желаниями, начинает преобладать и неожиданно выходить на сцену Сознания через управление скрытыми механизмами “Маски”. Поскольку “Тень” по-прежнему продолжает отвергаться, то осознания истинных мотивов игр, в которые продолжает участвовать человек, не наступает до тех пор, пока не возникает потребности разобраться путем проведения соответствующей психотерапевтической работы. Напряженные отношения в этой области лежат в основе, так называемого, невротического сценария жизни. “Теневые структуры”, длительное время подавляемые реальными родителями в процессе воспитания, начинают себя реализовывать примерно с подросткового возраста. Осознание роли и значения “Теневых установок” может лежать в основе сценарного перепрограммирования.

“Теневые Структуры” периодически выходят из-за ширмы психологических защит (переутомление, соматические проблемы, алкогольное опьянение) и производят непредсказуемые действия, приводящие индивидуума к унынию, ужасу, расплате. “Теневые Структуры” предлагают “Эго” психологические приманки, нередко в скрытом, закамуфлированном виде. Тем самым “Эго” провоцируют на ослабление границ между “Масками” и “Тенями”. После удовлетворения скрытой, подавляемой потребности следует расплата. Иными словами, игры происходят не только и не столько вокруг нас, хотя наблюдать за ними легче, исследуя поведение людей. Основные, наиболее драматические игры развертываются внутри “Эго”. Психологические игры – это удел человека, живущего на уровне “Маски”, оставившего за границей своего сознания “Теневые Структуры” и раздираемого психологическими конфликтами разных степеней.

На описываемом уровне структура конфликта наиболее запутана и сложна. В конфликтные отношения между частями “Масок” постоянно вмешиваются “Теневые структуры”. Наличие третьего участника – это уже возможность для осуществления “Внутренней Психологической Игры” с неизменными Жертвой, Преследователем и Избавителем. Тем не менее, уже на уровне конфликта масок можно выделить три классических варианта невротического конфликта [3]:

1. Неврастенический конфликт представляет собой противоречие между возможностями личности, с одной стороны, ее стремлениями и завышенными требованиями к себе - с другой. В определенной степени возникновению данного конфликта способствуют высокие требования, предъявляемые возрастающим темпом и напряженностью современной жизни. Особенности конфликта этого типа чаще всего формируются в условиях, когда постоянно стимулируется нездоровое стремление к личному успеху без реального учета сил и возможностей индивида. Можно выделить три степени этого психологического конфликта:

- Первая степень. В этом конфликте “Маска Целесообразности” подавляет “Маску Желаний”. Индивид во имя целесообразности (деньги, власть, карьера) забывает даже о дозволяемых желаниях;

- Вторая степень. “Маска Целесообразности” подавляет “Маску Долга” во имя pragmaticальной цели отмечается требования официальной морали;

- Третья степень конфликта (наиболее выраженная). “Маска Целесообразности” подавляет и “Маску Долга”, и “Маску Желаний”. Во имя цели подавляются и официально разрешенные желания, и требования официальной морали.

2. Истерический конфликт определяется, прежде всего, чрезмерно завышенными претензиями личности, всегда сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий или требований окружающих. Следует подчеркнуть, что его отличает повышение требовательности к ок-

ружающим над требовательностью к себе и отсутствие критического отношения к своему поведению. Также выделяется три степени психологического конфликта:

- Первая степень. Характеризуется доминированием “Маски желаний” над “Маской Долга”. Человек живет в свое удовольствие, оставаясь в пределах, “рекомендованных” обществом (карты, вино, деньги, женщины);

- Вторая степень. “Маска Желаний” подавляет приспособительное, “адаптивное поведение” “Маски Целесообразности”. “Удовольствия” начинают портить жизнь окружающим. В этом случае возникают конфликты с социумом (делинквентное поведение);

- Третья степень. “Маска Желаний” подавляет “Маску Долга” и “Маску Целесообразности”. Наиболее деструктивная форма, поскольку в конфликте подавляется и официально рекомендованная социумом мораль, и рекомендованная адаптация. Такое поведение может приводить либо в тюрьму, либо в психиатрическую больницу.

3. Обсессивно-психастенический конфликт обусловлен, прежде всего, противоречивыми собственными внутренними тенденциями и потребностями, борьбой между желанием и долгом, между моральными принципами и личными привязанностями:

- Конфликт первой степени проявляется доминированием “Маски Долга” и подавлением “Маски Желаний”. Идеальное, правильное, но необычайно скучное поведение (“карты, вино и женщины не интересуют”);

- Конфликт второй степени характеризуется доминированием “Маски Долга” над “Маской Целесообразности”. Интровертированные представления о “необходимом, хорошем, порядочном” мешают приспособиться к меняющемуся миру;

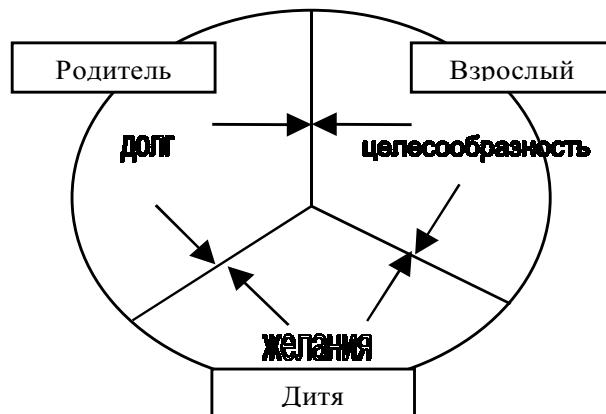
- Конфликт третьей степени. “Маска Долга” подавляет и рациональное, адаптивное поведение “Маски Целесообразности”, и собственные, “дозволенные” потребности “Маски Желаний”.

2. Психологические конфликты уровня Эго.

Второй уровень психологического конфликта – это конфликт в системе “Эго”. Мы используем положение Э.Берна об Эго-образованиях в виде Родителя, Взрослого, Дитя. Конфликтные взаимодействия между этими Эго-образованиями можно представить в виде следующей схемы (см. рисунок № 3).

В.М.Мясищев рассматривает три основных типа невротических конфликтов: истерический, обсессивно-психастенический и неврастенический. Предложенные наименования конфликтов объясняются тем, что им часто соответствуют определенные формы неврозов [3]. На схеме представлены три варианта внутреннего психологического невротического Эго-конфликта (Р-В, Р-Д, В-Д). Они соответствуют принятым в неврологии неврастеническому, истерическому и обсессивно-психастеническому вариантам психологического конфликта.

Рисунок № 3. Схема психологических конфликтов в системе “Эго”



Обсессивно-психастенический конфликт обусловлен, прежде всего, противоречивыми собственными внутренними тенденциями и потребностями, борьбой между желанием и долгом, между моральными принципами и личными привязанностями. В структуре обсессивно-психастенического конфликта можно выделить следующие возможные подварианты работы психологических невротических механизмов:

1. Р-Д (Родитель - Дитя) – обсессивно-психастенический конфликт первой степени. В угоду Родительской нормативности, требованиям социума, в первую очередь, подавляются желания, инстинкты, спонтанность, естественность Дитя.

2. Р-В (Родитель - Взрослый) - обсессивно-психастенический конфликт второй степени. Родитель подавляет целесообразность Взрослого. Этот вариант свидетельствует, по нашему мнению, об усиении, генерализации конфликта. Нарушается возможность адекватно реагировать на реальность (блокируются адаптационные возможности Взрослого).

3. Р-В-Д (Родитель - Взрослый - Дитя) - обсессивно-психастенический конфликт третьей степени. В этом случае Родитель подавляет и Взрослое поведение, и Детские потребности. В этом варианте присутствуют проблемы, описанные в 1 и во 2 варианте. Третий вариант наиболее деструктивен. В этом случае можно говорить о более выраженной болезненной невротической личностной перестройке.

Истерический конфликт определяется, прежде всего, чрезмерно завышенными претензиями личности, всегда сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий или требований окружающих. Следует подчеркнуть, что его отличает повышение требовательности к окружающим над требовательностью к себе и отсутствие критического отношения к своему поведению. В структуре истерического конфликта также можно выделить следующие возможные подварианты работы психологических механизмов:

1. Д-Р (Дитя - Родитель) – истерический конфликт первой степени. В этом случае Дитя с его эмоциональностью, спонтанностью свободно выплескивает свои

потребности и подавляет в процессе внутриличностного конфликта Родителя с его ограничениями и шаблонами.

2. Д - В (Дитя - Взрослый) - истерический конфликт второй степени. В этой ситуации Дитя подавляет рационализм Взрослого. В угоду потребностям, инстинктам, Детской спонтанности начинает формироваться дезадаптивное поведение. При этом, поскольку влияние Родителя сохраняется, выбираются наименее, с точки зрения Родителя, противоречащие социальным нормам формы удовлетворения Детских потребностей.

3. Д - В - Р (Дитя - Взрослый - Родитель) - истерический конфликт третьей степени. Дитя подавляет как Родителя, так и Взрослого. Наиболее деструктивный вариант. Происходит ломка Родительских запретов, при этом наименее целесообразным образом, с явлениями социальной дезадаптации.

Неврастенический конфликт представляет собой противоречие между возможностями личности, с одной стороны, ее стремлениями и завышенными требованиями к себе - с другой. В определенной степени возникновению данного конфликта способствуют высокие требования, предъявляемые возрастающим темпом и напряженностью современной жизни. Особенности конфликта этого типа чаще всего формируются в условиях, когда постоянно стимулируется нездоровое стремление к личному успеху без реального учета сил и возможностей индивида. В структуре неврастенического конфликта можно, в свою очередь, выделить следующие подварианты действия психологических механизмов:

1. В - Д (Взрослый - Дитя) – неврастенический конфликт первой степени. Взрослый подавляет спонтанность, желания, потребности Дитя в угоду своей pragmatичности, целесообразности.

2. В - Р (Взрослый - Родитель) – неврастенический конфликт второй степени. Взрослый подавляет Родителя, вступая в противоречие с требованиями морали, нравственности. Внутриличностный конфликт при этом больше выносится в сферу межличностных отношений, поскольку подобное pragматичное поведение может повредить комфорту близлежащего ок-

ружения.

3. В - Р - Д (Взрослый - Родитель - Дитя) – неврастенический конфликт третьей степени. Взрослый подавляет Родителя и Дитя. В жертву прагматизму Взрослого приносятся и собственные Детские желания и потребности, и потребности социума - Родителя. При этом лишенные спонтанности и эмоциональности Дитя, холодные, рассудочные и рациональные и приносящие в угоду целесообразности требования Родителя, они могут изнурять себя непосильным трудом, в котором цель (деньги, власть, осуществление идеи) оправдывает все средства.

Все чаще специалист, работающий в клинике неврозов, встречается с невротическими состояниями, в клинических проявлениях которых одновременно присутствуют симптомы разных форм неврозов (так называемая, недифференцированная форма невроза). Возможно, это объясняется тенденцией к многомерности личностных конфликтов, которую отмечают в настоящее время социальные психологи [3]. Предлагаемый спектральный анализ дает возможность ответить на этот вопрос - мы видим фактически девять вариантов внутриличностного конфликта.

3. Психологические конфликты уровня “Тела”.

Конфликтные взаимодействия между функциональными образованиями “Эго” и “Реальным Телом” можно представить в виде схемы, представленной на рисунке. Реальное тело, благодаря базовому конфликту “Эго”, расщеплено.

Как результат этого расщепления, можно выделить:

1. “Психологизированное Тело” - та часть телесности человека, которая одобряется социумом и осозна-

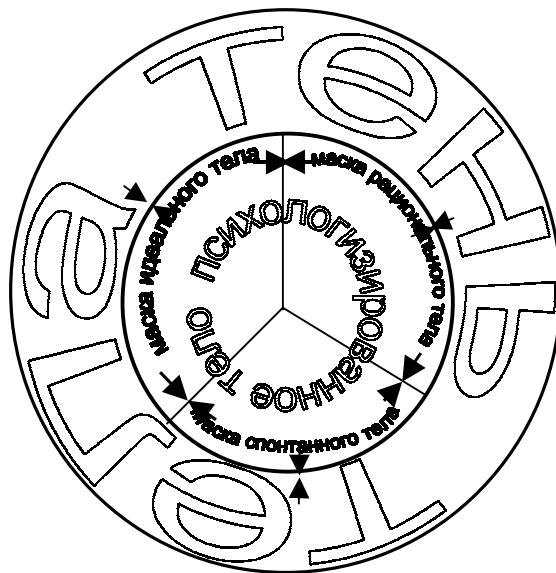
ется индивидуумом;

2. “Тень Тела” - та часть телесности человека, которая явно или неявно считается “плохой”, с точки зрения социума и индивидуума, и уходит за пределы активного внимания.

“Психологизированное тело” – это “карта” тела, которое создается “Эго”, поскольку реального контакта с Реальным Телом оно не имеет. “Реальное тело” отделено границей от “Эго” (благодаря печальному для человечества радикальному делению на идеальное и материальное). Часть “Реального Тела” не осознается, вытесняется, уходит за пределы сознания и образует “Тень Тела”. “Тень Тела” содержит проецируемые отвергаемые и неосознаваемые противоположности, которые остаются за пределами сознания. “Психологизированному Телу” насаждаются интроецированные представления об идеальном телесном состоянии, ему причиняются ретрофлексируемая боль и страдание. В итоге “Психологизированное Тело” оказывается перегруженным несвойственной “Реальному Телу” эмоциональной и смысловой нагрузкой и вместо живого, чувствительного, целостного “Реального Тела” мы имеем в сознании фантом в виде “Психологизированного Тела”. Раздираемый теми же психологическими противоречиями, свойственными “Эго”, этот фантом в итоге теряет изначальную целостность и распадается на психологические части. Эти части можно обозначить как Маски Тела. Среди этих масок можно выделить “Маску Рационального Тела”, “Маску Спонтанного Тела”, “Маску Идеального Тела”.

Эти конфликтные отношения можно представить в виде схемы (см. рисунок № 4).

Рисунок № 4. Схема психологического конфликта системы “Эго” – “Тело”



Можно выделить следующие возможные варианты “Конфликта Телесности”:

1. **Обсессивно-психастенический конфликт телесности** - это распространенная сейчас, так называемая, “ипохондрия здоровья” – использование разно-

образных систем оздоровления, очистки организма, соблюдение разнообразный диет, употребление разнообразных пищевых добавок. Такое впечатление, что если не следить (!) за телом, то оно непременно должно подстроить какую-нибудь неприятность. Это чрез-

мерное увлечение строительством и улучшением в соответствии с идеалами моды своего тела (бодибилдинг, косметологические операции, чрезмерное, компульсивное увлечение косметикой и модной одеждой). Тело должно соответствовать некоторым идеалам. Это и проблемы со здоровьем в связи с непомерным совершенствованием, возложенным на несчастное тело (запрет на спонтанность в эмоциях с формированием мышечного панциря и психосоматическими заболеваниями). Этот конфликт проявляется в трех вариантах:

- Конфликта между требованиями "Маски Идеального Тела" и "Маски Спонтанного Тела"
- Конфликта между требованиями "Маски Идеального Тела" и "Маски Реального Тела".
- Конфликта между требованиями "Маски Идеального Тела", "Маски Спонтанного Тела" и "Маски Реального Тела".

2. Истерический конфликт телесности – это невозможность получить удовольствие, наслаждение и радость от своего тела. Есть определенный разумный предел на получение удовольствий, связанный как с физиологическими, так и с психологическими ограничениями. Тело жестоко мстит, если его нещадно начинают использовать для получения удовольствия (излишняя полнота, нарушения работы желудочно-кишечного тракта при переедании, венерические заболевания при неумеренной, беспорядочной половой жизни, зависимость от психоактивных веществ). Это и известные истерические реакции при невозможности получить желаемое, и конверсионные соматические расстройства (от импотенции и фригидности до анорексии и бронхиальной астмы). Реальное тело хранит в мышечных зажимах следы неотреагированных "Эго" эмоций, и это также не позволяет переживать истинную радость и полное наслаждение. Этот конфликт телесности проявляется в виде:

- Конфликта между желаниями, прихотями "Маски Спонтанного Тела" и требованиями "Маски Идеального Тела".
- Конфликта между желаниями, прихотями "Маски Спонтанного Тела" и "Маски Реального Тела".
- Конфликта между желаниями, прихотями "Маски Спонтанного Тела", требованиями "Маски Идеального Тела" и "Маски Реального Тела".

3. Неврастенический конфликт телесности – это проблемы личности, живущей во имя прагматических целей (деньги, карьера, успех), в результате забывающего о реальных телесных потребностях. В результате тело начинает жить как автомат, как робот, ограниченное рамками целесообразности. Человек не ест, а поглощает пищу, читая при этом газету или поддерживая светскую беседу. Не любит, а поддерживает здоровье, так необходимое для дела, или думает о более важных вещах, – к примеру, о прохождении платежных документов в своей фирме. Рациональное начало, столь сильное в современном западном человеке приводит к тому, что переживания становятся бледными. Неотреагированные эмоции, зажатые

его рациональным началом, приводят к формированию мышечных блоков и развитию психосоматических проблем. Этот конфликт телесности проявляется в виде:

- Конфликта между рациональностью "Маски Целесообразного Тела" и возможностями "Маски Реального Тела".
- Конфликта между рациональностью "Маски Целесообразного Тела" и подавленными прихотями "Маски Спонтанного Тела".
- Конфликта между рациональностью "Маски Целесообразного Тела", возможностями "Маски Реального Тела" и подавленными прихотями "Маски Спонтанного Тела".

Для краткости далее в тексте мы будем опускать "Реальное Тело", тем не менее, постоянно подразумевая его.

Здоровая личность целостна. Она не строит границ внутри себя, и не окружает Эго непрступной стеной, которая отделяла бы ее от тела. Для невротической личности возведение подобных границ и создание иллюзорного "Психологизированного тела" является обычным явлением. "Тень Тела" периодически о себе напоминает истинными телесными потребностями. Если голос "Тени Тела" остается неслышимым для "Эго", остается еще один способ – напомнить о себе болью (болезнью).

4. Психологические конфликты межличностного уровня.

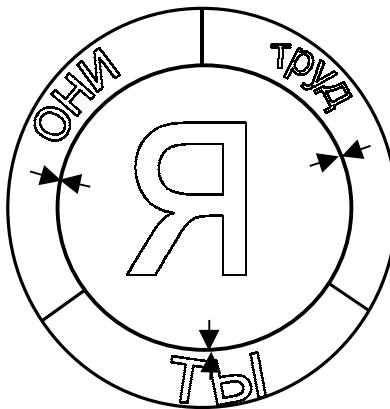
Следующий уровень психологического конфликта – это межличностный. Взаимодействие между личностью в целом и социальным окружением можно представить в виде следующей схемы, в основу которой легла система отношений [4, 5, 6, 7, 8]. В центре этой схемы находится Я (целостное или раздробленное Эго). Я окружено следующими образованиями: Ты (близкие люди, семья, знакомые, друзья, сотрудники, соседи), Они (незнакомые, посторонние люди) и Труд (деятельность, которой занимается человек). В этой системе также можно наблюдать следующие варианты психологического конфликта (см. рисунок № 5).

Рассмотрим подробнее представленные варианты психологического конфликта на межличностном уровне.

1. Первый вариант психологических конфликтов (конфликт между позициями "Я" и "Ты") своими корнями уходит в детство. Человек, стремящийся идентифицировать себя со своим близким окружением, не получает психологической и физической поддержки извне, начинает испытывать комплекс неполноценности. Можно выделить три способа реализации этого конфликта:

- Конфлиktом первой степени будет берновский вариант "Я" +, "Ты" -. При этом самооценка "Я" повышается за счет низведения позиции "Ты" (гиперкомпенсация). В результате личность, используя первый эшелон психологических защитных механизмов – внешние механизмы ("силы быстрого реагирования"),

Рисунок № 5. Схема межличностных психологических конфликтов.



проецирует свои негативные полярности вовне, на людей, входящих в круг непосредственного общения. Дезадаптация на уровне межличностного общения с ближайшим, значимым окружением.

- Конфликтом второй степени будет вариант “Я” -, “Ты” +. При этом конфликт решается признанием своей несостоятельности. Конфликт перемещается внутрь “Я”, и начинают работать внутриличностные системы психологической защиты. Дезадаптация наступает на уровне “Я” (включая конфликты внутри “Эго”, описанные ранее, и конфликты “Эго” и “Тела”). Для окружающих особых видимых проблем не возникает.

- Конфликт третьей степени, самый неблагоприятный для личности – это наиболее неблагоприятный вариант “Я” -, “Ты” -. Подобная позиция – это избыточно работающие механизмы психологической защиты, приводящие к нарушению внутри- и межличностного гомеостаза. Дезадаптация как на уровне межличностных отношений (с непосредственным ближайшим окружением), так и на уровне “Я” (включая все варианты “Эго” - конфликтов и конфликтов “Эго” и “Тела”).

2. Второй вариант психологических конфликтов (конфликт между позициями Я и Они) также уходит корнями в проблемы самооценки.

- Конфликт первой степени “Я” +, “Они” -. Проецирование негативных сторон “Я” на людей, находящихся за пределами непосредственного общения (защитные системы первого уровня “быстрого реагирования” эффективно работают). Дезадаптация на уровне потенциального межличностного общения (невротическое избирательное ограничение себя в контактах).

- Конфликт второй степени – это вариант “Я” - “Они” +. Капитуляция “Я”, перемещение межличностного конфликта внутрь “Я”. Включаются внутриличностные защитные механизмы. Дезадаптация на уровне “Эго” - все варианты внутриличностного конфликта Эго.

- Конфликт третьей степени – “Я” -, “Они” -. Дезадаптация как на уровне потенциального межличностного общения, так и на уровне “Я”. На уровне “Я” возможны все вышеописанные варианты конфликтов внутри “Эго” и “Эго” и “Тела”.

3. Третий вариант психологических конфликтов (конфликт между позициями Я и Труд). Труд – это отношение к предметной деятельности. Деятельность представляет реализацию ядра личности, его иерархизированных мотивов, как основных побудителей деятельности [1, 2, 5].

- Конфликт первой степени представлен в отношениях “Я”+, “Труд” -. У личности основным ориентиром в предметной деятельности являются лишь материальные или иные результаты труда. В результате приходится заниматься совсем не тем, что могло бы принести повседневную радость и удовольствие от самого процесса деятельности. Человек начинает постоянно испытывать при этом психологическое напряжение. Человек осознает, что это не его дело, но – деться некуда, надо же этим заниматься во имя какой-то более или менее ясной цели.

- Конфликт второй степени представлен в отношениях “Я” -, “Труд” + представляется более дезадаптивным для личности, поскольку сопровождается более выраженными внутриличностными проблемами. Конфликт перемещается больше в сторону “Я”. Всплывают внутриличностные конфликты как внутри “Эго”, так и между “Эго” и “Телом”. Восприятие себя как неблагополучной личности, вместе с тем, создает предпосылки для психотерапевтической работы, хотя личность может производить впечатление проблемной по сравнению с конфликтом первой степени.

- Конфликт третьей степени наиболее неблагоприятен, поскольку не оставляет возможности для компенсации: “Я” -, “Труд” -. Человек может упорно заниматься неблагодарной работой, не приносящей нередко ни морального, ни материального удовлетворения. Дезадаптация как на уровне деятельности (“Труд”), так и на уровне личности (наличие всех вариантов внутриличностных конфликтов).

5. Надличностный уровень психологического конфликта.

На этом уровне можно выделить следующие базовые конфликты надличностного уровня:

1. Трансперсональные конфликты [9] следует относить:

- неинтегрированный негативный доличностный

(перинатальный) опыт;

- вытесненные негативные проблемы коллективного бессознательного.

2. Экзистенциальные конфликты:

- переживание тотальной нехватки, или потери, основного смысла существования, фрустрация воли к

смыслу [10];

- низведение любви до низшей ступени на лестнице, ведущей к спасению души, с превращением ее в способ подчинения слабых [12];

- отсутствие свободы принятия решений, свободы воли.

Рисунок № 6. Структура психологических конфликтов надличностного уровня



3. Конфликты в гуманистической сфере - это не решенные в процессе индивидуальной биографии препятствия в развитии [11, 13]:

- неспособность актуализировать (задействовать), сохранять и укреплять организм как средоточие опыта, проявляя самость;
- невозможность удовлетворять свои нужды как данные ему в опыте в его поле восприятия;
- неспособность ассимилировать пережитый

опыт.

1. Конфликты уровня Духовности.

Проявлению истинной духовности, как видно из рисунка № 7, препятствуют идеологические, философско-научные и конфессиональные догмы. Догматический вал, окружающий индивидуума – это квинтэссенция невротических механизмов, препятствующих дальнейшему личностному духовному росту.

Рисунок № 7. Конфликты уровня Ума.



Догматизм в любой сфере, исключение научной, общественной или религиозной дискуссии, нетерпимость, борьба с инакомыслием, нежелание приобретать иной опыт, изучать его только потому, что это противоречит сложившейся, устоявшейся, общепринятой парадигме – все это является своеобразным выражением сопротивления, которое препятствует любому изменению взглядов, неизбежно сопровождающим-

ся расширением сознания. Неслучайно догматизм всемерно поощряется в обществе или в его группировках, которые затормозились в своем развитии и с невротическим упорством цепляются за незыблемость существующих традиций.

Такой предлагаемый подход - спектральный анализ психологического конфликта, позволяет более полно понять природу, уровни, варианты и механизмы

психологического конфликта. Это представляется важным для выработки адекватной психотерапевтической стратегии при работе с неврозами и заболеваниями, в основе которых лежат невротические механизмы (психосоматические заболевания, аддикции, поведенческие расстройства, расстройства личности).

Литература:

1. Карвасарский Б.Д. *Медицинская психология*. Л., Медицина, 1982, 272 с.
2. Карвасарский Б.Д. *Психотерапия*. М., Медицина, 1985, 304 с.
3. Карвасарский Б.Д. *Неврозы. Руководство для врачей. Издание второе, переработанное и дополненное*. М., Медицина, 1990. - 573 с.
4. Литvak М.Е. *Из ада в рай. Избранные лекции по психотерапии*. Учебное пособие. "Феникс", Ростов-на-Дону, 1997, 440 с.
5. Литvak М.Е. *Если хочешь быть счастливым. Учебное пособие по психотерапии и психологии общения. Издание второе, переработанное и дополненное*. Ростов-на-Дону, Феникс, 2000, 604 с.
6. Макаров В.В. *Избранные лекции по психотерапии*. Екатеринбург, Деловая книга, 1999.
7. (Berne E) Берн Э. *Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы*. Перевод с английского. Общая редакция доктора философских наук
8. (Berne E) Берн Э. *Групповая психотерапия*. М., Академический проект, 2000, 464 с.
9. (Grof S.) Гроф С. *Психология будущего. Уроки современных исследований сознания. Издательство Института трансперсональной психологии*. М., 2001, 458 с.
10. (Frankl V.E.) Франкл В. *Смысл логотерапии. // Техники психотерапии и консультирования. Тексты*. / Ред. и сост. У.С.Сахакян. Пер. с англ. М., Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2000, с. 279-285.
11. (Maslow A.H.) Маслоу А. *Психология бытия. Перевод с английского*. М., "Рефл-бук", К., "Ваклер", 1997, 304 с.
12. (May R.) Мэй Р. *Любовь и воля. "Рефл-бук", "Ваклер"*, 1997, 376.
13. (Rogers C.R.) Роджерс К. *Клиентоцентрированная терапия. Перевод с английского*. М.. "Рефл-бук", К., "Ваклер", 1997, 320 с.
14. (Wilber K.) Уилбер К. *No Boundary. Eastern and Western Approaches to Personal Growth*. SHAMBHALA. Boston & London, 1979, P. 175.
15. (Wilber K.) Уилбер К. *Вечная психология: спектр сознания. // Paths beyond ego. The transpersonal vision*. Edited by Roger Walsh and Frances Vaughan. Перевод с английского М.Папуша, Е.Поле и К.Андреевой. Издательство Трансперсонального Института. М., 1996, с. 37-49.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВНУШАЕМОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПНОСУГГЕСТИИ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

А.В.Ротов, В.А.Ротов, Д.В.Балановский

г. Томск

Определение внушаемости у лиц с избыточной массой тела рассматривается как необходимая составляющая при проведении психотерапевтических мероприятий по снижению веса [6].

