

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том VIII

№ 3

2002

Москва-Павлодар

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Профессор, доктор медицинских наук А.Л. Катков (главный редактор); профессор, доктор медицинских наук 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; кандидат медицинских наук В.Ф. Трубецкой (Москва); профессор А.А. Чуркин.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Доктор медицинских наук М. Асимов (Алматы); профессор Н.А. Бохан (Томск); профессор М.Е. Бурно (Москва); академик, доктор медицинских наук, профессор М.Х. Гонопольский (Хайфа); доктор медицинских наук, профессор Ж.А. Доскалиев (Астана); доктор медицинских наук, профессор В.Ю. Завьялов (Новосибирск); доктор медицинских наук, профессор Р.Г. Илешева (Алматы); доктор медицинских наук, профессор Н.А. Корнетов (Томск); доктор психологических наук, профессор Р. Кочунас (Вильнюс); доктор медицинских наук, профессор Г.М. Кудьярова (Алматы); доктор медицинских наук И.Е. Куприянова (Томск); доктор медицинских наук, профессор Х. Пезешкиан (Висбаден); кандидат медицинских наук Х.А. Сагын (Астана); доктор медицинских наук, профессор В.В. Соложенкин (Бишкек); кандидат медицинских наук Л.А. Степанова (Томск); М.З. Таргакова (Алматы); профессор, доктор медицинских наук 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@pisem.net**

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига

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

Том VIII
№ 3
2002 год

выходит
4 раза в год

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

<i>Макаров В.В.</i> Редакционная передовица	7
<i>Катков А.Л.</i> Психологическое здоровье и стратегия развития психоло- гической науки и практики в Республике Казахстан	7-14
<i>Катков А.Л., Титова В.В.</i> Интегративно-развивающая, двухуровневая психотера- пия наркозависимых	14-28

ПСИХОТЕРАПИЯ

<i>Аксенфельд Р.Г.</i> Психосоматические заболевания как семейные игры: проблемы, конфликты и семейная терапия	29-30
<i>Баранников А.С.</i> О формах интеграции экзистенциальной психотерапии в российскую психотерапию	30-33
<i>Баранников А.С.</i> К вопросу антропологического обоснования интегратив- ной психотерапии	33-47
<i>Гингер С.</i> Эволюция Психотерапии в Западной Европе	47-53
<i>Давыдова К.Н.</i> Использование навыков консультирования при работе с немотивированными клиентами	53-54
<i>Еслиук Р.П.</i> Символдрама - лечение души при помощи образов	54-57
<i>Коровина В.</i> Виды интеграции в психотерапии	57-58
<i>Кириллов И.</i> Супервизия в позитивной психотерапии	59-61
<i>Летуновский В.В.</i> Духовная экзистенция и произведения культуры	61-65
<i>Титова В.В.</i> Психотерапия в детско-подростковой наркологии	65-67
<i>Хусаинова Н.Ю.</i> Персональный мультимодальный профиль личности как основа подготовки консультанта-психотерапевта	67

ПСИХИАТРИЯ

<i>Ахундженова И.Ю., Дахова Л.Н.</i> К опыту применения рисполепта в лечении больных шизофренией	68-69
<i>Измайлова Н.Т.</i> Психические расстройства при чрезвычайных ситуаци- ях и их лечение	70-72

<i>Измаилова Н.Т., Илешева Р.Г.</i>	
Ретроспективный анализ результатов внедрения “МКБ-10”, классификация психических и поведенческих расстройств в казахстанской психиатрии и наркологии и рекомендации по дальнейшему ее использованию	73-78
<i>Новикова М.Ю.</i>	
Аутистическое мышление и символизм. Символика цвета в поэзии А.А.Блока	78-82
<i>Рубцова Е.М., Сысоева Н.П.</i>	
Применение иглорефлексотерапии в психиатрии	82-83
<i>Шушкевич В.И., Яшина В.А., Доброхотова Г.В., Сорока Г.Р., Саенко П.П.</i>	
О роли “ирритирующей триады” в генезе пограничной не- рвонпсихической патологии у подростков	83-84

НАРКОЛОГИЯ

<i>Летуновский В.В.</i>	
Экзистенциальная психотерапия и телесность человека	85-87
<i>Марашева А.А.</i>	
Формирование антинаркотической устойчивости в младшей возрастной группе	87-89
<i>Молчанов С.Н., Нурагина А.З., Идрисова А.М., Алтынбе- кова Г.И.</i>	
Особенности формирования ремиссий у наркозависимых. Реабилитационный потенциал. БОС как новый метод кор- рекции аддикций	89-97
<i>Мусинов С.Р.</i>	
Основные направления реформирования системы нарколо- гической помощи населению	97-98
<i>Нурагина А.З., Молчанов С.Н., Идрисова А.М., Жапарбе- ков А.Н.</i>	
Исследование Я образа у подростков с аддиктивным поведе- нием в процессе групповой психотерапии	98-103
<i>Шушкевич В.И., Яшина В.А., Сорока Г.Р., Саенко П.П.</i>	
Особенности комплексной терапии табачной зависимости в условиях городской поликлиники г. Рудного	103-104
<i>Юсопов О.Г., Алтынбекова Г.И.</i>	
Опыт работы Телефонной Консультативной Службы (ТКС) для детей и подростков	104-107

ИНФОРМАЦИЯ

<i>Макаров В.В.</i>	
Отчёт о “Горячая декада мая” 2002	108-113
<i>Резюме</i>	
	114-124

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

TABLE OF CONTENTS

EDITORS' ARTICLES

FOUNDERS:

**Professional
Psychotherapeutic
League**

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

**Volume VIII
№ 3
2002
Published 4 times
in a year**

<i>Makarov V.V.</i>	7
Leading article	
<i>Katkov A.L.</i>	
Psychological health and strategy of development of a psychological science and practice in Republic of Kazakhstan	7-14
<i>Katkov A.L., Titova V.V.</i>	
Integrative-developed, two-level psychotherapy of addiction	14-28

PSYCHOTHERAPY

<i>Aksenfeld R.G.</i>	
Psychosomatic diseases as family games: problems, conflicts and family therapy	29-30
<i>Barannikov S.A.</i>	
About forms of integration of existential psychotherapy in the Russian psychotherapy	30-33
<i>Barannikov S.A.</i>	
To a question of an anthropological substantiation of integrative psychotherapy	33-47
<i>Ginger S.</i>	
Evolution of psychotherapy in the Western Europe	47-53
<i>Davydova K.N.</i>	
Use of skills of consultation at work with unmotivated clients	53-54
<i>Esljuk R.P.</i>	
Symboldrama - treatment of soul with images	54-57
<i>Korovina V.</i>	
Kinds of integration in psychotherapy	57-58
<i>Kirillov I.</i>	
Supervision in positive psychotherapy	59-61
<i>Letunovskiy V.V.</i>	
Spiritual existentia and works of culture	61-65
<i>Titova V.V.</i>	
Psychotherapy in a children's narcology	65-67
<i>Husainova N.J.</i>	
Personal multimodal structure of the person as a basis of preparation of consultant-psychotherapist	67

PSYCHIATRY

<i>Ahundzhanova I.J., Dahova L.N.</i>	
To experience of application of risporept in treatment of patients with schizophrenia	68-69
<i>Izmajlova N.T.</i>	
Mental frustration at extreme situations and their treatment	70-72

<i>Izmajlova N.T., Ilesheva R.G.</i>	
The retrospective analysis of results of introduction «ICD - 10, classification of mental and behavioral frustration» in the Kazakhstan psychiatry and a narcology and the recommendation for its further use	73-78
<i>Novikova M.J.</i>	
Autistical thinking and symbolism. Symbolics of color in poetry of A.A.Block	78-82
<i>Rubtsova E.M., Sysoeva N.P.</i>	
Application of acupuncture in psychiatry	82-83
<i>Shushkevich V.I., Jashina V.A., Dobrohotova G.V., Soroka G.R., Saenko P.P.</i>	
About a role of «irritational triads» in genesis of boundary emotional pathologies at adolescents	83-84

NARCOLOGY

<i>Letunovsky V.V.</i>	
Existential psychotherapy and man's bodiness	85-87
<i>Marasheva A.A.</i>	
Formation antinarcotic stability in younger age group	87-89
<i>Molchanov S.N., Nurgazina A.Z., Idrisova A.M., Altynbekova G.I.</i>	
Features of formation of remissions at addicts. Rehabilitation potential. BFB as a new method of correction of addiction	89-97
<i>Musinov S.R.</i>	
The basic directions of reforming of system of a narcological service to the population	97-98
<i>Nurgazina A.Z., Molchanov S.N., Idrisova A.M., Zhaparbekov A.N.</i>	
Research of Self- image at adolescents with addictive behavior during group psychotherapy	98-103
<i>Shushkevich V.I., Jashina V.A., Soroka G.R., Saenko P.P.</i>	
Features of complex therapy of tobacco dependence in conditions of Rudnyi city polyclinic	103-104
<i>Jusopov O.G., Altynbekova G.I.</i>	
Operational experience of Telephone Consultative Service for children	104-107

INFORMATION

<i>Makarov V.V.</i>	
The report about “Heated May’s Decade” 2002	108-113
<i>Summary</i>	114-124

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

РЕДАКЦИОННАЯ ПЕРЕДОВИЦА

Дорогие коллеги, друзья, читатели!

III Всемирный конгресс под девизом “Душа мира - путь к глобализации” состоялся. В нём участвовали более пяти тысяч психотерапевтов из 80 стран, со всех континентов нашей планеты. Конгресс констатировал завершение первого этапа объединения психотерапевтов - формирование Всемирного Совета Психотерапии (ВСП). Разрабатывается всемирная хартия работы психотерапевтов. Осуществляются трансконтинентальные образовательные проекты в области психотерапии. Внедрены образовательные стандарты Европейского сертификата психотерапевта, которые приняты также в Японии и Китае. Открыт диалог между израильскими и палестинскими психотерапевтами, направленный на нормализацию ситуации в регионе. Избрано правление Всемирного Совета Психотерапии в составе 24 человек, в том числе президент и вице-президенты. Президентом ВСП избран профессор Альфред Притц (Австрия), вице-президентом - профессор Виктор Викторович Макаров (Россия). Сформулировано решение конгресса. В нём сказано: профессия психотерапевта призвана улучшать качество жизни всех жителей земли. Современные

психотерапевты призваны работать на трёх уровнях: персональном, интерперсональном и культуральном. Деятельность на уровне культуры - новая увлекательная задача психотерапии. Основной принцип развития психотерапии на современном этапе - взаимное признание и взаимное уважение ее представителей при всем разнообразии ее форм и подходов. Это движение вперёд осуществляется в открытом диалоге между отдельными людьми, их большими и малыми группами, и целыми культурами. На одном полюсе психотерапии сосредоточены научно обоснованные методы. Их не более двадцати. На другом полюсе с психотерапией граничат традиционные народные практики. Их - многие сотни. Развитие психотерапии во всём мире - важная часть пути к согласию, миру и солидарности людей на планете. Материалы о конгрессе читайте в следующих номерах журнала.

IV Всемирный конгресс по психотерапии планируется в 2005 году в Буэнос-Айресе (Аргентина), V Всемирный конгресс – в 2008 году в Пекине (Китай).

Президент Профессиональной
Психотерапевтической Лиги,
Профессор

Б.В. Макаров

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ И ПРАКТИКИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

проф., д.м.н. А.Л. Катков

г. Павлодар

В постиндустриальную, информационную эпоху развития общества, эпоху масштабных и быстрых перемен, закономерно изменяются и основополагающие параметры порядка, формирующие конструкцию всего социального уклада.

Одним из таких, главных параметров порядка, придающего обществу в целом и каждому индивиду в отдельности определенный ресурс устойчивости в быстроменяющемся мире, является категория индивидуального и социального здоровья.

Изменение концептуального подхода к данной категории, имеющее место в последние десятилетия, заключается в смещении акцентов активного внимания социума от полюса соматического здоровья к полюсу психического и психологического здоровья индивида и общества. От необходимости охраны к необходимости активного формирования этого важнейшего параметра.

В данном контексте под психологическим здоровьем понимается, в широком смысле, способ-

ность человека и общества к самоорганизации. Данная способность необходимо приходит на смену естественному отбору – основному механизму формирования феномена здоровья в недалеком прошлом.

В связи со всем сказанным, особое внимание обращают на себя вопросы развития уже не медицинской, а психологической науки и практики, которая и является базой для повышения эффективности самоорганизующего поведения че-

ловека.

Изложенная ниже концепция развития психологической науки и практики в Республике Казахстан – попытка определения состояния и основных проблем, перед которыми стоит отечественная психология.

Но кроме того, подготовка данного документа – первый шаг к изменению темпов развития этого важнейшего направления гуманитарной науки и практики в Казахстане.

КОНЦЕПЦИЯ “О РАЗВИТИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ И ПРАКТИКИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН”

1. Введение

В третье тысячелетие мировое сообщество вступает с грузом непростых проблем:

- очевидное расслоение значительной части населения планеты по уровню и качеству жизни;
- перманентный социальный (включая экономический, идеологический и политический) кризис во многих густонаселенных регионах мира;
- рост преступности, включая мировой терроризм;
- изобилие локальных политических и вооруженных конфликтов;
- эпидемия наркомании и сопутствующего ВИЧ/СПИДа;
- существенное снижение уровня здоровья населения в некоторых регионах, включая СНГ;
- резкое ухудшение экологической ситуации.

В связи со всем сказанным особое значение мировым сообществом, в частности Организацией Объединенных Наций, придается стратегиям долговременного устойчивого развития, предусматривающим эффективное блокирование и профилактику распространения вышеназванных неблагоприятных тенденций.

В Республике Казахстан разработан и принят важнейший документ “Стратегия развития “Казахстан-2030”, где глубоко и аргументированно проанализированы сценарии перехода от кризисного к устойчивому социальному развитию.

В качестве важнейшего долговременного приоритета настоящей Стратегии выступают здоровье, образование и благополучие граждан Казахстана.

Между тем, современная концепция индивидуального и социального здоровья, акцентирующая особое внимание на качество жизни индивида и общества в постиндустриальную эпоху, в главу угла ставит категорию психологического здоровья. Именно это важнейшее свойство психики обеспечивает и развивает базисную способность человека к самоорганизации, которая является основным условием конструктивного разрешения кризисных ситуаций самого разного калибра.

Таким образом, опережающее развитие психо-

логической науки и практики соответствует наиболее актуальному спектру индивидуальных и социальных потребностей современности.