В целях соблюдения клинического системного подхода к изучению внушаемости были подобраны информативные и широко известные тесты по определению гипнабельности. Наиболее соответствующими целям такого исследования можно считать шкалу-опросник для определения индивидуальной гипнабельности по Е.С.Каткову [2], тест Курта Таппервайна (1997) на определение ситуационной гипнабельности индивида [1].

В строгом смысле, примененные нами методики нельзя считать методиками на определение гипнабельности, скорее они отражают наличие внушаемости у пациентов. Ведь гипноз – это временно измененное состояние сознания с торможением функций индивидуального контроля и самосознания, характеризующееся сужением объема сознания, наличием “стороже-

вой зоны” для связи с внешним миром и резкой фокусировкой на содержании внушения [4]. По И.П.Павлову [3], гипноз – это парциальный сон. Он представляет собой промежуточное, переходное состояние между бодрствованием и сном, при котором на фоне заторможенных с разной степенью интенсивности участков головного мозга, присутствует бодрствующий, “сторожевой” пункт в коре больших полушарий, обеспечивающий возможность связи (раппорта) между гипнотизером и гипнотиком.

Внушение - или суггестия – процесс воздействия на психическую сферу человека, связанный со снижением сознательности и критичности, отсутствием активного понимания, развернутого логического анализа и оценки. Под внушением понимают различные способы верbalного и неверbalного эмоционально окрашенного воздействия на человека с целью создания у него определенного состояния или побуждение к определенным действиям.

Рассматривая психофизиологические механизмы гипноза, мы различаем 2 стороны этого вопроса. Первая – это механизм развития гипнотического торможения как такового. Вторая – это условия и предпосылки действия словесных внушений в гипнозе, т.е. механизм реализации словесных внушений. Таким образом, психофизиологические механизмы гипнотических явлений включают те естественно сложившиеся функциональные системы, которые связаны с процессом нормальной повседневной жизнедеятельности человека. Это означает, что психические явления, составляющие сущность гипноза, основываются не на каких-то специфических или необычных для организма воздействиях и условиях, а на привычных, естественных и потому совершенно безвредных для здоровья. Гипнотерапия – писал Л.П.Гримак в 1989 году – один из разделов физиологии высшей нервной деятельности человека. Таким образом, для того, чтобы изучить более или менее “чистое” гипнотическое воздействие, нам необходимо было дополнить вышеперечисленные методики пробами на гипносуггестию – “падение вперед-назад” и “сцепление рук” [5]. Интерпретация этих тестов проводилась по методике Е.С.Каткова, что позволило нам сравнить полученные результаты. Забегая вперед, можно констатировать, что результаты первых двух тестов достоверно не отличались от гипносуггестивных проб.

Нами было обследовано 110 пациенток, проходивших курс психотерапевтического лечения избыточной массы тела в возрасте от 17 до 56 лет. Обследование проводилось однократно в процессе психотерапевтической коррекции избыточной массы тела после 2-хочных сеансов от начала лечения. В течение данного

времени никаких дополнительных медицинских препаратов, влияющих на нормализацию веса, не применялось.

Контрольную группу представляли 22 женщины в возрасте от 18 до 45 лет, которые на момент обследования не имели избыточного веса и были удовлетворены массой своего тела, не предъявляли жалоб на здоровье, не состояли на учете в лечебных учреждениях, а также не подвергались психотерапии, но тестировались на наличие гипнабельности.

Для установления взаимосвязи между гипнабельностью и снижением избыточного веса нами изучались следующие параметры: возраст, вес, рост, снижение веса после 2-х сеансов психотерапии, включающих в себя 7–8 гипнотических наведений, а также наличие гипнабельности по Е.С.Каткову и К.Таппервайну и гипнотическим пробам.

При проведении тестирования на наличие гипнабельности, было установлено, что наибольшее число женщин имели легкую и среднюю степень гипнабельности, что составляет 96,3% от общего числа выборки. 4 человека имели глубокую степень гипнабельности, что составляет 3,7%. В контрольной группе наблюдалась аналогичные результаты – легкая и средняя степень гипнабельности преобладала у 95,5% обследованных, глубокая степень гипнабельности – у 4,5%. Лица, абсолютно негипнабельные отсутствовали в обеих группах.

Проведенный нами анализ полученных результатов позволил установить зависимость снижения веса от показателей гипнабельности и от возрастных показателей обследованных. Полученные данные представлены в таблицах 1 и 2.

Сравнение показателей гипнабельности в возрастных группах ($M \pm m$)

| Группы | Возраст | Вес | Снижение веса | Рост | Гипнабельность | | |
|-----------------|-----------|----------|---------------|----------|----------------|----------|-----------|
| | | | | | 1 | 2 | 3 |
| До 25 лет | 20,8±0,8 | 79±3,0 | -2,7±0,5 | 164±1,2 | 0,22±1,2 | 0,67±0,2 | 0,11±0,1 |
| От 25 до 40 лет | 32,5±0,5 | 88±2,0 | -2,5±0,1* | 165±0,8 | 0,14±0,04 | 0,8±0 | 0,04±0,02 |
| Более 40 лет | 47,1±0,01 | 89±0,05* | -2,3±0,05* | 161±0,09 | 0,33±0,09 | 0,7±0,09 | 0 |

* достоверные различия по сравнению с младшей возрастной группой (до 25 лет)

Сравнение показателей гипнабельности в группах по количеству снижения веса ($M \pm m$)

| Группы | Возраст | Вес | Снижение веса | Рост | Гипнабельность | | |
|------------------|----------|----------|---------------|---------|----------------|----------|-----------|
| | | | | | 1 | 2 | 3 |
| До 1,5 кг | 35,5±1,7 | 87±3,0 | -0,99±0,03 | 165±0,1 | 0,3±0,2 | 0,7±0,09 | 0,03±0,03 |
| От 1,5 до 4,0 кг | 35,0±1,1 | 87±2,0 | -2,5±0,07* | 163±0,9 | 0,2±0,04 | 0,8±0,05 | 0,05±0,02 |
| От 4,0 кг | 36,0±2,0 | 91,3±5,0 | -4,8±0,4* | 164±1,9 | 0,21±0,1 | 0,8±0,1 | 0 |

* достоверные различия по сравнению с группой похудевших до 1,5 кг

Сравнивая возрастные изменения со стадиями гипнабельности и снижением веса (таблица 1), можно заключить, что показатели веса достоверно отличаются в младшей возрастной группе (до 25 лет) от значений этих же показателей в средней (25-40 лет) и старшой (более 40 лет) группах. Вторая стадия гипнабельности наблюдается у большинства обследованных во всех возрастных группах и достоверно отличается от 1-й и 3-й стадий в этих же возрастных группах. Среднее снижение веса во всех возрастных группах составляло примерно 2,5 килограмма. В старшей возрастной группе установлено достоверно меньшее снижение массы тела, что можно объяснить более высокой мотивацией в младших возрастных группах и возрастными изменениями организма в старшей группе.

В таблице 2 показано, что глубокая стадия гипнабельности не установлена у лиц, похудевших более чем на 4 килограмма, что подтверждает мнение ряда исследователей об отсутствие тесной взаимосвязи между глубиной гипноза и внушением, от которого и зависит эффективность гипносуггестии.

Таким образом, проверка на гипнабельность пациентов с избыточной массой тела, пришедших на психотерапию ожирения без какого-либо предварительного отбора показала, что абсолютно все пациенты являются гипнабельными. Состояние глубокого гипноза отсутствует у пациентов с возрастом более 40 лет и у похудевших на 4 и более килограмма. Тем не менее, психотерапевтическое внушение, вне зависимости от стадии гипнабельности, реализуется полностью и позволяет им похудеть уже после 2-ого ночного сеанса в среднем от 1 до 5 килограмм. Это объясняется, на наш взгляд, высокой внушаемостью и мотивацией пациентов, а также эффективностью применяемой в "Биоинтермеде" методики похудения. Поскольку гипнабельность является одним из свойств личности человека и все психически здоровые люди могут быть подвергнуты гипносуггестии [2, 5], то применение гипноза в терапии ожирения, с учетом показаний и противопоказаний, присущих этому методу, следует считать обоснованным, целесообразным и достаточно эффективным.

ВЫВОДЫ

1. Установленная абсолютная гипнабельность пациентов с избыточной массой тела подтверждает необходимость применения гипносуггестивных методов психотерапии. Применение гипноза в терапии ожирения следует считать обоснованным, целесообразным и достаточно эффективным. Вторая стадия гипнабельности наблюдается у большинства обследованных и является доминирующей во всех изученных группах.

2. Гипнабельность у женщин, имеющих избыточную массу тела, не превышает показателей гипнабельности у женщин с нормальной массой тела. Наличие одинаковой гипнабельности у пациентов с избыточной массой тела, прошедших 2 психотерапевтических сеанса, включающих в себя 7-8 гипнотических наведений и у лиц контрольной группы показывает, что использование гипнотехник в психотерапии ожирения не формирует зависимое от гипноза состояние и не увеличивает гипнабельность пациентов.

3. Установлено снижение веса в пределах 2,5 кг во всех возрастных группах уже после 2-ого психотерапевтического сеанса.

4. В группе женщин старшего возраста (40 лет и более) установлено достоверно меньшее снижение массы тела, которое можно объяснить возрастными изменениями в старшей группе и высокой мотивацией к похудению в младшей возрастной группе (до 25 лет).

Литература:

1. Курт Теннервайн Высшая школа гипноза. Гипноз- Самогипноз.- Ростов-на-Дону. Изд-во "Феникс", 1997- 464 с.
2. Мышилев С.Ю. Гипноз. Личное влияние? - СПб.: 1994. -334 с.
3. Павлов И.П. Лекции о работе больших полуширин головного мозга. М., 1958 – 327 с.
4. Ротов А.В. Классический гипноз и внушение - Методическое указание. – Томск, 1999 – 31 с.
5. Слабодяник А.П. Психотерапия, внушение, гипноз.- Киев. Гос. Мед. Изд-во УССР, 1963 - 349 с.
6. Шурыгин Д.Я., Вязицкий П.О., Сидоров К.А. Ожирение. – Л.: Медицина, 1980. – 263 с.

О ВЛИЯНИИ ДАТЫ РОЖДЕНИЯ НА СОМАТИЧЕСКУЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПРИ ИЗМЕНЕНИИ СОЛНЕЧНОЙ АКТИВНОСТИ

А.Ф.Троицкий

Условные обозначения:

M_{cp} – среднее арифметическое для несгруппированной выборки;

s - исправленная дисперсия;

K_a – отношение кол-ва обращений на одного пациента в год активного Солнца к количеству обращений

на одного пациента в год спокойного Солнца (для рожденных в год активного Солнца);

K_c – то же, что и K_a , но для рожденных в год спокойного Солнца;

O_a – количество обращений в год на одного пациента для рожденных в годы активного Солнца;

O_c - количество обращений в год на одного пациента для рожденных в годы спокойного Солнца;

t – коэффициент Стьюдента;

\bar{K}_a ; \bar{O}_a ; \bar{K}_c ; \bar{O}_c – среднеарифметические значения указанных величин;

P - вероятность надежности (достоверность).

Известный факт повышения соматической заболеваемости при повышении солнечной активности не нуждается в доказательстве и подробно описан еще А.Л.Чижевским [5]. Однако влияние даты рождения на соматическую заболеваемость обычно не рассматривается.

Автор не нашел подобных данных в доступной литературе и по своей инициативе провел статистический анализ. Материалом для анализа послужили 2176 амбулаторных карт взрослых пациентов. Для каждого пациента выписывалась дата рождения и даты обращений к врачу, зафиксированные в “листе уточненных диагнозов”. Эти первичные обращения к врачу в данном году или впервые в жизни составили 11326 случаев. Для расчетов были приняты годы активного Солнца: 1915, 1926, 1937, 1938, 1947, 1948, 1949, 1958, 1959, 1969, 1970, 1980, 1981, 1992, 1993 [3,4].

Общая выборка была разбита на 7 меньших выборок по 310—311 карточек. Затем в каждой выборке было выделено две группы пациентов: родившиеся в годы активного Солнца и родившиеся в годы спокойного Солнца. Результаты расчетов приведены в Таблице 1 и Таблице 2.

В среднем, родившихся в годы активного Солнца приходится на 24,7% больше, чем родившихся в годы спокойного Солнца, исходя из данных выборки. Оказалось, что эта пропорция справедлива только для пациентов. Из демографических данных известно, что с 1966 по 1997 г.г. среднее число родившихся в годы спокойного Солнца по району 12,54 на 1000 населения. Для родившихся в годы активного Солнца эта цифра – 12,35. Разница (0,19) недостоверна. Можно предположить, что рожденные в годы активного Солнца болеют чаще.

Повышение количества заболеваний и обострений в годы активного Солнца в первой группе (1,34) меньше, чем во второй (1,52), что говорит о лучшей адаптации первой группы пациентов. Действительно, в годы активного Солнца к врачам на 15.08% чаще обращаются рожденные в годы спокойного Солнца, чем те, кто родились в годы активного Солнца. Эта разница весьма достоверна ($0.01 < r < 0.02$) (для подсчета количества лет, прожитых всеми пациентами, к дате рождения прибавляли 15 лет и от этой даты вычисляли количество дней до даты последней выборки – 25.04.98, затем делили на 365.25, эти числа суммировались по всем пациентам выборки).

Условия воздействия на человека солнечной активности изменяются в течение года. Долгота светового дня выбрана здесь одним из таких условий. Исходя из этого, обе группы карточек в каждой выборке были разделены по признаку времени года (дате рождения). Получилось четыре подгруппы в каждой группе: родившиеся с 7.05 по 6.08; с 7.08 по 6.11; с 7.11 по 6.02 и с 7.02 по 6.05. В середине каждого из приведенных кварталов – даты летнего и зимнего солнцестояния, весеннего и осеннего равноденствия.

Результаты расчетов представлены в Таблице 3. Для наглядного представления о пропорциях факторов K и O диаграммы выполнены в одном масштабе (рис. 1-4) и дополнены Таблицей 4.

Из-за малых выборок, получившихся после дробления поквартально родившихся в годы активного Солнца, разница величины критерия K_a недостоверна. Есть некоторая тенденция увеличения чувствительности к перепадам солнечной активности у родившихся с 7.08 по 6.11 в годы активного Солнца. По фактору O_a (рис. 2) видно, что больше болеют родившиеся с 7.02 по 6.05 и с 7.08. по 6.11.

Группы родившихся в годы спокойного Солнца (рис. 3 и 4) более однородны по критерию K_c . На диаграммах преобладает однофазовый характер распределения показателей, в отличие от O_a (рис. 2).

Изложенные данные, безусловно, зависят от выбранных критериев и исходных данных. В частности, важным было бы уточнение критериев солнечной активности и более точные даты, до месяцев и недель.

Выводы:

1. Дата рождения влияет на заболеваемость в течение жизни
2. Родившиеся в годы активного Солнца менее чувствительны к повышению солнечной активности.

Выражаю благодарность сотрудникам ЦРБ и всем, помогавшим в компьютерной обработке и оформлении материала, в рецензировании и размещении. Буду признателен за конструктивную критику и предложения о сотрудничестве.

Литература:

1. Журавлева К.И. Статистика в здравоохранении. – М.: Медицина, 1981
2. Колде Я.К. Практикум по теории вероятности и математической статистике. – М.: Высшая школа, 1991.
3. Мизун Ю.Г., Хаснулин В.И. Наше здоровье и магнитные бури. – М.: Знание, 1991.
4. Цесевич В.П. Что и как наблюдать на небе. – М.: Наука, 1984.
5. Чижевский А.Л. Земное эхо солнечных бурь. – М.: Мысль, 1973.

Таблица 1

| | Количество пациентов в выборке | Количество обращений в годы: | | Количество прожитых пациентами лет в годы | | Обращений на одного пациента в год | | K _A | O _A |
|---|--------------------------------|------------------------------|-----------------|---|-----------------|------------------------------------|-----------------|----------------|----------------|
| | | акт. Солнца | спок. Солнца | акт. Солнца | спок. Солнца | акт. Солнца | спок. Солнца | | |
| № графы | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9* |
| Родившиеся в годы активного Солнца | 63 | 75 | 254 | 274,097 | 1377,481 | 0,2736 | 0,1844 | 1,48 | 0,1992 |
| | 66 | 76 | 297 | 304,115 | 1507,255 | 0,2499 | 0,1970 | 1,27 | 0,2059 |
| | 66 | 77 | 286 | 272,079 | 1363,288 | 0,2830 | 0,2098 | 1,35 | 0,2220 |
| | 82 | 85 | 288 | 306,114 | 1558,097 | 0,2777 | 0,1848 | 1,50 | 0,2001 |
| | 72 | 54 | 232 | 258,116 | 1329,013 | 0,2092 | 0,1746 | 1,20 | 0,1802 |
| | 63 | 62 | 225 | 238,089 | 1205,139 | 0,2604 | 0,1867 | 1,39 | 0,1989 |
| | 65 | 56 | 246 | 216,085 | 1112,862 | 0,2591 | 0,2211 | 1,17 | 0,2272 |
| M _{cp} | | | | | | 0,2590 | 0,1941 | 1,34 | 0,2048 |
| 3σ | | | | | | 0,0744 | 0,0495 | 0,12 | 0,0441 |
| Родившиеся в годы активного Солнца | Количество пациентов в выборке | Количество обращений в годы: | | Количество прожитых пациентами лет в годы | | Обращений на одного пациента в год | | K _C | O _C |
| | | акт. Солнца | спок. Солнца | акт. Солнца | спок. Солнца | акт. Солнца | спок. Солнца | | |
| | 248 | 315 | 953 | 1051,849 | 4966,122 | 0,2995 | 0,1919 | 1,56 | 0,2107 |
| | 244 | 382 | 1102 | 1128,465 | 5282,511 | 0,3385 | 0,2086 | 1,62 | 0,2315 |
| | 245 | 329 | 1016 | 1060,873 | 4975,179 | 0,3101 | 0,2042 | 1,52 | 0,2228 |
| | 229 | 290 | 912 | 937,911 | 4411,365 | 0,3092 | 0,2067 | 1,50 | 0,2247 |
| | 239 | 281 | 891 | 1037,591 | 4864,832 | 0,2708 | 0,1832 | 1,48 | 0,1986 |
| | 248 | 316 | 985 | 1048,402 | 4879,310 | 0,3014 | 0,2019 | 1,49 | 0,2195 |
| | 246 | 297 | 922 | 952,838 | 4388,728 | 0,3117 | 0,2101 | 1,48 | 0,2282 |
| M _{cp} | | | | | | 0,3050 | 0,2009 | 1,52 | 0,2194 |
| 3σ | | | | | | 0,060 | 0,02093 | 0,21 | 0,0342 |

* гр. 9 – отношение суммы гр.4 и гр.5 к сумме гр.2 и гр.3

Таблица 2

| | | % | t | P |
|-------------|--------|-------|-------|------------------------|
| $K_C - K_A$ | 0,18 | 11,34 | 3,684 | $0,002 < \rho < 0,005$ |
| $O_C - O_A$ | 0,0146 | 6,7 | 1,92 | $0,1 < \rho < 0,2$ |

Примечание: за 100% принято значение O_C

Таблица 3

| Родившиеся в годы активного Солнца | Дата рождения | K_a | | O_a | |
|--|------------------|-------------|----------|------------------|----------|
| | | \bar{K}_a | σ | $\bar{\sigma}_a$ | σ |
| | 7.11 – 6.2 | 1,2116 | 0,604 | 0,0104 | - |
| | 7.2 – 6.5 | 1,2890 | 0,424 | 0,0151 | - |
| | 7.5 – 6.8 | 1,2736 | 0,409 | 0,0109 | - |
| | 7.8 – 6.11 | 1,5000 | 0,474 | 0,0149 | - |
| Родившиеся в годы спокойного Солнца | Дата рождения | K_c | | O_c | |
| | | \bar{K}_c | σ | \bar{O}_c | σ |
| | 7.11 – 6.2 | 1,6068 | 0,216 | 0,0107 | - |
| | 7.2 – 6.5 | 1,4162 | 0,229 | 0,0122 | - |
| | 7.5 – 6.8 | 1,5042 | 0,013 | 0,0127 | - |
| | 7.8 – 6.11 | 1,5591 | 0,033 | 0,0178 | - |

Таблица 4

| | |
|-------------------------------------|------------------------|
| $K_{A1} < K_{A3} < K_{A2} < K_{A4}$ | $\rho > 0,2$ |
| $O_{A1} < O_{A2}$ | - |
| $O_{A3} < O_{A2}$ | - |
| $O_{A2} < O_{A4}$ | - |
| $K_{C2} < K_{C1}$ | $0,1 < \rho < 0,05$ |
| $K_{C2} < K_{C3}$ | $0,02 < \rho < 0,05$ |
| $K_{C3} < K_{C4}$ | $0,002 < \rho < 0,005$ |
| $O_{C1} < O_{C2}$ | - |
| $O_{C2} < O_{C3}$ | - |
| $O_{C3} < O_{C4}$ | - |

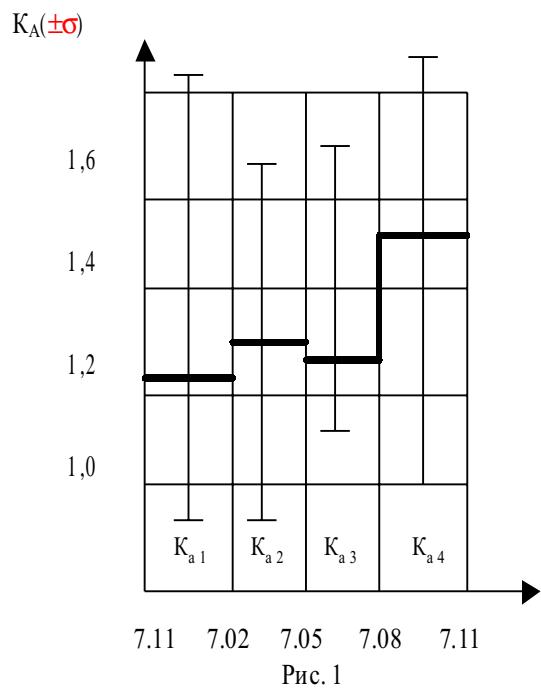


Рис. 1

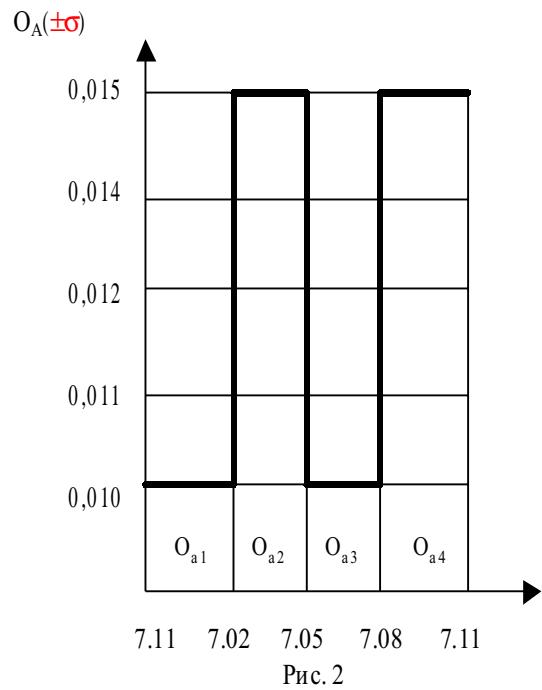


Рис. 2

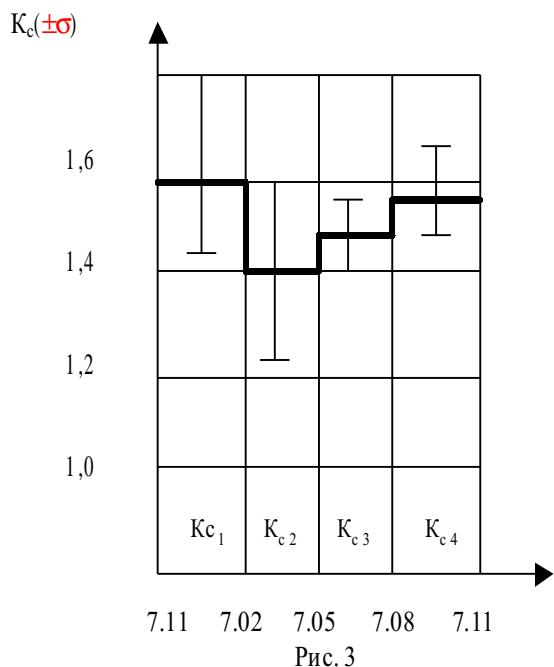


Рис. 3

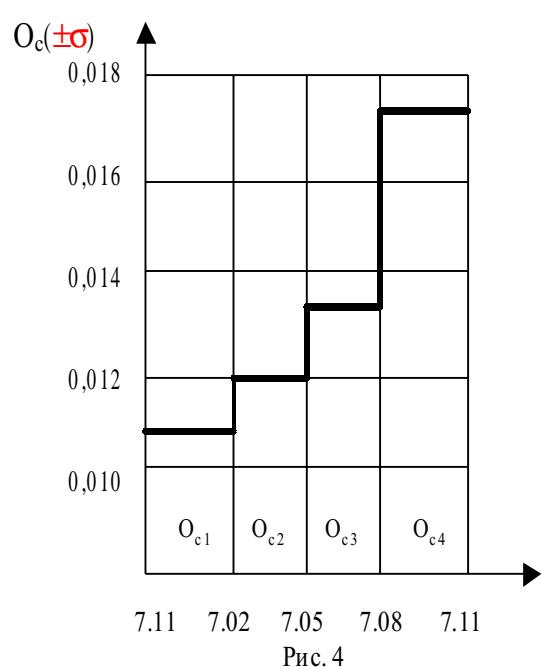


Рис. 4

ПАТОГЕНЕЗ СОСТОЯНИЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ И МЕТОДОЛОГИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

И.А.Чеглова

г. Москва

В настоящее время известно и признано множество психотерапевтических школ и модальностей, каждая из которых исходит из конкретной специфической концепции личности, по своему определяет понятия нормы и патологии, по своему отвечает на вопрос *как возникают нарушения адаптации человека к условиям его существования и как можно ему помочь*, предлагая для этого свой собственный понятийный и методический аппарат. Для формирования мультиmodalной концепции психотерапии, которое происходит сейчас в России [1] представляется важным построение предварительной гипотетической модели возникновения состояний дезадаптации и терапии таких состояний, модели, которая могла бы послужить обобщающим теоретическим подходом к пониманию, систематизации и практическому использованию бесценного методологического и технологического материала, накопленного в рамках отдельных модальностей. Представленная здесь попытка создания такой модели основана на положениях теории П.К.Анохина, описывающей универсальную архитектонику функциональных систем организма, которая применима на всех уровнях организации вплоть до целенаправленных поведенческих актов и, таким образом, может быть взята в качестве теоретической основы для описания механизмов адаптации и дезадаптации на этих уровнях.

1. ИНФОРМАЦИОННАЯ РОЛЬ ЭМОЦИЙ С ПОЗИЦИЙ ТЕОРИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ

Согласно представлениям школы П.К.Анохина [2], отклонение параметра, обеспечивающего нормальную жизнедеятельность, мобилизует соответствующую функциональную систему на осуществление работы, направленной на возвращение этого параметра к оптимальному для метаболизма уровню. При этом возникает сигнал - отрицательная эмоция - и сопутствующее ей состояние мобилизации, которое тем или иным образом отражается в ощущениях. Достижение результата будет сопровождаться появлением положительной эмоции и сопутствующим ей ощущением релаксации. Таким образом, осуществляется наше информационное взаимодействие с собой и миром, при этом, чем важнее для нас и дальше наша потребность от удовлетворения, тем сильнее мобилизующий (отрицательный) эмоциональный стимул.

2. ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИКИ. УСЛОВИЯ ЕЕ ЭФФЕКТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

Определение потребности и контроль ее реализа-

ции составляет задачу *сенсорной сферы*, решаемую на основании сравнения информации, поступающей из внешнего мира и внутреннего пространства организма, с соответствующими данными, хранящимися в памяти (афферентный синтез). При этом выявляются различия, оценивается их величина и знак, и определяется потребность, формирующая акцептор результата действия (структуру, содержащую ожидаемые параметры этого результата). При осуществлении действия происходит непрерывное сравнение параметров достигаемого результата с содержимым акцептора результата (эфферентный синтез), их совпадение является признаком того, что результат достигнут, и служит основанием для прекращения действия. Таким образом, можно считать, что работа сенсорной сферы ориентирована в направлении из настоящего момента в прошлое.

В процессе жизни память человека постепенно заполняется образами "бывшей реальности", формируя особый континуум - индивидуальное прошлое, содержащий в себе:

- характеристики окружающего мира
- характеристики себя самого
- характеристики взаимодействия себя и мира.

В этом континууме каждый образ отнесен к единственному отрезку прошедшего пространства – времени и отмечен соответствующей эмоцией. "В сознании нет собственно прошедшего пространства-времени: оно существует только благодаря своей заполненности образами, которые имеют свои пространственно-временные координаты" [3] и эмоциональные метки. Таким образом, формируется и постоянно корректируется при поступлении новой информации система координат, обеспечивающая ориентировку индивида:

- во времени - благодаря последовательной записи образов событий по мере восприятия этих событий;
- в пространстве - благодаря фиксации расположения предметов по отношению к индивидуальной гравитационно-обусловленной вертикали;
- в окружающем мире (в том числе и в человеческом сообществе) - посредством эмоциональной маркировки образов результатов взаимодействия с этим миром.

В процессе жизнедеятельности человеку приходится решать свои задачи в постоянном взаимодействии с окружающим миром и с людьми как частью этого мира. Каждый результат этого взаимодействия маркируется соответствующей эмоцией и "записывается" в памяти, дополняя уже существующую картину мира. При этом "успешные" взаимодействия, повлекшие за собой положительные эмоциональные оценки, определяют формирование системы целей и ценностей че-

ловека и его представление о себе (через степень успешности в достижении своих целей) и подобающем месте в этом мире, которые, в свою очередь, на некоторой стадии развития личности начинают определять присвоение эмоциональных меток новым восприятиям. Этот процесс в детстве и отрочестве определяется ценностными предпочтениями родителей и значимых других. С точки зрения Н. Sullivan [4], личностная концепция Я вытекает исключительно из тех оценок, которые индивидуум получает в течение своей жизни со стороны значимых для него людей. Тем самым, личность понимается как постоянно заново формирующаяся результирующая субъективно интернализированных прошлых отношений.

Психомоторные процессы (мысли и действия) осуществляются как бы в противоположном (по сравнению с процессами чувственного восприятия) направлении времени: начинаясь в настоящем времени, обращены своим завершением в будущее.

Противоположную направленность психосенсорных и психомоторных процессов можно проиллюстрировать, взяв условно за единицу психосенсорной деятельности чувственный образ восприятия, психомоторной – абстрактную мысль [3] или целенаправленное действие.

Чувственный образ формируется в настоящем времени, одновременно запечатлевая картину мира и собственного “Я” субъекта такими, какие они есть в данном отрезке объективного настоящего времени и пространства. Адекватное их отражение в сознании опосредовано индивидуальным настоящим временем и пространством, если они достаточно актуализированы. Каждый новый образ заполняет собой отрезок времени субъекта, преобразующегося при этом из настоящего в прошедшее. Индивидуальное время и пространство “остаются” в образе в виде пространственно-временных координат.

Мысль в настоящем времени только начинает зарождаться и представляет собой лишь частично случившееся событие психической жизни или частично осуществленное явление, завершение которого возможно лишь в будущем времени. Аналогичным образом, действие начинается в настоящем времени и направлено на получение определенного результата в будущем. При этом действие реализуется эффективно только в случае корректного восприятия субъектом реальных пространства и времени.

Принимая во внимание вышеописанное, можно говорить о наличии пространственно-временной асимметрии психосенсорных и психомоторных процессов в рамках целостной психики. Параллельное, одновременное их осуществление возможно, по-видимому, именно потому, что реализуются они как бы в разнонаправленных временах – настоящем - прошедшем и настоящем – будущем.

Таким образом, **важнейшими условиями нормального функционирования человеческой психики как целого** являются:

1) сопоставимость “территорий” и “карты” (терминология НЛП), т.е. явлений и процессов внешнего мира и представлений о них, хранящихся в памяти индивида;

2) адекватное сопряжение “сенсорного настоящего” и “моторного настоящего” или “объективного настоящего” времен (своевременная актуализация субъективного настоящего времени);

3) сбалансированность (пространственно-временная синхронизация) информационных потоков из внешней среды и внутреннего пространства организма.

Эти условия обеспечивают выявление имеющихся в данный момент времени потребностей организма, выстраивание их иерархии и ее своевременную коррекцию в случае непредвиденных изменений обстановки и/или состояния организма и, соответственно, обеспечение целенаправленной деятельности при минимальной степени напряжения исполнительных механизмов соответствующих функциональных систем. По достижение доминирующего на данный момент результата происходит сравнение его параметров с содержимым акцептора результата действия и, при совпадении, возникает положительная эмоция, далее реализуется следующая по значимости потребность и т.д.

3. СОСТОЯНИЕ ДЕЗАДАПТАЦИИ. ПОНЯТИЕ О ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННОМ ДЕСИНХРОНОЗЕ

Что же происходит в том случае, когда на пути удовлетворения доминирующих потребностей возникают какие-либо препятствия, непреодолимые на данном уровне развития организма? В этом случае смены отрицательной эмоции на положительную не происходит, и “вопрос остается открытым”. При этом чем выше в иерархии находятся неудовлетворенные потребности, то есть чем важнее и неотложнее они для организма, тем интенсивнее отрицательный эмоциональный стимул. Со временем эти стимулы (их мобилизующие отражения в ощущениях или “инteroцептивные компоненты мотивации”), по-видимому, могут накапливаться и суммироваться, и совокупный стимул от нескольких ранее нереализованных потребностей начинает конкурировать с таковым от наиболее актуальной и необходимой для поддержания гомеостаза потребности, что, возможно, приводит к “перегрузке” и сбою в системе, определяющей приоритетность результатов, и, соответственно, порядок мобилизации исполнительных механизмов. При этом вероятны попытки одновременного решения двух (или более) задач, возможно, даже взаимоисключающих, что приводит к “невнятности” запроса к сенсорным системам о тех характеристиках внешней и внутренней среды, динамику которых необходимо отслеживать в ходе реализации потребности (нефункциональность акцептора результата действия) а, соответственно, и к не-

адекватности поставляемой информации и, в конечном счете, к сенсорному конфликту, который может выражаться в нарушениях актуализации индивидуального настоящего времени, как бы “выпадении” из него. При этом внимание может быть сосредоточено в прошлом, в запоздалых попытках решить неактуальные уже проблемы. Тогда отрицательно окрашенные чувственные образы из прошлого, актуализируясь, препятствуют адекватному восприятию окружающей обстановки, постановке целей и планированию деятельности. Человек смотрит на текущую ситуацию и свои возможности через призму того опыта, который был в свое время отмечен негативной эмоцией и в настоящий момент актуализирован вместе с ней. Возможен также вариант сосредоточения на будущем, фантазии, подменяющие реальность.

Наблюдаемое поведение при этом становится все более и более хаотичным, все более и более дезадаптивным. Такое состояние можно в общих чертах описать как *пространственно-временной десинхроноз* (или синдром неудачника), сопровождающийся рассогласованием информационных потоков из внутренней и внешней среды организма, нарушением процессов определения (и осознания) потребностей, мотивации, формирования акцептора результата действия, и, соответственно, рассогласованием деятельности сенсорной и моторной систем, что приводит к специфическому “выпадению” из настоящего времени и объективной реальности.

Эмоциональный фон при этом характеризуется нарастанием тревоги и чувства вины (что может усугубляться уже и отсутствием релаксирующих положительных подкреплений достигнутых результатов вследствие изменения механизмов самооценки и определения доминирующей мотивации - нарушения формирования представления об основных целях своей личности), которые запускают многочисленные механизмы психологической защиты, сущность которых, сводится, вероятно, к игнорированию проблемы и все большему удалению от реальности. Эти механизмы, ослабляя на какое-то время напор негативных ощущений, не способствуют формированию результативного поведения, а, скорее, еще больше его затрудняют, способствуя, таким образом, замыканию порочного круга.

В конце концов из-за нарушения целевых установок, и, соответственно, хаотичности поведения, существенно затрудняется достижение результатов жизнеопределяющих, гомеостатических функциональных

систем, что приводит к лавинообразному нарастанию отрицательных эмоций и сопутствующих им мобилизующих ощущений (тревога-страх-ужас). Наступает кризисное состояние, срыв адаптации, которое характеризуется сужением информационного поля и крайней степенью мобилизации психомоторных процессов - психомоторным возбуждением при постоянной отрицательной эмоциональной стимуляции. Возможны значительные метаболические сдвиги, резкие вегетативные реакции. При этом человек прекращает импортировать из прошлого чувственные образы и полностью концентрируется во внутреннем настоящем времени, оно как бы гиперактуализируется. В этот период возможен запуск второго компенсаторного механизма - отказа от учета информации, который кажется несоответствующим тем потребностям, которые все-таки решаются (оттормаживание “недостоверной” информации от аппарата принятия решений при нарушениях межсенсорных взаимодействий). Этот механизм описан, например, в условиях приспособления организма к невесомости и фактически представляет собой формирование функциональной деафферентации¹ [5].

На этом этапе возможно применение симптоматической терапии, отдых, какое-то другое воздействие, которое притупляет негативные ощущения, не устраняя их причины и не изменяя ценностных и личностных установок, воздействует на уровне внешнее окружение - поступок. При этом достигается временное облегчение, ремиссия, которая, при воздействии стрессогенных факторов может опять смениться обострением. В случаях, когда дезадаптированное существование человека продолжается достаточно долго, или сила стрессорного воздействия достаточно велика, уровень нарушений в структуре личности² повышается. Сначала, очевидно, отмечается дискомфорт в отношениях с внешним окружением, затем неадекватные поступки, что приводит к нарушению оценки человеком своих способностей, формированию дезадаптивных или конфликтующих убеждений и ценностей, и, наконец, глубоким кризисом идентичности. Дальнейший “сценарий” жизни, скорее всего, зависит от возраста, в котором произошел срыв адаптации и конституциональных особенностей индивида.

При “невротическом” сценарии указанные процессы ведут к формированию невротического развития личности или невроза. При “соматическом” сценарии развиваются психосоматические заболевания, когда человек меняет поведение, уходя в болезнь, сживаясь

1 В условиях невесомости вестибулярный аппарат перестает обеспечивать ориентацию в пространстве. Импульсация от отолитов становится неинформативной, приводя к гиперстимуляции симпатоадреналовой системы и обуславливая, в сочетании с уменьшением общего потока аfferентации (в частности, опорной), и краиальный перераспределением жидкостей развитие симптомов космической болезни движения. При адаптации к невесомости импульсация от отолитов оттормаживается, т.е. перестает учиться, и вегетативно обусловленные симптомы космической болезни движения постепенно затухают, а ориентировка в пространстве и управление движениями осуществляется иначе, чем на Земле. Не исключено, что сама по себе гиперактивность вегетативной нервной системы, имеющая место в условиях дезадаптации, может служить причиной оттормаживания аfferентации от органов-мишеней, что, вероятно, и приводит к развитию сенестопатий и соматизации конфликта.

2 Р.Дилтс [6] различает следующие логические уровни организации поведения: внешнее окружение (где и когда?), поступки (что?), способности (каким образом?), убеждения и ценности (почему?), идентичность (кто?).

с ней и определяя себя как больного, что характеризуется гиперактуализацией внешнего будущего, нацеленность на бесконечное лечение и отсутствием представления о его результатах, невозможностью формирования представления о себе как о здоровом социально активном человеке.

Возможно также, что аналогичным образом происходит формирование психозов (“психиатрический” сценарий).

4. ИНТЕРИОРИЗАЦИЯ И ЭКСТЕРИОРИЗАЦИЯ ПСИХИКИ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Для далеко зашедших стадий “десинхроноза” характерна повышенная степень актуализации одной из возможных пространственно-временных составляющих целостной психики (внутреннее-прошлое, внутреннее-прошлое, внутреннее-настоящее, внутреннее-настоящее, внутреннее-будущее, внутреннее-будущее), в то время как другие составляющие как бы компартментализируются и “закрываются” для сознания, “выпадая”, таким образом, из системы координат индивида и перекрывая доступ к имеющимся в них ресурсам.

“Отормаживание” информационных каналов от аппарата принятия решений при сенсорном конфликте (понимаемое уже не в физиологическом, а в психологическом смысле, как игнорирование источников ненадежной или травмирующей информации и ориентация на те источники информации, которые кажутся наиболее надежными и наименее травмирующими) может способствовать развитию как **экстериоризации** психики, т.е. ее преимущественной целевой направленности на внешние ориентиры (здравый смысл, мнение значимых других, общечеловеческие ценности), так и **интиериоризации** - исключительной направленности на внутренние ориентиры с игнорированием общественно обусловленных ценностей. Экстериоризация может наблюдаться при неврозах и невротическом развитии личности, психосоматических расстройствах. В прогностическом плане она представляется более благоприятной, т.к. предполагает сохранность критики к своему состоянию посредством сравнения его внешних проявлений (целевых установок, поведения, самочувствия и пр.) с информацией от внешнего мира и, соответственно, осознание потребности в оптимизации своего состояния, лечении, социальной адаптации. В случае интиериоризации механизм сравнения, по-видимому, отсутствует или неэффективен, что может объяснить трудности, возникающие при лечении таких расстройств как аутизм, алкоголизм, наркомания.

Важно отметить, что в случаях экстериоризации, когда при достаточно длительном существовании в условиях пространственно-временного десинхроноза (и, соответственно, хронического “недосоответства” результатов многих функциональных систем различного уровня характеристикам акцепторов результата) сохраняется т.н. “kritika k swoemu sostoyaniyu”, т.е.

отрицательная эмоциональная оценка своей способности к адаптации, создаются предпосылки (“готовый” суммарный акцептор результата действия - совокупность характеристик того, что и как нужно делать, и что при этом получится) к формированию весьма специфической мультипараметрической функциональной системы, призванной нормализовать и сделать управляемым состояние целостной психики и, соответственно, организма в целом. Можно предположить, что окончательное формирование этой функциональной системы у пациента и происходит при помощи психотерапии, что позволяет минимизировать применение лекарственных препаратов и помочь человеку адаптироваться в жизни с учетом его конституционально обусловленных особенностей.

5. ЦЕЛЬ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Описание и исследование механизмов изменений, индуцируемых психотерапией, позволяют ответить на вопрос о том, что происходит, когда в жизни человека появляется новая значимая фигура - психотерапевт. Так, L.Luborsky и J.Schimel [7] выделяют следующие лечебные факторы психотерапии:

- опыт переживания отношений поддержки;
- способность терапевта понимать и реагировать;
- возрастающее самопонимание клиента;
- уменьшение “навязчивости” межличностных конфликтов;
- способность пациента интернализировать достигнутое в процессе психотерапии;
- обретение пациентом большей терпимости по отношению к мыслям и чувствам;
- мотивация к изменению себя;
- способность терапевта предложить ясную, разумную и действенную технику.

M.Lambert, A.Bergin [8] описывают уже около тридцати лечебных факторов, сгруппированных в три категории - поддержка, обучение, действие.

С точки зрения теории общения, принято различать в отдельном коммуникативном акте аспекты содержания и отношения. Взаимоотношения терапевта и пациента не являются исключением. При этом у последнего к моменту их встречи уже имеется целая система сознательных и бессознательных ожиданий, “выношенная” им в ходе личностной истории, начиная с того момента, когда он начал чувствовать и/или осознавать себя “недoadаптированным” к требованиям своей жизненной среды, а также накопившийся за это время мощный эмоциональный стимул. “Недoadаптация” может состоять как в отсутствии конкретных поведенческих навыков, необходимых человеку при избираемом им образе жизни, инфантильности, неразвитости личности в целом, и/или нефункциональности жизненного сценария.

Итак, встречаются две личности, каждая со своим уникальным опытом, своей структурой, ожиданиями

и притязаниями. Задачами терапевта при этом являются:

1) диагностика соответствия проблем пациента своим собственным возможностям, и, при положительном ответе,

2) создание условий для:

- направленного использования эмоционального стимула пациента для достижения изменений (**мотивирование**);

- получения пациентом опыта эффективного взаимодействия с собой и внешним миром (в лице терапевта) - практически это ни что иное, как внушение свободы и безопасности выбора, одновременного воздействия информационных потоков из внутреннего и внешнего пространств, что представляется необходимым для пополнения акцептора результата действия реадаптивной функциональной системы формированием реально пережитого, осознанного, эмоционально положительно окрашенного модельного образа и последующей мобилизации исполнительных механизмов (**интеграция или согласование**);

- эмоциональной переоценки на основе этого опыта значимых ситуаций из прошлого, как бы перекалибровки механизмов определения целей и ценностей, и создания новой, более эффективной системы ориентации в мире (**трансформация**);

- **обучения** новым поведенческим навыкам и практическое их закрепление.

Каждый из терапевтических методов (модальностей) решает эти задачи по-своему. В современной психотерапии сохраняется тенденция различать два основных течения: с одной стороны, это школы и направления, связанные с психодинамическими и гуманистическими теориями, а с другой стороны - с поведенческими, когнитивными, экспериментально-психологическими теориями. Однако, результаты многочисленных исследований [9, 10, 11, 12] показали, что эффективность столь разных по своим теоретическим и методическим основаниям школ примерно равна. Эти данные свидетельствуют о том, что при всей специфике содержательной, методической стороны отношений терапевта и пациента наиболее значимой детерминантой улучшения состояния последнего являются межличностные факторы, которые, скорее всего, являются сходными для всех видов психотерапии.

Теоретические вопросы взаимоотношений терапевта (аналитика) и пациента подробно разработаны в трудах, посвященных организации психоанализа К.Г.Юнга (в особенности, рамкам, переносу и контрпереносу) [13]. Правила, регламентирующие формальную сторону взаимоотношений пациента и аналитика, обусловлены как рациональными причинами (заключение своего рода терапевтического контракта), так и заботой о самом процессе исцеления. Эти правила (форма обращения к аналитику на "вы", его нейтральность, регламентация посещений, требование не встречаться в свободное от сеансов время) призваны создать необходимую дистанцию между аналитиком и паци-

ентом. Поддержание дистанции, по-видимому, обусловлено необходимостью формирования некоего особого межличностного пространства, в которое впишутся затем как содержательный, так и эмоциональный векторы последующих отношений и воздействий, обеспечивающие успешность психической трансформации пациента. При соблюдении этих условий приемная аналитика должна стать настоящим "храмом души" пациента, местом, где его сознание встречается с бессознательным, т.е. настоящее с прошлым, синхронизируя информационные потоки из внешней и внутренней среды человека.

Метод свободных ассоциаций предоставляет для этого прекрасную возможность, предполагая целенаправленное обучение пациента умению расслабиться, актуализировать содержимое своего внутреннего пространства-времени, говорить без опасений абсолютно все, что приходит в голову. Необходимым условием для такого обучения является доверие пациента к аналитику, которое, при их успешном взаимодействии, трансформируется в доверие пациента к самому себе. При этом циркулярное юнганско ассоциирование дает возможность не просто извлечь из конкретного образа абстрактную идею, а непосредственно пережить его, и, изменив при этом травмирующую эмоциональную метку, обеспечить свободный и произвольный доступ к информации, заложенной в нем, и, таким образом, внести коррективы в индивидуальную систему координат и ценностей пациента, повысив ее адаптивность.

Очень ценным представляется и используемый в аналитической работе критерий выбора продолжительности сеанса - должно успеть произойти что-то реальное, у пациента должно быть ощущение законченности действия. Это необходимо для формирования у пациента модели результативных отношений с миром, он получает при этом позитивное подкрепление своих усилий, направленных на исцеление. Той же цели служат и действия аналитика, направленные на поддержание диалога и создание фона, на котором могут раскрываться переживания клиента, а также и юнгансский подход к интерпретации, как к способу обучения клиента входить в контакт со своим бессознательным, доверяться собственным образом, чувствам и фантазиям.

Чрезвычайно важную область терапевтической работы, а именно эмоциональную вовлеченность пациента и аналитика в общий процесс, характеризуют отношения переноса и контрпереноса, подробно изученные Юнгом. Эти отношения представляют собой своего рода активное воображение по поводу друг друга, формирование пространственно-временного континуума, в котором реализуются доверительные личные отношения двух людей. Это дает возможность пациенту в свободных и безопасных условиях (что необходимо для эмоциональной перекалибровки) активно искать и исследовать новые для себя уровни взаимодействия. Существованием у клиента готового акцеп-

тора результата действия гипотетической реадаптивной функциональной системы может объясняться тот факт, что бессознательные реакции пациента часто содержат намеки на объективные ошибки аналитика и указывают на способы их исправления.

Перенос на аналитика позитивных качеств пациента, потенциалов его развития, свидетельствует о том, что в основе переноса лежат здоровье и целостность, которые пациенту нужно сначала увидеть в аналитике, а затем открыть и осознать в себе самом. При этом, индуцируя явления контрпереноса, пациент может вызывать у аналитика именно те бессознательные отклики, которые создают конфигурацию отношений, оптимальную для совершения психической трансформации пациента.

Таким образом, на примере юнгейанского анализа, можно проиллюстрировать тот вклад, который вносят межличностные факторы в терапевтический процесс, инициируя и подкрепляя адаптивные процессы у пациента. Вероятно, те же закономерности (либо некоторые из них) могут быть описаны на основе любого метода психотерапии, при этом специфика отдельных модальностей обусловлена, в основном, содержательными, методологическими аспектами.

Так, например, гипносуггестивная терапия предполагает создание модели поведения путем прямого и непосредственного воздействия на формирование акцептора результата действия посредством внушения, задающего соответствующее направление для осуществления афферентного синтеза (сбора и анализа текущей информации из внешней и внутренней среды организма и содержащейся в памяти). Об этом свидетельствуют результаты исследований, проведенных И.С.Павловым [14]. При этом большое внимание уделяется как техническим вопросам повышения внушиаемости пациента, так и вопросам рациональной проработки его проблем, во время которой действуют и остальные вышеописанные факторы.

В этой связи представляет большой интерес, изложенный В.Е.Рожновым и М.А.Рожновой [15] взгляд на эмоционально-стрессовое воздействие как на способ преодоления негативных воздействий среды на человеческий организм, императивно управляемый моделью необходимого будущего результата. При этом эмоции и воля человека, которые до начала терапии были нацелены на построение и удержание неадекватных болезненных социальных и внутриличностных взаимодействий, обращаются на исцеление человека и создают мотивацию для перехода на новый уровень жизни.

Метод аутогенной тренировки сфокусирован на обучении пациентов релаксации и произвольной синхронизации деятельности сенсорной и моторной сферы, что способствует прекращению апперцепции и, таким образом, актуализации настоящего времени, а подключение воображения (особенно на высшей ступени) позволяет осуществлять необходимую “настройку” эмоций. И этот список, начавшийся наиболее зас-

луженными и испытанными методами психотерапии, можно продолжать дальше и дальше, выделяя в живой ткани каждой методики и элементы направленного использования эмоционального стимула пациента для достижения изменений, и получения опыта эффективного взаимодействия с терапевтом, и эмоциональной переоценки прошлого, и моменты обучения новым поведенческим навыкам, поскольку все методы, - и старые и самые новые, имеют своей конечной целью одно и то же - исцеление души человека, его адаптацию в этом мире, повышение качества его жизни.

ВЫВОДЫ

Сущность психотерапевтического лечения, по видимому, состоит в том, что оно позволяет завершить (а, возможно, и индуцировать) формирование сложнейшей функциональной системы (можно назвать ее, например, системой реадаптации) путем обучения пациента произвольно одномоментно актуализировать обе (внешнюю и внутреннюю) пространственные составляющие настоящего времени, наладить взаимодействие сенсорной и моторной сферы, что создает условия для восстановления целостной психической деятельности. При этом за счет оптимизации эмоциональных меток прошедших событий перекалибровывается индивидуальная система пространственно-временных координат, становясь намного более эффективной в обеспечении соответствия, соотносимости реального мира и его внутренней проекции, “территории” и “карты”, и, соответственно, ориентировки во внешнем и внутреннем мире, что облегчает формирование новых поведенческих навыков. Т.е. в ходе успешной терапии осуществляются такие основные процессы как мотивирование, интеграция, трансформация и обучение.

Основным лечебным фактором при этом можно считать личность психотерапевта, его способность организовать и поддерживать на должном уровне как содержательный (информационный, “воспитывающий” и обучающий) аспект процесса терапии, так и его межличностный (поддерживающий, стимулирующий и дающий бесценный опыт переживания успеха) аспект. Таким требованиям в полной мере соответствует терапевт, определяемый как конгруэнтный профессионал, который “берется за разрешение только тех проблем, которые можно разрешить у данного пациента доступными методами..., повышает свой профессиональный уровень, заботится о сохранении и развитии своей ментальной экологии, профессионально использует концепции и техники разных школ и направлений, принимает ответственность и разделяет ее с клиентами и пациентами, придает большое значение этике в работе”[1].

Литература:

1. Макаров В.В. *Психотерапия нового века. Академический проект, М., 2001.*

-
2. Анохин П.К. Теория функциональной системы./ В кн.: Общие вопросы физиологических механизмов. Анализ и моделирование биологических систем, М., 1970.
3. Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1988. Функциональные асимметрии человека. М., Медицина, 1988.
4. Sullivan H.S., 1953, *The interpersonal theory of psychiatry*. – N.Y.: Norton.
5. Решке М.Ф., Корнилова Л.Н., Харм Д.Л., Блумберг Дж., Пэлоски В.Х., 1997. Нейросенсорные и сенсомоторные функции. В кн. "Человек в космическом полете", т. 3, кн. 2, М., Наука.
6. Дилтс Р., Изменение убеждений с помощью НЛП, М., 1997.
7. Luborsky L., Schimek J., 1964, *Psychoanalytic theories of therapeutic and developmental change: implications for assessment* // Worche P., Byrne T. (Eds) *Personality change*, N.Y.: Wiley.
8. Lambert M., Bergin A., 1994, *The effectiveness of psychotherapy* // Bergin A., Gartfield S. (Eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th ed. – N.Y.: Wiley.
9. Bergin A.E., Lambert M.I., 1978, *The evaluation of therapeutic outcomes*// Gartfield S., Bergin A. (Eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. 2th ed. – N.Y.: Wiley.
10. Beutler L.I., 1979, *Toward specific psychological therapies for specific conditions*// J. of consulting and clinical psychology. 47, 882-892.
11. Goldstein A.P., Stein N., 1976, *Prescriptive psychotherapies*. – N. Y.: Pergamon.
12. Kellner R., 1975, *Psychotherapy in psychosomatic disorders: A survey of controlled outcome studies*// Archives of general psychiatry. 35, 1021-1028.
13. Раевский С.О., Хегай Л.А. , 2000. Методы аналитической психологии К.Г.Юнга // Основные направления современной психотерапии, М, Когито-центр, 100-151.
14. Павлов И.С., Техника гипносуггестивной терапии и аутогенной тренировки. Методическое руководство. М, 1997
15. В.Е.Рожнов, М.А.Рожнова, Мысленная модель психофизиологической архитектоники эмоционально-стрессового внушения // Системный анализ динамики развития процесса эмоционально-стрессового внушения, М, ППЛ, 2001.