2. Анализ современной ситуации в сфере развития фундаментальных и прикладных аспектов психологической науки и практики в Республике Казахстан

Распад единого информационного и экономического пространства в начале 90-х годов не мог не сказаться на темпах развития гуманитарных научных направлений, в частности психологического, на территории Республики Казахстан, так как изначально основные научные и образовательные психологические Центры бывшего Советского Союза находились в г.г. Москве, Санкт-Петербурге, Ярославле. На территории союзных республик действовали лишь единичные коллективы кафедр психологии в системе Государственных университетов.

Республика Казахстан здесь не была исключением. Долгое время, являясь, по сути, единственным профессиональным коллективом, кафедра психологии Казахского Государственного Университета в результате оказалась не в состоянии обеспечить быстро растущую потребность в квалифицированных психологических кадрах для научных, образовательных целей и потребностей населения Казахстана.

В связи со всем сказанным в настоящее время на многочисленных кафедрах и курсах общей и прикладной психологии высших учебных заведений Республики Казахстан действуют специалисты-психологи без необходимой системной подготовки в области общих и прикладных психологических дисциплин. Соответственно, не реализуются, или реализуются не в полном объеме и с низким качеством базисные курсы подготовки профессиональных психологов по различным модальностям данной специальности (см. приложение 1). Общий образовательный стандарт не предусматривает прохождение специальных, углубленных тренингов личностного самопознания, личностного

роста, личной терапии и консультирования. А если предусматривает, то лишь для консультирующих психологов (см. приложение 2). Модернизация отдельных образовательных программ государственного стандарта в области подготовки профессиональных психологов, тарифно-квалификационных требований к специалистам данной сферы, продвигается крайне медленно. Специализация для профессионалов-психологов в плане постдипломного образования охватывает далеко не все возможные профили данной специальности (см. приложение 3). Таким образом, наиболее важная задача – масштабной подготовки квалифицированных психологов-профессионалов выполняется, пока, неудовлетворительно.

В силу отсутствия полноценной научной базы, ядра квалифицированных научных специалистов (10-15 докторов наук, профессоров по психологическим дисциплинам) в Республике Казахстан лишь эпизодически действуют ученые советы по защите кандидатских и докторских диссертаций психологического профиля, охватывая незначительную часть общего перечня специальностей по предмету "Психология" (см. приложение 4). В силу сказанного, неудовлетворительно выполняется вторая важнейшая задача – подготовки научных кадров в области фундаментальных и прикладных аспектов психологии.

Наконец, в связи с тем, что реальные потребности в психотехнологическом обеспечении процессов социального, экономического и политического развития покрываются за счет деятельности неквалифицированных специалистов, главная, результирующая задача – перехода в fazu ускоренного бескризисного развития – решается неэффективно.

Следует отметить и положительные тенденции. В последние годы доступ к информации в сфере развития психологических дисциплин значительно расширился (печатные издания, Интернет). Появилась возможность очных контактов со специалистами-психологами ближнего и дальнего зарубежья. Расширилась сфера предложений консультационных услуг, услуг в области краткосрочного и среднесрочного психологического образования. Однако реальный механизм, оценивающий качество и соответствие такого рода предложений более или менее систематизированным требованиям до сих пор не разработан. Как не разработана и сама система, четко формулирующая стандарты качества услуг в данной сфере.

Что касается деятельности общественных ассоциаций, представляющих интересы психологов-профессионалов, то в РК до настоящего времени их активность не уравновешивала отсутствие системного государственного подхода к развитию такой важнейшей гуманитарной сферы, какой является психологическая наука и практика.

Дальнейшее невнимание к насущным вопросам

развития общей и прикладной психологии может обернуться не только потерей темпа социального развития Республики, но и утратой всех перспектив выравнивания с ведущими мировыми державами, все более отдающих дань человеческому фактору в соответствующих стратегиях.

Современная психология, без всякого преувеличения, стоит перед грандиозным скачком в своем собственном развитии. Речь идет о революционных изменениях не только общепсихологического, но и всего поля науки, утрачивающей, в русле разработки холистического научного архетипа, разграничение на "объективный" (естественнонаучный) и "субъективный" (гуманитарный) классы.

В современную психологию на легальных (как предмет научных исследований) основаниях возвращаются категории "Души" и "Духа", с понятными перспективами исследований в данном направлении.

Таким образом, психологическая наука и практика, полноценно использующая современный арсенал холистического научного архетипа, более адекватный ее собственному предмету, становится подлинно-эффективным базисом реформ в сфере основных развивающих индивидуальных и социальных технологий. К последним, как общеизвестно, относятся педагогика, воспитание, психологическая коррекция, психологическое консультирование, философское консультирование, психотерапия, психотехнологии социальные, психотехнологии отраслевые (например, инженерная, авиационная, космическая), социальная инженерия и т.д.

Осмысленная государственная поддержка процессов ускоренного развития психологической науки и практики в РК, напротив, даст мощный инструмент самоорганизации общества, в эпоху, когда такой инструмент наиболее востребован.

Ясное осознавание данного обстоятельства должно стать базисом для государственной политики в сфере развития фундаментальных и прикладных психологических дисциплин (приложение 1) и специальностей (приложение 4).

3. Основные принципы развития психологической науки и практики

Главными принципами развития психологической науки и практики в Республике Казахстан, в связи со всем сказанным, должны быть следующие:

1. Целенаправленная государственная поддержка (законодательная, организационная, информационная, финансовая) развития психологической науки и практики в РК;

2. Реализация планов развития психологической науки и практики в РК в соответствие с научно-обоснованной, единой Государственной Стратегией и Программой развития фундаментальных и прикладных психологических направлений;

3. Определение основных приоритетов выше-

названной Стратегии и Государственной Программы в сфере:

- научных исследований в области общих и прикладных психологических дисциплин;
- масштабной подготовки квалифицированных профессионалов-психологов для научной, образовательной и практической деятельности;
- разработки унифицированных, современных образовательных стандартов для каждой психологической дисциплины;
- разработки унифицированных тарифно-квалификационных требований к специалистам-психологам;

4. Определение главной социальной функции психологической науки и практики, как основной базы для повышения эффективности институализированных развивающих практик (педагогика, воспитание, социальные психотехнологии и т.д.), и, в конечном итоге, качества жизни населения РК.

5. Определение главенствующей роли категории психологического здоровья населения для преодоления кризисных явлений современной социальной ситуации.

4. Основные цели и задачи развития психологической науки и практики в Республике Казахстан

Основная цель развития психологической науки и практики в РК заключается в повышении уровня психологического здоровья и качества жизни населения Республики, обеспечении перехода от кризисного к устойчивому социальному развитию, резкому повышению эффективности институализированных развивающих практик (образование, воспитание и т.д.).

Для достижения поставленных целей предусматривается решение следующих задач:

- полномасштабная инвентаризация проблемы развития психологической науки, образования и практики в РК;
- разработка единой Государственной Стратегии развития психологической науки и практики;
- разработка одноименной Государственной Программы;
- определение основных приоритетов в названных документах в соответствие с общими принципами развития психологии в Казахстане, изложенными в настоящей Концепции;
- разработка соответствующей нормативной базы, облегчающей реализацию программных целей и задач;
- разработка прикладных программ и подпрограмм развития отдельных психологических дисциплин в соответствие с единой Государственной Стратегией развития психологической науки и практики в РК;

- поэтапная реализация программных целей и задач;
- постоянный научный мониторинг результатов реализации Государственной Программы развития психологической науки и практики в РК;
- создание головного Республиканского Научно-практического Центра, координирующего выполнение всех названных пунктов.

5. Основные механизмы реализации принципов, целей и задач развития психологической науки и практики в Республике Казахстан

Важнейшими механизмами настоящей Концепции являются:

- научно-информационное обеспечение процессов полноценной инвентаризации рассматриваемой проблемы; разработки базовых документов: Государственной Стратегии развития психологической науки и практики, одноименной Государственной Программы;
- организационное обеспечение данного вида деятельности (организация головного республиканского научного учреждения);
- финансовое обеспечение процессов реформирования и развития психологической науки и практики в РК;
- общественная поддержка, активное использование международных доноров для реализации поставленных целей и задач;
- постоянная и целенаправленная активность по продвижению данного проекта со стороны ассоциаций профессиональных психологов;
- организация неформального международного сотрудничества в области реализации совместных масштабных научных и образовательных проектов (Регионы Центральной Азии; СНГ; дальнее Зарубежье);
- активное использование международных, в частности Европейских, стандартов подготовки и квалификации профессиональных психологов в качестве базисных моделей для разработки соответствующих национальных стандартов.

Заключение

Центральная идея настоящей Концепции основана на осознании главенствующей роли психологической науки и практики в преодолении кризисных социальных явлений современности и оказании централизованной государственной поддержки процессам развития психологической науки и практики в Республике Казахстан. Социальные, политические и экономические дивиденды, которые получит Государство и население Республики в случае реализации всех пунктов Концепции, будут несоизмеримо выше возможных затрат.

**Международный стандарт (рубрикатор)
психологических дисциплин, составляющих содержание
научно-практического направления “психология”**

159.9	Психология
→ 316.6	Социальное поведение. Социальная психология
612.8	Нервная система. Органы чувств (Физиология человека)
612.821	Психофизиология (Физиология человека)
613.8	Гигиена нервной системы
616.89	Психиатрия. Патологическая психология. Психологические болезни. Дальнейшее подразделение при помощи общ. опр. лиц -05 [Психологию отдельных видов деятельности (отраслевую, прикладную) обозначать при помощи : (знак отношения) к соответствующим индексам УДК, например]
159.9:62	Инженерная (техническая) психология
:629.7	Авиационная и космическая психология
159.9:01	Философия. Теории. Законы. Метафизическая психология. Рациональная психология
.015	Теории, основанные на точных науках
.016	Другие теории
.018	Методы психологии
.019	Психологические системы и направления (школы)
159.9.07	Психологические исследования. Результаты исследований
.072	Психологические исследования, опыты, эксперименты, тесты, измерения
.075	Обработка и интерпретация данных
.078	Аппаратура и инструменты для психологических исследований
159.92	Развитие и формирование психики. Генетическая психология. Сравнительная психология
.922	Особенности психики. Сознание. Психическое развитие человека. Дифференциальная и генетическая психология. Психология развития
.1	Психология пола
.2	Влияние природной и социальной среды
.3	Роль происхождения. Наследование психических особенностей
.4	Этническая психология. Национальная психология
.5	Подразделять при помощи общ. опр. народов (...) и места (1/9)
.6	Влияние особенностей телосложения: роста, осанки, пороков физического развития
.7	Влияние возраста. Возрастная психология
.72	Детская психология
.73	Интеллектуальное развитие ребенка
.74	Психические особенности ребенка. Влияние возраста
.75	Особенности мышления детей
.77	Представление и воображение у детей
.77	Психология пола у детей. Психология мальчиков. Психология девочек
.8	Психология подростков и раннего юношеского возраста
.923	159.922.8=159.922.7 Психологические типы. Психология личности. Индивидуальность. Личность. Психология характера. Характерология. Типы личностей

.2	Развитие личности. Самосознание. Идентичность личности
.3	Характер. Черты характера. Психограмма
.4	Темпераменты (сангвенический, холерический, флегматический, меланхолический)
.5	Формирование личности
.6	Гениальность
.925	Внешнее выражение психики (в мимике и пантомимике, голосе, походке и т.д.; физиогномика, френология, измерение черепа, графология)
.928	Различные виды одаренности. Особые способности и склонности
.929	Биopsихология. Сравнительная психология
→ 591-51	Психология животных. Инстинкт
159.93	Сенсорные процессы. Ощущения. Восприятия
.931/.936	Ощущения (зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, кожные, проприоцептивные и др.)
→ 612.84/88	Зрение. Слух. Обоняние. Вкус. Тактильная чувствительность и т. д.
.937	Восприятие цвета, пространства и расстояния, величины, формы и местонахождения предметов, времени, движения. Синестезия.
.938	Психофизика. Количественная психология. Психофизика раздражения. Психометрия. Психохронометрия. Время реакции
159.94	Эффекторные функции
.942	Эмоциональность. Эмоции и чувства
.943	Стремления. Двигательные функции. Поступки, рефлексы, инстинкты, навыки, привычки
.944	Работоспособность. Утомляемость. Кривые работоспособности
.946	Частные двигательные функции (ходьба, бег, речь, пение, немота, чтение, письмо, рисование)
.947	Волевые процессы. Воля
.2	Свобода воли. Обдумывание. Принятие решения. Ответственность. Волевое решение. Детерминация
159.947.3	Произвольные действия человека. Самодисциплина
.5	Намерения. Мотивы. Желания
159.95	Высшие психические процессы
.952	Внимание. Выбор объекта. Интересы. Изменения внимания. Ясность и сила, широта и деятельность процессов внимания. Невнимательность
.953	Память. Забывание. Ошибки и провалы памяти. Обучение. Мнемотехника
.954	Воображение. Фантазия
.955	Мышление. Представления. Формирование идей и понятий. Абстрагирование. Отбор представлений. Сравнение. Размышления. Рефлексия. Суждения. Умозаключения. Индукция. Дедукция
.956	Интуиция
159.96	Особые психические состояния, явления и процессы
.961	Парapsихология Сюда относятся документы о необычных и «тайных» явлениях и состояниях психики и их научном объяснении: иллюзии, галлюцинации; телепатические явления, чтение мыслей, внушение на расстоянии, ясновидение, пророчество; психологические аспекты спиритизма, магии и других форм оккультизма, учения йогов и т.д.
→ 13	Философское учение о духе, сознании и мышлении. Оккультизм
.962	Гипноз. Самогипноз. Внушение. Самовнушение. Аутогенная тренировка
.963	Психология сна. Сон и бодрствование. Сновидения. Летаргический сон. Лунатизм (сомнамбулизм)

.964	Глубинная психология. Бессознательное и подсознательное. Соотношение сознательного и бессознательного
.2	Психоанализ. Объяснение психических процессов. Побуждения. Комплексы.
159.98	Психотехника
159.99	Прочие вопросы психологии

Приложение 2

**Перечень специальных дисциплин по курсу “психология” в соответствие
с Государственным образовательным стандартом**

- основы общей психологии;
- психологический практикум;
- история психологии;
- социальная психология;
- клиническая психология;
- психофизиология;
- педагогическая психология;
- возрастная психология;
- психология труда и инженерная психология;
- основы психодиагностики;
- зоопсихология и сравнительная психология;
- экспериментальная психология;
- психогенетика;
- анатомия центральной нервной системы;
- физиология центральной нервной системы;
- физиология высшей нервной деятельности и сенсорных систем;
- антропология;
- математические методы в психологии.

Приложение 3

**Перечень специализаций по специальности 020400 “Психология”
Министерства общего и специального образования**

1. Общая психология
2. Психология личности
3. Социальная психология
4. Политическая психология
5. Психология менеджмента
6. Организационная психология
7. Юридическая психология
8. Психология труда и инженерная психология
9. Клиническая (медицинская) психология
10. Психофизиология
11. Специальная психология
12. Психология развития и возрастная психология
13. Педагогическая психология
14. Психологическое консультирование

Перечень специальностей, по которым допускается защита кандидатских и докторских диссертаций (раздел “Психология”)

- 19.00.01 – общая психология;
19.00.02 – психофизиология;
19.00.03 – психология труда и инженерная психология;
19.00.04 – медицинская психология;
19.00.05 – социальная психология;
19.00.06 – юридическая психология;
19.00.07 – педагогическая психология;
19.00.10 – коррекционная психология (психология слепых, глухонемых и умственно отсталых детей);
19.00.11 – психология личности;
19.00.12 – политическая психология;
19.00.13 – психология развития, акмеология;
19.00.14 – психология труда в особых условиях;
19.00.15 – дифференциальная психология, психодиагностика.

**ИНТЕГРАТИВНО-РАЗВИВАЮЩАЯ, ДВУХУРОВНЕВАЯ
ПСИХОТЕРАПИЯ НАРКОЗАВИСИМЫХ**

проф., д.м.н. А.Л.Катков, В.В.Титова

г. Павлодар (Казахстан)
г. Омск (Российская Федерация)

I. Введение

В настоящее время проблема распространения зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) в странах СНГ, в частности, в Российской Федерации, Республике Казахстан, если не полностью изучена, то достаточно инвентаризирована. В самом общем виде предварительные выводы могут быть представлены следующим образом:

“ Проблема распространения наркозависимости – отнюдь не самостоятельный, “самодостаточный” феномен, но лишь один из индикаторов гораздо более глубоких социально-психологических проблем развития общества (другой стороной данной проблемы выступают, например, рост преступности, терроризм и прочие проявления перманентного социального кризиса);

“ Масштабы и темпы распространения наркотической зависимости (от 1,7% до 2% населения) таковы, что требуют основательного пересмотра всей системы противодействующих усилий, в частности, деятельности гуманитарного сектора и системы здравоохранения;

“ Определенные перспективы в этом плане связывают с применением методов психологичес-

кого (психотерапевтического) воздействия в отношении реальных и потенциальных наркопотребителей, поскольку достоверно установлен факт крайне низкой эффективности (1-3% ремиссий в течение года) использования исключительно медикаментозных средств в программах медицинской реабилитации зависимых лиц;

“ Результатом адекватного психотерапевтического воздействия может быть не только подавление или установление действенного контроля в отношении патологического влечения (ПВ) к ПАВ, но и полное освобождение от зависимости.

Вопрос, следовательно, заключается в разработке и масштабном применении таких видов психотерапевтического воздействия, которые действительно способны “горы передвигать” в смысле изменения статуса клиентов. Ибо нет никаких иллюзий в том, что сущностное решение проблемы зависимости, требует сущностных же, а не каких-то иных, изменений у лиц, обратившихся за помощью.

Нет сомнений и в том, что разработка вышеуказанных психотерапевтических подходов продвинет перспективы повышения эффективности пер-

вичной профилактики по данному профилю, за счет осмысленной трансляции уникальных технологий кризисного развития индивида и группы в институализированные практики образования и воспитания. Таков общий механизм перехода настоящего, эксклюзивного статуса психотерапии в будущий социальный.

II. Двухуровневая модель эффективной психотерапевтической коммуникации

Разработка наиболее оптимальных вариантов психотерапевтической стратегии в программах медико-социальной реабилитации наркозависимых тесно связана с решением проблемы идентификации, интеграции данной специальности, закономерно ведущей к повышению эффективности психотерапевтического процесса, как такового.

Опуская многочисленные детали, прямо не касающиеся рассматриваемого вопроса, с учетом результатов наших собственных исследований, вариант решения вышеназванной проблемы и модель эффективности психотерапевтического процесса можно описать следующим образом:

1. Основной идентификационный признак, отличающий и выделяющий психотерапию в ряду других институализированных развивающих практик, заключается не в каком либо структурно-теоретическом (например, единая теория личности), а в функциональном концепте данной дисциплины;

2. Основной функцией психотерапии является ее уникальная развивающая способность, оформляемая в уникальный результат: максимум сущностных изменений у индивида или группы, за минимальный период времени;

3. Такой результат достигается за счет осмысленного, целенаправленного использования возможностей глубинного, универсального уровня психотерапевтической коммуникации, общие механизмы которого составляют идентификационный стержень любого психотерапевтического метода, модели, направления.

4. Таким образом, различаются два уровня психотерапевтической коммуникации:

a) глубинный, универсальный уровень с общими для психотерапевтического процесса механизмами действия:

- идентификация с личностью психотерапевта;
- убеждение и внушение, чаще скрытое;
- облегченная трансляция социальных паттернов поведения;
- позитивное подкрепление развивающего поведения пациента (клиента) или группы;
- наделение пациента (клиента) энергетическими и пластическими ресурсами;
- обретение пациентом (клиентом) свойств целостности между основными инстанциями психического (“прописка” личности в бессознательном

по К. Витакеру).

б) *поверхностный, технологический уровень*, включающий структурированные технические действия (методики, техники, манипуляции, процедуры), направленные на разрушение или утилизацию деструктивных, патологических связей у пациента (клиента) и создание новых, адаптирующих.

Обычно, данный процесс, в той или иной степени, опирается на расширение когнитивного репертуара, коррекцию эмоционального опыта, модификацию поведения посредством позитивного – негативного подкрепления со стороны психотерапевта.

5. Максимально эффективное использование механизмов глубинного, универсального уровня психотерапевтической коммуникации, подразумевает их активное вовлечение в процесс реализации структурированных психотерапевтических технологий, для которого характерна определенная последовательность:

- точная идентификация проблемы;
- полная инвентаризация проблемы;
- выстраивание адекватной диагностической триады: дефект – идеал – проект терапии (обоснованный комплекс технических действий);
- проработка последовательности технических действий с пациентом (клиентом);
- реализация технических действий;
- фиксация изменений (на вербальном и невербальном уровнях; в эмоциональной, когнитивной, поведенческой сферах);
- оценка перспективы и решений пациента в отношении взаимодействия с первоначально заявленной проблемой, а также в отношении собственного будущего.

Синтез универсальных и структурированных психотерапевтических механизмов, с учетом приведенного алгоритма оформления технических действий, происходит следующим образом:

- на этапе установления контакта терапевта с пациентом (клиентом), в диагностической фазе, за счет процессов идентификации с личностью психотерапевта, происходит предуготовливание технических эффектов (например, в сфере коррекции эмоционального опыта: психотерапевт, не акцентируя внимание клиента, демонстрирует возможности иных эмоциональных реакций в отношение травмирующей ситуации);
- на этапе проработки последовательности технических действий, за счет использования механизма скрытого внушения, подготавливается манифестиация желательных эффектов;
- в фазе реализации технических действий используются механизмы действенного позитивного подкрепления развивающего поведения пациента (клиента);
- на этапе фиксации изменений и оценки перспектив используется скрытое конструирование

эволюционных сценариев будущего (механизм скрытого внушения, позитивного подкрепления развивающего поведения).

6. Обязательным условием для автономного и включенного функционирования общих механизмов глубинного, универсального уровня психотерапевтической коммуникации является феноменологическое поле, так называемого, пространства психотерапии. Общими характеристиками данного феномена являются:

- безопасность (гарантия поддержки и условность даже самых драматических моментов происходящего);
- разряженность (события в пространстве психотерапии фокусируются избирательно и разделяются с травмирующими контекстами);
- концентрация (возможность комбинации таких контекстов, обстоятельств, событий, соответствующих состояний субъектов психотерапевтического процесса, которые, в совокупности, обеспечивают необходимый терапевтический эффект, но в реальной жизни встречаются крайне редко).

Сущностным, ключевым моментом – характеристикой психотерапевтического пространства,

обеспечивающей потенциальную способность психотерапевтической коммуникации “горы передвигать” - вызывать значительные изменения в состоянии пациентов (клиентов) в относительно короткие промежутки времени – является скрытый, неосознанный переход от стратегии поведения, направленного на сохранение “статус-кво”, устойчивости, психологической и телесной брони, к полярной стратегии деятельности, обеспечивающей максимальную пластику, скорость изменений у субъектов психотерапии, эффективные синергетические отношения между участниками процесса.

Нами разработаны исследовательские карты – индикаторы, позволяющие по уровню выраженности объективных и субъективных признаков входящие в феноменологическое поле психотерапевтического пространства у субъектов психотерапевтической коммуникации, судить о степени вовлеченности в данный процесс универсальных механизмов глубинного уровня психотерапии.

Следовательно, появляется возможность реального продвижения в оценке эффективности психотерапевтической коммуникации, независимо от особенностей применяемой техники или метода.

Ниже приводятся названные схемы:

Схема 1

Карта исследования субъективных признаков вовлечения глубинного уровня психотерапевтической коммуникации (заполняется пациентом дважды: в начале и в завершении каждого психотерапевтического цикла (методики))

1. Отмечали ли Вы ощущение покоя и безопасности в продолжение первого психотерапевтического сеанса?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
2. Отмечали ли Вы ощущение покоя и безопасности в последующей работе с психотерапевтом?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
3. Отмечали ли Вы появление чувства доверия к психотерапевту в продолжение первого психотерапевтического сеанса?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
4. Отмечали ли Вы появление чувства доверия к психотерапевту в последующей работе с ним?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом

5. Отмечали ли Вы установление полного контакта с психотерапевтом в продолжение первого психотерапевтического сеанса?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
6. Отмечали ли Вы установление полного контакта с психотерапевтом в последующей работе с ним?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
7. Отмечали ли Вы появление (усиление) веры в конструктивные возможности психотерапевтического процесса в продолжение первого психотерапевтического сеанса?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
8. Отмечали ли Вы появление (усиление) веры в конструктивные возможности психотерапевтического процесса в последующей работе с психотерапевтом?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
9. Отмечали ли Вы существенное изменение самочувствия во время первого психотерапевтического сеанса?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
10. Отмечали ли Вы существенное изменение самочувствия в последующей работе с психотерапевтом?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
11. Отмечали ли Вы изменение восприятия окружающего пространства во время первого психотерапевтического сеанса?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
12. Отмечали ли Вы изменение восприятия окружающего пространства во время последующей работы с психотерапевтом?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
13. Отмечали ли Вы изменение восприятия времени (например, ускоренное, замедленное течение времени, или то и другое одновременно) во время первого психотерапевтического сеанса?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом

14. Отмечали ли Вы изменение восприятия времени (например, ускоренное, замедленное течение времени, или то и другое одновременно) во время последующей работы с психотерапевтом?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
15. Отмечали ли Вы появление не совсем обычных телесных ощущений (например, легкости, тяжести, жара, холода, покалывания, «мурашек» и т.д.) во время первого психотерапевтического сеанса?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
16. Отмечали ли Вы появление не совсем обычных телесных ощущений (например, легкости, тяжести, жара, холода, покалывания, «мурашек» и т.д.) в последующей работе с психотерапевтом?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
17. Отмечали ли Вы появление ощущения собственной измененности (изменения своего «Я») во время первого психотерапевтического сеанса?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
18. Отмечали ли Вы появление ощущения собственной измененности (изменения своего «Я») в последующей работе с психотерапевтом?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
19. Отмечали ли Вы изменение отношения к проблеме, по поводу которой Вы обратились к психотерапевту в продолжение первого психотерапевтического сеанса?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
20. Отмечали ли Вы изменение отношения к проблеме, по поводу которой Вы обратились к психотерапевту в последующей работе с психотерапевтом?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
21. Отмечали ли Вы появление перспективы решения Вашей основной проблемы во время первого психотерапевтического сеанса?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом
22. Отмечали ли Вы появление перспективы решения Вашей основной проблемы в последующей работе с психотерапевтом?
а) да
б) нет
в) затрудняюсь с ответом

Карта исследования объективных признаков вовлечения глубинного уровня психотерапевтической коммуникации (заполняется супервизором или психотерапевтом дважды: в начале и в завершении каждого психотерапевтического цикла (методики))	
1. Сокращение дистанции между терапевтом и клиентом	
а) отсутствуют	
б) слабая степень выраженности	
в) средняя степень выраженности	
г) значительная степень выраженности	
2. Аналогии в моторике (позе, жестах, движениях головы, глаз)	
а) отсутствуют	
б) слабая степень выраженности	
в) средняя степень выраженности	
г) значительная степень выраженности	
3. Аналогии в мимических реакциях	
а) отсутствуют	
б) слабая степень выраженности	
в) средняя степень выраженности	
г) значительная степень выраженности	
4. Присоединение по тембру и интонациям речи	
а) отсутствуют	
б) слабая степень выраженности	
в) средняя степень выраженности	
г) значительная степень выраженности	
5. Синхронизациям речевого темпо-ритма	
а) отсутствуют	
б) слабая степень выраженности	
в) средняя степень выраженности	
г) значительная степень выраженности	
6. Выраженность вегетативных реакций у пациента	
а) отсутствуют	
б) слабая степень выраженности	
в) средняя степень выраженности	
г) значительная степень выраженности	
7. Синхронизация дыхательного ритма	
а) отсутствуют	
б) слабая степень выраженности	
в) средняя степень выраженности	
г) значительная степень выраженности	
8. Выраженность мышечной релаксации у пациента	
а) отсутствуют	
б) слабая степень выраженности	
в) средняя степень выраженности	
г) значительная степень выраженности	

7. Феномен психотерапевтического пространства запускается посредством другого ключевого феномена – личности психотерапевта.

Среди наиболее общих характеристик профессиональных психотерапевтов (включая отношение

к пациенту, профессиональные кондиции), которые обычно приводятся в данной связи, на наш взгляд, следует выделить свойство “привлекательной целостности” - аналог качества “прописки личности в бессознательном” по К.Витакеру, которое иден-

тифицируется клиентами (пациентами) или группой в считанные секунды.

Именно в силу грандиозной привлекательности данного статуса и происходит актуализация механизма идентификации с личностью психотерапевта и развитие всего феноменологического поля пространства психотерапии.