ПОНЯТИЕ ОСНОВНЫХ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫХ МОТИВАЦИЙ КАК ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ОСНОВА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ В ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОМ АНАЛИЗЕ

В.Б.Шумской

В настоящее время экзистенциальный анализ представляет собой самостоятельную психотерапевтическую систему [1], имеющую последовательно и полно проработанные теоретические основания, из которых логически вытекают способы работы с широким спектром невротических нарушений и расстройств характера. Основателем направления является Альфред Лэнгле, который возглавляет международное Общество Экзистенциального Анализа и Логотерапии в Вене (GLE). А.Лэнгле долгое время работал с Виктором Франклом и является его учеником. Тем не менее, нельзя сказать, что экзистенциальный анализ в том виде, в котором он существует сейчас, является простым развитием логотерапии Франкла. Логотерапия и теоретические представления Франкла явились отправной точкой для его создания, и в настоящее время логотерапия входит в экзистенциальный анализ как его составная часть. О том, как они соотносятся между собой, будет сказано ниже.

Основные причины, обусловившие необходимость перехода от логотерапии к экзистенциальному анализу, состояли в следующем:

- Из многолетнего опыта психотерапевтического применения логотерапии стало очевидным, что с использованием концепции смысла можно достаточно хорошо помочь людям, которые находятся в кризис-

ных жизненных ситуациях, но при этом психически относительно здоровы. Кроме того, для определённых видов неврозов хорошие результаты даёт применение разработанной Франклом техники парадоксальной интенции. Однако для большинства невротических нарушений и, в особенности, нарушений характера, использование методов логотерапии для получения терапевтического эффекта является недостаточным.

- Франкл не считал, что самопознание должно входить, как необходимая часть, в программу подготовки психотерапевтов [2].

Таким образом, создание экзистенциального анализа было продиктовано стремлением сделать шаг - от логотерапии как дополнения к традиционным методам психотерапии - к отдельному психотерапевтическому методу, применение которого позволяет эффективно помогать пациентам с самым широким кругом нарушений.

На общетеоретическом уровне экзистенциальный анализ разделяет положения, которые являются общими для различных направлений экзистенциальной психологии и основанных на них методах психотерапии: представление о свободе человека (естественно, речь идёт о свободе в определённых границах) и его ответственности, о способности человека к самотрансценденции, представление о мотивации вместо жёсткой

причинной детерминированности, феноменологическая позиция в разработке теории и психотерапевтической практике. Далее, по материалам учебной программы подготовки психотерапевтов, которую профессор Лэнгле ведёт в Москве, начиная с октября 1999 года, коротко излагаются некоторые базовые положения экзистенциального анализа, а также представление о 4-х основных экзистенциальных мотивациях.

Согласно экзистенциальному аналитическому антропологии, нематериальное в человеке подразделяется на 2 части: психическое (влечения, эмоции, настроения, черты личности) и духовное измерения. Духовное измерение человека, или person, обладает следующими специфическими способностями: способностью распознать, почувствовать правильное в ситуации, а также способностью принимать решения и брать ответственность. Основным моментом экзистенциально аналитического способа мышления является рассмотрение человека как находящегося в неразрывной связи с окружающим миром. С этой точки зрения, любая ситуация, в которой находится человек, ставит перед ним вопрос, или обращается к нему с запросом: “Что ты с этим сделаешь? Как ты воспринимаешь эту ситуацию? Как ты будешь вести себя в ней?” И, таким образом, каждая ситуация представляет для человека зону свободы и одновременно призывает его к тому, чтобы он принял решение.

Как направление психотерапии, экзистенциальный анализ занимается прояснением условий и предпосылок для исполненной жизни, как на теоретическом уровне, так и в конкретной работе с пациентами, и ставит своей целью дать человеку способность жить во внутреннем согласии со своими действиями и бытием. Внутреннее согласие подразумевает, что человек имеет внутреннее “да” по отношению к тому, что он делает и чему он даёт состояться – то “да”, которое не только думается, а, в первую очередь, чувствуется. Основной предпосылкой для этого является занятие личностной позиции по отношению к бытию. Поэтому экзистенциальный анализ работает, в первую очередь, с тем, чтобы прояснить личностные решения и занятие позиций – чтобы человек мог вести себя таким образом, чтобы он лично мог отвечать за то, что он делает и чему даёт быть, и отвечать за это перед теми людьми, с которыми он находится в каких-либо отношениях. А отвечать за свои действия и решения человек может только в том случае, если у него присутствует чувство внутреннего согласия, чувство того, что то, что он делает, является, с его точки зрения, правильным.

Главное условие экзистенциального анализа – жить с внутренним согласием, с внутренним “да” – можно дифференцировать на 4 области:

1. “Да” по отношению к миру и его условиям;
 2. “Да” по отношению к тому, как я переживаю жизнь;
 3. “Да” по отношению к себе самому;
 4. “Да” смыслу и будущему.
-

Это означает, что каждый человек в своей жизни сталкивается с 4-мя реальностями различного свойства, которые представляют собой структурные компоненты экзистенции. Одновременно они являются основными, фундаментальными экзистенциальными мотивациями, через которые раскрывается широкая область антропологии, психопатологии и терапии.

Первая экзистенциальная реальность состоит из того простого факта, что человек есть в этом мире. Этот факт – то, что я есть, мотивирует человека к тому, чтобы иметь возможность быть в этом мире. Экзистенциальный вопрос звучит как: “Итак, ты есть здесь. Но можешь ли ты быть?” “Могу ли я, при тех обстоятельствах, в которых я нахожусь, действительно быть здесь? Могу ли я быть в этой семье, в этой социально-экономической ситуации, в этих отношениях с коллегами на моей работе; могу ли я быть с тем телом, которое я имею; могу ли я быть с теми чертами характера, которые у меня есть?” Это может звучать слишком философски и отвлечённо, но может представлять собой совершенно реальную вещь, если что-то не так, например, если у человека сложная родительская семья, сложная биография, или партнёр, который доставляет слишком много хлопот, или есть некоторая серьёзная проблема, которая мешает жить и т.д. Тогда витальном плане может возникнуть чувство: “Я здесь, но у меня больше нет чувства, что я могу быть при этих обстоятельствах”.

В этой экзистенциальной реальности речь идёт о вопросе “быть или не быть”. Самый витальный уровень – это простое физическое выживание. Но, очень близко к этому стоит также выживание психическое, потому что могут возникнуть такие ситуации, в которых мы, в психическом смысле, можем приобрести чувство, что эти ситуации мы не можем выдержать и пережить. И тогда то чувство, которое мы несём в себе, представляет собой: “Здесь, в таких обстоятельствах, я не могу быть. Меня действительно нет”. Или: “Я есть, но мне угрожает опасность. Я не могу занять место в моём мире”. Как результат у человека возникает состояние напряжения: “Я есть в этом мире, но условия нашей реальности, включая условия реальности моего тела и моей психики, не позволяют мне, чтобы я действительно мог существовать”.

Экзистенциальный анализ находит подход к этому измерению через восприятие. Если у человека есть представление, что он “не может быть”, важно сначала оперировать с когницией – работать с теми фактами, которые мешают существованию. В психическом же аспекте, человеку нужны 3 предпосылки для того, чтобы “мочь быть”: *пространство, защита и опора*. Человеку нужны физическое и психическое пространство для жизни – пространство в отношениях, пространство для себя самого и своих запросов. Человеку также нужна защита – и он получает защиту от других людей, если они его принимают, если они дают ему быть, если они с ним не борются; вместе с тем человеку нужна защита и от себя самого, чтобы он мог дать

себе быть с самим собой. Необходима также опора, на которую человек может положиться, и эту опору можно найти в себе самом – в своих способностях и в своём жизненном опыте, а также в надёжных отношениях с другими людьми и с миром. Если у человека не достаточно пространства для того, чтобы иметь возможность дышать, если нет достаточной защиты и опора не достаточно крепкая и прочная, то возникает чувство угрозы и всевозможные формы страха – здорового, реалистичного страха, а также страха невротического и психотического.

Собственная активность человека как духовного person для того, чтобы усилить своё чувство “я могу быть” состоит в том, чтобы *выдержать и принять* условия и предпосылки жизни. Однако, часто бывает необходима большая работа для того, чтобы вообще можно было справиться с реальностью. Предпосылкой для этого является наличие у человека достаточных сил для того, чтобы нести то, что является реальностью, выдержать это, а не дать задавить себя этим грузом. В психотерапии также зачастую требуется немало времени при работе с проблемой принятия. Например, для того, чтобы пациент смог принять свою проблему как данность, составляющую в настоящее время неотъемлемый факт его жизни, потому что у человека может быть страх, что если он внимательно посмотрит на свою проблему и примет её в качестве данности, то он не сможет её вынести. Собственно “принять” означает перед лицом некоторого факта иметь чувство “я могу при этом быть”. Например, принять какую-либо проблему означает: “Я могу быть, потому что эта проблема даёт мне быть”. Конечно, она забирает у меня что-то, и с этим нужно считаться. Но, если я чувствую, что меня что-то поддерживает, если я чувствую опору, тогда на основании этого переживания я могу сказать: “Хорошо, это может быть, потому что я также при этом могу быть; мы оба можем быть”. То есть, существует достаточно места и пространства и для проблемы, и для меня. Таким образом, принятие означает “дать этому быть как данности, как факту”. Однако это не означает, что мы это оцениваем или, более того, приветствуем – напротив, мы попытаемся изменить то, что доставляет нам столько неудобств, если это возможно. Но, в настоящий момент реальность такова – эта проблема есть, и мы спокойно соносим свою жизнь с этим.

Чем больше фактов реальности человек принял в своей жизни, тем больше у него появляется пространства, защиты и опоры для своего собственного существования. Как результат, возникает глубинное чувство доверия к миру, который даёт место и для моего собственного бытия. Нарушения этого уровня экзистенции приводят к чувству неуверенности в себе, фобиям, навязчивостям, а также встречаются при шизофрении.

Вторая экзистенциальная реальность связана с тем, что мы присутствуем в жизни не как автоматы, наша жизнь пронизана эмоциями и переживаниями, имеет

патическое измерение. И человек мотивирован к тому, чтобы его жизнь была хорошей. Экзистенциальный вопрос звучит как: “Итак, ты есть. Ты можешь быть. Однако нравится ли тебе жить? Хорошо ли это – жить?” Ответ на этот вопрос не является само собой разумеющимся, поскольку быть живым означает не только смеяться, радоваться, ощущать счастье и сталкиваться с ценным, но также и плакать, переживать горе и невезение, сталкиваться с непредставляющим ценности. В какой степени человек способен испытывать радость, настолько же глубоко он способен и страдать – амплитуда эмоциональности в одинаковой степени распространяется в обоих направлениях. “Нравится ли мне жить, зная, сколько страданий связано с жизнью; зная, какой опыт я имел в жизни?” Это является экзистенциальным запросом: принял ли человек решение, есть ли у него внутреннее “да” по отношению к жизни. И если такого внутреннего “да” нет, жизнь превращается в серое существование.

Подход к этому измерению находится через чувствование и эмоции, через обхождение с качеством жизни. Для этого, в психическом аспекте, человеку нужны три вещи: *близость, время и отношения*. В качестве первой предпосылки для того, чтобы прийти к чувствам и к чувствованию, нужна близость – к вещам, людям, животным, самому себе. Через близость в нас возникает внутреннее движение, благодаря которому возникают чувства. Однако для того, чтобы чувства стали больше и росли, необходимо время. Для того, чтобы почувствовать партнёра, себя самого или, скажем, музыку – этому нужно уделить определённое время, а в нашем современном мире люди из-за постоянной спешки теряют глубокие чувства. Чувства же являются предпосылкой для нахождения экзистенциально релевантных ценностей, потому что эти ценности мы обнаруживаем с помощью чувств, а не с помощью рассудка. Рассудочные ценности также могут быть хорошими и важными, но свою жизнь человек ориентирует именно в связи с теми ценностями, которые он также ощущает и в своих чувствах. Кроме того, для эмоциональной формы жизни необходимы отношения с другими людьми. Чувства, которые мы имеем по отношению к другому человеку, приводят к тому, устанавливаем ли мы с ним большую степень близости или же отходим от него на определённую дистанцию. Если у человека нет близости, времени и отношений, то возникает тоска, потом холода и, наконец, депрессия.

Однако недостаточно просто получать близость, время и отношения. Для этого также требуется согласие человека и его активная деятельность, состоящая в том, чтобы *обратиться и горевать (печалиться)*. Именно обратившись, “повернувшись лицом” – к другим людям, самому себе, духовным ценностям, вещам, животным – человек может позволить этому себе эмоционально затронуть, испытать в связи с этим какие-либо переживания. Деятельность, с точки зрения тяжёлого, потерпеть – это печаль, в которой в глубокой форме ус-

танавливается отношение к своей собственной жизни.

На глубине данного экзистенциального измерения речь идёт об отношении к жизни, о чувствовании того качества, которое имеет жизнь в своей основе. Глубинное ощущение ценности собственной жизни, окрашивающее каждое переживание, позволяет человеку испытать радость жизни и полёт чувств. Нарушения этого уровня являются предпосылкой для формирования зависимостей и приводят к депрессии.

Третья экзистенциальная реальность – это факт, что каждый человек является не таким, как другие, отличающимся от других людей. Речь идёт о той, в своём роде, единственности, которая делает меня “мной” и проводит границу между мной и другими. И человек мотивирован к тому, чтобы иметь возможность быть самим собой и вместе с тем не ощущать одиночества. Факт бытия самим собой ставит экзистенциальный вопрос: “Я могу быть. Мне нравится жить. Но могу ли я быть самим собой? Имею ли я право быть таким, какой я есть?” Это вопрос идентификации и этики. “Имею ли я право вести себя так, как я себя веду?” Возможно, появится страх, что если человек покажет другим, какой он есть на самом деле, что он действительно чувствует, чего хочет и о чём думает, то другие люди отвергнут его или будут хуже к нему относиться – и тогда возникает желание создать некоторую видимость самого себя.

Подход к этому экзистенциальному измерению находится через чутьё, интенциональное чувство – возможность человека как духовного person почувствовать то, что является правильным. В психическом аспекте, для этого нужны *уважение, оценка и оправдание (твёрдость)*, что связано со способностью человека взглянуть на самого себя со стороны и ответить на вопросы: “За что меня уважают другие, и за что я могу уважать себя? Могу ли я признать самоё себя? Могу ли я отвечать за своё поведение, воспринимать его как правильное?” Если человек может отвечать за своё поведение, это приносит ему оценку извне и естественный авторитет. Если человек может проживать уважение, ведёт себя таким образом, что несёт за это ответственность и говорит этому “да”, ценит себя и другого, то возникает person, который является аутентичным, обоснованным в глубинах своего собственного бытия.

Собственная активная деятельность, посредством которой человек может проживать своё бытие собой не становится при этом одиноким, состоит во *встрече и размежевании* – уважая других, идти им навстречу, и при этом отмежёвываться, защищать своё Я. Как аутентичный person, как действительно “Я”, человек становится способным к встрече с другими людьми, которые в качестве person являются такими же, как и он. И, таким образом, благодаря встрече, может возникнуть сообщество, и опасность одиночества устранена. Размежевание связано с занятием собственной позиции и требует умения прощать другого за попытки ограничения моей свободы и сожалеть – в том слу-

чае, если я сам причинил другому боль.

В результате познания собственной аутентичности, в результате способности отвечать за себя в сочетании с принятием оценки извне, как глубокое субъективное переживание появляется чувство самоценности. Отсутствие возможности справиться с задачами этого экзистенциального уровня приводит к ранимости, стыдливости, чувству одиночества, истерическим нарушениям.

Четвёртая экзистенциальная реальность – потребность человека в смысле. Обосновать её можно различными путями – социальной природой человека, его стремлением упорядочить свою жизнь и окружающую действительность, конечностью человеческой жизни. Экзистенциальный вопрос звучит так: “Ты можешь быть. Тебе нравится жить. Ты можешь быть самим собой. Но для чего всё это нужно? Для чего я живу? Какой в этом смысл?” Недостаточно просто быть и чувствовать, что ты приспособился. В определённом смысле человек должен превзойти самого себя, хочет в чём-то раскрыться, получить какие-то плоды. Иначе, было бы похоже на то, что он живёт в доме, в который никто не приходит.

Для нахождения ответа на этот экзистенциальный вопрос человеку нужно *поле деятельности, структурная взаимосвязь и ценность в будущем*. “Есть ли то, где во мне есть потребность, где я могу быть продуктивным?” “В какой взаимосвязи я, собственно говоря, нахожусь – во взаимосвязи, благодаря включению, в которую я могу пережить, что-то, что я делаю, хорошо для чего-то?” Этими взаимосвязями могут быть семья, партнёрство, работа. Важно, чтобы та взаимосвязь, в которой человек себя обнаруживает, представляла для него ценность, таким образом, чтобы человек чувствовал, что он может жить для этого, позволить своей жизни участвовать в этом. “Есть ли что-либо, что ещё должно произойти в моей жизни?” Возможность положительно ответить на перечисленные вопросы помогает человеку найти смысл своей жизни.

Собственно, экзистенциальный анализ различает 2 вида смысла: онтологический и экзистенциальный. Онтологический смысл – это смысл всего, смысл, который человек не может сделать сам, а может только его видеть, надеяться на него. Этот онтологический смысл является предметом философии и религии. Каждая религия имеет свою систему объяснений онтологического смысла, а именно, ответ на вопрос: “Какой смысл в том, что я вообще есть на этом свете?”, – и это вопрос устройства мира. А поскольку не мы создавали этот мир, мы не можем это знать, мы можем в это только поверить. И, у каждого человека есть вера в отношении этого – один верит в Бога, другой в нирвану, третий думает, что Бога нет, но этого никто не знает, это всегда вера. Зрелый человек имеет для самого себя ответ, или, по крайней мере, какое-то предположение, чувство, по поводу того, что могло бы быть последним смыслом этой жизни.

Экзистенциальный же смысл не является предзапrogramмированным, он возникает, благодаря самому человеку, благодаря его решениям и действиям. Активная деятельность, посредством которой человек может найти экзистенциальный смысл, состоит в *согласовании с ситуацией и действии с самоотдачей*. Нужно распознать, что предлагает или требует от меня ситуация, привести это в соответствие с самим собой, проверить, хорошо ли это для меня, для других людей, для будущего, для мира, в котором я нахожусь, принять решение и действовать в соответствии с этим. Можно вывести определение, что экзистенциальный смысл – это самая ценная возможность реализации ситуации; то есть, то, что, например, в этот час является наилучшей возможностью из всех, которые у меня есть. Если я реализую эту возможность, тогда в моей жизни существует экзистенциальный смысл. В соответствии с этим смысл жизни является результатом многих действий, имеющих смысл, которые человек осуществил в течение своей жизни. Как результат, возникает чувство исполненности, в противном случае – экзистенциальные фрустрации, пустота, сомнения, отчаяние, зависимости.

Таким образом, если В.Франкл в качестве наиболее глубокой мотивации выдвинул потребность в смысле [3], то современный экзистенциальный анализ обнаружил еще три базисных мотивационных уровня, которые предшествуют мотивации смысла и являются предпосылками по отношению к процессу нахождения экзистенциального смысла. Причины такого изменения теоретических положений вполне понятны:

основные положения логотерапии создавались Франклом на основе опыта его заключения в концентрационном лагере, когда задачей было “выжить несмотря ни на что”. Однако такое категоричное требование не стоит перед большинством современных людей, обращающихся за помощью к психотерапевту. Собственно, теоретические положения экзистенциального анализа формировались на основе многолетней психотерапевтической практики с последовательным применением метода феноменологии, который и позволит аналитически выявить представленные выше структуры человеческого бытия.

В процессе экзистенциально аналитического консультирования или терапии происходит диагностика нарушений пациента с соотнесением их с одной из базисных мотивационных структур. Затем, при обязательной феноменологической позиции терапевта, применяются специальные методики коррекции. Феноменологическая основа экзистенциального анализа, кроме того, обеспечивает методу достаточную гибкость для приспособления его к особенностям российской ментальности.

Литература:

1. А.Лэнгле. “Экзистенциальный анализ – найти согласие с жизнью”. *Московский психотерапевтический журнал № 1, 2001 г.*
2. А.Лэнгле. “Значение самопознания в логотерапии и экзистенциальном анализе” – в публикации.
3. В.Франкл “Основы логотерапии. Психотерапия и религия”. Ст.-Пб. Речь, 2000 г.

СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СГОРАНИЯ ИЛИ ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИИ ПСИХОЛОГА НА КАЧЕСТВО ЕГО ЖИЗНИ ИЛИ НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИИ И КАК ЕГО ИЗБЕЖАТЬ

И.А.Юдин

“Чем больше человек вглядывается во внешний мир, тем больше он там видит самого себя”

Преимущества нашей профессии:

1. Профессия дает глубокое знакомство с личной жизнью других людей
2. Обогащение собственной жизни
3. Удовлетворение своими удачами:
- О чем чаще всего говорят два начинающих психотерапевта или психолога?
4. Ощущение себя более здоровым, чем Ваш клиент
5. Власть над людьми
“Господь Бог завидует власти врачей над людьми”

Угрозы:

1. Постоянная встреча с негативными сторонами

жизни

- Юнг называл это “подсознательной инфекцией”

Когда вы общаетесь на слишком близкой дистанции - эмоционально, пространственно, с другим человеком, то происходит «заражение» состоянием другого: как бы растворяешься и теряете «чувство себя»

2. Последствия для личной, семейной жизни

- Отдавая много чувств своим клиентам, обычно психологи не дают чувств своим близким

- Большие эмоциональные затраты на работе, неумение восстанавливаться. От этого формальное эмоциональное участие в семье

Выслушивая, углубляясь в заботы других людей на работе, трудно после работы услышать заботы и

трудности жены или мужа и детей

3. Угроза потерять себя как личность

- Во всех местах специалист-психолог в семье, в постели, в поезде, на кухне, в гостях и т.д.

- Знакомая, наверное, многим фраза: “Как ты можешь так поступать, ты же психолог?”

Причины:

- Авторитарность

- Зависимость от внешней оценки

- Слабость внутренней оценки

- Ригидность, недостаточная гибкость

- Преувеличеннное осознание важности себя в профессии «лучше меня это никто не сделает»

- Преувеличеннное осознание важности своей профессии в жизни вообще: “человек может всё и психология ему в этом поможет”

И тогда психолог или психотерапевт забывает свою личную жизнь.

И это может привести специалиста к СПСГ.

ЧТО ЖЕ ЭТО ТАКОЕ?

Синдром профессионального сгорания - это эмоционально-волевая деформация специалиста, вызванная особенностями его профессии.

Фрейденбергер, автор идеи burnout, говорит, что профессиональное выгорание «является истощением энергии у профессионалов в сфере социальной помощи, когда они чувствуют себя перегруженными проблемами других людей».

Психологическое консультирование, психотерапия отнесены к профессиям, требующим большой эмоциональной вовлеченности, ответственности (Paine, 1981; Maslach, 1982; Corey, 1986).

Кристина Маслак определяет это понятие как «синдром физического и эмоционального истощения, включая развитие отрицательной самооценки, отрицательного отношения к работе и утрату понимания и сочувствия по отношению к клиентам».

Доктор Maslach подчеркивает, что СПСГ - это не потеря творческого потенциала, не реакция на скуку, а скорее «эмоциональное истощение, возникающее на фоне стресса, вызванного межличностным общением».

Синдром состоит из нескольких фаз:

1. Фанатизм

Огромный выплеск энергии, работоголизм.

И гордость за это “Я работаю 24 часа в сутки”

2. Фruстрация

Непонимание что с Вами происходит. От чего перепады настроения - Изменение эмоциональности - Повышенная раздражительность – Конфликтность – Равнодушие (ощущение бессмыслинности своей работы) – Уход в думанье – Бесчувствие – Страх

3. Астения

Утомление – Отсутствие ощущения отдыха по ут-

рам – Однообразное проведение свободного времени (у телевизора, на диване, на кухне и т. п.) - повышенная заболеваемость простудными заболеваниями

4. Анатия. или безразличия

Всё все равно: Всё равно как одеваться, как на тебя смотрят, “сужение” личности, стереотип работы – стереотип личной жизни.

И если человек одинаков на работе, в семье – личность “сужается”.

И возникает Одиночество, даже если вокруг много людей.

5. Фаза Сгорания

Я психолог, я мать или отец, я пассажир, я гражданин, я любовница, я домохозяйка, я дочь, я жена или я муж и т.д. НЕ РАЗДЕЛЯЮТСЯ.

Последствия:

- Неуживчивость в коллективе, невозможность играть по правилам коллектива

- Конфликты с клиентами

- Алкоголизм, наркотики, другого плана злоупотребления

- Неврозоподобная симптоматика

- Ипохондрия, уход в болезнь

Чаще всего от этого страдают люди тревожные, тонко чувствующие, эмпатичные, склонные к интроверсии, имеющие гуманистическую, ориентированную на людей жизненную установку, весьма склонные отождествляться с другими личности (Edelwick, Brodsky, 1980).

Что приводит к Синдрому Профессионального Сгорания:

- Монотонность жизни Дом- Работа- Дом- Работа.

- Жесткость регламента времени (строгая регламентация времени работы, особенно при нереальных сроках ее исполнения)

- Перегрузки на работе

Szasz (1965) сказала: “Если ежедневно принимаете по восемь-десять пациентов, то у вас нет шансов иметь высокий уровень работоспособности. Вкладывание больших эмоций, когда порой не видно быстрого результата

- Желание Всех вылечить, Всех сделать “счастливыми”

- Работа с немотивированными клиентами

- Напряжение и конфликты среди коллег

- Собственные неразрешенные конфликты внутренние и внешние (например, семейные)

- Излишняя ответственность за проблемы клиента, или за своих коллег

- Нежелание принять ответственность за свою работу на себя, что впрочем, является одним и тем же.

о “мне не везет, потому что клиенты противятся консультированию и не хотят ничего изменять в жизни”;

о “люди в России не такие как на Западе и не привыкли платить за консультирование, а все хотят полу-

чать помочь бесплатно”;

о “во всем виновата организация труда, а все это от меня не зависит”;

о “у меня слишком много клиентов и мало времени для каждого из них”;

о и т. п.

Если психотерапевт или психолог из-за своих неудач или плохого самочувствия занимает пассивную позицию, обвиняя кого-то из внешнего окружения, чувство бессилия и безнадежности от этого лишь увеличивается.

Последствием непринятия личной ответственности является позиция жертвы, чтобы защитить себя человек становится пессимистом и видит только негативные стороны жизни, эта же позиция жертвы приводит к профессиональному цинизму – навешиванию ярлыков на своих коллег, на своих клиентов, что ограничивает восприятие клиента в настоящем, и ведёт к неэффективной работе.

И мешает реально помочь клиенту в разрешении его проблем, и в конечном итоге приводит к манипулированию, профессиональному “сужению” личности, профессиональной слепоте, и к решению своих собственных проблем за счет клиента.

Один из первых исследователей синдрома Кристианы Маслач назвала свою книгу «Сгорание - плата за сочувствие».

Что же с Этим делать?

1. Во-первых, вместо обвинения кого-то полезно изменить себя самого, или условия работы, насколько это возможно.

2. Снизить нагрузку на работе. Сочетать работу с учебой, исследованием, писанием.

3. Как я хочу работать, где, кем?

4. Оценивать свою жизнь вообще - живется ли так, как хочется.

5. Организовать свою жизнь так, чтобы было хобби, несвязанное с работой.

6. Изменить социальную жизнь (например, важно чтобы друзья были не психологи, не врачи, а какой-либо другой профессии).

7. Уделить внимание своему здоровью:

- необходимо спать достаточное количество времени

- уметь лечить себя без лекарств, хотя бы от невротических, психосоматических проблем

- уметь медитировать.