III. Общая стратегия двухуровневого интегративно-развивающего психотерапевтического процесса

Итак, отличительной особенностью эффективного психотерапевтического процесса, выделяющего данную коммуникацию в ряду других развивающих практик, является максимально возможное, осознанное использование универсальных психотерапевтических механизмов глубинного уровня психотерапии, предполагающее прямое или косвенное обращение к инстанциям, генерирующими огромные пластические и энергетические ресурсы.

Эти инстанции, обозначаются в профессиональной психотерапии как “бессознательное”, “неосознанное”, “предсознательное”, “сверхсознательное”, и так далее (вопрос, почему профессиональные психотерапевты так настойчиво стремятся вытеснить эти, столь действенные категории, из поля реальности, формируемой сознанием, по-своему очень интересен).

Мы полагаем, что современный уровень развития собственно научной методологии (эпистемологии, гносеологии, когнитологии), творческое использование новых, кольцевых (а не абстрактно-холистических) научных архетипов и междисциплинарных подходов, более адекватных предмету психотерапевтической науки и практики, позволяет отказаться от вышеизложенных “ускользающих” терминов и вернуть, на вполне легальные основания, собственные имена “способными горы передвигать” упомянутым инстанциям. А заодно, точно обозначить основной предмет психотерапии.

Это, конечно, категории души и духа.

Таким образом, с возвращением данных, ко многому обязывающих терминов, психотерапия вообще и психотерапия наркозависимых в частности, становятся самодостаточными и не нуждаются в каких либо дополнениях (например, в виде программы “12 шагов”).

Кроме того, с учетом уже обозначенных возможностей современной научной методологии, у субъектов психотерапевтического процесса появляется понятная перспектива – не только “верить”, смутно чувствовать, но и знать свой собственный суперресурс, именуемый душой и духом. А это уже совсем другие горизонты и качество жизни субъекта.

Отсюда становятся понятными условия излечения – освобождения от наркотической зависимости: проблема патологического влечения к психоак-

тивным веществам, не решаемая на уровнях тела и личности, находит решение на уровне души и духа. Если только этот уровень не вытесняется из профессионального поля психотерапии и, соответственно, программ медико-социальной реабилитации (МСР) наркозависимых.

Здесь мы позволили себе несколько опередить события и приблизиться к теме психотерапии наркозависимых с единственной целью: продемонстрировать продуктивность и масштаб стратегических возможностей интегративно-развивающей, двухуровневой психотерапии.

Следующим общим моментом, который следует обсудить в данном разделе, являются принципы соотношения методов, моделей и направлений психотерапии (так называемой, школьной парадигмы) с новыми интегративными подходами.

Мы полагаем, что эти два полюса развития специальности, с выведением глубинного уровня психотерапевтической коммуникации и уточнением универсальных механизмов, действующих в феноменологическом поле пространства психотерапии, теперь лишь дополняют друг друга.

Таким образом, в рамках интегративно-развивающего психотерапевтического процесса, могут, в принципе, реализоваться любые модели, направления или методы психотерапии.

Мы полагаем, что некоторые общие моменты структурного оформления данного процесса лишь усилият общую эффективность какого-либо метода, никак не препятствуя основной идеи или техническому своеобразию реализации.

Общие требования, предъявляемые к стратегии реализации интегративно-развивающего процесса, предусматривают проработку следующих позиций:

1. Учет особенностей индивидуальных развивающих стратегий у пациентов (клиентов).

Данные стратегии могут быть отнесены преимущественно к одному из трех предлагаемых вариантов:

- ассимиляция – ригидность (некритический перенос прежних навыков и стратегий поведения в новой ситуации);
- аккомодация – конформизм (полное изменение стратегии поведения в новой ситуации);
- равновесие – гибкость (рациональное изменение поведения и приобретение адаптирующих навыков в новой ситуации).

В соответствие с полученными диагностическими данными, корректируются темпы, требования и общая интенсивность психотерапевтического процесса.

2. Использование всех возможных вариантов достижения требуемых изменений у пациентов (клиентов) или группы в процессе психотерапии:

- ситуационные изменения (непрерывные, не-

стойкие, индуцированные);

- революционные изменения (быстрые, глубокие, достаточно устойчивые);
- эволюционные изменения (медленные, необратимые).

3. Использование семиуровневой модели инсайтов в психотерапевтической коммуникации.

Уровни психотерапевтических инсайтов у пациентов:

- инсайты I-го уровня (осознания зависимости форм реагирования от особенностей ситуации);
- инсайты II-го уровня (осознание зависимости форм реагирования от особенностей личности);
- инсайты III-го уровня (осознание зависимости форм реагирования от особенностей условий формирования личности);
- инсайты IV-го уровня (осознание имеющегося дискомфорта, как сигнала необходимости изменений (развития));
- инсайты V-го уровня (осознание необходимости принятия гибкой стратегии изменений (развития), как естественного и основного условия эффективного решения всех возникающих проблем, общего повышения качества жизни).

Уровни творческих инсайтов у психотерапевта:

- инсайт I-го уровня (оригинальная терапевтическая идея решения конкретной проблемы (的独特ый сплав личного мифа пациента, контекста психотерапевтической коммуникации, “сподружной” психотерапевтической техники, или метода психотерапии));
- инсайт II-го уровня (оригинальная идея решения унифицированной проблемы развития пациента (клиента), реализующаяся в уникальной конструкции психотерапевтического процесса, учитывающего особенности развивающей стратегии пациента).

4. Использование опорной системы координат личного мифа пациентов (клиентов) в оформлении технологического уровня психотерапевтической коммуникации.

По результатам наших исследований, в своей внутренней и внешней ориентировке (опорная система координат), пациентов (клиентов) можно отнести к одной из трех групп:

- преимущественно опирающихся на систему рациональных знаний (перспективно обращение к направлению когнитивной психотерапии, техникам расширения когнитивного репертуара);
- преимущественно опирающихся на систему иррациональных верований (перспективно обращение к магическим, религиозным моделям, техни-

кам суггестивной психотерапии);

- преимущественно опирающихся на собственный опыт (перспективно обращение к направлению поведенческой психотерапии, техникам с опорой на очевидности).

5. Использование возможностей сведения вышеназванных систем координат в общий базис.

Здесь, дополнительно к самостоятельным методам и моделям психотерапии, используется специальная многоступенчатая техника расширения когнитивного пространства до модели “новой реальности”, где неидентифицируемые, субъектные феномены души и духа, на вполне легальных основаниях, могут выступать в качестве полноценных, объективно-фиксируемых феноменов, с возможностью конструктивного диалога и развития требуемых ресурсных состояний.

6. Использование общего континуума целей психотерапевтической коммуникации:

- *достижение внутреннего уровня гармонии* (подлинная актуализация с облегченным доступом к основным ресурсам персонального; достижение целостности между основными инстанциями психического (личность – душа - дух));
- *достижение внешнего уровня гармонии* (установление принципиально иных отношений персонального с социальным: социальное становится фоном, но не фигурой, то есть категорией, достойный компромисс с которой легко достижим);
- *обретение целостной, развивающей стратегии бытия* с обновленной системой ценностей и смыслов, где жизненные сложности не фатальны, а необходимость изменений приветствуется.

7. Конструктивное использование “золотого” правила психотерапии.

В наибольшей степени данное правило соответствует всему контексту интегративно-развивающей, двухуровневой психотерапии: “заболевает, получает “проблему”, какой-либо уровень дискомфорта – один человек; выздоравливает, решает проблему, избавляется от дискомфорта – другой, изменившийся”.

Следовательно, основная задача психотерапевтической коммуникации состоит в максимально-возможном, концентрированном развитии качеств “того - другого”, с легкостью избавляющегося от болезни, дискомфорта, проблемы, а не в решении конкретных жизненных затруднений пациента. Последняя проблема закономерно разрешается в ходе адекватного интегративно-развивающего психотерапевтического процесса.

IV. Определение индивидуального психологического здоровья и свойств антинаркотической устойчивости

В 2001 г., в ходе многоуровневого исследования наркозависимости в Республике Казахстан, проведенного на 7650 респондентах, нами были идентифицированы параметры психологических свойств, которые реально способствуют устойчивости индивида к агрессивным влияниям внешней среды.

Результаты вышеназванных исследований легли в основу концепции психологического здоровья (категории, которую можно представить и как качество психического здоровья) определяющей процесс активного формирования индивидуального и

социального здоровья, как интенсивное развитие самоорганизующих способностей человека, а не охрану его биологического статуса.

В ходе исследования была достоверно установлена практически полная идентичность высоких уровней психологического здоровья соответствующим показателям антитабакотической устойчивости.

Разность в оценочных параметрах данных феноменов легко понять из нижеследующих схем определения индивидуальной антитабакотической устойчивости:

Схема субъективной оценки степени развития свойств антитабакотической устойчивости

Параметры оценки	Индикатор
1. Я точно знаю, кто я такой и чего хочу в жизни:	
а) однозначно нет;	
б) трудно ответить;	
в) начало пути;	
г) середина пути;	
д) развился, но не до конца;	
е) однозначно есть.	
2. Я точно знаю, что нужно делать для исполнения своих желаний, планов:	
а) однозначно нет;	
б) трудно ответить;	
в) начало пути;	
г) середина пути;	
д) развился, но не до конца;	
е) однозначно есть.	
3. Я сам отвечаю за то, что происходит со мною в жизни:	
а) однозначно нет;	
б) трудно ответить;	
в) начало пути;	
г) середина пути;	
д) развился, но не до конца;	
е) однозначно есть.	
4. У меня есть внутренние силы и возможности для того, чтобы добиться поставленных целей:	
а) однозначно нет;	
б) трудно ответить;	
в) начало пути;	
г) середина пути;	
д) развился, но не до конца;	
е) однозначно есть.	
5. Я умею делать свой выбор и держаться избранного, не смотря ни на что:	
а) однозначно нет;	
б) трудно ответить;	
в) начало пути;	
г) середина пути;	
д) развился, но не до конца;	
е) однозначно есть.	

6. Я хорошо знаю о всех возможных риска, связанных с употреблением наркотиков, других психоактивных веществ:	
а) однозначно нет;	
б) трудно ответить;	
в) начало пути;	
г) середина пути;	
д) развился, но не до конца;	
е) однозначно есть.	
7. Я хорошо понимаю, что употребление наркотиков и других психоактивных веществ помешает реализации моих жизненных планов	
а) однозначно нет;	
б) трудно ответить;	
в) начало пути;	
г) середина пути;	
д) развился, но не до конца;	
е) однозначно есть.	
8. Я сделал(а) свой выбор в отношении возможностей употребления наркотиков. И для себя я исключаю такую возможность, не смотря ни на что:	
а) однозначно нет;	
б) трудно ответить;	
в) начало пути;	
г) середина пути;	
д) развился, но не до конца;	
е) однозначно есть.	

Схема объективной оценки степени развития свойств антинаркотической устойчивости

Параметры оценки	Баллы до 5
1. Полноценное завершение личностной идентификации	
2. Степень сформированности навыков ответственного выбора.	
3. Степень сформированности внутреннего локуса контроля.	
4. Наличие позитивного жизненного сценария.	
5. Наличие внутренних ресурсов для реализации позитивного жизненного сценария.	
6. Наличие адекватной информированности о вреде наркопотребления	
7. Исключение наркопотребления из всех возможных горизонтов, жизненных планов.	

Положительной динамикой следует считать продвижение по всем параметрам от индикатора а) к индикатору е) в шкале субъективных оценок; и от 1 балла до 5 баллов в шкале объективных оценок степени развития феномена индивидуальной антинаркотической устойчивости.

Таким образом, феномен антинаркотической устойчивости включает дополнительные параметры информированности, реальной конфронтации и исключения сценария наркопотребления на всех возможных уровнях.

В точке определения феномена антинаркотической устойчивости и сходятся, как понятно из всего сказанного, континuum целей интегративно-развивающего психотерапевтического процесса, основной вектор направления “золотого правила психотерапии”, структурированные задачи психотерапии наркозависимых в программах MCP.

V. Структурированная психотерапия наркозависимых в программах MCP

1. Место психотерапии в программах медико-

социальной реабилитации наркозависимых

Медико-социальная реабилитация (МСР) наркозависимых представляет собой комплексную, взаимосвязанную систему медицинских и социальных мероприятий, направляемых на:

- 1) избавление от физической и установление контроля над психической зависимостью от ПАВ;
- 2) восстановление биологических и социальных адаптационных навыков;
- 3) развитие личностных свойств, обеспечивающих устойчивость к повторному вовлечению в орбиту наркотизма.

В нашем определении МСР термин “реабилитация” означает “возврат способностей”. Мы полагаем, что только лишь возврат адаптационных биологических или социальных способностей не в состоянии кардинально решить проблему избавления от наркотической зависимости (в орбиту зависимости могут попадать и достаточно адаптированные люди). Наша модель предполагает развитие совершенно новых для индивида личностных свойств, которые, с абсолютной вероятностью, отсутствовали у него, или находились в степени развития, не обеспечивающей нужного эффекта, в момент приобщения к употреблению психоактивного вещества. Поэтому для разработанной нами программы МСР более точным и адекватным сути процесса является термин “необилитация”,

буквально: “развитие новых способностей”. Однако в целях избежания терминологической путаницы мы сохраняем традиционную терминологию.

Как понятно из вышеприведенного определения, эффективное решение центральной задачи МСР - кризисного развития личностных свойств, обеспечивающих устойчивость к повторному вовлечению в орбиту зависимости – как раз и является стержневым звеном, обеспечивающим искомую эффективность программы МСР.

Рассчитывать на успешное выполнение этой главной задачи можно лишь имея в виду ресурс запредельной пластики психотерапевтического пространства, где в ограниченный объем времени у субъектов психотерапии происходят, подчас, самые драматические, сущностные изменения.

Таким образом, двухуровневая психотерапия, как уникальная развивающая практика, является обязательным и наиболее важным атрибутом программ медико-социальной реабилитации наркозависимых.

Но, кроме того, исключительную важность имеет общий психотерапевтический контекст отношений в терапевтическом сообществе, в поле которого успешно реализуются и другие развивающие практики – структурированные технологические уровни (схема 3).

Основные лечебно-реабилитационные практики Программы МСР

Схема 3

I. Обозначение практики	I этап	II этап	III этап
Медикаментозная терапия	+	+-	-
<i>Психотерапия</i>	+	+	+
- Индивидуальная манипулятивная	+	+	-
- Групповая манипулятивная	+	-	-
- Индивидуальная развивающая	-	+	+
- Групповая развивающая	-	+	+
<i>Социально-психологические тренинги</i>	+	+	+
<i>Психологическое консультирование</i>	-	+	+
<i>Работы с волонтерами-консультантами</i>	+	+	-
Терапия средой	+	+	+
Трудотерапия	-+	+	+
Социальное обучение	-	+	+
Терапия занятостью	+	+	+
Оздоровительные и спортивные занятия	-+	+	+
Информационные программы	+	+	-
Собственная волонтерская практика	-	-	+
Групповые мероприятия ТС	+	+	+
Активный досуг	-	-	+
Встречи и общение с ЗДЛ (значимыми другими лицами)	-	-+	+
Юридическое консультирование	-	+	+
Жилищные программы	-	+	+
Трудоустройство	-	-	+
Вовлечение в анонимные сообщества	-	-	+
Противорецидивные тренинги	-	-	+

2. Основной вектор психотерапевтической активности в программах MCP

Основные направления психотерапевтической активности в программах MCP лежат, как уже было сказано, в плоскости решения главных задач медико-социальной реабилитации наркозависимых.

Между тем, реализация длительной психотерапевтической программы подразумевает формирование промежуточных ориентировочных рубежей, а также соответствующего алгоритма их достижения.

В этом случае, наиболее традиционная психотерапевтическая ориентировка на мишени программы MCP.

Под термином “мишени программы MCP” понимаются ключевые статусные характеристики, позволяющие с одной стороны сконцентрировать терапевтические усилия специалистов на узловых проблемах патологического статуса зависимых. С другой – надежно идентифицировать общий результат продвижения к поставленной цели.

В разработанной нами программе используются следующие основные мишени:

Мишень № 1 – патологический соматический статус зависимых от ПАВ, который складывается из признаков:

- “ отравления (передозировки) психоактивными веществами;
- “ интоксикации психоактивным веществом;
- “ синдрома (состояния) отмены психоактивного вещества;
- “ синдрома зависимости от психоактивного вещества (соматический уровень);
- “ признаков сопутствующей специфической и неспецифической соматической патологии.

Мишень № 2 – патологический личностный статус зависимых от ПАВ, который складывается из:

- “ общих личностных характеристик, определяющих дефицит свойств антнаркотической устойчивости;
- “ нормохронологических характеристик, являющихся базой для формирования дефицита свойств антнаркотической устойчивости индивида;
- “ характеристик собственно патологического личностного статуса зависимых от ПАВ, обслуживающего синдром зависимости.

Мишень № 3 – патологический социальный статус зависимых от ПАВ, который складывается из:

- “ общих социальных характеристик (доход, социальная динамика и т.д.);
- “ так называемых “социальных” характеристик личности, согласно концепции личности Альберта Бандуры;
- “ характеристик коммуникативных и других навыков социального поведения;

“ характеристик системы отношений в микросоциуме.

Мишень № 4 – собственно патологическое влечение к психоактивному веществу во всех сферах непосредственного проявления данного феномена.

Мишень № 5 – мотивация на избавление от патологической зависимости от ПАВ, в плане обеспечения адекватной динамики развития: от поверхностного уровня мотивации (избавление от физической зависимости) до глубинного (реализация конкурирующих с наркопотреблением, позитивных жизненных сценариев).

Обозначенные мишени, согласно основным, этапным целям программы MCP, выстраиваются в систему приоритетов. На первом этапе MCP основными мишенями являются мишени №№ 1,4,5. На втором и третьем этапах MCP – мишени №№ 2,3,5.

Общий алгоритм работы с мишенями №№ 1-5 программы MCP представлен в схеме № 4.

Мишень № 1 (патологический самостоятельный статус зависимых от ПАВ) здесь не является исключением. Более того, “чудесная” редукция тяжелого соматического дискомфорта, обычно достигаемая в условиях запредельной пластики психотерапевтического пространства, является очень важным условием для развития других необходимых эффектов.

Психотерапевтическая стратегия, используемая в программах MCP, может носить и более функциональный характер, сосредотачиваясь на близких и понятных для пациентов проблемах (поверхностный план), имея в виду существенное продвижение к реализации основной психотерапевтической задачи.

В следующем разделе, мы представляем особенности технологического оформления данного стратегического варианта психотерапии зависимости.

3. Особенности реализации структурированных этапов психотерапии в программах MCP

Следует иметь в виду, что основным условием успешного продвижения в решении главных психотерапевтических целей и задач является их поэтапная реализация в контексте запредельной пластики психотерапевтического пространства, поддерживаемого системой синергетических, терапевтических отношений в сообществе. Однако, установление и развитие такого рода отношений между пациентами (клиентами) и персоналом, особенно в период становления программы MCP – дело, далеко не простое.

Поэтому психотерапевтическая работа с первой очевидной проблемой – феноменом патологического влечения к психоактивному веществу, должна предусматривать и возможности решения сущнос-

Алгоритм психотерапевтической работы с мишенями №№ 1-5 в наркологической практике

Схема 4

- | |
|---|
| 1. установление особого контакта с нормативным личным статусом
2. стимуляция нормативного личного статуса
3. активизация внутриличностного конфликта нормативного и патологического личностного статуса
4. восстановление нормативного потребностного цикла с позитивной динамикой лечебных установок
5. редукция патологического личностного статуса
6. подавление и контроль ПВ к ПАВ
7. фиксация, укоренение нормативного личностного статуса и развитие новых личностных свойств антитаркотической устойчивости:
- полноценное прохождение и завершение этапа идентификации личностного развития;
- адекватно сформированные навыки выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев;
- качество “внутренней” ответственности (внутреннего локуса контроля), тесно связанной с предыдущим пунктом;
- наличие адекватно сформулированного, “собственного” конструктивного жизненного сценария с системой ценностей, исключающих потребление наркотических веществ;
- наличие достаточных ресурсов для реализации вышеназванных сценариев;
- полноценная информированность о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации основных жизненных сценариев.
8. полная редукция ПВ к ПАВ
9. развитие полноценной устойчивости к повторному вовлечению в орбиту наркотизма. |
|---|

тной задачи – максимальной интериоризацией пациентами (клиентами) общих норм синергетического поведения: активности, открытости, искренности, доверительности, поддержки.

Практически данная задача реализуется в продолжение первых сессий, во время которых проводится индивидуальная психотерапевтическая работа, а группа используется как фон.

Используются смешанные техники с опорой на очевидности и эксплуатацией феноменов разлитого транса.

Пациентов, утверждающих, что проблема освобождения от зависимости, по крайней мере, трудно осуществима, ставят перед фактом: те из них, кто закован в мышечную броню, сопротивляются возможности взаимодействия, дает скрытые агрессивные реакции (демонстрирует конфронтационную, конкурентную стратегию поведения) закономерно не получает редукцию общего дискомфорта за счет феноменов разлитого транса.

Те же, кто изначально принимает стратегию синергетического поведения или успешно преодолевает сопротивление, с легкостью входят в состояние разлитого транса с закономерной редукцией абstinентного дискомфорта.

С использованием уже известных механизмов скрытого формирования сценариев поведения, действительно позитивного подкрепления, идентификации в первых фазах развития пространства психотерапии происходит эффективная актуализация

синергетической стратегии поведения у пациентов (клиентов) с одновременной стойкой редукцией феномена ПВ к ПАВ.

Пациенты, что называется, “воочию”, убеждаются в том, что из “мягкой глины” можно выплыть любую желательную конструкцию, причем достаточно быстро. Из “твердого гранита” выплыть ничего нельзя. А “обтесывать камень” - долгое и утомительное занятие.

Закономерными итогами данного структурированного психотерапевтического воздействия являются:

- стойкая редукция ПВ к ПАВ;
- актуализация синергетической стратегии поведения;
- появление веры в реальное достижение желательного результата;
- развитие мотивации на дальнейшее пребывание в терапевтическом сообществе.

Следующий этап структурированного психотерапевтического воздействия связан с проработкой терапевтического контракта на прохождение Программы МСР.

Данный этап может и предшествовать вышеописанному, если указанный контракт заключается при поступлении пациента (клиента) в лечебно-реабилитационное учреждение, а не после испытательного периода.

Ключевым моментом данного этапа, обеспечивающим искомый результат, является отношение к

процедуре заключения контракта, как к полноценной психотерапевтической сессии.

Структурированной частью коммуникации (на фоне развития первых фаз пространства психотерапии, с идентификацией и позитивным подкреплением конструктивных поведенческих паттернов) является проработка следующих тем:

- что такое контракт в принципе?

(выход на систему обязательств);

- почему в соматических клиниках не заключают контракт, а в наркологических – уделяют этому вопросу повышенное внимание?

(выход на лечебную функцию правил поведения заложенных в контракте);

- с какой инстанцией психики (личности) заключается контракт?

(выход на тройное растождествление: нормативное (здравое) Я; патологическое (обслуживающее зависимость) Я; скрытые инстанции, ответственные за энергию желаний, пластику их переформирования);

- структурированная работа с каждой из поименованных инстанций в контексте обсуждаемых положений контракта

(позитивное подкрепление нормативного Я, конструктивного сценария выполнения целебных условий контракта; негативное подкрепление патологического Я; перспективное подавление возможной атаки основных контрактных положений; “перетаскивание” на сторону нормативного Я скрытой, неосознаваемой инстанции психического);

- отличие намерений от решений

(развивается навык ответственного выбора с использованием механизмов скрытого конструирования позитивного сценария).

Результатом психотерапевтической работы с контрактом являются:

- повышение мотивации на осознанное выполнение условий контракта;

- существенный шаг в терапевтическом растождествении субличностей – инстанций с перспективой дальнейшей работы в этом направлении;

- формирование позитивного сценария прохождения программы МСР с предуготовленными эффектами.

Более длительным и дифференцированным этапом интегративно-развивающей психотерапии является конструктивная работа с теми проблемами пациента, которые обычно решаются за счет употребления наркотика:

- базисная неуверенность;
- повышенная зависимость от внешней ситуации;
- груз вины, осознаваемой и неосознаваемой;
- неотреагированная обида;
- ощущение “внутренней пустоты”.

В режиме запредельной пластики пространства используются специальные психодраматические

техники с акцентом на гештальт-подходы.

В результате, пациенты приобретают надежно интериоризированные знания – умения – навыки эффективного решения сложных жизненных проблем. Но, кроме того, вырабатывается общий позитивный подход к самому факту периодически жизненных затруднений, которые представляются отнюдь не фатальными.

Наиболее сложным этапом интегративно-развивающей двухуровневой психотерапии наркозависимых является кризисное развитие свойств, обеспечивающих антинаркотическую устойчивость.

Для решения данной ключевой задачи МСР используется практически весь методологический арсенал психотерапии.

По результатам наших исследований, более приоритетными в аспекте развития определенных личностных свойств являются следующие психотерапевтические методы:

а) завершение личностной идентификации

- гештальттерапия
- групповая психотерапия
- трансактный анализ
- телесно-ориентированная психотерапия
- проработка Я-ролей в СПТ

б) формирование навыков ответственного выбора

- групповая психотерапия
- логотерапия
- экзистенциальная психотерапия
- ситуационно-ролевой СПТ

в) формирование внутреннего локуса контроля

- групповая психотерапия
- психодрама
- гештальттерапия
- трансактный анализ

г) формирование позитивного жизненного сценария

- сценарный анализ
- логотерапия
- экзистенциальная терапия
- специальные психодраматические техники
- групповая психотерапия

д) расширение доступа к глубинным ресурсам

- специальные техники достижения ресурсных состояний
- многоступенчатая технология обеспечения “прописки” Я в бессознательном (по К. Витакеру)

е) акцентрированное информирование о последствиях наркопотребления

- тематическая, модифицированная групповая психотерапия
- сценарный анализ
- специальные психодраматические техники
- техники принятия нового решения (Б. Гулдинг, М. Гулдинг)

ж) исключение наркопотребления из жизнен-

ных сценариев

- сценарный анализ
- логотерапия
- экзистенциальная психотерапия
- ситуационно-ролевой СПТ
- психодрама

Естественно, приведенная выше система психотерапевтических технологий может быть дополнена и расширена.

Неизменным остается одно: максимальное вовлечение универсальных механизмов глубинного уровня психотерапии, постоянное развитие общего контекста терапевтических отношений в ходе прохождения программы MCP.

При адекватной реализации изложенной, психотерапевтической стратегии, пациенты (клиенты) практически постоянно получают реальные дивиденды в виде изменения самочувствия, самоощущения, самоосознания. Они, в некотором смысле, являются живыми свидетелями процесса “передвижения гор” - впечатляющего и увлекательного действия, которое невозможно променять на что-либо другое.

В конце концов, они приходят к тому, что вот это ощущение новизны и сущности происходящего и есть ощущение подлинной жизни человека, принявшего твердое решение пройти свой собственный путь.

ПСИХОТЕРАПИЯ

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК СЕМЕЙНЫЕ ИГРЫ: ПРОБЛЕМЫ, КОНФЛИКТЫ И СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ

к.м.н. Р.Г.Аксенфельд

г. Ярославль

В последнее время все большее внимание уделяется влиянию хронической болезни на психическое состояние больного. Помимо общего воздействия на личность (повышение тревожности, фиксация внимания на соматическом состоянии, снижение самооценки), психосоматозы меняют все функционирование семейной среды и нарушают отношения между членами. Хронический соматический дефект может негативно влиять на всю жизненную стратегию пациента.

В нашем исследовании мы выдвинули гипотезу, что реакции на болезнь пациентов, страдающих ревматоидным артритом (РА) и сахарным диабетом (СД), различны и аналогичны их отношению к родным и близким, а клинические параметры (тяжелость и длительность заболевания) связаны с параметрами управления семейной системой (организация, контроль).

В исследование вошли 30 больных РА и 30 больных СД 1 типа; все пациенты состояли в браке и были сопоставимы по полу, возрасту и длительности заболевания. Они прошли психологическое тестирование (тест тревожности Спилбергера, Торонтская Алекситимическая шкала, Гиссенский личностный опросник, ТОБОЛ, шкала семейной среды), психобиографическое интервью и представили грустную сказку собственного сочинения.