8. Научиться проигрывать, не оправдываясь перед собой.

9. Научиться достигать того, чего хочешь.

10. Знать цену себе и своей работе.

11. Полноправно отдыхать.

12. Правило “трех восьмерок”.

13. Не спешить.

14. Участие в семинарах, конференциях, где есть возможность встретиться с новыми людьми и обме-

няться опытом с коллегами.

15. Важно проходить постоянно квалифицированную профессиональную подготовку, которая включает в себя:

- повышение квалификации

- участие в тренингах личностного роста (динамические группы в качестве клиентов для решения собственных проблем большего понимания себя, своей жизни)

- личная терапия

- супервизия

- Баллинтовские группы

- группы супервизии трудных случаев из практики

- самостоятельная работа

И все это для того, чтобы осознать свои внутренние конфликты и понять, как они влияют на профессиональную деятельность.

Важно знать свои возможности и ограничения.

Важно быть уверенным в себе и знать эти границы уверенности.

Вопросы, на которые полезно отвечать изредка, но постоянно для себя:

1. Почему я выбрал профессию психолога или психотерапевта?

2. Какая польза для меня от моей профессии, от моих клиентов, в чем польза от меня моим клиентам?

3. Каковы мои личные проблемы и как они могут оказывать влияние на мою работу?

4. И, наоборот, как моя работа оказывает влияние на мою жизнь?

5. С какими проблемами клиентов я стремлюсь работать, а с какими не хочу?

6. Кто Я, кроме как психолог, гражданин, жена, дочь? И т.д., т.е. Кто я без социальных ролей?

7. Какие вещи для меня важны?

8. Кем для меня является другой человек?

9. Могу ли я доверять другому человеку, верить другому человеку?

10. В чем моя сила, в чем моя слабость?

11. Как я использую свою силу?

12. Мои уязвимые места.

13. Какие темы и вопросы я избегаю, какие пытаюсь обойти?

14. На каких темах я заостряю внимание?

15. Как сильно во мне выражено стремление к доминированию, к подчинению своей воли?

16. Чего больше я замечаю в других: недостатков или преимуществ?

17. Сколько стоит моя работа; кто мне за неё платит; достаточно или недостаточно и как я компенсирую недостаток, если недополучаю?

На эти вопросы важно честно отвечать себе. Это позволит лучше узнать себя, не эксплуатировать клиента и сохранить себя.

ХОРОШО бы защитить себя от себя, а не от клиента или других людей.

Успех – это самая большая опасность, которая мешает быть гибким, искать другие решения

Ошибка – это возможность попробовать делать то, чего Вы не делали до этого

“Мы не можем быть большим, чем мы есть..., но то, что мы есть, намного больше, чем мы думаем”.

Литература:

1. В.Макаров “Избранные лекции по психотерапии”. М. 2000

2. Р.Кочунас “Основы Психологического консультирования”. М. 1999 г.

3. Р.Мей “Искусство консультирования” М.1998
 4. Maslach, C.: *Job burnout -, how people cope, Public Wealf, Spring, 1978*
 5. Maslach, C.: “Burned-out, Human Behavior”, 1976.
 6. Pines, A., and Maslach, C. “Characteristics of staff burnout in mental healf settings”, *Hosp. Community Psychiat.*1978
 7. Hall, R.C.W., and others “Professional burnout syndrome, Psychiat” 1979
 8. Paine. W.S. “Job Stress and Burnout”.Beverly Hills.1981.
-

ПСИХИАТРИЯ

КОНСТРУКТИВНЫЙ РИСУНОК ЧЕЛОВЕКА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

А.Ф.Ермошин

г. Москва

Общая характеристика работы

Актуальность исследования обусловлена тем, что для успешной проработки проблем пациента в процессе психотерапии имеет большое значение точная диагностика его исходного состояния и, в частности, дифференциальная диагностика ряда состояний, близких по симптоматике. К числу таких состояний, требующих дифференциации, автор относит следующие:

- конституционально-генетически обусловленные состояния (эмоциональное напряжение и др. проблемы, возникающие вследствие действия акцентуации личности, наличия психопатии)
- состояния, обусловленные наличием эндогенного процесса (неврозоподобные дисфренические расстройства)
- состояния, определяемые наличием органического поражения центральной нервной системы (невроподобные состояния постасфиксического, посттравматического, сосудистого генеза и др.)
- ситуационно обусловленные состояния (невротические реакции, состояния, развития, посттравматические расстройства),
- состояния вертеброгенного происхождения (дискомфортные ощущения на различных уровнях тела, а также гипоксическое нарушение функционирования мозга вследствие спазма сосудов, зависящего от патологической импульсации из межпозвоночных дисков при остеохондрозе позвоночника, при наличии функциональных блоков позвоночно-двигательных сегментов и др.)
- соматогенные состояния (дискомфортные ощущения в теле, вызываемые наличием органных проблем таких как, например, пролапс митрального клапана, диафрагмальная грыжа и др.).

Притом, что основным в работе психиатра-психотерапевта является клинический подход, в составе которого важнейшую роль играет клиническая беседа, любые вспомогательные методы диагностики, позволяющие подкрепить или опровергнуть данные клинического анализа, остаются очень ценными.

Существующие подходы к дополнительной психодиагностике отличаются зачастую громоздкостью, малой информативностью, требуют значительных затрат времени и средств. Те методы экспресс-диагностики, которые часто используются в психиатрии (толкование пословиц, обратный счет по Крепелину и др.), не всегда позволяют провести тонкую дифференцировку состояний в рамках пограничной психической па-

тологии. Существующие рисуночные проективные тесты отличаются относительно малой формализованностью результатов, требуют значительных затрат времени для получения данных и их обработки.

Ввиду необходимости найти более удобное вспомогательное средство в диагностике состояния пациента и начала психотерапевтического контакта с ним, нами была поставлена основная цель исследования - изучить диагностические возможности особого задания, которое называется "Конструктивный рисунок человека" и формулируется следующим образом: "Нарисуйте символическую фигурку человека из квадратиков, кружков и треугольников, а количество элементов в фигурке - 10. Вытягивать элементы, увеличивать или уменьшать их, накладывать друг на друга разрешается".

Для достижения поставленной цели сформулированы следующие задачи исследования:

1. Провести обследование с использованием данного теста достаточной выборки пациентов с различными типами пограничной психической патологии, а также неврогенными, вертеброгенными, соматогенными проблемами.
2. Выявить значимые корреляции между спецификой состояния испытуемых и особенностями выполнения ими стандартного тестового задания.
3. С этими же пациентами провести психотерапию с опорой на данные рисуночного тестирования и обследовать их повторно.
4. Выявить признаки положительной динамики состояния обследуемых и отражение этих изменений в рисунках, выполненных ими.
5. Теоретически осмыслить материалы исследования.
6. Выработать конкретные рекомендации для практиков по интерпретации данных теста и по использованию информации, содержащейся в рисунках в качестве исходного материала для психотерапевтической проработки состояния пациента.

Научная новизна работы заключается в том, что впервые исследованы дифференциально-диагностические возможности конструктивного рисунка человека, показана возможность использования данного теста в качестве удобного отправного пункта психотерапевтического процесса, как изящного средства выхода на актуальную проблему пациента с возможностью дальнейшей ее психотерапевтической проработки.

Выявлена значимая взаимозависимость между характером самоощущения испытуемого и тем, как им строится фигура человека из заданных геометрических элементов (квадрат, круг, треугольник).

Выработаны гипотезы, способные объяснить предпочтение тех или иных геометрических элементов в разных позициях в зависимости от самоощущения человека.

Описаны специфические конфигурации элементов рисунка, соответствующие различным эмоциональным состояниям испытуемого, а также графические признаки, способные указывать на наличие у него проблем психо-органического характера (неврогенных), проблем, связанных с патологией позвоночника (вертеброгенных), вызывающих в ряде случаев ощущения в теле, подобные тем, что бывают при психогенных переживаниях, а также знаки наличия соматогенных влияний на самоощущение испытуемого.

Также открыты закономерности смены рисунков в процессе успешной психотерапии, что позволило выработать тестовые критерии успешности проводимого психотерапевтического вмешательства.

Практическая ценность работы заключается в том, что исследованный способ дифференциальной диагностики ряда состояний, не всегда легко различимых другими средствами, а также способ начала психотерапевтической проработки актуальных психических проблем пациента может быть использован в психиатрической и психотерапевтической практике психиатрами, психотерапевтами и клинически ориентированными психологами.

Способ дополнительной диагностики состояния пациента с помощью конструктивного рисунка человека является удобным, экономически малозатратным, не требующим большого времени, информативным, не требующим какого-либо специального оборудования и может использоваться как в стационаре, так и в амбулатории.

Изученные приемы диагностики и начала психотерапевтической работы и слежения за динамикой изменения состояния испытуемого в ходе терапии совместимы с другими диагностическими подходами и могут применяться как в составе комплексного исследования состояния пациента, так и изолированно.

Внедрение результатов исследования в практику. Метод внедрен в работу отделения медико-социальной помощи 14 Наркологического диспансера УЗ ЦАО г. Москвы, в работу Наркологического диспансера Одинцовского района Московской области.

Материалы и методы исследования. Исследовано более 3000 больных с различными формами пограничных психических расстройств, получавших лечение в поликлинике № 14 Главного Управления при МЗ РФ, в наркологическом диспандере № 14 УЗ ЦАО г. Москвы, в Наркологическом диспандере Одинцовского района Московской области.

Исследованные больные были разделены на следующие нозологические группы: пациенты с погра-

ничными психическими заболеваниями психогенной природы (невротические состояния, посттравматическое расстройство) (2300 человек), пациенты с резидуальным органическим поражением ЦНС (450 человек), пациенты с дисфреническими расстройствами (20), пациенты с неврологическими вертеброгенными расстройствами (550 человек), пациенты с соматической патологией (45), пациенты с химической зависимостью (героиновая и др. виды наркоманий, алкоголизм) (120). У части пациентов наблюдалось сочетание нескольких видов патологических состояний.

Основанием для постановки указанных диагнозов являлось выявлением признаков данных расстройств по МКБ-10.

Изучались такие показатели как выраженность расстройства, давность его существования, влияние его настрой самоощущения пациента.

В соответствии с поставленными целями и задачами больные выделенных групп прошли следующие виды исследования:

- 1) клинико-психопатологическое с целью установления нозологии заболевания, включающее оценку выраженности расстройств по шкалам;
- 2) клинико-типологическое с целью выявления личностной почвы, на которой сформировалось расстройство;
- 3) патопсихологическое, включающее оценку конкретных эмоциональных состояний, которые доминируют в клинической картине пациента, степени вовлеченности в переживание по специально разработанной субъективной 100 балльной шкале;
- 4) дополнительные обследования: мануальное, общесоматическое;
- 5) дополнительное психологическое исследование с использованием известных методов психодиагностики (тесты Люшера, Кеттела, "Сонди" и др.);
- 6) динамическое;
- 7) катамнестическое.

Все больные выделенных групп были последовательно подвергнуты следующим исследовательским процедурам.

1) В клинической беседе определялась основная проблематика, предъявляемая пациентом к психотерапевтической проработке. Выяснялась структура личности пациента и делалось заключение о характере расстройства, послужившего причиной для обращения за помощью к психотерапевту.

2) Пациент получал задание нарисовать символическую фигурку человека из квадратиков, кружков и треугольников, общее число элементов в фигурке - 10. Запрашивался также такой параметр, как возраст персонажа рисунка. В ряде случаев пациентам предлагалось также произвести раскраску рисунка цветными фломастерами и проградуировать использованные при раскрашивании цвета по шкале приятности-неприятности (подобно тому, как это делается в тесте Люшера).

3) Производилось детальное исследование само-

ощущения пациента, в связи с нашедшим отображение на рисунке мотивом (в связи с возрастом, обозначившемся на рисунке, с образом человека, получившимся на рисунке и др.) по специально разработанному методу.

4) Проводилось дополнительное исследование тонуса мышц, состояния позвоночно-двигательных сегментов на уровнях тела, акцентированных на рисунке, в сравнении с другими зонами тела, не отмеченными на рисунке дополнительными элементами или не выделенными конструктивно.

5) Брались во внимание данные общесоматического исследования, произведенного врачами других специальностей (невропатологи, офтальмологи, гастроэнтерологи, гинекологи и т.д.) и данные лабораторных и инструментальных методов исследования.

6) В ряде случаев проводилось дополнительное психологическое исследование с использованием известных методов психодиагностики (MMPI, тест Люшера, "Сонди" и др.).

7) Производилось соотнесение данных рисуночного тестирования с данными, полученными всеми вышеперечисленными другими способами исследования.

8) Статистически выявлялись наиболее значимые корреляции между данными рисунка и данными полученными другими способами.

9) Строились объясняющие выявленную корреляцию гипотезы.

10) Объясняющие гипотезы дополнительно проверялись посредством целенаправленного исследования самоощущения пациента, а также дополнительного клинико-психопатологического, клинико-типологического и др. видов исследования.

11) С каждым испытуемым проводилась психотерапевтическая работа по специально выработанному методу релаксационного психокатализа.

12) Проводилось повторное исследование состояния пациента с помощью стандартной процедуры рисуночного тестирования, производился повторный опрос об ощущениях в теле, соответствующих новому состоянию, о характере восприятия проблемной ситуации, повторное мануальное исследование и др. исследования, перечисленные выше.

13) На основании новых данных выявлялись признаки изменения состояния испытуемого и соответствующие этому изменения параметров выполненного им конструктивного рисунка человека и, таким образом, производилось динамическое наблюдение за испытуемым.

14) Повторные исследования производились на протяжение всего курса психотерапии и в последующем, при завершении основного ее массива, в режиме катамнестического исследования сроком до 10 лет.

15) По итогам комплексного исследования делались окончательные заключения о возможном значении структурных элементов рисунка в каждой из позиций, а также о значении характерных конфигураций

элементов.

Результаты исследования

1. В результате исследования выявлены характеристики конструктивного рисунка человека, позволяющие судить о возможном наличии у испытуемого проблем следующих классов: психогенные, вертебральные, соматогенные, эндогенные, неврогенные проблемы, а также проблемы комплексные. В рамках исследования состояний психогенной природы выявлены характерные конфигурации элементов конструктивного рисунка человека, которые могут быть соотнесены с такими эмоциональными состояниями, как переживание обиды, злости, беспокойства и др.

2. Обнаружена возможность использования таких данных тестирования как возраст персонажа, расположение основных геометрических элементов в фигуре, сведения о том, "кто получился" и некоторых других параметров рисунка в качестве указания на период закладки симптомов, на место их формирования в организме, указания на значимое лицо, отношения с которым оказывают влияние на состояние пациента, что может служить удобной отправной точкой психотерапии.

3. Создан метод соматопсихологического исследования состояния пациента, позволяющий выявлять значимые корреляции между характеристиками самоощущения пациента и характером предпочтений им тех или иных геометрических элементов при создании конструктивного рисунка человека.

4. Разработана концепция "энергетического" толкования рисунков. В частности, выяснено, что зона тела, в самоощущении пациента предстающая как переволненная, собравшая тяжесть, жар, изображается, как правило, кругом или прямоугольником, а зона, где пациентом ощущается недополненность, опустошение, изображается на рисунке с помощью треугольника. Места "стыка" элементов рисунка отмечают зоны относительного затруднения движения внутренних ощущений, зоны "энергетических" блоков.

5. Определено также, что зоны усиленных ощущений в теле отмечаются на рисунке с помощью дополнительных элементов, вписанных в контур данной части тела или наложенных на него.

6. В ходе сопутствующих соматопсихотерапевтических исследований выявлено, что существует характерная "рассадка" переживаний в относительно физического тела человека, создан "соматопсихотерапевтический атлас переживаний человека". Выявлено, в частности следующее: затылок концентрирует на себе ощущения, связанные с переживанием ответственности, необходимости контролировать ситуацию; виски - в связи с переживанием раздражения; лоб - беспокойства; шея спереди концентрирует на себе ощущения, связанные с невыраженной обидой; плечи "накапливают" на себе ощущения, связанные с жизненными нагрузками (обязанностями); грудь концентрирует в себе ощущения, связанные со следующими негатив-

ными переживаниями: обида (разочарование, досада), тревога, злость, тоска, переживание утраты; зона жизни концентрирует на себе ощущения, связанные с переживаниями концентрации сил для борьбы (гнев), а также напряжение, связанное с переживанием страха; спина - переживания предательства; ноги, руки оказываются "периферийными" частями тела по отношению к тем зонам тела, которые концентрируют на себе основные ощущения, связанные с эмоциональными переживаниями, ощущения "пустоты", наблюдающиеся в них, не имеют самостоятельного значения, но являются составным элементом целостного синдрома "полнота-пустота".

7. Описан синдром "полноты-пустоты", характеризующийся субъективным ощущением у испытуемого неравномерного распределения наполнения в теле при различных переживаниях, так, что при переживании невротического беспокойства, например, одновременно существуют два компонента состояния: ощущение переполнения передней части головы, где субъективно ощущается скопление "тумана", "жидкости", "массы", а в более запущенных случаях - "камня", и относительное запустевания нижней части тела, где ощущается холод, "ватность" и т.п.. Каждое переживание формирует свой характерный контур субъективных ощущений.

8. Описаны оси взаимозависимости ощущений "полноты-пустоты": переднезадняя (ощущение нагрузок на спине приводит к формированию чувства "вдавленности" груди), верхне-нижняя (голова при переживании беспокойства отнимает наполнение у нижней части тела, где могут ощущаться холод и слабость ("ватность" ног), билатеральная (концентрация в груди ощущений, связанных с переживанием обиды, тревоги, "обкрадывает" руки, которые могут "висеть как плети"), диагональная (например, правое плечо - левое бедро).

Специфика состояния, переживаемого пациентом, может находить отражение в следующих структурных элементах рисунка и их комбинациях.

9. Округлая голова "средних" размеров, соразмерная остальным частям рисунка отражает состояние пациента, близкое к норме, к состоянию внутреннего равновесия, покоя.

10. Большая круглая голова на рисунке отражает состояние отягченности жизни человека "тяжкими думами" (беспокойство, озабоченность). Переполнение головы, как правило, коррелирует с относительным обездоливанием низа живота, рук, ног. Для изображения этих зон используются треугольники или кружки, но не прямоугольники.

11. Голова квадратной или прямоугольной формы отражает протестное состояние, переживаемое пациентом. Этому соответствует напряжение задних мышц шеи, спины такое, что в самоощущении испытуемого затылок сливаются со спиной в едином ощущении.

12. Голова треугольной формы основанием книзу является отражением далеко зашедшего в своей дав-

ности и силе протестного состояния.

13. Голова треугольной формы острием кверху отражает состояние раздраженности (скопление ощущений в висках).

14. Голова ромбовидной формы, составленная из двух треугольников основаниями друг к другу, может отражать наличие проблемы в позвоночнике на уровне верхней части шеи, приводящей к спазму сосудов, питающих головной мозг и формированию дискомфорта ощущения в верхней части головы.

15. Треугольной формы "бантики" по бокам от головы, а также другие дополнительные элементы по бокам головы отражают переживание человеком состояния раздражения.

16. Наличие квадратных глаз или укрупненных круглых глаз при изображении лица персонажа рисунка, отражает переживание испытуемым скрываемого страха.

17. На "лице" изображенного человека могут появиться треугольные глаза как отражение проблем с глазами (близорукость и т.п.).

18. Появление на рисунке носа треугольной формы может отражать затруднения дыхания, которые есть у человека. Иногда подобные затруднения связаны с ощущением тяжести в груди, а не только местными расстройствами в области носа или носоглотки.

19. Прямоугольный рот может отражать состояние, характеризующееся стискиванием зубов.

20. Наличие на голове "шляпы" в виде треугольника острием кверху, сочетающееся с такими особенностями рисунка как составное туловище, наличие треугольной шеи, отражает наличие у испытуемого проблем с позвоночником, приводящих к энергетическому голоданию головного мозга и коррелирует с переживанием угнетенности, периодически возникающими ощущениями неясности головы, головными болями и др.

21. Наличие прямоугольника на голове также может отражать сходную ситуацию, но позволяет сделать суждение о большой длительности существования патологического состояния и возможного формирования психосоматических проблем на уровне груди, живота, ног.

22. Переживания загруженности решением чужих проблем (nevротическая ответственность) также может находить свое отражение в рисунке в виде появления дополнительного элемента на голове (коррелирует с ощущениями тяжести в затылке или груза на плечах).

23. Переживание страха с основной локализацией ощущений на уровне живота также может приводить к ощущению относительного опустошения головы, давления на нее сверху и находит свое отражение в появлении дополнительного элемента поверх головы.

24. Еще один случай, при котором возможно появление дополнительного элемента на голове (треугольник основанием книзу поверх круга, изображающего голову, - этот треугольник, как правило, относительно

небольшой) - это “органика”- отдаленные последствия органического поражения центральной нервной системы (асфиксия в родах, травмы головы и т.п.). Наличие этого треугольника как будто мало отражается на общем контуре рисунка. Нет ни составного туловища, ни треугольных рук, ног. Т.е. при формально благополучном общем контуре треугольничек, указывающий на органику, “прилепывается” к рисунку как будто внешним образом. “Органическому” рисунку соответствует также характерное изменение графики: “рваная” графика, неровность линий, “корявость” рисунка.

25. Отсутствие шеи на рисунке может отражать благополучное состояние данного уровня тела у испытуемого и отсутствие у него эмоциональных расстройств и особенностей, характерных для испытуемых, изображающих на своих рисунках шею.

26. Шея, изображенная прямоугольником может обозначаться на рисунке в следующих случаях:

а) испытуемый, будучи человеком утонченного (вытянутого), астенического сложения, характеризующегося относительным удлинением конечностей, шеи, продолговатой формой лица, отражает в рисунке специфику собственного телесного сложения, в ряде случаев считает свою шею украшением собственной фигуры;

б) автор рисунка переживает состояние повышенного познавательного интереса (любознательность) - в удивлении он вытягивает шею, “чтобы дальше видеть”, широко раскрывает глаза (обозначены на рисунке кружочками маленькой или средней, но не большой величины), настраивает на восприятие уши (они получают изображение на рисунке с помощью кружочков) - при сбалансированной в целом фигуре (прямоугольное туловище, нормальной длины, прямоугольной формы руки и ноги);

в) он испытывает чувство обиды - шея вытягивается как бы в недоумении: “Как же может твориться такая несправедливость!?”; шея ощущается им также в связи с болью в ней: там комок сдержанных рыданий, там “чесночная головка” заготовленных крепких слов в отношении обидчика;

г) у него функциональный блок в средней части шейного отдела позвоночника, порождающий напряжение мышц в этой зоне, создающий ощущение ошейника, пережатия в этой зоне.

27. Треугольной формы шея отмечает зону наличия вертеброгенных проблем на этом уровне тела; при этом треугольничек на месте шеи острием кверху говорит о наличии проблем в верхней, подзатылочной области шеи, а треугольничек острием книзу говорит о наличии проблемы в зоне шейно-грудной. Наличие напряжения мышц из-за функционального блока позвоночно-двигательных сегментов не отменяет возможности одновременного существования эмоциогенных проблем на этом уровне тела, таких как переживание обиды, в частности.

28. Прямоугольной формы туловище на рисунке является знаком относительного благополучия на этом

уровне тела.

29. Округлой формы туловище может говорить о наличии ситуации в жизни человека, из-за которой ему приходится “надуваться”, злиться (межличностный конфликт). Ощущение силы, внутреннее наполнение организма концентрируется при этом в области груди (злость) или в области живота (гнев), или в обеих этих зонах. Цель формирования такой конфигурации ощущений - борьба за отстаивание своих позиций. Если при этом ноги на рисунке выглядят как “налитые”, “крепкие”, составленные из прямоугольников, то это подтверждает гипотезу об активированности энергетики испытуемого и его готовности настаивать на своем. Это тем более верно, если мы видим на этом же рисунке квадратную голову.

30. Округлое туловище на рисунке мы можем встретить также в комбинации с маленькими ручками и ножками, нарисованными треугольничками остриями к туловищу. В данном случае тоже имеет место обозленность, но, по-детски, незрелая.

31. Еще один случай, когда на рисунке могут появиться округлые контуры туловища - это состояние наполненности непосредственно после успешно проведенного сеанса психотерапии, сопровождавшегося интенсивным перераспределением внутренних ощущений. Этому состоянию “наполненности” соответствует также появление на рисунке “раздутых” рук и ног, общее увеличение удельного веса кружков в общем количестве структурных элементов рисунка. Во внутреннем самоощущении испытуемого этому соответствует чувство легкости, полета, растворения тела.

32. Вставные элементы на уровне туловища (“пуговицы”, “карманы” и др.) могут отражать зоны сверхконцентрации ощущений, а также зоны формирования психосоматических проблем или соматогенных ощущений.

33. Составное туловище обозначает наличие проблем в позвоночнике на уровнях тела, соответствующих зонам стыка геометрических элементов рисунка.

34. Использование прямоугольников при изображении составного туловища отражает проблемы меньшей выраженности по сравнению с теми, что находят свое отражение на рисунке с помощью треугольников.

35. Составное туловище, состоящее из кругов, отражает то же состояние мобилизованности на борьбу, что и односоставное туловище, только в этом случае энергетика разбита на количество частей, соответствующее количеству элементов, использованных для изображения туловища, и также отражает наличие вертеброгенных проблем.

36. Туловище, составленное из нескольких элементов, складывающихся в квадрат или треугольник:

а) наличие серьезных эмоциональных проблем (депрессивные переживания с соматизацией);

б) значительной выраженности вертеброгенных проблем на уровне стыка фигур.

37. Достаточной длины руки и ноги, вырисованные с использованием прямоугольников, являются отраже-

нием состояния уверенности человека в своих силах и говорят о достаточной душевной зрелости испытуемого.

38. Маленькие ручки, ножки, изображенные треугольничками, основаниями наружу могут говорить о личностной незрелости автора рисунка, сохранении в его поведении черт, свойственных детскому или юношескому возрасту (несамостоятельность). Авторы подобных рисунков нередко испытывают страх перед жизнью, доходящий в ряде случаев до того, что эти лица выходу на улицу предпочитают жизнь дома, в ограниченном привычном пространстве. Женщины подобного типа находят себе авторитарных мужей, побуждающих их "сидеть дома" ради детей, ради ведения домашнего хозяйства. Они тревожно привязаны к своим близким.

39. Одновременно с этим может наблюдаться относительное увеличение размеров головы на рисунке, что соответствует переживанию беспокойства.

40. Вообще, короткие конечности на рисунке - признак душевной незрелости индивидуума, и наоборот, конечности более "развитые" - признак большей способности к принятию самостоятельных решений.

41. Совпадение возраста персонажа рисунка и паспортного возраста испытуемого до психотерапии встречается редко и может говорить о сохранившемся душевном благополучии: данный человек погружен в решение актуальных проблем, имеющих отношение к настоящему времени его жизни.

42. Отдаленность возраста персонажа от паспортного возраста испытуемого может говорить о наличии у испытуемого значимых переживаний, генетически связанных с тем периодом жизни, и сказывающихся на актуальном его состоянии.

43. Отклонение возраста персонажа от паспортного возраста пациента в меньшую сторону может говорить

а) о времени "закладки" симптома,

б) о том, что есть значимый человек младшего возраста, на котором сосредоточена душевная жизнь испытуемого (как правило, ущербом для собственного личностного развития, для самореализации).

44. Отклонение возраста персонажа от паспортного возраста пациента в большую сторону чаще встречается

а) у молодых людей, устремленных мыслями в будущее, говорит о заинтересованности их в планировании своей жизни,

б) о том, что есть значимый человек старшего возраста, на котором сосредоточена душевная жизнь испытуемого (также с ущербом для собственного личностного развития, для самореализации).

45. Значительная регрессия возраста говорит о ранней закладке симптомов и значительной выраженности личностных расстройств.