Были получены следующие интересные данные. Больные РА обнаруживают в сравнении с больными СД больше тревожных и ипохондрических черт (54,2% и 12,5%, соответственно, $p < 0,05$); они больше сосредоточены на субъективных переживаниях болезни, пассивны в процессе лечения, дезадаптированы в интрапсихическом и интерпсихическом смысле. Социальная адаптация больных СД существенно не нарушена; 58,3% гармонично относятся к своему страданию. На вопрос, изменились ли отношения в семье за время болезни, утвердительно ответили 40% больных РА и 30% больных СД. Из них позитивные сдвиги увидели 25% больных СД и лишь 13% больных РА ($p < 0,05$). На когнитивном уровне больные РА испытывают тревогу по поводу неприятностей, которые может доставить их болезнь родным и близким, а на поведенческом – стремятся уменьшить “трудности” семьи. Испытуемые, страдающие РА, достоверно отличаются от нормативной группы и больных СД по первой шкале Гиссенского теста (шкала социального одобрения, $t = 2,3, p = 0,05$). Больные РА описывают себя как неспособных успешно взаимодействовать с окружающими, по-видимому, этот факт частично объясняется высокой Алекситимией у данной категории лиц (средний балл 83 при 70 у больных СД, $p < 0,05$). В то же время больные РА оценивают своих партнеров по первой шкале Гиссенского теста как уверенных в себе, социально успешных и значимых ($t = 5,28$). Аналогично оценивают своих партнеров женщины, страдающие СД, преувеличивая их возможности. Следовательно, больные РА и женщины с СД склонны завышать социальную репутацию партнеров.

Рассматривая первую шкалу опросника семейной среды, можно отметить, что сплоченность в контрольной группе самая высокая, несколько меньше в семьях больных СД и еще ниже в семьях больных РА. Степень, в которой в семье поощряется и разрешается действовать и открыто выражать свои чувства, то есть экспрессивность, у больных РА и у лиц контрольной группы одинакова и больше, чем в семьях больных СД. В группе больных СД выявлен высокий корреляционный индекс между фактором контроля семейного функционирования и длительностью болезни (0,53, $p < 0,01$), - эти больные стремятся осуществить контроль над семьей как системой, подчинить иерархию семейной организации своему заболеванию. В семьях больных РА данная особенность не прослеживалась.

Психосоматические заболевания вносят корректирующие в организацию семьи, и подчас симптом является средством манипуляции и способом получения дополнительного внимания и участия. Психосоматический пациент заболевает для того, чтобы иметь возможность объяснять семейные конфликты, трудности и неудачи, чтобы “разрешать” себе пользоваться на поведенческом уровне тактикой “ухода от проблем”, а на эмоциональном - перекладывать ответственность за семейные решения на партнера. До тех пор, пока пациент не пересмотрит семейные отношения, симптом будет ему психологически выгоден, и стойкой ремиссии не удастся достичь.

Все пациенты прошли индивидуальную и групповую семейную терапию. Ставились следующие задачи: вскрыть внутриличностные и межличностные проблемы и конфликты, приведшие к возникновению симптома; вскрыть механизмы внутрисемейной

мейного реагирования; изменить семейные “мифы”; научиться контролировать себя, а не других и открыто проявлять чувства; научиться строить зрелые, контрактные партнерские отношения.

Психотерапия была построена в два этапа. На первом этапе приглашался партнер для открытого обсуждения семейных проблем с использованием транзактного анализа. Семье предлагалось подумать о проблемах, которые хотелось бы решить. Грустная сказка, написанная пациентом, помогала увидеть внутриличностные и межличностные конфликты, а также примирить образ “Я” – идеальный, к которому стремился пациент, с тем бессознательным “Я”, которому была посвящена сказка. Длительность индивидуальной психотерапии составляла примерно 20 часов.

Второй этап проводился в группе численностью 12 человек и длился 15 сессий по 2,5 – 3 часа. Группу вели два терапевта по стратегии транзактного

анализа. Группа проходила все основные этапы групповой динамики, взрослая и одновременно помогала психосоматическим пациентам отказываться от симптома как способа решения конфликтов.

Все психосоматические пациенты, прошедшие полноценное лечение, отмечали улучшение somaticкого и психологического состояния, а их партнеры “благодарили” симптом, который явился поводом обращения к специалисту и послужил толчком к анализу и изменению семейной ситуации. Повторное психологическое тестирование показало гармонизацию отношения к болезни по ТОБОЛ и снижение алекситимии.

Таким образом, возникновение и течение психосоматического заболевания во многом зависит от психологических факторов, в том числе от семейной ситуации, улучшение которой способствует физическому и эмоциональному равновесию.

О ФОРМАХ ИНТЕГРАЦИИ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В РОССИЙСКУЮ ПСИХОТЕРАПИЮ

А.С.Баранников

50 лет назад экзистенциальная психотерапия проходила этап самоопределения в США. 50 лет – это довольно большой срок для психотерапии, особенно в 20 веке. Сегодня это направление делает первые шаги в России и мы можем вспомнить, что многие американские психологи и психотерапевты воспринимали экзистенциальную психологию и психотерапию с большой симпатией, но, в то же время, оставались на своих прежних позициях. Их оценки европейской экзистенциальной психотерапии были достаточно осторожны. Они находили похожие идеи в американской психологии, отмечали различия европейского и американского экзистенциального направления в психотерапии. В частности, А.Маслоу отмечал, что “любой европейский акцент имеет свой американский эквивалент” (7). Г.Оллпорт считал, что экзистенциальное направление в США отличается меньшей склонностью к теоретизированию, характеризуется большим оптимизмом и практицизмом (9). Он отмечал также необходимость собственного прочтения теории экзистенциальной психотерапии в США. Похожая ситуация складывается сегодня и в России. В связи с этим, мне хотелось бы попытаться взглянуть на проблему интеграции экзистенциальной психотерапии в Российскую психотерапию с позиций оценки тех форм экзистенциальной психотерапевтической помощи, которые бытуют сегодня в нашей стране, не останавливаясь подробно на предпосылках

их возникновения. Это необходимо, чтобы осознать рамки собственного подхода и увидеть перспективу.

Я мог бы выделить три основных формы экзистенциальной психотерапевтической помощи, которые используют психологи и психотерапевты в России: интуитивно-эмоциональная экзистенциальная поддержка; последовательная экзистенциальная и экзистенциально-аналитическая психотерапия; интегрированная экзистенциальная психотерапия.

Интуитивно-эмоциональная экзистенциальная поддержка представляет собой сочетание двух основных компонентов. Первый из них представляет собой умение терапевта сформировать особую экзистенциальную позицию в виде обращенности к себе и окружающему миру, близости к себе и миру, обеспечивающую установление диалогических отношений и феномена “встречи”, как его описывали М.М.Бахтин (1) и М.Бубер (2). Этот подход феноменологичен. Его феноменологичность имеет в качестве своей основы российскую культурную традицию, гуманистическую традицию российской феноменологической психиатрии, психологию и психотерапию, а также, личностные особенности психотерапевта.

Традиция реализма в Российской культуре была компенсацией сильного государственного, общественно-политического и идеологического супер-

Эго. Российский реализм всегда предполагал многозначность и феноменологичность. Мы можем вспомнить рассказы А.П.Чехова, музыку П.И.Чайковского, живопись художников-передвижников или прекрасную российскую поэзию. Социалистический реализм сделал правду жизни однозначной. Это инициировало формирование различных, считавшихся диссидентскими, направлений в литературе, живописи и, даже, в музыке. Они занимались поиском феноменологической многозначности, к которой мы стараемся возвратиться и сегодня.

В психиатрии феноменологическая позиция выражала себя в том особом внимании, которое уделялось пациенту, в стремлении к пониманию его проблем, в описании симптомов и синдромов. Эту позицию мы находим у С.И.Консторума (6), А.М.Свядоша (14), Б.Д.Карвасарского (4), В.Е.Рожнова (13) и многих других. Она сохранена и в психотерапии творческим самовыражением М.Е.Бурно (3).

Феномен “встречи” обеспечивается при интуитивно-эмоциональной экзистенциальной поддержке и особенностями личности терапевта, его гуманистически ориентированным мировоззрением, внешним видом, особым вниманием к пациенту, которое проявляется и в позе и тембре голоса, и в умении слушать, в ограничивающей форме ведения беседы, побуждающей пациента-клиента и его самого к открытости, обращенности и близости к себе. Хочу отметить, что здесь речь идет не о технических средствах, а об особых личностных факторах “присутствия” и “конгруэнтности”, которые признаются большинством современных направлений психотерапии.

К.Роджерс писал о терапевтических отношениях, в которых он ведет себя “как человек, начинающий личностные отношения” (12). Р.Мэй отмечал, что “терапевт – это эксперт, но, в первую очередь, он должен быть человеком, иначе вся его компетентность будет не нужной, а то и вредной” (8). Л.Бинсвангер писал о том, что божественную “искру” в пациенте “может раздуть только подлинное общение одной экзистенции с другой” (8).

Вторым компонентом интуитивно-эмоциональной экзистенциальной поддержки является эмоциональный резонанс. Он также тесно связан с сочувствующей, реалистической традицией Российской культуры. В Российской психотерапии он определялся в рамках понятия “эмпатия”. Традиционной для Российской психотерапии является трактовка эмпатии как сопреживания эмоциональных состояний пациента и сочувствия, означающего переживание собственных эмоциональных состояний по поводу чувств другого (10, 11). Рассматривая свои собственные проявления эмпатии и некоторых коллег, я мог бы добавить, что эмпатическое взаимодействие включает в себя доверие к пациенту, принятие его терапевтом, признание его цен-

ности, а также, ответственность за пациента. Эти особенности способствуют часто формированию родительского переноса у пациента, что вполне Эгосинтонно для Российской историко-культурной традиции и эксплуатирует имеющий универсальное общечеловеческое значение защитный стиль поведения в виде “поиска конечного спасителя”, присоединения. Однако, такое, преимущественно эмоциональное взаимодействие с пациентом, может сузить поле рефлексии. Сочетание эмпатии с экзистенциональностью предполагает дистанцирование от эмоций, преобладание когнитивно-понимающего аспекта эмпатии, позволяющее устанавливать диалогические отношения с собой и внешним миром. Эмоциональная поддержка терапевта необходима для того, чтобы помочь пациенту установить эту дистанцию и сформировать собственную позицию по отношению к волнующим его проблемам. Таким образом, эмоциональное сопреживание, основанное на бессознательных механизмах, само по себе не достаточно, для формирования экзистенциальной позиции, без обеспечения особой формы обращенности к себе и к миру. Без экзистенциальности терапевта, отражающего способ понимания пациента, эмпатическое взаимодействие может терять свою персонально-онтологическую направленность, которая обеспечивается особой формой ограничивающего поведения.

Следует отметить, что Российское эмпатическое взаимодействие с пациентом предполагает, как и в духовных практиках, раскрытие пациента путем самораскрытия терапевта. Эта особенность роднит Российскую психотерапию с духовными практиками Востока, противопоставляя их традиции абstinенции в некоторых европейских школах. Однако духовные практики, по мнению А.Лэнгле, более ориентированы на нахождение общего, а не индивидуального.

Выраженность компонента эмоционального резонанса при интуитивно-эмоциональной экзистенциальной поддержке может быть различна и зависит от личностных особенностей терапевта и терапевтической ситуации. Этот компонент обеспечивает формирование мостика доверия между терапевтом и пациентом. В тоже время, часто приходится слышать от пациентов о недостатке тепла в работе с техническим, получившим европейское образование сертифицированным психотерапевтом.

Термин “поддержка”, который применял М.Бубер, означает в данном случае предоставление дополнительной экзистенциальной опоры, экзистенциальное сопровождение пациента-клиента. Это – непрепарирующий, холический подход, который в большей степени, чем анализ и элементализм соответствует Российской традиции. По аналогии с психодинамической концепцией “поддерживающей психотерапии”, “поддержка” предполагает лишь ограничение аналитичности (5). Однако показания и

методы психодинамически ориентированной поддерживающей психотерапии значительно отличаются (5).

Интуитивно-эмоциональная экзистенциальная поддержка часто встречается как экзистенциальный аспект в работе психотерапевтов, принадлежащих к различным модальностям (в особенности, к гуманистически ориентированным). Этот подход достаточно традиционен для России. Он является, в то же время, необходимым элементом экзистенциально-аналитической психотерапии, где его дополняет структурированный особым образом анализ, требующий специальной теоретической и практической оснащенности.

Таким образом, особая позиция, обеспечивающая сочетание феномена “встречи” с эмпатией, превращает интуитивно-эмоциональную экзистенциальную поддержку в России в эффективный вид экзистенциальной помощи в руках не только психотерапевтов, психиатров, психологов, но и в руках самых разнообразных непрофессиональных помощников. Если эмпатия включает в себя эмоциональную идентификацию и понимание, то экзистенциальность дополняет их, проясняя сам способ понимания. Традиция интуитивно-эмоциональной экзистенциальной поддержки составляет сильную сторону Российской психотерапии. Однако основные компоненты этой помощи обеспечиваются благодаря интуитивно-личностному фактору.

Последовательная экзистенциальная и экзистенциально-аналитическая психотерапия означают переход с интуитивного уровня на уровень осознания в рамках специальной системы представлений. Ролло Мэй писал о том, что экзистенциальные аналитики выводят структуру человеческого существования из сферы случайного дара индивидов с развитой интуицией и переводят в область объяснения и понимания (8). Важным дополнительным компонентом в этом случае становится аналитическая направленность, структурированная различными школами в рамках экзистенциального подхода, например, в рамках представлений Л.Бинсвангера, М.Босса, В.Франкла, А.Лэнгле, Д.Бьюдженталя и других. Несмотря на предпочтение целостного взгляда на человека, различные экзистенциальные направления стараются по-своему объективизировать и структурировать субъективное. Эта форма экзистенциальной психотерапевтической помощи встречается в чистом виде значительно реже, поскольку образовательная работа различных экзистенциальных школ в России ведется сравнительно недавно. Тем не менее, этот выбор сможет делать в России все большее число врачей и психологов.

Следующей формой экзистенциальной помощи является интегрированная экзистенциальная психотерапия. В этом случае ситуация напоминает ситуацию с драгоценным бриллиантом. Если экзи-

стенциальная психотерапия – это бриллиант, то для ношения его бывает нужна оправа. Тот, кого забывает оправа должен разбираться в бриллиантах и знать, кто и по какому случаю будет их носить. Возможно, придется дорабатывать сам бриллиант, чтобы приспособить его к оправе.

Значительная часть психологов и психиатров, получающих экзистенциальное образование, имеют большой стаж практической работы, и им приходится полученные знания встраивать в уже имеющиеся представления. Это может происходить в рамках практической эклектики, ориентированной на интуицию и опыт. Такой подход наиболее распространен сейчас в России.

Другой путь интеграции – это творческая интеграция, основанная на понимании ее принципов, на разработке системы представлений в антропологии и терапии. Он означает создание теорий интегративной психотерапии. В связи с этим хочется вспомнить то, как характеризовал свою встречу со Святославом Рихтером известный скрипач Ю.Башмет. В одной из телевизионных передач он говорил, что “встреча с мастером, встреча со школой – это не есть обращение в другую веру, это – мощный толчок к раскрепощению, к собственному развитию, для того, чтобы идти своим путем, это – прикосновение к творчеству”. Интегративный подход имеет свои корни в Российской психотерапии, так как она обычно задавала лишь общие рамки представлений, лишь общие ориентиры. Следует отметить, что такого рода интегративность предполагает учет своеобразия Российской экзистенциальной почвы и индивидуально-психологических особенностей психотерапевта.

Таким образом, основными формами экзистенциальной помощи в России на сегодняшний день являются интуитивно-эмоциональная экзистенциальная поддержка и интегрированная экзистенциальная психотерапия в виде практической эклектики. С таким положением связаны и основные задачи развития экзистенциальной психотерапии в России, которые включают в себя: 1) развитие образовательной деятельности специалистами и профессиональными объединениями, имеющими специальную подготовку в соответствии с международными стандартами; 2) всестороннее изучение национальных особенностей экзистенциальной помощи, основанной на традициях Российской культуры, психологии и психотерапии; 3) разработка интегративных подходов в рамках медицинской, психологической и других моделей психотерапии, включающих теорию и практику экзистенциальной психотерапии как составную часть общей системы представлений.

Рассмотренные нами формы интеграции экзистенциальной психотерапии имеют универсальное значение для понимания закономерностей интегративного процесса в целом. В реальной жизни они

не являются застывшими, а образуют различные сочетания и переходные формы. Основываясь на рассмотренном материале, мы можем выделить формы интегративности, имеющие универсальное значение. Они включают в себя: 1) «первичные теоретические и практические формы», отражающие имеющиеся в национальной традиции принципы интегрируемой парадигмы; 2) «последовательные формы», в которых школа сохраняется в почти неизменном виде; 3) «сложные интегративные формы», встраивающие парадигму в имеющиеся представления на уровне практической эклектики, либо интегративной теории.

Все описанные формы экзистенциальной психотерапевтической помощи заслуживают внимания специалистов и могут развиваться в России, сохранив своеобразие, уважая границы, и право на существование и самоопределение друг друга. Взаимное понимание и сотрудничество, несомненно, обогатят их и принесут пользу Российским пациентам и клиентам.

Литература:

1. Бахтин М.М. *Философия поступка*. Пешков И.В., Бахтин М.М. *От философии поступка к риторике поступка*. - М.: Лабиринт, 1996.
2. Бубер М. *Два образа веры*. - М.: Республика, 1995.
3. Бурно М. *Клиническая психотерапия*. - М.: Академический Проект, 2000.
4. Карвасарский Б.Д. *Психотерапия*.- М.: Медицина, 1985.

дицина, 1985.

5. Кернберг О. *Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии*. - М.: Класс, 2000.
6. Консторум С.И. *Опыт практической психотерапии*. - М.: Минздрав РСФСР, 1959, 2-е изд.- 1962.
7. Маслоу А. *Экзистенциальная психотерапия – что в ней есть для нас*. В кн.: Экзистенциальная психология. Экзистенция. – М.: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2001, С.42-49.
8. Мэй Р. *Вклад экзистенциальной психотерапии*. В кн.: Экзистенциальная психология. Экзистенция. – М.: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2001, С.141-201.
9. Оллпорт Г. *Комментарии к предыдущим главам*. В кн.: Экзистенциальная психология. Экзистенция. – М.: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2001, С.75-80.
10. *Психология. Словарь*. Под ред. Петровского А.В., Ярошевского М.Г.,-2-е изд., испр. и доп.- М.: Политиздат, 1990.
11. *Психотерапевтическая энциклопедия*. Под. ред. Карвасарского Б.Д.- СПб.: Питер Ком, 1998.
12. Роджерс Карл Р. *Две расходящиеся тенденции*. В кн.: Экзистенциальная психология. Экзистенция. – М.: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2001, С.68-75.
13. Рожнов В.Е. *Руководство по психотерапии*. - Ташкент: Медицина Уз.СССР, 1985.
14. Святощ А.М. *Неврозы и их лечение*. - М.: Медицина, 1982.

К ВОПРОСУ АНТРОПОЛОГИЧЕСКОГО ОБОСНОВАНИЯ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

А.С.Баранников

Едва ли можно представить себе современную психотерапию повисшей в воздухе, не опирающейся на антропологический фундамент. Предлагаю свое видение этой проблемы как врача психиатра-психотерапевта много лет проработавшего в психиатрическом и в общесоматическом стационаре в рамках интегративного подхода. Своей задачей в этой и последующих публикациях вижу попытку раскрытия интегративного мышления отечественных теоретиков и практиков психотерапии. Стараюсь, по возможности, последовательно и более глубоко раскрывать многие положения, лишь вкратце сформулированные в предыдущих публикациях (2,3,4,5).

В создании теории психотерапии возможны два пути: эволюционный и революционный. Эволюционный путь означает бережное отношение к традиции, step by step, где каждый step выверяется ассо-

циативными кругами привычного. Этот путь напоминает передвижения обитателя морских глубин, ощупывающего своими усиками почву, выверяющего каждый шаг. Такое движение в большей степени соответствует принципу преемственности, желанию построить здание на еще сохранившемся достаточно прочном фундаменте, почувствовав его опору и доверившись ей как чему-то большему чем я сам, существующему в связи поколений. Ведь сегодня российская психотерапия нуждается именно в такой опоре. Важно заметить ее!

В то же время, нельзя не помнить, что история психотерапии двигалась не только по аналогии, но и рождала прекрасные антиподы. При этом, неизменно верным был всегда единственный рецепт – «слушай свой внутренний голос и доверяйся только ему!». История психоанализа демонстрирует образцы обеих этих подходов.

Не менее важно существование двух других от правных точек в создании психотерапевтической концепции, которыми являются практический опыт (примерами могут быть психоанализ и бихевиоризм) и теория (примером является экзистенциальная психотерапия, ставшая практическим приложением экзистенциальной философии). В любом случае автор балансирует между ними.

Хотелось бы сразу очертить рамки творчески-аналитического подхода в психотерапии, в которых, как мне представляется, стараюсь излагать свои взгляды. Это явно не новая парадигма. Это всего лишь принципы, очерчивающие границы теоретической и практической интегративности. Таким образом, речь идет об общем подходе к интеграции, о противопоставлении терапии аналитической терапии холической, непрепарирующей.

К основным принципам аналитической терапии можно отнести элементализм и интерпретативность. Элементализм означает дискретность человека (как основу лучшего понимания, продвигающую к структурным представлениям). Интерпретативность (герменевтика) означает способ познания человека в его дискретности и целостности.

Такое определение становится понятным, если вспомнить представления Л.С.Выготского о двух видах анализа: “анализ приводящий к разложению сложных психологических целых на элементы, которые не содержат в себе свойств, присущих целому как таковому и обладают новыми свойствами, которые целое никогда не может обнаружить; анализ, расчленяющий сложное единое целое на функциональные единицы, которые в отличие от элементов обладают всеми основными свойствами целого, неразложимыми живыми частями этого единства” (13). “Не химическая формула воды (говорит Л.С.Выготский), но изучение молекул и молекулярного движения является ключом к объяснению отдельных свойств воды” (13). Тут, несомненно, предпочтение необходимо отдать второму виду анализа. По сути, каждая из современных парадигм психотерапии рассматривает человека в виде такой функциональной единицы. Этот универсальный факт был гениально замечен также и гештальт-психологией, из которой вытекает, что современные концепции психотерапии – это “фигуры на фоне”. Мелькание этих фигур дает целостное непрерывное изображение человека (как это на самом деле происходило при создании гештальт-психологии и кинематографа).

Аналитический подход сегодня объединяет представителей самых разных направлений, многие из которых даже в названиях используют слово “анализ”, подчеркивая особенности методологии (психоанализ, трансактный анализ, дизайнанализ, экзистенциализм, системный анализ и т.д.). Создание всех этих направлений представляло собой не что иное, как процесс творческой интегра-

ции различных представлений. Лишь ограничение границ школы, рамок дозволенного означало самодостаточность и переориентировало творческий теоретический потенциал на методологический арсенал. В дальнейшем парадигмы как готовые системы знаний будут вовлекаться в творческий процесс интеграции более высокого уровня. Вспоминается приведенное С.Л.Братченко (8) остроумное выражение Ф.Дюрренматта: “... и у меня есть своя теория. Однако, я не предаю свою теорию гласности, считая ее своим частным делом (иначе мне пришлось бы ею руководствоваться)”. Эта фраза отражает вечное противоречие системы взглядов и творческого подхода к жизни. Аналитический подход, сохраняя общие принципы, все же серьезно отличается в различных школах, в зависимости от анализируемых структур психики, различных феноменов, методов анализа, целей. Антиподами такого рода являются психоанализ и экзистенциализм.

Типичным примером творчески-аналитической терапии является эклектическая терапия Д.Фитцжеральда (34). Вопреки механической эклектике автор излагает в своей книге не только методики, но и принципы их подбора, которые видны и в тексте и между строк. Добавка “творчески” означает наличие степеней свободы, оставляемых теорией и самой жизнью. Эта область свободы должна стать предметом пристального внимания исследователей. Именно большей свободы хочет дать пациенту психотерапевт, и его собственная теоретическая свобода и гибкость являются гарантией успеха. Принцип творчества по-разному проявляет себя в реальности терапевта и в реальности пациента-клиента. В то же время, отмечается определенная закономерность: начало диагностически-терапевтического процесса в сфере восприятия терапевта является спонтанно-кreatивным, феноменологическим, за которым следует этап установления взаимосвязей и структурного оформления представлений о пациенте; пациент-клиент, как правило, находится в начале терапии во власти собственных стилей, стратегий, штампов, а к концу терапии должен становиться более креативным, спонтанным, открытым, гибким (в этом смысле степень достигнутой креативности является важнейшим прогностическим фактором и позволяет оценить эффект терапии). Условия терапии оцениваются с точки зрения обеспечения именно такой динамики. Интересно то, что, будучи феноменологически открытым на уровне восприятия, терапевт тенденциозен в своем структурированном и ограничивающем параллелирующем (по выражению Д.Бьюдженталя) поведении. В последующем это соотношение может иметь разные пропорции, зависящие от структурных характеристик пациента и хода терапии. Соотношения же поведенческого и аффективно-когнитивного (с соответствующей перцепцией)

у пациента значительно разнообразнее. Динамика этих составляющих также может быть различной. К рассмотрению этих закономерностей мы вернемся в последующем на примерах различных функциональных моделей реагирования и поведения.

В целом творчески-аналитическая терапия может быть определена как принцип, использующий возможности творчества как способа мышления терапевта и пациента-клиента в сочетании со структурно-функциональным анализом клинико-психологической феноменологии.

Очертив общие границы подхода как одного из направлений теоретической и практической интегративности, можно попытаться изложить собственные взгляды более конкретного характера как один из возможных вариантов видения антропологии и терапии, объединяющего “национальное” и “очевидное”.

Если считать, что психотерапевтическая картина человека все же отличается от чисто клинической и чисто психологической, то следует определить, в чем же это отличие!

Оно заключается, прежде всего, в особом “потребительском” (в хорошем смысле этого слова) отношении, как к психологическим знаниям, так и к клинической феноменологии. Современные психотерапевтические парадигмы демонстрируют прекрасные образцы прикладной психологии, поражающие последователей академического направления (особенно, отечественных) своей глубиной и нюансированностью. Чем совершеннее концепция, тем лучше теория “ложится” на практику.

Разрыв между теорией и практикой особенно виден в отечественной психологии, имевшей, как когда-то и генетика, прекрасный задел в начале 20 века. Поэтому российские психологи, на долгие годы отлученные от психотерапии в силу исторических причин, с такой жадностью ассимилируют различные образцы практической психологии Запада. Еще не наступил эффект пресыщения, и сегодня они не хотят или не могут заниматься своей теорией. Это вполне объяснимо. Чтобы создавать теорию, необходим современный инструмент, который надо еще изготовить – собственное мышление. Но, в то же время удивителен эффект ретроградной амнезии, возникающей после 2-х летнего обучения зарубежом. Срабатывает принцип, описанный Эсхилом – “мудрость – знание нужного, а не многоного”. Именно прикладному, потребительскому использованию психологии и других знаний приходится учиться сегодня у западных школ, принимая то, что стало очевидным.

Чувствую реальную близость национальной клинической почвы, очевидность и притягательность представлений К.Г.Юнга о многоуровневой психике, содержащей базис как основу поведения и реагирования (41, 42, 43). В современной отечественной клинической психотерапии достаточно

отчетливо проявляются 2 уровня: клинический и типологический. Клинический уровень представлен клинической феноменологией (этому уровню будет посвящена отдельная публикация, так как слишком уж велика проблема!). Типологический уровень (который, несомненно, относится к базису) представлен знаниями по характерологии, темпераменту, типологическим особенностям высшей нервной деятельности И.С.Павлова, различными взглядами на аффективно-когнитивные и поведенческие стили, представлениями об интеллекте. Кирпичками, составляющими типологию, являются отдельные психические функции, описываемые общей психологией. Дополнительную глубину этого базиса составляет материал бессознательного. Такая система представлений в значительной степени удовлетворяла потребности детерминистских представлений для клинициста. Однако в этом есть не только “изъян воспитания”, но и глубокий биологический смысл, о котором также придется говорить специально, рассматривая клинические аспекты.

В качестве базиса представители клинической отечественной школы, как и во всем мире, последние десятилетия все шире рассматривают и духовную сферу во многом благодаря национальной традиции морально-нравственного табуирования, психотерапии творческим самовыражением М.Е.Бурно и благодаря успехам экзистенциального направления.

Отечественное психологическое консультирование во многом несет на себе отпечаток психологического детерминизма, но все больше проникается идеями гуманистической и экзистенциальной психологии, рассматривая в качестве базиса реагирования и поведения смысловые содержания, имеющие непосредственное отношение к потребностям психотерапии: коллективное – индивидуальное; иерархию ценностей и смыслов; структурированную глубину духовного, раскрываемую в понятиях европейской и американской экзистенциальной психологии (10, 23, 28, 44).

В то же время, отечественная психология (как и мировая) всегда различала предшествующий клиническим проявлениям по глубине (как одной из возможных форм реагирования и поведения) функциональный уровень, на котором рассматривались различного рода Я-репрезентации (выражаясь языком теории объектных отношений) в виде социальных ролей, образов Я, способов функционирования, связанные с использованием “реализующего фактора времени” (прошлое, настоящее и будущее).