46. Цифра, обозначающая возраст персонажа рисунка, вписанная в саму фигуру (например, на уровне груди), указывает на наличие соматизированной про-

блемы в зоне ее расположения. Фактически, она выступает как 11 элемент рисунка и выполняет ту же роль, что и другие вписанные фигуры - обозначает зону, акцентированную в самоощущении за счет скопления в ней особых ощущений. В каких-то случаях тот же самый пациент в последующем использует для выделения этой зоны тела "обычный" конструктивный элемент, например, квадратик.

Положительная динамика состояния испытуемого в ходе психотерапии отражается в следующих признаках:

1. Элиминация из состава рисунка треугольников и кружков за исключением круга на месте головы.
2. Увеличение удельного количества прямоугольников в составе нарисованной фигурки человека.
3. Приближение возраста персонажа к паспортному пациенту.
4. Обретение круглой головы вместо головы квадратной или треугольной формы.
5. Уменьшение относительного размера головы.
6. Исчезновение накладок на голову и других дополнительных элементов вокруг головы ("ушки", "бантики" и т.п.)
7. Уменьшение размера глаз и исчезновение их на рисунке.
8. Превращение шеи на рисунке из треугольной в прямоугольную и исчезновение ее.
9. Превращение туловища из треугольного или круглого в туловище прямоугольной формы.
10. Превращение туловища из составного в простое.
11. Исчезновение дополнительных встроенных в туловище элементов.
12. Превращение рук и ног из треугольных в прямоугольные.
13. Относительное увеличение длины и объема рук и ног.
14. Исчезновение границ между элементами.

Выводы:

1. Рисуночное задание: "Нарисуйте символическую фигурку человека из квадратиков, кружков и треугольников, количество элементов в фигурке - 10" обладает высокой выявляющей специфику переживаемого испытуемым состояния способностью. Оно может служить удобным вспомогательным средством в дифференциальной диагностике пограничных психических расстройств и, в частности, позволяет установить влияние на состояние испытуемого ситуационных факторов, приводящих к формированию особых контуров внутренних ощущений, находящих свое отражение в композиции рисунка, вертеброгенных проблем, проблем соматогенного происхождения, органического поражения ЦНС и др.

2. Конструктивный рисунок человека с дополнительными данными, такими как возраст персонажа, может служить удобным средством выхода на актуаль-

ную проблему пациента с возможностью последующей ее психотерапевтической проработки.

Публикации автора, имеющие отношение к теме статьи:

1. Работа с соматизированными эквивалентами психических состояний – соматопсихотерапия в сборнике *Современные направления психотерапии и их клиническое применение. Материалы первой всероссийской конференции по психотерапии*. – М.: Институт психотерапии, 1996. – 196 с. С. 35.

2. Ермошин А.Ф. Топопсихология и соматопсихотерапия в *Журнале практикующего психолога*, 5, 1999. Киев: Центр консультативной психологии. с. 192-229

3. Ермошин А.Ф. Методика обращения с “инициальным накоплением знания” в *Журнале практику-*

ющего психолога, 6, 2000. Киев: Центр консультативной психологии. с. 195-203.

4. Ермошин А.Ф. Работа с горем в *Журнале практикующего психолога*, 7, 2001. Киев: Центр консультативной психологии. с. 195-203.

5. Ермошин А.Ф. “Вещи в теле: Психотерапевтический метод работы с ощущениями”. – М.: Независимая фирма “Класс”, 1999. – 320 с. – (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 72).

6. Ermoshin A. “Things in body: new approach to emotional problems”, 6th world congress on “Innovations in psychiatry – 2000”. London: 2000. P. 13.

7. Ермошин А.Ф. Сайт в Интернете, посвященный проблемам психотерапии и наркологии www.veschi-v-tele.ru, где содержатся многочисленные публикации примеров работы автора с пациентами.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ НА БАЗЕ ОДНОГО КОМПЬЮТЕРА – МОБИЛЬНЫЙ ВАРИАНТ

В.В.Миронов

г. Костанай

Создание мобильного блока для нейрофизиологической диагностики на базе специализированной лаборатории Костанайской ОПБ было вызвано рядом обстоятельств и особенно растущими потребностями в данном виде диагностики за пределами областного центра. Среди лиц, проходивших обследование в нейрофизиологической лаборатории Костанайской ОПБ, в других населенных пунктах проживали 37 - 46% в разные годы.

Аргументами в пользу создания такого комплекта аппаратуры послужило следующее:

1. существование в области нескольких достаточно крупных городов (г. Рудный - более 100 тыс. населения, г. Лисаковск с прилегающими поселками - более 50 тыс. населения) с высоким уровнем развития

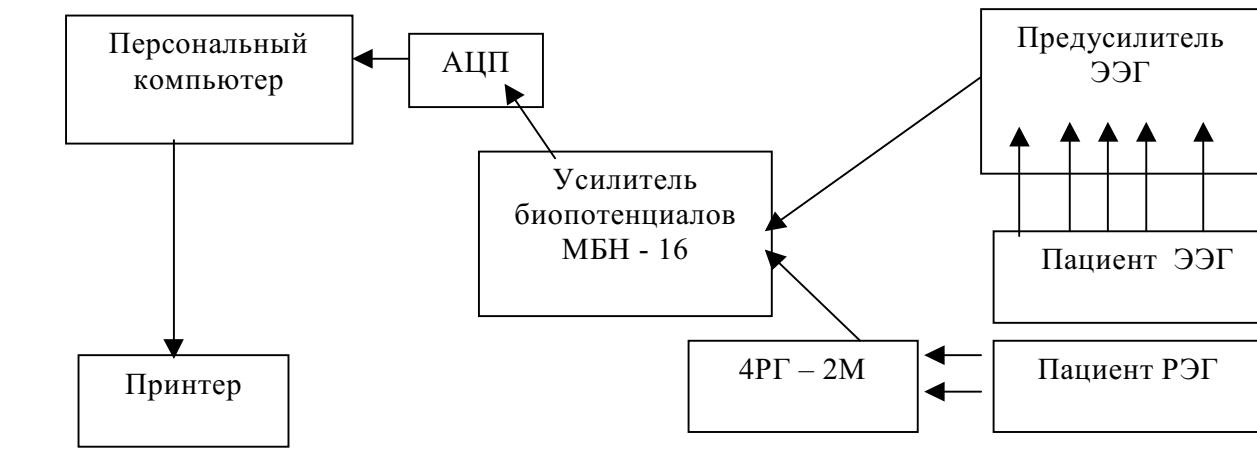
медицинского обслуживания и потенциально пригодных для выезда в них с комплектом нейрофизиологической аппаратуры.

3. необходимость разгрузить лабораторию, особенно в периоды призывных кампаний, когда ежедневные нагрузки на аппаратуру и персонал оказывались запредельными и, одновременно, страдала плановая диагностическая работа.

4. имелись технические возможности для реализации идеи создания мобильного блока нейрофизиологической диагностики: а) были приобретены усилитель биопотенциалов и второй реограф; б) имелось программное обеспечение для обработки электроэнцефалограмм и реоэнцефалограмм, установленное на один компьютер.

Рис 1.

Блок-схема мобильной нейрофизиологической лаборатории



Как видно из схемы, центром мобильного блока является усилитель биопотенциалов. Этот прибор функционально соответствует 16-канальному электроэнцефалографу, но не требует специальной экранированной камеры для пациента и имеет более чем скромные габариты и вес.

К усилителю биопотенциалов подключается специальный предусилитель ЭЭГ с коробкой коммутации мостиковых скальповых электродов, накладываемых на пациента для регистрации ЭЭГ.

Для регистрации реоэнцефалограммы к усилителю биопотенциалов вместо предусилителя ЭЭГ специально изготовленным шнуром подсоединялись выходы двух каналов реографа (на блок-схеме он обозначен “4РГ-2М”).

Усилитель биопотенциалов выполняет свою прямую функцию: только в одном случае он обрабатывает 14 каналов электроэнцефалограммы, в другом – два канала реоэнцефалограммы.

Из усилителя биопотенциалов сигнал поступает в аналого-цифровой преобразователь (АЦП). Это электронное устройство, которое переводит усиленный биопотенциал из аналоговой формы в понятный компьютеру цифровой вид.

Персональный компьютер оснащен специальными программами обработки нейрофизиологической информации. Электроэнцефалограмма воспринимается программой “МБН Нейрокартограф”, предназначеннной чтобы регистрировать электроэнцефалограмму по 16 каналам, сохранять в памяти компьютера, извлекать при необходимости для повторного просмотра и дополнительной обработки. Программа “Нейрокартограф” способна отображать электроэнцефалографические данные в виде привычных кривых, но при этом позволяет редактировать записи. Нейрофизиологическая информация может быть преобразована в топографические карты, которые создаются программой на основе математической обработки первичной ЭЭГ, хранящейся в памяти компьютера.

Нами используется несколько способов анализа: частотно-амплитудный анализ, спектральный анализ в соответствии с общепринятым делением электрической активности мозга на физиологические и патологические ритмы, картирование суммарной биоэлектрической активности с кадрированием по времени [3, 4].

Мы обязаны также рассмотреть путь биологической информации при использовании комплекса для регистрации реоэнцефалограммы. Реографические потенциалы после усиления через тот же АЦП передаются в компьютер, где обработку этих данных производит оригинальная программа фирмы “МБН” под названием “Цереброваскулярный картограф” (ЦВК).

Сама методика реоэнцефалографии основана на измерении разности суммарного электрического сопротивления ткани мозга высокочастотному переменному электрическому току, меняющейся в зависимости от пульсовых колебаний кровенаполнения исследу-

емой области мозга. Будучи одной из многих пульсографических методик реоэнцефалография позволяет по косвенным признакам оценить силу пульсовых колебаний кровенаполнения мозга, а также тонические показатели сосудов разного калибра, преимущественно артериального русла. Эти показатели определяются соответственно зонам кровоснабжения внутренних сонных и позвоночных артерий для каждого полушария [2, 5].

Использование мобильного блока нейрофизиологической диагностики на протяжение почти 4 лет и опыт осуществления примерно 70 выездов в ЛПУ области показал высокую надежность используемой техники, а также отсутствие серьезных технических препятствий для эксплуатации диагностической аппаратуры в таком режиме. При выездах выполнено около 4 тысяч исследований, проведены неоднократные информационные и практические занятия по нейрофизиологической проблематике.

Работа врача нейрофизиолога при выезде в ЛПУ других городов имеет немалые отличия от работы в стационарных условиях.

Во-первых, значительно возрастает объём выполняемых исследований. Во-вторых, монтаж оборудования и многократные переключения с одного обследования на другое и обратно требует от врача адекватного и очень точного обращения с техникой. В-третьих, пациент, проведший в ожидании обследования порой не один час, оказавшись в окружении сложной и солидной диагностической техники, психологически готов к динамичному и даже авторитарному обсуждению результатов, таким же динамичным и авторитарным рекомендациям по дальнейшему наблюдению и лечению.

Естественно, что само содержание обсуждаемых результатов обусловлено полученными характеристиками биоэлектрической активности или показателями мозгового кровотока.

Готовность врача к динамизму и авторитарности изложения результатов обследования и рекомендаций приходит только с опытом. Овладение этим опытом ведет к созданию своеобразной психотерапевтической ситуации, благоприятной для коррекции психологически обусловленных психосоматических нарушений ипохондрическо-невротического плана, а также проблем связанных с алкоголизацией.

Естественно, психотерапевтическая коррекция в этих условиях основана на использовании штампов и поведенческих стереотипов. Эти способы общения с пациентом создаются и испытываются врачом в процессе работы, но потом, либо остаются среди регулярно используемых, либо постепенно заменяются новыми более успешными и удобными.

Выводы:

1. Создание мобильного комплекта нейрофизиологической диагностики является организационно и клинически оправданным дополнением к стационарной

лаборатории.

2. Приближение к населению современных методов нейрофизиологической диагностики технически возможно и желательно в связи с распространенностью и общим ростом количества страдающих заболеваниями нервной системы.

3. Своеобразие ситуации нейрофизиологического обследования в условиях мобильного варианта аппаратуры желательно и возможно использовать в психотерапевтических целях.

Литература:

1. Зенков Л.Р., Ронкин М.А. *Функциональная диагностика нервных болезней* М., Медицина 1991 г.

2. Яруллин Х.Х. *Клиническая реоэнцефалография* М., Медицина 1983 г.

3. Лукачев Г.Я. с соавт. *Топографическое картирование ЭЭГ у больных с органическим поражением мозга*. Журнал неврологии и психиатрии 1995; 1: С.47-51

4. Гриндель О.М. *Электроэнцефалограмма человека при черепно-мозговой травме* М., Наука 1988 г.

5. Кобазев И.В. *Варианты использования МБН-нейрокартографа в диагностике цереброваскулярных стенозов* Первое совещание по картированию мозга М.-1991.- С. 68-69

6. Смирнов Н.Н. *Программное обеспечение персональных ЭВМ* Л., Машиностроение 1990 г.

К ВОПРОСУ О КЛИНИКЕ И ПСИХОТЕРАПИИ ПОСТПСИХОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ

А.В.Павличенко

Мое предварительное сообщение из-за небольшого количества случаев (2 наблюдения, отслеженных катамнестически в течение двух лет) не может претендовать на целостный охват проблемы, выводы в дальнейшем также должны дополняться и перепроверяться. Но, как указывал Ясперс, в психиатрии описания отдельных случаев имеют неоспоримую ценность, поэтому мой психотерапевтический опыт работы тоже может быть полезен. Скажу сразу: я не психотерапевт в узком смысле слова, моя психотерапевтическая деятельность связана с работой в качестве врача-психиатра, и чаще я предпочитаю биологические методы терапии.

Вначале целесообразно остановиться на самом понятии “постшизофренической” (постпсихотической) депрессии. Выделение в МКБ-10 новой, отсутствующей в прежних классификациях рубрики (F20.4), встретило возражение со стороны многих психиатров. Во-первых, выделение этой рубрики противоречит общепринятой в мировой психиатрии классификации депрессивных расстройств P.Kielholz. Как известно, его схема включает три нозологические группы (соматогенные, эндогенные и психогенные депрессии), представляющие единый континуум. P.Kielholz писал, что его схема имеет не только концептуальное, но и практическое значение, так как определяет терапевтическую тактику. С этих позиций постпсихотическая депрессия (ППД) представляется сборной группой, в рамках которой можно обнаружить симптомы всех трех групп депрессий. Во-вторых, многие психиатры отмечают, что использование этой рубрики имеет смысл лишь как временная мера для унификации диагностики и необходимость в ней отпадет при установлении четких дифференциальных критериев для выделения

ее вариантов.

В психопатологическом аспекте обсуждаются следующие возможности этиологии этих расстройств:

1) как части шизофренического процесса (этого взгляда придерживаются, по-видимому, составители МКБ-10, включив ППД в кластер расстройств шизофренического спектра);

2) как самостоятельного расстройства в рамках аффективной патологии (так считают авторы DSM-IV, отнеся ППД к депрессивным состояниям);

3) как результата побочного действия нейролептической терапии, применяющейся в активной стадии процесса;

4) как психологически понятной реакции больного на перенесенный психоз и возможность таких состояний в дальнейшем.

По МКБ-10 диагноз ППД правомерен, если:

1) у больного определяются общие критерии шизофрении в течение 12 предыдущих месяцев;

2) некоторые шизофренические симптомы продолжают присутствовать;

3) депрессивные симптомы являются ведущими в клинической картине и отвечают критериям депрессивного эпизода и присутствовали, по крайней мере, в течение двух недель.

DSM-IV приводит для диагностики ППД лишь исследовательские критерии (протекает с пониженным фоном настроения, наславивается на резидуальную fazу шизофрении, не является следствием побочных эффектов лекарств или общесоматического заболевания). В приложении к DSM-IV авторы дают пояснения к этой рубрике (F32.9). Наиболее часто депрессия развивается сразу после редукции острых психотических нарушений приступа. Развернутая ППД развивается у

25% больных шизофренией. Эти больные характеризуются более высокой частотой обострений, повышенной суицидоопасностью. К факторам риска ППД относятся высокая частота приступов психотической структуры, активная нейролептическая терапия в приступе, отсутствие должной социальной поддержки, тяжелые утраты близких и неприятные жизненные события в межприступный период.

Выделение этой рубрики в международных классификациях привело к интенсификации исследований, изучающих различные аспекты этой проблемы. В отечественной литературе мне удалось встретить лишь единичные исследования, посвященные этим проблемам. С.Н.Мосолов, суммируя данные ряда зарубежных исследований, пишет, что эти состояния крайне тормидны ко всякой терапии, не существует какой-либо специфической терапии ППД. С.Н.Мосолов это связывает с тесным переплетением тонких дефицитарных нарушений с атипичной депрессией, развившейся как реакция личности на болезнь и как побочные действия нейролептиков. ППД на определенном этапе могут импонировать как первичные дефицитарные расстройства и различить эти состояния можно лишь рассматривая весь длиник болезни. У всех больных Мосолов находил, кроме собственно стойко пониженного настроения, такие "псевдодефицитарные" расстройства как эмоциональная уплощенность, снижение уровня побуждений, бедность речевой продукции, амбивалентность в принятии решений, что вместе с присоединением аутистических тенденций создавало впечатление стойкого дефекта. Но полная редукция этих расстройств, их волнообразность позволяла думать о связи этих расстройств с аффективной патологией.

Недавно вышла интересная работа К.Н.Шумской, посвященная типологии ППД. Автор выделяет шесть вариантов этих состояний в зависимости от ведущего психопатологического синдрома (апато-адинамический, заторможенный, тосклиwy с фобическими проявлениями и т.д.). Подробно останавливаясь на феноменологии ППД, автор ничего не говорит о терапии, о возможной корреляции этих вариантов с дифференцированными терапевтическими тактиками.

Переходим теперь к описанию двух пациентов, женщин 45 и 49 лет. Катамнез отслеживался мной в течение более года после редукции острых психотических приступов, в клинической картине доминировали депрессивные расстройства. Обе больные отличались в преморбиде шизоидными чертами характера сензитивного полюса, наследственной отягощенности по психозам не наблюдалось. Также в течение жизни не отмечались аффективные расстройства. В инициальном периоде (за 6-9 месяцев до психотического приступа) в обоих случаях удалось выявить провоцирующий фактор: в одном случае таким фактором стал патологически протекающий климакс и фактор умственного переутомления, в другом – психогенный фактор по типу реакции тяжелой утраты (разрыв с

любимым человеком). Непосредственно перед приступом (за 2-4 месяца) наблюдались субдепрессивные расстройства. Психотические расстройства развились впервые в жизни (соответственно в 44 и 47 лет) и характеризовались острой параноидной симптоматикой с различными вариантами психических автоматизмов. Сама структура приступа, их длительность (9 и 12 месяцев соответственно) не оставляла сомнения в шизофренической природе заболевания. Но даже в самой структуре приступов за пышным фасадом психоза можно было увидеть депрессивные симптомы (плаксивость, депрессивная оценка будущего). Не ограничиваясь назначением во время психоза стандартных нейролептиков, ежедневно в течение 30-40 минут я психотерапевтически работал "внутри психоза" (по выражению П.В.Волкова). Конечно, я не регрессировал в мир бредовых аутистических переживаний пациента, как делал G.Benedetti, но анализировал их и свои сны, призывал к "целебной силе творчества". Тогда мне казалось, что подобная психотерапевтическая работа целесообразна: пациенты всегда откликались на эти беседы, старались быть откровенными, пытались выполнять предложенные мной задания. Но, оценивая пользу своей работы позже, когда психотические переживания редуцировались, моя оценка оказалась менее оптимистичной. Так, одна пациентка после выхода из психоза рассказала, что во время психоза ей казалось, что о содержании наших бесед известно соседям по палате, о чем она узнавала по их лицам. Меня же она воспринимала то, как врача, то, как следователя, то, как тюремщика, и часто тяготилась той "игрой", которую я веду с ней ежедневно. Это, естественно, еще больше усугубляло ее депрессивно-параноидные переживания. Но все же и от этих бесед была польза: именно тогда стал складываться тот эмоциональный интимный контакт, который стал залогом успешной психотерапии позднее.

Скажу вкратце о выходе из психотического состояния. Обе больные оказались довольно резистентны к обычной в подобных состояниях психофармакотерапии (галоперидол, трифтазин). И, лишь присоединив к терапии атипичный нейролептик рисполепт, удалось за довольно короткий срок (2-3 недели) добиться редукции параноидных симптомов.

Депрессивные расстройства развились в течение первого месяца после выхода из психоза. Следует особо отметить, что больные вышли с высокой критикой к перенесенному психозу. Как известно, рисполепт в небольших дозах (2-6 мг/сутки) лишен многих побочных эффектов, присущих традиционным нейролептикам (в т.ч. не обладает депрессогенным действием), и поэтому в генезе ППД у моих пациентов он не слишком значим. Постпсихотические депрессии нельзя было однозначно назвать психогенными или эндогенными, они четко не укладывались ни в один из вариантов, выделенных К.Н.Шумской. С одной стороны, содержание их было психологически понятно: пациенты много думали о возможных повторных присту-

пах, о своей психической и физической несостоительности, о невозможности доучить в школе ребенка. Они старались ограничить свои контакты с окружающими к минимуму, стали сверхченно относится к своей болезни, не верили в возможность своего выздоровления, страдали от изменения отношения к ним со стороны близких. С другой стороны, ППД в данных случаях имело и отчетливые эндогенные черты: больные жаловались на чувство своей измененности, ангедонию, имели место суточные колебания в их состоянии, беспричинная слезливость, пессимистическая оценка будущего. Но в этих депрессиях было и много атипичного. Трудно было выделить ведущий тимопатический аффект, отсутствовали характерные для эндогенных депрессий соматовегетативные симптомы, были невыражены расстройства сна. Также в клинической картине этих состояний наблюдались симптомы, которые рядом авторов рассматриваются как вторичные продуктивные: диффузная параноидность в виде сверхценных идей отношения, ощущения тупости в голове, микрокататоническая симптоматика в виде угловатости в движениях, трудности в восприятии окружающего.

Следует также отметить, что ППД развивались вне стен стационара, и я наблюдал больных амбулаторно. Вначале я предположил аффективный генез этих расстройств и в первые 3-4 месяца избрал, как мне казалось, наиболее целесообразную тактику: психофармакотерапия антидепрессантами и элементы когнитивной терапии по Беку. Эта схема оказалась малоэффективной. Я использовал несколько групп антидепрессантов (амитриптилин в дозах 25-150мг/сутки, флуоксетин в дозе 20-40мг/сутки). Препараты использовались не менее чем в течение двух месяцев, но значимого результата получить не удалось даже на сам патологически измененный аффект. Одновременно с этим, я проводил беседы в духе рациональной психотерапии, которая, как известно, особенно показана для депрессивных состояний. Два-три раза в неделю в течение часа я рассказывал больным о природе их состояний, подчеркивая их аффективный характер и отсутствие связи с предшествующим психозом. Также я старался выработать у больных правильные когнитивные установки в отношении оценки себя, отношений с окружающими и будущих событий (в соответствие с известной триадой Бека). Со временем я понял, что больные просто меня не понимают, вероятно, из-за легких расстройств мышления, а анализ допущенных когнитивных ошибок не приводил к их дезактуализации, и приобретенные когнитивные паттерны не работали.

Через несколько месяцев безуспешной работы я стал сомневаться исключительно в аффективном генезе ППД у моих больных, все больше склоняясь к мысли о процессуальной природе этих состояний. Поэтому я кардинально изменил терапевтическую тактику. Из числа психотропных средств я полностью отказался от антидепрессантов и вернулся к уже использу-

ованному мной рисполепту. Дозу рисполепта я подбирал эмпирически и остановился на дозе двух мг/сутки. Эта доза, по данным М.А.Морозовой, обладает антиаутистическим эффектом, несколько нивелирует процессуальные расстройства мышления. Кроме того, рисполепт в указанной дозе, по моим скромным наблюдениям, влияет на депрессивные симптомы эндогенного спектра: он уменьшал проявления депрессивной деперсонализации, несколько сгладил суточную динамику в состоянии. При циркулярных депрессиях подобные эффекты рисполепта, насколько мне известно, не описаны.

Другой стала и моя психотерапевтическая тактика. Основу ее составил, так называемый, эмоциональный интимный контакт, о природе которого писали швейцарские психиатры (Klezi, Benedetti), отечественные психиатры прошлого (Консторум) и психотерапевты нашего времени (Волков, Бурно). Этот метод применяется при работе с мягкими процессуальными больными и состоит в установлении недирективного психотерапевтического контакта, основанного на уважении и тонком понимании врачом и пациентом проблем друг друга. Каждый из участников этого психотерапевтического диалога чему-то учится у другого и большой становится для врача не “дефектным шизофреником”, от которого можно дистанцироваться с помощью белого халата, а частью его личной жизни. В чем заключался этот эмоциональный контакт для меня? Это был диалог двух людей (и непринципиально, что обе больные были старше меня на 20 лет), которые искали в личном опыте другого что-то важное для себя. Чисто технически этот “психотерапевтический диалог” заключался в следующем. В течение четырех-пяти месяцев примерно два раза в неделю я звонил своим пациентам. Конечно, в этих беседах были элементы и рациональной психотерапии, и суггестии, но основу составляли беседы об обыденных вещах. Когда же я пытался обсуждать с ними абстрактные понятия, или, как это делается в терапии творческим самовыражением анализировать характеры известных литературных героев, вскоре натыкался на стену непонимания и недоумения. Иногда больные могли звонить мне сами, когда становилось особенно тревожно и одиноко (однажды мне позвонили глубокой ночью). Были моменты, когда мне казалось, что необходимо прекратить столь изнуряющую психотерапевтическую работу, часто поздно вечером перед трудовым днем, но вскоре больные стали сами тонко чувствовать мое душевное состояние по оттенкам моего голоса и сами предлагали завершить беседу. Со временем наши беседы стали реже; больные старались не злоупотреблять моим свободным временем и в силу того, что частично восстановились утраченные при болезни межличностные контакты, и того, что стали синтоннее.

Что же я получил от психотерапии с этими пациентами? Во-первых, я в своей практической деятельности впервые использовал сложную психотерапевтическую тактику, что само могло оправдать столь тяжелую

работу. Во-вторых, в этих больных я нашел преданных друзей, к которым сам несколько раз обращался за психотерапевтической поддержкой. И в третьих, я получил удовлетворение от своей работы.

В заключении, хотелось бы сделать некоторые предварительные выводы.

1) Постпсихотическая депрессия – сложное полиэтиологическое заболевание, в генезе которого ведущее значение имеет мягкий процессуальный фактор и потому целесообразней оставить эти состояния в рубрике расстройств шизофренического спектра (как в МКБ-10).

2) Клинически слишком сложно, а в ряде случаев, практически, невозможно, в структуре ППД различить собственно депрессивные симптомы и черты эмоционально-волевого изменения личности, вызванного предшествующим психозом.

3) Клиническая картина ППД крайне неоднородна и с трудом поддается однозначной типизации.

4) С терапевтической точки зрения, целесообраз-

но использовать комбинированную тактику, которая заключается в использовании атипичных нейролептиков нового поколения в небольших дозах и элементы экзистенциально-гуманистической психотерапии.

5) Следует рассматривать ППД как промежуточную группу эндогенных заболеваний между шизофренией и аффективной патологией, с большим удельным весом мягкого шизофренического процесса.

Литература:

1. Бенедетти Г. *О психотерапии шизофрении // Независимый психиатрический журнал.* 1995, № 3; 9-12
2. Бурно М.Е. *Клиническая психотерапия.* М., 2000; 384-386
3. Мосолов С.Н. *Клиническое применение современных антидепрессантов.* С.-П., 1995; 344-351
4. Шумская К.Н. *Психопатология и типология постшизофренических депрессий // Аффективные и шизоаффективные психозы.* М., 1998, 69-77

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ЗАИКАНИЕМ С ЗАТЯЖНЫМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ

К.Ю.Ретюнский, А.А.Прокопьев

г. Екатеринбург

К числу наиболее перспективных научных направлений исследования функций головного мозга следует отнести психофизиологический подход. Его актуальность определяется высокой информативностью получаемых результатов. Качественные и количественные показатели деятельности обследуемых позволяют судить о степени сохранности психофизиологических функций, выявить наиболее пострадавшие при соотнесении с половозрастной нормой, обозначив при этом основные векторы лечебно-реабилитационной работы.

Значительный вклад в объективизацию диагностики пограничных нервно-психических расстройств, в том числе заикания, могут оказать методические рекомендации, разработанные в Отделе пограничной психиатрии ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского (Б.И.Бенькович, В.К.Бочкарев, 1995).

Компьютерное исполнение вариаций предложенных тестов значительно ускоряет процесс обследования, предлагая значительные возможности объективизации полученных результатов при статистической обработке.

В Центре психического здоровья детей и подростков Свердловской областной клинической психиатрической больницы комплексное исследование пациентов, страдающих заиканием с неблагоприятным течением, включает набор психологических и психофизиологических компьютерных методик. С их помощью

оценивается функциональное состояние следующих психических процессов, таких как умственная работоспособность, активное внимание и его модальности, сенсомоторная координация, кратковременная память, микрокоординаторная функция, способность к проведению простых логических операций и классификации на основе построения отвлеченного образа.

Для выработки критериев психофизиологической диагностики у истоков исследования был проведен сравнительный анализ показателей детей и подростков, страдающих заиканием с затяжным неблагоприятным течением. В качестве контроля рассматривались одновозрастные группы (не менее 30 человек), представленные воспитанниками детского сада, учащимися средних школ.

Учитывая сравнительно-возрастной и онтогенетический подход к исследованию, пациенты были разбиты на возрастные группы: 6-8 лет – 42 ребенка (34 мальчика и 8 девочек), 9-12 лет – 30 детей (24 мальчика и 6 девочек), 13-17 лет – 37 подростков (26 юношей и 11 девушек). Выборка больных определялась целью и задачами исследования и заключалась в следующих критериях: заикание с неблагоприятным затяжным течением продолжительностью не менее 3-х лет; общий интеллектуальный показатель по шкале Векселя не ниже среднего уровня (90-109 баллов). Из исследования исключались случаи заикания при умственной отсталости, эпилепсии и шизофрении.

Все пациенты ранее неоднократно и безуспешно

проходили традиционные логопедические или комплексные курсы лечения в условиях логопедического кабинета многопрофильной поликлиники, психоневрологического диспансера, специализированных детских учреждений (логопедических садов, санаториев), прибегали к частной помощи психологов, экстрасенсов, народных целителей.

К основным задачам исследования были отнесены:

- изучение в сравнительно-возрастном аспекте психофизиологических показателей детей, страдающих заиканием с затяжным неблагоприятным течением;
- проведение сравнительного анализа полученных психофизиологических показателей заикающихся с показателями одновозрастных контрольных групп;
- определение и разработка диагностических психофизиологических критериев при заикании в целях обоснования гипотезы данного речевого страдания;

Компьютерное исследование основных показателей состояло из трех блоков:

1. Блок исследования сенсомоторных функций.
2. Блок оценки темпа психомоторной деятельности и активности произвольного внимания.
3. Блок оценки способности к проведению простых логических операций.

Использование компьютерных диагностических блоков для исследования психофизиологических функций позволило провести сравнительный анализ средних показателей страдающих заиканием с показателями одновозрастных контрольных групп. Полученные в ходе эксперимента результаты подвергались комплексной оценке и статистической обработке для установления их достоверности.

1. Блок исследования сенсомоторных функций

Блок включал два субтеста, каждый из которых был направлен на выявление степени сохранности определенных сенсомоторных функций. В субтесте простой зрительно-моторной реакции на дисплее компьютера с разными промежутками времени в разных местах появлялось изображение ярко-красного прямоугольника. Перед испытуемым ставилась задача как можно быстрее нажать на клавишу при появлении фигуры. Аналогичное задание предлагалось и во втором субтесте слухо-моторной реакции, но зрительный образ заменялся на звуковой сигнал. Изучению и оценке подлежали скорость элементарной двигательной реакции на простые зрительные и слуховые раздражители по латентному времени, напряженность активного внимания, умственная работоспособность.

При хронорефлексометрии простых сенсомоторных реакций изучались латентные и моторные периоды, являющиеся интегральными характеристиками функционального состояния ЦНС, отражающими возбудимость, силу и баланс нервных процессов в коре головного мозга. По мнению авторов, Б.И.Беньковича и В.К.Бочкирева (1995), анализ временных характеристик при различных видах зрительно-моторной и слухо-моторной реакций позволяет судить о функциональном состоянии и локальных изменениях в сенсорных

системах анализаторов. Следует оговориться, что скрытое время двигательной сенсомоторной реакции определяется не только степенью сложности задания, характеристиками раздражителей (сигнальное значение, модальность), индивидуально-типологическими свойствами нервной системы обследуемого, но и патологическим состоянием функциональной системы, формирующей сенсомоторные реакции. Последнее положение становится более очевидным, учитывая, что временные характеристики определяются скоростью восприятия и переработки информации на всех этапах конкретного рецепторного пути с последующим формированием и реализацией моторного ответа. Таким образом, уровень функционального состояния неспецифических структур мозга может определяться с помощью временных характеристик, надежного критерия диагностики инициальных и латентных проявлений нервно-психических нарушений.

Б.И.Бенькович и В.К.Бочкирев (1995) полагали, что методика регистрации времени сенсомоторного реагирования может использоваться в качестве важнейшего дифференциально-диагностического критерия развития патологического процесса преимущественно в передних областях мозга, регуляторным механизмам которых отводится роль поддержания активности и программирования произвольной деятельности, в целом, определении психического состояния человека.

Диагностика умственной работоспособности при исследовании сенсомоторных функций оценивалась по изменению абсолютных показателей скорости реакций. При снижении работоспособности характер изменений носил специфический характер. По мере удлинения выполнения субтеста показатель стандартного отклонения увеличивался, что было обусловлено ослаблением напряженности активного внимания и периодически возникающим удлинением латентного времени реакции, и никак не могло быть связано с замедлением проводимости нервного импульса по волокну.

Результативные показатели латентного времени, необходимого испытуемым для выполнения субтестов, представлены в таблице 1.

При анализе результатов исследования сенсомоторных функций были выявлены следующие особенности динамики показателей. Скорость двигательной реакции на простые раздражители по мере взросления возрастала, как в основной, так и в контрольной группе, что обусловлено физиологическими закономерностями. Но при этом латентный период сенсомоторных реакций в группе "заикание" превышал аналогичные показатели контрольной группы. Достоверные различия между показателями заикающихся и контрольной группой выявлялись лишь в детском возрасте от 6 до 12 лет ($P < 0,05$). Начиная с подросткового возраста, сенсомоторные психофизиологические показатели выравнивались, и статистически достоверные различия между сравниваемыми группами практически отсутствовали ($P > 0,05$).

Таблица 1

Показатели латентного времени слухо-моторной (СМР) и зрительно-моторной реакции (ЗМР) в группе заикания и контрольной группе

| Возраст (лет) | Латентное время СМР (мсек) | | | Латентное время ЗМР (мсек) | | |
|------------------|----------------------------|------|-------|----------------------------|------|-------|
| | A | B | P | A | B | P |
| 6-8 | 0,40 | 0,36 | 95,49 | 0,41 | 0,36 | 95,41 |
| 9-12 | 0,34 | 0,30 | 95,17 | 0,30 | 0,26 | 95,12 |
| 13-18 | 0,27 | 0,26 | 93,03 | 0,26 | 0,24 | 92,48 |

А – основная группа “заикание”, В – контрольная группа, Р – статистическая достоверность

У детей, страдающих заиканием с затяжным течением, по мере удлинения теста наблюдалось снижение умственной работоспособности, что проявлялось ослаблением напряженности активного внимания, обеспечивая снижение скорости сенсомоторных реакций. Компенсация сопутствующей заиканию органической недостаточности мозга, начиная с подросткового возраста, на фоне гормональных изменений пубертатного периода, приводила к выравниванию указанных психофизиологических показателей.

2. Блок оценки темпа психомоторной деятельности и активности произвольного внимания (модифицированный вариант корректурной пробы)

В основе данного исследования лежала оценка показателей выполнения заданий по компьютерному аналогу “корректурной пробы”.

Используя метод зрительного сопоставления, было необходимо находить идентичные постоянно меняющимся на экране кольцам Ландольта изображения аналогов на пульте клавиатуры компьютера, фиксируя свой выбор.

Субтест требует демонстрации правильности и быстроты принятия решения. Определяющей успеха выполнения задания являлась совокупность сформированных психических функций, таких как наглядно-

образное мышление, достаточная степень напряженности и устойчивости произвольного внимания (способность к его концентрации) и умственная работоспособность.

Данные анализа показателей, характеризующих вышеперечисленные психические функции, дополняют клинические представления об исследуемых группах.

Комплексному изучению и оценке были подвергнуты четыре показателя:

1 – показатель продуктивности, представляющий собой абсолютное число принятых решений;

2 – скорость работы (время выбора) – среднее время принятия одного решения;

3 – показатель точности работы – общее количество правильных ответов в процентном отношении;

4 – показатель изменения (снижения) результативности – данные об изменении точности за равные временные промежутки (30 сек) в начале и в конце выполнения всего субтеста.

Анализ результативных показателей позволяет охарактеризовать напряженность и устойчивость произвольного внимания, способность к его концентрации, а также умственную работоспособность. Результативные показатели представлены в таблице 2.

Таблица 2

Средние показатели выполнения корректурной пробы в группе “заикания” и контрольной группе

| Показатели | 6-8 лет | | 9-12 лет | | 13-17 лет | |
|------------------------|---------|-------|----------|-------|-----------|-------|
| | A | B | A | B | A | B |
| Время выбора (сек) | 4,37 | 3,19 | 3,01 | 2,00 | 2,51 | 1,87 |
| P (%) | 99,32 | | 99,99 | | 99,65 | |
| Точность работы (%) | 76,16 | 92,40 | 80,06 | 93,17 | 94,16 | 97,90 |
| P (%) | 99,99 | | 99,99 | | 92,55 | |
| Продуктивность | 15,22 | 21,60 | 41,42 | 61,04 | 57,40 | 71,40 |
| P (%) | 99,86 | | 99,76 | | 99,85 | |
| Падение результата (%) | 13,18 | 8,14 | 12,29 | 6,10 | 5,29 | 3,06 |
| P (%) | 99,63 | | 99,99 | | 91,65 | |

А – основная группа “заикание”, В – контрольная группа, Р – статистическая достоверность

Точность работы (принятия решений) является показателем, характеризующим общее количество правильных ответов, распределение их на всем протяжении исследования в различных временных интервалах.

Как видно из таблицы 2, во всех субтестах средние значения показателей выполнения корректурной пробы были хуже в группе “заикания”.

Характеризуя время выбора (скорость принятия решений), очевидно, что с возрастом наблюдалось постепенное увеличение скорости принятия решений в сравниваемых группах. Но при этом, во всех возрастных категориях показатели страдающих заиканием были значительно хуже при сравнении с контрольной группой. И хотя по мере взросления средние значения времени выбора в сравниваемых группах приближались друг к другу, достоверность различий показателей сохранялась достаточно высокой ($P < 0,05$).

Определялась некая закономерность динамики показателей. Так, по мере взросления общее количество ошибочных ответов на протяжении всего задания в сравниваемых группах уменьшалась. Во всех возрастных группах средние значения точности выполнения задания были значительно хуже у испытуемых с заиканием в сравнении с контрольной группой, но, начиная с подросткового возраста, происходило выравнивание показателей, подтверждаемое невысокой достоверностью различий ($P > 0,05$).

Показатель продуктивности, отражающий абсолютное число принятых решений, независимо от возраста, был ниже в группе “заикание”. Наихудший показатель продуктивности страдающих заиканием выявлялся в возрасте 6-8 лет, и по мере взросления отмечалось улучшение качества работы. Тем не менее, выравнивание показателей продуктивности в сравниваемых группах происходило лишь после 18 лет.

Последний показатель субтеста, падение результативности, предложенный для выявления степени изменения умственной работоспособности, активного внимания по мере утомления, характеризовал изменение доли ошибочных ответов в конце исследования по сравнению с начальным периодом работы. Было установлено, что с возрастом снижалось количество допущенных ошибок в конце исследования по сравнению с начальным периодом, как в контрольной, так и в основной группе. Значения показателей падения результативности были хуже в группе “заикания” во всех возрастных категориях, при этом в детском возрасте достоверность различий с контрольной группой была весьма значительной ($P < 0,05$). Начиная с подросткового периода, показатели выравнивались, что подтверждалось недостоверностью различий с контрольной группой ($P > 0,05$).

Объяснить специфику возрастной динамики вышеуказанных показателей страдающих заиканием с неблагоприятным затяжным течением возможно лишь

компенсацией нарушенных психофизиологических функций. В свою очередь, характер выявленных отклонений свидетельствовал в пользу основной причины, врожденной органической недостаточности головного мозга, сопутствующей заиканию. Восстановление уровня напряженности и устойчивости произвольного внимания, умственной работоспособности, элементов волевой регуляции происходил в пубертатном периоде. А к 18 годам психофизиологические показатели страдающих заиканием достигали уровня возрастной нормы, когда достоверных различий между контрольной и исследуемой группами практически не выявлялось ($P > 0,05$).

3. Блок оценки способности к проведению простых логических операций

Третий блок оценки способности к проведению простых логических операций отличался высокой информативностью. Суть эксперимента заключалась в том, что в ряду фигур, появляющихся на экране, необходимо было выявить основные (ведущие признаки) и закономерности их расположения, а после анализа неполного ряда найти недостающую фигуру из числа предложенных, в которых имеется три варианта ответа: абсолютно неправильный, относительно неправильный и правильный. Относительно неправильный ответ содержал лишь один из искомых признаков, и только в варианте правильного ответа были заданы все параметры. Для нахождения верного решения было необходимо активизировать, прежде всего, перцептивную модальность внимания, направленную на выявление всех деталей исследуемых фигур. Анализ же совокупности признаков требовал использования оперативной памяти и способности к выведению логически обусловленных закономерностей.

При проведении операции завершения ряда стимульного материала на основе выделения закономерностей путем логического сопоставления оценивалось время и правильность решения предъявляемой задачи, усложняющейся последовательно с каждой новой серией. Как и в предыдущих тестах, проводилось предварительное обучение, определяющее потенциальные способности к рядопостроению. Если испытуемый не имел опыта исполнения такого рода деятельности, то путем обучения на четырех примерах исследователь пытался добиться устойчивого стереотипа принятия решений. А затем предлагалась серия контрольных тестов с вышеуказанными заданиями.

Таким образом, методика позволяла оценить сформированность сукцессивной составляющей мышления (способность к рядопостроению), активность перцептивного внимания, умственную работоспособность (сохранять напряженность внимания и когнитивную продуктивность на протяжении всего времени исследования).

Для оценки вышеизложенных психических функций в данном субтесте использовались следующие показатели. Во-первых, показатель качества выполнения задания, т.е. процентное соотношение суммы принятых

относительных и абсолютно ошибочных ответов к общему числу решений. Сравнительному анализу были подвергнуты и показатели внутренней структуры ошибок в группе “заикания” и в одновозрастных конт-

рольных группах. Среди количественных показателей оценивались относительно и абсолютно неправильные ответы, выраженные в процентном отношении. В таблице 3 представлены результативные показатели.

Таблица 3

Средние показатели выполнения субтеста на простые логические операции в сравниваемых группах

| Показатели | 6-8 лет | | 9-12 лет | | 13-17 лет | |
|-------------------------|---------|-------|----------|-------|-----------|-------|
| | A | B | A | B | A | B |
| Показатель качества (%) | 77,94 | 66,65 | 88,11 | 75,12 | 91,29 | 6,01 |
| P (%) | 99,99 | | 99,99 | | 99,99 | |
| Относительные ошибки | 14,83 | 21,37 | 11,17 | 19,93 | 8,00 | 12,18 |
| P (%) | 99,99 | | 99,99 | | 99,99 | |
| Абсолютные ошибки | 7,67 | 13,04 | 1,17 | 6,07 | 0,63 | 2,68 |
| P (%) | 99,99 | | 99,99 | | 99,99 | |

А - контрольная группа, В - группа “заикание”, Р – статистическая достоверность

Закономерность динамики показателей качества выполнения задания обусловлена, в том числе, и возрастным фактором, что наглядно подтверждается результатами исследования. По мере взросления количество ошибочных ответов уменьшалось в сравниваемых группах. При сравнении количества допущенных ошибок внутри каждой возрастной группы, очевидно, что относительно неверных решений заикающимися было допущено значительно больше. Действительно, полученные результаты свидетельствовали о значительных различиях в результатах при проведения простых логических операций в изучаемых группах ($P < 0,05$).

Теперь рассмотрим показатель внутренней структуры ошибок, определяющий соотношение абсолютного и относительно неправильных ответов внутри исследуемой группы.

Анализируя показатели внутренней структуры ошибочных ответов, т.е. соотношение абсолютных и относительных ошибок внутри каждой группы и между собой, очевидно значительное преобладание относительных ошибок над абсолютными внутри сравниваемых групп. Дело в том, что относительно неправильные решения связаны не с низким интеллектуальным потенциалом, а с недостаточным развитием предпосылок интеллекта, таких как активность перцептивного внимания и умственная работоспособность. В группе “заикания” последний фактор как раз и определил большее число относительно неправильных ошибок в сравнении с одновозрастными контрольными группами. Лишь по достижению 18-летнего рубежа внутренняя структура ошибок испытуемых с заиканием значительно приближается к показателям одновозрастной контрольной группы. Нарушение развития предпосылок интеллекта при неблагоприятно протекающем заикании возможно объяснить лишь наличием сопутствующей цереброорганической недостаточности

врожденного генеза, приводящей к повышенной истощаемости нервно-психических функций, и, прежде всего, напряженности активного внимания.

В заключение исследования проводился итоговый комплексный анализ, позволяющий сделать определенные выводы о сформированности, либо степени сохранности важнейших психофизиологических функций, рассматривая их операционально-техническую сторону.

Комплексное психофизиологическое исследование позволило провести сравнение качественных и количественных показателей деятельности больных, страдающих заиканием с неблагоприятным затяжным течением, с показателями одновозрастных контрольных групп. Несмотря на тщательный отбор к исследованию заикающихся с клиническими проявлениями речевого страдания, соответствующего или максимально приближенного к критериям невротической формы, у них были выявлены различные нарушения предпосылок интеллекта, таких как функция внимания, снижение уровня умственной работоспособности, объема оперативной памяти. Вышеуказанные расстройства характерны для проявлений редуцированного психоорганического синдрома. В пользу последнего тезиса свидетельствует возрастная динамика выявленных нарушений в группе “заикания”. Так, постепенное выравнивание показателей при соотнесении с возрастной нормой наблюдается с подросткового возраста, достигая у взрослых практического нивелирования различий.

Таким образом, вероятно, затяжное неблагоприятное течение заикания обусловлено наличием резидуально-органической церебральной недостаточности. Врожденное повреждение структур мозга, определяющих темпо-ритмовую организацию речи, требует длительной комплексной противоорганической терапии нейрометаболическими средствами.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА (ЗАИКАНИЕ, НЕОРГАНИЧЕСКИЙ ЭНУРЕЗ): ВОПРОСЫ КЛИНИКИ, ПАТОГЕНЕЗА И ТЕРАПИИ

К.Ю.Ретюнский

г. Екатеринбург

Согласно МКБ-10, данные специфические расстройства детского возраста представлены в разделе F-98: “Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте”.

Актуальность избранного вопроса определяется значительной распространностью нарушений в популяции, недостаточным пониманием и изученностью их патогенеза, что обуславливает низкую результативность терапевтических мер, нередко носящих взаимоисключающий характер. Отсутствие или недостаточная эффективность помощи при неорганическом энурезе и заикании в подавляющем большинстве случаев приводят к нарушению социального функционирования формирующейся личности ребенка.

Наиболее перспективным направлением исследования данной патологии следует признать изучение центральных механизмов страданий на основе современных достижений нейрофизиологии, что могло бы способствовать созданию принципиально новых и высокоэффективных методов лечения.

В Центре психического здоровья детей и подрост-

ков Свердловской областной клинической психиатрической больницы на протяжении последних 10 лет проводилось исследование детей и подростков, страдающих неорганическим энурезом и заиканием с затяжным неблагоприятным течением.

Цель настоящего исследования заключалась в выявлении клинических закономерностей возникновения и развития заикания и энуреза с затяжным неблагоприятным течением и коморбидных им нарушений в сравнительно-возрастном аспекте и разработке оптимальных терапевтических мероприятий.

В исследовании были рассмотрены 109 случаев заикания и 95 случаев неорганического энуреза с диагностическими критериями, соответствующими МКБ-10, с общим интеллектуальным показателем (ОИП) по шкале Векслера не ниже среднего уровня (90 – 109 баллов), имевших затяжное неблагоприятное течение не менее 3-х лет, с высокой резистентностью к традиционным методам лечения.

Учитывая сравнительно-возрастной (онтогенетический) подход к исследованию, пациенты были разбиты на возрастные группы: 6–8 лет, 9–12 лет, 13–17 лет. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

Возрастной и половой состав детей и подростков, страдающих заиканием и неорганическим энурезом с затяжным неблагоприятным течением

| ВОЗРАСТ, лет | КОЛИЧЕСТВО НАБЛЮДЕНИЙ | | | |
|-----------------|---------------------------------|-------------|---------------------|-------------|
| | НЕОРГАНИЧЕСКИЙ ЭНУРЕЗ (n=95) | | ЗАИКАНИЕ (n=109) | |
| | Жен | Муж | Жен | Муж |
| 6-8 | 8 (8,4 %) | 24 (25,3 %) | 8 (7,3 %) | 34 (31,2 %) |
| 9-12 | 14 (14,7 %) | 21 (22,1 %) | 6 (5,5 %) | 24 (22,1 %) |
| 13-17 | 11 (11,6 %) | 17 (17,9 %) | 11 (10,1 %) | 26 (23,8 %) |
| ВСЕГО | 33 (34,7 %) | 62 (65,3 %) | 25 (22,9 %) | 84 (77,1 %) |

Комплексное исследование во всех возрастных группах включало, прежде всего, клинические (клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, клинико-динамический) методы.

Рассматривалась возможность наследственной передачи заикания и неорганического энуреза. Было установлено, что практически в каждом пятом случае (18,0 – 19,3%) один из родителей страдал заиканием или энурезом, что не противоречило существующим представлениям о генетической предрасположенности к данным расстройствам. Обращал на себя внимание факт высокой распространенности патогенных факторов, приводящих к повреждению головного мозга в пренатальном и перинатальном периоде, обуслав-

ливающих резидуально-органическую церебральную недостаточность и снижающих защитно-приспособительные механизмы деятельности мозга (таблица 2).

Часто обнаруживаемая экстрагенитальная патология женщин приводила к нарушениям физиологического течения беременности, патологически протекающим родам.

Отмеченные патогенные факторы отразились на особенностях психофизического развития детей.

Соматовегетативный период (до 3-х лет) характеризовался своеевременным психофизическим развитием на фоне невропатического симптомокомплекса, по структуре относящегося к понятию “органической или резидуальной невропатии”, что подтверждалосьmono-

Таблица 2

Характеристика пренатальных и перинатальных патогенных факторов

| ПАТОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ | Количество наблюдений | | | |
|--|-----------------------|------|---------------------|------|
| | ЭНУРЕЗ (n=95) | | ЗАИКАНИЕ (n=109) | |
| | Абс | % | Абс | % |
| Экстрагенитальная патология: | | | | |
| - патология ЖКТ | 43 | 45,3 | 47 | 43,1 |
| - анемия | 38 | 40,0 | 53 | 48,6 |
| - нейроциркуляторная дистония | 32 | 33,7 | 28 | 25,7 |
| - патология мочевыводящей системы | 29 | 30,5 | 32 | 29,4 |
| - табакокурение | 23 | 21,0 | 29 | 26,6 |
| - эпизоды алкоголизации | 11 | 11,6 | 16 | 14,7 |
| Патология беременности: | | | | |
| - отягощенный акушерско-гинекологический анамнез | 67 | 70,5 | 63 | 57,8 |
| - токсикоз 1 и 2 половины | 74 | 77,9 | 81 | 74,3 |
| - угроза выкидыша | 46 | 48,4 | 41 | 37,6 |
| - инфекционно-вирусные заболевания | 21 | 22,1 | 27 | 22,0 |
| - обострение соматических заболеваний | 56 | 52,6 | 49 | 45,0 |
| Патология родов: | | | | |
| 1. Нарушения развития плода: | 43 | 45,3 | 34 | 31,2 |
| - низкая масса тела | 13 | 13,7 | 17 | 15,6 |
| - недоношенность (срок менее 36 недель) | 35 | 36,8 | 21 | 19,3 |
| - переношенность | 8 | 8,4 | 9 | 8,3 |
| 2. Осложнения в родах: | 71 | 74,7 | 89 | 81,6 |
| - асфиксия плода в родах | 21 | 22,1 | 31 | 28,4 |
| - перинатальная травма | 49 | 51,6 | 63 | 57,8 |
| В С Е Г О | 86 | 90,5 | 101 | 92,6 |

тонностью и стабильностью клинических проявлений, наличием резидуально-неврологической симптоматики, в том числе признаками внутричерепной гипертензии с вегето-сосудистыми и вестибулярными наруше-

ниями.

Органическая невропатия проявлялась повышенной общей и вегетативной возбудимостью, склонностью к расстройствам пищеварения, питания, сна (таблица 3).

Таблица 3

Структура и распространность невропатического симптомокомплекса у детей до 3-х лет, страдающих заиканием и энурезом с затяжным течением

| ПРИЗНАКИ НЕВРОПАТИИ | Количество наблюдений | | | |
|--|-----------------------|------|---------------------|------|
| | ЭНУРЕЗ (n=95) | | ЗАИКАНИЕ (n=109) | |
| | Абс | % | Абс | % |
| Повышенная возбудимость | 89 | 93,7 | 94 | 86,2 |
| Диссомния (парасомнии) | 76 | 80,0 | 72 | 66,0 |
| Вегетативные нарушения (субфебрилитет, аллергодерматозы, гипергидроз, нарушения питания и пищеварения) | 84 | 88,4 | 89 | 81,6 |
| В С Е Г О | 91 | 95,8 | 94 | 86,2 |

На фоне постепенного послабления невропатической симптоматики, начиная с 3-х летнего возраста, нарастали астено-гипердинамические проявления раз-

личной степени выраженности, обуславливающие гиперкинетическое поведение с нарушением функции внимания (таблица 4).

Таблица 4

Структура нервно-психических нарушений в возрасте 4-7 лет

| ПАТОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ | Количество наблюдений | | | |
|---|-----------------------|------|---------------------|------|
| | ЭНУРЕЗ (n=95) | | ЗАИКАНИЕ (n=109) | |
| | Абс | % | Абс | % |
| Церебрастения: | | | | |
| - раздражительная слабость | 84 | 88,4 | 103 | 94,5 |
| - вестибулярные нарушения | 84 | 88,4 | 103 | 94,5 |
| - головные боли | 68 | 71,6 | 89 | 81,6 |
| - реакция на метеолабильность | 76 | 80,0 | 91 | 83,5 |
| - плохая переносимость жары и душной атмосферы | 44 | 46,3 | 78 | 71,6 |
| | 52 | 54,7 | 78 | 71,6 |
| Астено-гипердинамический (гиперкинетический) синдром | 78 | 82,1 | 91 | 83,5 |
| Неврозоподобный синдром: | | | | |
| - диссомния (парасомнии) | 78 | 82,1 | 82 | 75,2 |
| - заикание | 14 | 14,7 | 109 | 100 |
| - тики | 21 | 22,1 | 27 | 24,8 |
| - энурез | 95 | 100 | 34 | 31,2 |
| В С Е Г О | 88 | 92,6 | 103 | 94,5 |

Очевидно, что психопатологические особенности ранних этапов онтогенеза отражали клиническую картину проявлений “стержневого” психоорганического синдрома в исследуемой группе детей и подростков. Его первые проявления в виде вестибулярных нарушений отмечались уже с 4-х летнего возраста. В последующем присоединялись цефалгии диффузного характера, чаще во вторую половину дня на фоне физического утомления, провоцируемые вестибулярными нагрузками, метеолабильностью, пребыванием в жаркой и душной атмосфере и другими факторами. Нередко отмечались обморочные состояния. Аффективные нарушения, представленные синдромом раздражительной слабости, проявлялись повышенной раздражительностью, высокой чувствительностью к внешним психострессорным факторам, плаксивостью, капризами, а порой и спонтанными эпизодами эксплозивных вспышек на фоне утомления.

Монотонность и стойкость клинических проявлений вне зависимости от психотравмирующих факторов позволили отнести их в ряд неврозоподобных расстройств, имеющих резидуально-органическую природу.

В ходе исследования было установлено, что во всех случаях персистенция первичного и манифестация вторичного энуреза, возникновение заикания происходило на фоне редуцированного резидуально-органического психосиндрома в возрастном диапазоне 3-7 лет.

В подростковом возрасте на фоне значительной

компенсации церебрастении наблюдалась генерализация вторичной невротической симптоматики, при заикании проявляющейся логофобией, а при энурезе депрессивно-фобическим синдромом. Нередко, при устранении речевых судорог и непроизвольного мочеиспускания во время сна, именно невротические переживания становились ведущими в клинической картине заболевания.

Электрофизиологическое исследование проводилось до начала лечения с помощью 16-канального электротенцефалографа по классическому варианту ЭЭГ-исследования “10-20” в модификации Юнга.

Результаты ЭЭГ-картины у детей и подростков, страдающих заиканием и энурезом с затяжным течением, являлись разнотипными (таблица 5).

Как видно из таблицы 5, ЭЭГ-картина при энурезе и заикании была представлена двумя вариантами, пограничным и патологическим.

При заикании и энурезе с затяжным течением патологический тип характеризовался эпилептиформной ЭЭГ-картиной, представленной наличием диффузных патологических колебаний в фоновой записи, паттернами пароксизмальной активности “острая – медленная волна в фоне” при фоновой записи. Функциональная нагрузка приводила к генерализации патологической активности со значительным увеличением ее амплитуды, длительному периоду последействия с разрядами пароксизмальной активности.

Таблица 5

Особенности ЭЭГ-картины при энурезе и заикании с затяжным неблагоприятным течением

| ВОЗРАСТ, лет | Количество наблюдений | | | | | | | |
|-----------------|-----------------------|------|-----------------------|------|-------------------------|------|-----------------------|------|
| | Э Н У Р Е 3 (n=95) | | | | З А И К А Н И Е (n=109) | | | |
| | Пограничная ЭЭГ | | Патологическая ЭЭГ | | Пограничная ЭЭГ | | Патологическая ЭЭГ | |
| | Абс | % | Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| 6-8 | 19 | 20,0 | 13 | 13,7 | 27 | 24,7 | 15 | 13,8 |
| 9-12 | 23 | 24,2 | 12 | 12,6 | 19 | 17,4 | 11 | 10,1 |
| 13-17 | 20 | 21,1 | 8 | 8,4 | 22 | 20,2 | 15 | 13,8 |
| В С Е Г О | 62 | 65,3 | 33 | 34,7 | 68 | 62,3 | 41 | 37,7 |

При заикании определялся очаг высокоамплитудной полиморфной активности преимущественно в правых теменно-височно-затылочных отделах. При энурезе очаговые изменения были обнаружены в лобно-центральных и теменно-височных областях билатерально с последующей генерализацией.

Пограничный тип ЭЭГ при заикании и энурезе характеризовался сдвигом нормальной частоты доминирующего ритма с появлением патологических колебаний в фоновой записи, при этом функциональная проба вызывала лишь асимметрию а-ритма, частичную его редукцию, полиритмию со вспышками редких патологических колебаний в правых отделах. При нагрузке выявлялись условно-эпилептические изменения в комплексе с неспецифическими изменениями БЭА мозга.

Таким образом, данные ЭЭГ-исследования могут

свидетельствовать о наличии дисфункции лимбико-ретикулярных структур, при заикании – локального поражения правых теменно-височно-затылочных отделов, при энурезе – билатеральных лобно-центральных и теменно-височных отделов. Объяснением данной типологии ЭЭГ-картин могут служить различные степени выраженности и локализация органического поражения головного мозга, на фоне которого возникли специфические расстройства.

Нейропсихологическое исследование подростков проводилось по схеме А.Р.Лурия (Е.Д.Хомская, 1987), в работе с детьми применялась разработанная Всероссийским центром по детской неврологии методика адаптированного нейропсихологического исследования (Э.Г.Симерницкая, И.А.Скворцов, 1988).

В таблице 6 представлены результаты исследования.

Таблица 6

Нарушения нейропсихологических функций при заикании и энурезе с затяжным течением

| Нарушения нейропсихологических функций | Процент нарушений к общему числу исследований | | | | | |
|--|---|----------------|-----------------|-------------------------|----------------|-----------------|
| | Э Н У Р Е 3 (n=95) | | | З А И К А Н И Е (n=109) | | |
| | 6-8 (n=32) | 9-12 (n=35) | 13-17 (n=28) | 6-8 (n=42) | 9-12 (n=30) | 13-17 (n=37) |
| Динамический праксис | 93,7 | 88,6 | 53,6 | 90,8 | 66,6 | 29,7 |
| Рисунок | 71,9 | 42,9 | 14,3 | 90,8 | 66,6 | 24,3 |
| Слухоречевая память | 84,4 | 65,7 | 39,4 | 82,6 | 75,2 | 34,9 |
| Зрительная память | 71,9 | 68,6 | 64,3 | 69,7 | 61,5 | 27,3 |
| Слухо-моторная координация | 68,7 | 60,0 | 46,4 | 47,7 | 43,7 | 23,5 |
| Пространственный праксис | 59,4 | 54,3 | 21,4 | 52,2 | 50,0 | 17,6 |
| Кинестетический праксис | 43,7 | 34,3 | 25,0 | 47,8 | 43,7 | ---- |
| Письмо | 28,0 | 8,6 | ---- | 30,4 | 25,0 | ---- |
| Зрительный гноэзис | 9,4 | 5,7 | 7,1 | ---- | ---- | ---- |
| Счет и решение задач | 28,0 | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- |
| Речь, чтение, стереогноз | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- | ---- |
| ВСЕГО | 96,9 | 91,4 | 75,0 | 90,8 | 75,2 | 34,9 |

Нейропсихологическое исследование позволило выявить у подавляющего большинства детей и подростков, страдающих неорганическим энурезом и заиканием с затяжным неблагоприятным течением, многочисленные нарушения нейропсихологических функций, свидетельствующие о диффузном поражении головного мозга. Степень выявленных нейропсихологических нарушений была преимущественно легкой. Нейропсихологические нарушения при энурезе свидетельствовали о функциональной недостаточности билатеральных лобно-височно-теменных отделов полуширий головного мозга, а также дисфункции срединных отделов мозга и межполушарных комиссур. При заикании преобладала функциональная недостаточность правых теменно-височно-затылочных отделов.

Сравнительно-возрастной аспект исследования позволил установить тенденцию к компенсации нейропсихологических нарушений в подростковом возрасте. Очевидно, спонтанная ремиссия при неорганическом энурезе в подростковом пубертатном периоде была обусловлена процессом восстановления функционирования мозговых структур.

Таким образом, вероятно, патогенез неорганического энуреза и заикания с затяжным течением определяется нарушением интрацентральной регуляции вследствие функциональной недостаточности мозговых структур указанной локализации. Врожденная органическая церебральная недостаточность является причиной данных нарушений.

На основании отчетливых пароксизмальных ЭЭГ-отклонений и их сочетании с клиническими проявлениями редуцированного психоорганического синдрома, подтверждаемых недостаточностью нейропсихологических функций головного мозга, можно предположить, что эпилептогенез является центральным механизмом формирования особой функциональной системы, включающей стволово-ретикулярные, таламические, корковые структуры, определяющие развитие заикания и неорганического энуреза. Промежуточное

положение между невротическими расстройствами и известными формами эпилепсии, по выражению А.И.Болдырева, ставит энурез и заикание в ряд нарушений, расположенных пограничным образом по отношению к эпилепсии.

Как показал клинический опыт, использование патогенетического подхода к лечению энуреза и заикания с затяжным неблагоприятным течением позволило оптимизировать терапию и добиться высоких результатов. Среди принципов терапии – раннее вмешательство, “у истоков заболевания”, непрерывность, длительность, комплексность, применение средств, направленных на патогенетические звенья заболевания. Медикаментозная терапия, направленная на восстановление функциональной недостаточности отделов мозга, отвечающих за плавность речи и контроль над мочеиспусканием во время сна, включала комплекс “противоорганических” средств (дегидратационных, рассасывающих, сосудистых, ноотропных). В течение года применялись четыре тридцатидневных комплексных курса с 2-х месячными перерывами. Продолжительность терапии составляла не менее 3-4 лет в зависимости от достигнутых результатов. Восстановление утраченных функций происходило в течение года. Последующая терапия была необходима для предотвращения рецидивов. Излечивались не только специфические расстройства, но и коморбидные им нарушения психоорганического круга. Принципиальным моментом являлось применение антиконвульсантов карbamазепинового ряда (10-15 мг/кг) или производных валпроевой кислоты (20-30 мг/кг), назначаемых непрерывно в зависимости от динамики состояния в течение 1 – 2-х лет. При наличии вторичных невротических нарушений использовались традиционные техники логопедической и психологической коррекции, психотерапевтического воздействия. С большим успехом данная программа реабилитации детей и подростков может осуществляться в медико-психолого-педагогических центрах, укомплектованных полипрофессиональной врачебной бригадой.

ИНФОРМАЦИЯ

МЕМОРАНДУМ О ТЕРРОРИЗМЕ **НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЕВРОПЕЙСКОГО СОВЕТА** **ЕВРОПЕЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ПСИХОТЕРАПИИ**

20 октября 2001 г.

г. Франкфурт на Майне, Германия

Мы, как профессиональный орган Европейских Психотерапевтов 39 стран, объединенные в Европейскую Ассоциацию Психотерапии (ЕАП) глубоко обеспокоены по поводу современных проблем терроризма, имеющего серьезные мировые и личностные последствия для всех стран и граждан.

В странах участницах Европейской Ассоциации Психотерапии (ЕАП) проведены соответствующие исследования и имеется необходимый профессиональный опыт по работе в ситуациях, касающихся предотвращения терроризма, психотерапии и аспектов долгосрочной реабилитации жертв террористических актов.

Для координирования и дальнейшего развития этой важной работы Европейская Ассоциация Психотерапии (ЕАП) учредила комитет по терроризму.

Руководители данного комитета: Виктор Макаров (Россия) и Мишель Миньон (Франция).

Европейская Ассоциация Психотерапии (ЕАП) предлагает консультации и обучение для профессионалов: таких как психотерапевты, психологи, политики, лидеры, учителя; а так же национальных и международных организаций, которые хотели бы развить инициативу в этой области.

Контактный адрес: EAP headoffice
Rosenburstenstraße 8/3/8
A-1010 Wien
Tel.: 0043 1 513 17 29
Fax: 0043 1 512 26 04
E-mail: eap.headoffice@magnet.at
<http://www.europsyche.org>

Профессор, Доктор Корнелия Краузе-Гирт
Президент ЕАП

Профессор, Доктор Виктор Макаров
Вице-президент ЕАП

Профессор, Доктор Альфред Притц
Генеральный секретарь ЕАП

Пол Байсен
Вице-президент ЕАП

РЕЗЮМЕ

О “ВОЗВЫШАЮЩЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ РОЖНОВА”

Бурно М.Е.

Статья посвящена создателю и многолетнему руководителю кафедры психотерапии в Центральном Ин-

ституте Усовершенствования врачей - Рожнову В.Е., а также его вкладу в развитие психотерапии в России.

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Колосов В.П.

В этом году исполнилось 35 лет с того времени, когда в структуре Центрального Института Усовершенствования врачей была открыта кафедра психотерапии. В статье говорится о роли кафедры в становлении психотерапии в России.

ОПОСРЕДОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Колбасин Ю.В., Смирнов В.Е.

В статье раскрываются особенности, условия и принципы проведения опосредованной психотерапии,

а также рассматриваются преимущества опосредованной психотерапии через гомеопатию.

ПРОШЛОЕ И ПСИХОТЕРАПИЯ НОВОЙ ВОЛНЫ

Макаров В.В.

В статье рассматриваются вклад в развитие психотерапии в России, состояние и перспективы развития кафедры психотерапии и медицинской психологии

Российской Медицинской Академии последипломного образования, а также перспективы развития психотерапии, как профессии.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Покровский Ю.Л.

В данной работе показана роль системного подхода в психотерапии больных сахарным диабетом, рассматри-

ваются различные методы психотерапии, и оценивается их влияние на психическом и соматическом уровнях.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ПСИХОТЕРАПИИ

Сандомирский М.Е.

В статье рассматривается особенности измененного состояния сознания (ИИС), место (ИИС) в физиологически-ориентированном подходе, а также дана

классификация различных приемов, использующих ИСС, в соответствии с разной степенью физиологической возрастной регрессии.

ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ ДЕОНТОЛОГИИ В ПСИХИАТРИИ

Смирнов В.Е., Колбасин Ю.В.

В статье даны результаты сравнительного изучения выборки на 102 больных и 100 больных группы контроля, анализируются возможности психотерапии в лече-

нии эндоформных психопатологических расстройств, с учетом соблюдения принципов деонтологии.

МЕСТО ЭКЗИСТЕНЦИОНАЛЬНОГО АНАЛИЗА СРЕДИ ДРУГИХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ НАПРАВЛЕНИЙ

Баранников А.С., Баранникова Д.А.

В работе раскрываются некоторые особенности экзистенцианализа в ряду других психотерапевтических

направлений, этапы становления и теоретические предпосылки данного направления.

К ВОПРОСУ АНТРОПОЛОГИЧЕСКОГО ОБОСНОВАНИЯ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Баранников А.С.

Настоящая публикация является продолжением предыдущих (1, 2, 3). В ней находят дальнейшее развитие прин-

ципы интегративного подхода, общие принципы творческо-аналитической теории, диагностики и терапии.

О ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ ТЕРАПИИ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Грушко Н.В.

Целью данного исследования было – изучить возможности творческого самовыражения детей и подростков с дефензивными особенностями личности для

психокоррекции данных состояний. Объектом исследования являются воспитанники Городского Дворца детского (юношеского) творчества Г. Омска.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Гнездилова Е.В.

С целью изучения специфических особенностей психологических характеристик больных туберкулезом легких и создания методики их психологической кор-

рекции была обследована группа жителей Самарской области: 253 больных с хроническим туберкулезом легких.

СИСТЕМНАЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЕ

Епифанова Н.М., Смирнов С.В., Полянина Д.А.

Психотерапия ожоговых больных посредством мультиmodalного системного подхода, при котором учитываются как характерные для ожоговых больных психические нарушения, так и личностные особенно-

сти каждого больного, а также динамика психотерапевтического запроса пациента на разных стадиях лечения являются предметом изучения данной работы.

СПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕВРОТИЧЕСКОГО КОНФЛИКТА

Приленский Б.Ю.

В статье представлен спектральный анализ структуры психологического конфликта. Анализ строится на основе концепции множественного

спектра сознания. Предлагаемая схема позволяет прицельно строить стратегию психотерапевтической работы.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВНУШАЕМОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПНОСУГГЕСТИИ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Ротов А.В., Ротов В.А., Балановский Д.В.

Было обследовано 110 пациенток, проходивших курс психотерапевтического лечения избыточной массы тела в возрасте от 17 до 56 лет. В целях соблюде-

ния клинического системного подхода к изучению внушаемости были подобраны информативные и широко известные тесты по определению гипнабельности.

О ВЛИЯНИИ ДАТЫ РОЖДЕНИЯ НА СОМАТИЧЕСКУЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПРИ ИЗМЕНЕНИИ СОЛНЕЧНОЙ АКТИВНОСТИ

Троицкий А.Ф.

Материалом для анализа послужили 2176 амбулаторных карт взрослых пациентов. Для каждого пациента выписывались дата рождения и даты обращений к врачу, зафиксированные в "листе уточненных диагнозов". Эти первичные обращения к врачу в данном

году или впервые в жизни составили 11326 случаев. Общая выборка была разбита на 7 меньших выборок. Затем в каждой выборке было выделено две группы пациентов: родившиеся в годы активного Солнца и родившиеся в годы спокойного Солнца.

ПАТОГЕНЕЗ СОСТОЯНИЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ И МЕТОДОЛОГИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Чеглова И.А.

В работе сделана попытка создания гипотетической модели возникновения состояний дезадаптации и терапии таких состояний, модели, как теоретической

основы для описания механизмов адаптации и дезадаптации на различных уровнях организации систем организма.

ПОНЯТИЕ ОСНОВНЫХ ЭКЗИСТЕНЦИОНАЛЬНЫХ МОТИВАЦИЙ КАК ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ОСНОВА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ В ЭКЗИСТЕНЦИОНАЛЬНОМ АНАЛИЗЕ

Шумский В.Б.

В данной работе рассматриваются 4 реальности, которые представляют собой структурные компоненты эк-

зистенции, которые одновременно являются основными функциональными экзистенциональными мотивациями.

СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СГОРANИЯ ИЛИ ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИИ ПСИХОЛОГА НА КАЧЕСТВО ЕГО ЖИЗНИ ИЛИ НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИИ И КАК ЕГО ИЗБЕЖАТЬ

Юдин И.А.

В статье рассматриваются такие вопросы как преимущества и угрозы профессии психолога, синдром сгорания и его фазы, последствия и причины

синдрома профессионального сгорания, а также средства преодоления негативного влияния профессии.

КОНСТРУКТИВНЫЙ РИСУНОК ЧЕЛОВЕКА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Ермошин А.Ф.

Публикация посвящена изучению диагностических возможностей особого задания, которое называется “Конст-

руктивный рисунок человека”. Исследовано более 3000 больных с различными формами пограничных расстройств.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ НА БАЗЕ ОДНОГО КОМПЬЮТЕРА – МОБИЛЬНЫЙ ВАРИАНТ

Миронов В.В.

Настоящее сообщение посвящено описанию 4-летнего опыта использования нейрофизиологических методов диагностики в мобильном комплексе аппара-

туры. Комплект аппаратуры был создан в 1996-97 году из серийного нейрофизиологического оборудования и персонального компьютера.

К ВОПРОСУ О КЛИНИКЕ И ПСИХОТЕРАПИИ ПОСТПСИХОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ

Павличенко А.В.

В настоящей работе дано описание 2 наблюдений, отслеженных катамнестически в течении двух лет, рас-

сматриваются такие вопросы как диагностика и терапия постпсихотических депрессий.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ЗАИКАНИЕМ С ЗАТЯЖНЫМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ

Ретюнский К.Ю., Прокопьев А.А.

В публикации приводятся результаты комплексного физиологического исследования детей и подростков, страдающих заиканием. В ходе исследования решались следующие задачи: изучение в сравнительно-

возрастном аспекте психофизиологических показателей, определение и разработка диагностических критериев при заикании, в целях обоснования гипотезы данного речевого страдания.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА (ЗАИКАНИЕ, НЕОРГАНИЧЕСКИЙ ЭНУРЕЗ): ВОПРОСЫ КЛИНИКИ, ПАТОГЕНЕЗА И ТЕРАПИИ

Ретюнский К.Ю.

В данной работе приводятся результаты исследования 109 случаев заикания и 95 случаев неорганического энуре-

за. Рассматриваются вопросы клиники, патогенеза и терапии специфических расстройств детского возраста.

SUMMERIES

ABOUT «ROZHNOV'S LOFTY PSYCHOTHERAPY»

Burno M.E.

Article is devoted to the founder and the long-term head sub-faculty of psychotherapy in the Central Institute of

advanced training of doctors - Rozhnov V.E., and also to his contribution to development of psychotherapy in Russia.

HISTORY OF SUB-FACULTY OF PSYCHOTHERAPY

Kolosov V.P.

This year it was 35 years since when in structure of the Central Institute of advanced training of doctors the sub-faculty

of psychotherapy was inaugurated. In article it is spoken about a role of sub-faculty in psychotherapy formation in Russia.

MEDIATED PSYCHOTHERAPY

Kolbasin J.V., Smirnov V.E.

In article features, conditions and principles of mediated psychotherapy realization are developed, and

also mediated psychotherapy advantages by means of homeopathy are considered.

THE PAST AND PSYCHOTHERAPY OF A NEW TIDE

Makarov V.V.

In article the contribution to development of psychotherapy in Russia, a condition and prospects of development of sub-faculty of psychotherapy and medical

psychology of the Russian Medical Academy of post diploma educations, and also prospects of development of psychotherapy, as a profession are considered.

THE PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACH IN TREATMENT OF INSULAR DIABETES

Pokrovsky J.L.

The role of the system approach in psychotherapy of insular diabetes patients is shown in the given work, various

methods of psychotherapy are considered, and their influence in mental and somatic levels is assessed.

PHYSIOLOGICAL - DIRECTED APPROACH IN PSYCHOTHERAPY

Sandomirsky M.E.

Features of the abnormal conditions of consciousness (ACC), the place of ACC in physiological - directed approach is considered in

article, and also classification of the various methods using ACC is given, according to a different degree of physiological age regress.

HISTORICAL ASPECT OF DEONTOLOGY PROBLEM IN PSYCHIATRY

Smirnov V.E., Kolbasin J.V.

In article results of comparative studying of sample on 102 patients and 100 patients of control group are given, opportunities of psychotherapy in

treatment of endoform psychopathological disorders are analyzed, in view of observance of deontology principles.

PLACE OF EXISTENTIAL ANALYSIS AMONG OTHER PSYCHOTHERAPEUTIC DIRECTIONS

Barannikov A.C., Barannikova D.A.

In work some features of existential analysis in a number of other psychotherapeutic directions, stages of

formation and theoretical preconditions of the given direction are developed.

TO A QUESTION OF AN ANTHROPOLOGICAL SUBSTANTIATION OF INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY

Barannikov A.C.

The present publication is continuation of previous ones (1, 2 and 3). Principles of the integrative approach, the

general principles of the creative - analytical theory, diagnostic and therapy find the further development in it.

ABOUT PSYCHOTHERAPEUTIC VARIANT OF THERAPY BY CREATIVE SELF-EXPRESSION IN CONDITIONS OF EXTRA EDUCATION

Grushko N.V.

The purpose of the given research was - to study an opportunity of creative self-expression of children and teenagers with person defensive feature for

psichocorrection of the given conditions. Object of research are foster child of the City mansion-house of children's creativity in Omsk.

PSYCHOCORRECTION OF PATIENTS WITH CHRONIC PULMONARY TUBERCULOSIS

Gnedilova E.V.

With the purpose of studying specific features of psychological characteristics of patients with pulmonary tuberculosis and creations of a technique of their

psychological correction the group of inhabitants of the Samara region was investigated: 253 patients with chronic pulmonary tuberculosis.

SYSTEM MULTIMODAL PSYCHOTHERAPY ON BURNING INJURY

Epifanova N.M., Smirnov S.V., Poljanina D.A.

Psychotherapy of patients with burning injury by means of the multimodal system approach at which mental disorders are taken into account as characteristic for patients with

burning injury, and personal features of each patient, and also dynamics of patient's psychotherapeutic demands at different stages of treatment are subject of studying of the given work.

THE SPECTRAL ANALYSIS OF THE NEUROTIC CONFLICT

Prilensky B.J.

In article the spectral analysis of the psychological conflict frame is submitted. The analysis is created on the basis of the concept of a consciousness

multiple spectrums. The offered circuit allows precisely building strategy of psychotherapeutic work.

DEFINITION OF SUGGESTIBILITY AND EFFICIENCY OF HYPNOSUGGESTION DURING PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION AT PATIENTS WITH BODY OVERWEIGHT

Rotov A.V., Rotov V.A., Balanovsky D.V.

It was investigated 110 patients, pass a course of psychotherapeutic treatment of body overweight at the age of from 17 till 56 years. Informative and widely known

tests by definition of hypnoability were selected with a view of observance of the clinical system approach to studying suggestibility.

ABOUT INFLUENCE OF DATE OF BIRTH ON SOMATIC DISEASE AT CHANGE OF SOLAR ACTIVITY

Troitsky A.F.

As material for the analysis 2176 outpatients' cards of adult patients have served. For each patient date of birth and date of visits to the doctor, fixed in «a sheet of the specified diagnoses» were extracted. These initial visits to the doctor

in the given year or for the first time in life have made 11326 cases. General sample was broken on 7 smaller samples. Then in each sample it was allocated two groups of patients: born within the active Sun and born within the quiet Sun.

PATHOGENY OF DESADAPTATION CONDITIONS AND PSYCHOTHERAPY METHODOLOGY

Cheglova I.A.

It is make an attempt of creation of hypothetical model of occurrence of desadaptation conditions and therapy of such conditions, models, as theoretical basis

for the mechanisms description of adaptation and desadaptation at various levels of the organism systems organization.

CONCEPT OF THE BASIC EXISTENTIAL MOTIVATIONS AS A THEORETICAL BASIS OF PSYCHOTHERAPEUTIC PRACTICE IN EXISTENTIAL ANALYSIS

Shumsky V.B.

4 realities which represent structural multipliers of existention which simultaneously are the basic

functional existential motivations are considered in the given work.

SYNDROME OF PROFESSIONAL CONSUMPTION OR PSYCHOLOGIST PROFESSION INFLUENCE ON QUALITY OF HIS LIFE OR NEGATIVE PROFESSION INFLUENCE AND HOW TO AVOID IT

Judin I.A.

In article such questions as advantages and threats of the psychologist profession, a syndrome of consumption and its phase, a consequences and reasons of a syndrome

of professional consumption, and also means of overcoming of negative profession influence are considered.

CONSTRUCTIVE FIGURE OF THE PERSON IN DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF BORDER-LINE MENTAL DISORDERS

Ermoshin A.F.

The publication is devoted to studying of diagnostic opportunities of the special task which is «Constructive

figure of the person». It is investigated more than 3000 patients with various forms of border-line mental disorders

NEUROPHYSIOLOGIC LABORATORY ON THE BASIS OF ONE COMPUTER- MOBILE VARIANT

Mironov V.V.

The present message is devoted to the description of 4-years experience of use of neurophysiologic diagnostics methods in the mobile complete set of the equipment. The

complete set of the equipment was created in 1996-97 year from serial neurophysiologic equipment and the personal computer.

TO A QUESTION OF CLINIC AND PSYCHOTHERAPY POST PSYCHOTIC DEPRESSION

Pavlichenko A.V.

In the present work it is given the description of 2 observations traced catamnesisly during two years, such

questions as diagnostics and therapy of post psychotic depression are considered.

PSYCHOPHYSIOLOGICAL RESEARCH OF CHILDREN AND TEENAGERS, SUFFERING STAMMERING WITH LINGERING NEGATIVE COURSE

Retjunsy K.J., Prokop'ev A.A.

In the publication results of complex physiological research of children and teenagers, suffering stammering are given. During research the following problems were solved: studying psychophysiological parameters in

comparative - age aspect, definition and development of diagnostic criteria at stammering, with a view of a substantiation of a hypothesis of the given speech suffering.

SPECIFIC DISORDERS OF INFANCY (STAMMERING, INORGANIC ENURESIS): QUESTIONS OF CLINIC, A PATHOGENY AND THERAPY

Retjunsy K.J.

In the given work results of research of 109 cases of stammering and 95 cases of inorganic enuresis are given.

Questions of clinic, a pathogeny and therapy of specific disorders of infancy are considered.