Нетрудно видеть, что функциональный уровень является промежуточным между базисом и клиникой, а клинические проявления, как возможная форма реагирования, весьма условно выделены из функционального уровня в виде предмета особого

интереса психиатров-психотерапевтов. Если базис и клиника представляют собой структурные образования, то функциональный уровень может выглядеть как необходимое звено между ними, отражающее функциональные характеристики-взаимосвязи-интенции, либо, как структурные образования, одним из которых может быть условно выделяемая клиническая реакция. В любом случае понятно, о чем идет речь. Но функциональный уровень был отвергнут отечественной клинической психотерапией вместе с его проповедниками (психологами), вытеснен в подсознание и использовался лишь фрагментарно в силу практической необходимости. В то же время, клиническая феноменология представляет собой не что иное, как возможную форму реакции с ее аффективным, когнитивным и поведенческим компонентами, которая определяется качеством, полноценностью функционирования и отражает функциональные аспекты, препрезентируя базисный дисбаланс.

Таким образом, одной из задач построения современной теории отечественной аналитической клинической психотерапии я считаю необходимость возвращения ей функционального уровня в модели психики (либо, возвращение клиники в область функционального). Эту проблему по-своему решает профессор Ю.В.Валентик, разрабатывая свой подход – “континуальную психотерапию”, сосредоточенную на личностных статусах (12).

Все же, хочу отметить, что и функциональное не должно вытеснять клиническое (по крайней мере, в представлениях психиатра). Обе эти составляющие столь же равноправны и необходимы в практической работе, как и базисный уровень (включающий содержательно-смысловые и типологические особенности), покоящийся на материале бессознательного и тесно связанный с морфофизиологией и конституционально-генетическими факторами в медицинской модели психотерапии. Следует отметить также, что современные представления о базисных индивидуальных психологических особенностях как основе функционирования и реагирования (в том числе и клинического) последовательно разрабатывались усилиями различных направлений психотерапии (К.Г.Юнг, А.Маслоу, А.Бэк, Р.Эллис, А.Лэнгле и т.д.). Достаточно традиционное для отечественной психологии деление базиса на содержательно-смысловые и типологические (биологически-операционные, организующие) характеристики имеет важное практическое значение, поскольку позволяет обосновывать принципы Эго-сintonной (преимущественно актуализирующей) и Эго-дистонной (преимущественно регламентирующей) терапии, которые будут рассмотрены применительно к различным формам реагирования и личностной организации.

Формирующееся таким образом трехуровневое (или двухуровневое) образование объединено вы-

растающей из базиса и стремящейся к уровню реакции (и клиники) Я-концепцией.

Пол и возраст играют формообразующую роль, оказывая свое влияние на всех уровнях. А экзогенные факторы (в виде психогенного, экзогенно-органического и социально-психологического) выполняют стимульно-реализующие функции.

Такая модель психики обладает большим сходством с кластерной моделью психики М.Щербакова, получившего широкое европейское образование по психотерапии (40). Но более важно то, что полученная таким образом модель психики напоминает известную формулу И.С.Павлова “стимул – реакция”, которая в преобразованном виде выглядит следующим образом: “базис – формообразующие факторы - стимульно-реализующие факторы – реакция”.

При этом хочется отметить, что достаточно распространенным в основных современных школах психотерапии (когнитивно-поведенческой, экзистенциальной, гештальтерапии) является мнение о том, что клиническая феноменология представляет собой не что иное, как зафиксированный копинг – автоматическую реакцию, автоматизированный способ выживания (тут напрашивается определение психотерапии как человечески опроизведенного способа выживания). Такая аналогия закрепляет естественную связь описываемых представлений с наиболее близкой эмпирической медицине когнитивно – поведенческой моделью (которая может быть сама существенно преобразована такими представлениями, о чем будет сказано позже) и заставляет посмотреть сегодняшних отечественных клиницистов- психотерапевтов на рефлекторную теорию психики как на нереализованный в полной мере “указующий перст судьбы” (ведь это наше!).

Важность некоторых проводимых аналогий определяется их значением для понимания излагаемой в последующем теории самой психотерапии, развивающей под определенным углом зрения представления и отечественных исследователей и некоторых западных школ.

Представленная модель вряд ли может сказать что-либо новое. Она скорее оживляет в сознании знакомое, узнаваемое. И это я не считаю недостатком. Все же представленные уровни и структуры психики кажутся мертвыми, детерминистскими, недостаточно эффективными, если не обратиться к заслуживающей особого внимания проблеме функционирования, к аспектам интенционности бытия, без рассмотрения которых современная аналитическая психотерапия невозможна. Перенесение экзистенциальной философией и психологией фокуса внимания от структур психики к способу бытия человека в мире произвело, в конечном счете, революцию в практической психологии и психотерапии, плодами которой стали современные экзистенциальные теории психотерапии Европы (23, 35)

и США (10, 28, 44), утверждающие диалог как основу экзистенциальной динамики человека и, соответственно, психотерапии.

Актуализация и регламентация как универсальные аспекты интенционности человеческого бытия

Трудно представить себе круг каких-нибудь понятий, которые занимали бы такое же неизменно центральное место в представлениях различных психотерапевтических школ и направлений, как понятия самореализации, самоактуализации, самораскрытия, аутентификации, Я-репрезентации (в рассматриваемом аспекте) и т.д.

Как отмечает А.Маслоу (26), “большинство психотерапевтов (проникающих, раскрывающих, неавторитарных, даоистичных), к какой бы школе они не принадлежали, на вопрос о высшей цели психотерапии уже сегодня ответят в терминах аутентичности, самоактуализированности, индивидуальности...”.

Вряд ли стоит отделять цель психотерапии от способа существования человека в окружающем его мире. Если вспомнить, что бытие в мире есть результат многовековой эволюции, связанной с формированием и накоплением адаптационного потенциала, то психотерапия, как, впрочем, и многие другие науки, может быть представлена как специфически человеческий способ выживания, имеющий аспекты, присущие только человеку и не содержащие ничего другого, чего не было бы создано самой природой и жизнью. Эти аспекты далеко не ограничиваются духовной сферой. Несмотря на существующие аналогии типологических особенностей человека и животных, все же, биологическое в человеке сложнее также, как более сложен и высокоорганизован его мозг.

Если сегодня едва ли можно абсолютизировать одну из сторон человеческой индивидуальности, то можно ли абсолютизировать и самовоплощение, самоактуализацию только в отношении духовной, либо только в отношении биологической природы человека? Ведь биологически-операциональное столь же интенционно, как и содержательно-смысловое.

Несмотря на различия терминологии и выражаемых аспектов хочется отметить универсальность рассматриваемых различными авторами понятий и попытаться с позиций непосредственного восприятия сформулировать общий взгляд на эту проблему, рассмотрев ее в начале как одну из возможных характеристик бытия в мире, как одну из форм существования (функционирования), которой психотерапия уделяет особое внимание.

Какие аспекты самовоплощения, самореализации, самоактуализации, аутентичного существования, полноценного функционирования хотелось бы

выделить? Прежде всего, они являются результатом сложного поведенческого акта, проявляющегося взаимодействием с окружающей средой, опосредованным внешней и внутренней активностью.

Актуализация, выявление и проявление себя предполагает существование аффективно-когнитивного и поведенческого аспектов, отражающих взаимодействие с окружающим миром, в процессе которого идентифицируется и воплощается в повседневной жизни биологическая и духовная сущность человеческой индивидуальности.

Выявление биологической (а не только духовной) стороны актуализации особенно важно для клинической психотерапии, для создания стройности представлений, связывающих социально-психологическую сущность человека с биологической, а значит – и с медициной и патологией, включающей грубые и необратимые дефектные состояния.

Если актуализация представляет собой выявление и воплощение глубинного, базисного, то не трудно сделать вывод о том, что актуализироваться в процессе жизни могут, исходя из рассмотренной ранее схемы индивидуального реагирования, содержательно-смысловые характеристики и типологические (биологически-операционные) особенности окрашенные полом и возрастом, а также, особенности архетипического, трансперсонального и морфо-физиологического подуровней. Свообразные “моторы, заполняемые горючим” на разных уровнях индивидуальности по горизонтали и по вертикали представляют собой иерархию мотивов и потребностей, выстроенную вертикально от более глубоких и неосознаваемых уровней, вскрываемых психоанализом и трансперсональной психотерапией, к неизмеримым высотам духовности и человеческого, раскрываемым гуманистической психологией и ее вершиной – экзистенциальной психологией и психотерапией.

Если понятие “актуализации” предполагает выявление себя в своей жизни, во взаимодействии с окружающим миром, то не менее универсальным для различных направлений и школ психотерапии являются понятия “полноценного функционирования” или “аутентичного существования” или “самости”, которые отражают качество и степень реализации этих индивидуальных особенностей в повседневной жизни, во взаимодействии с внешним миром. Это качество означает, прежде всего, высокую степень интеграции, согласия с собой и внешним миром, которые могут способствовать и высокой степени адаптации.

Если мы обратим внимание на сам процесс актуализации, то увидим, что человек всегда вынужден платить за нее определенную цену в виде напряженности интеллектуальной деятельности, эмоций, неудобств, связанных с изменениями в системе отношений с внешним миром и собой в результате актуализации. Как отмечает А.Маслоу, ценой

удовлетворения метапотребностей могут быть нужда и лишения, ограничения в удовлетворении потребностей физиологических (26).

Прекрасной иллюстрацией этого положения является самый первый акт актуализации, связанный с моментом появления на свет, при котором ребенок, как, впрочем, и его мать, терпят страдания, представляющие угрозу самой жизни. Также болезненно и второе рождение и полное психологическое отделение от пуповины, в каком бы возрасте оно не происходило.

Одна из главных универсалий психотерапии, инсайт, также сопровождается эмоциональным напряжением и требует часто переживания пациентом-клиентом значительных неудобств, связанных с потерями времени, тщетными усилиями, с изменением стереотипа мышления. Не менее показательны примеры, связанные с проблемами само-реализации в социальной среде (это одна из самых популярных тем психологии, психотерапии и педагогики).

Проблема слабого аффекта во время сеанса или его отсутствие заслуживают особого внимания в рационально-эмотивной терапии, гештальтерапии. Она важна до такой степени, что Фриц Перлз (29) назвал психотерапию “умелой фрустрацией” (психотерапия – приход к себе через фрустрацию!).

Что означают все эти неудобства? Ведь вряд ли ради них самих человек актуализируется!

Ясно лишь то, что они всегда его сопровождают, что они также универсальны, как и сам процесс актуализации, поскольку всегда ему сопутствуют. А значит, они заслуживают не меньшего внимания!

“Человек должен пережить какие-либо ограничения, чтобы родиться и жить!”

Этот тезис в самом общем виде отражает смысл универсального закона ограничения или регламентации. Если дать определение жизни как вечного процесса актуализации, то не меньшее право на существование имеет ее определение как вечного процесса регламентации! Так уж устроен человек, что для получения самого дорогоего ему необходимо пройти через страдания!

Следует выделять все же актуализацию и регламентацию как характеристики экзистенциального существования в виде безсодержательных данностей (как важные аспекты интенционности бытия) и как наполненные конкретным смыслом проявления личного бытия. Во втором случае мы имеем дело с конкретным персонализированным способом существования, с функциональными характеристиками, отражающими тенденции, выявляющими психические структуры в повседневной жизни конкретного человека.

Идея регламентации заложена в самой картине бытия человека в мире, описываемой экзистенциальными философами. Она отчетливо проступает

в ограничении Я миром и конечности бытия, а также в противостоянии различных сторон в самом человеке, благодаря которому он вынужден находиться под постоянным гнетом (22). Эти основы представлений об интернальной и экстернальной регламентации из экзистенциальной философии последовательно переносятся в современную экзистенциальную психологию и психотерапию, находя отражение в прекрасно разработанных теориях И.Ялома (44), Д.Бьюдженталя (10), Р.Мэя (28), А.Лэнгле (23).

Идея регламентации также вполне узнаваема в представлениях З.Фрейда в виде взаимоограничивающих взаимодействий различных структур психики, сознательного и бессознательного, биологического детерминизма. Она высвечивает пренатальный детерминизм “Фрейда второй половины 20 века” С.Гроффа.

На заре развития психотерапии в детерминистской модели психики идея ограничения была столь очевидна, что не требовала специальных дополнительных обоснований. Гуманистическая психология была столь ослеплена человеком, увидев его полюс свободы и спроектировав на него свои положительные идеалы, что мало внимания уделяла ограничениям. С точки зрения мировоззрения, это было очень важно. Но, грань свободы (выявления себя) и ограничения это все же не только мировоззренческая, но и антропологическая проблема. Прекрасно видели весь диапазон от свободы и смысла до психофизического дефекта К.Ясперс, Л.Бинсангер и В.Франкл, проработавшие много лет практическими врачами. Но, можно понять их очарование духовностью и логотерапией как новой перспективой видения человека.

Важным завоеванием сегодняшней психотерапии является признание неоднозначности и противоречивости человеческой природы, поэтому тезис “человек свободен, но его свобода ограничена” необходимо перевести из области определенного в область вероятного. “Человек может быть свободен, но его свобода может быть ограничена” – такое определение является более точным, подчеркивая антропологические и ситуативные аспекты свободы и несвободы не только пациента-клиента, но и терапевта.

Несмотря на то, что недирективная психотерапия и педагогика ненасилия в 20 веке стали общепризнанными, вряд ли они способны представить образцы своих достижений без аспекта регламентации. Вспомним хотя бы пример из педагогической деятельности К.Роджерса в университете Брайдайс (30). Отказавшись учить в традиционном смысле своих слушателей, он вызвал у них сильное недовольство, раздражение и даже гнев. Лишь после этого, получив отказ учить их традиционным способом, ценою усилий по преодолению себя была у студентов сформирована мотивация на активную

работу с предложенным К.Роджерсом учебным материалом.

Хотя, на первый взгляд, в психотерапии регламентация ассоциируется с директивным подходом, можно ли только этим ограничить свои представления о регламентации.

Постараемся взглянуть на проблему регламентации с позиций предлагаемой модели индивидуального реагирования. При этом можно рассматривать особенности внутристихического аспекта регламентации (интернального) и поведенчески-средового (экстернального).

Вопрос регламентации, связанной с возрастом, кажется банальным. Возрастная психология разворачивает причудливую мозаику интернальной и экстернальной регламентации.

Когда я думаю о регламентации, связанной с полом, вспоминается моя дочь, которая в дошкольном возрасте дружила с мальчиками, носила пилотку, солдатский ремень и переживала из-за того, что она не мальчик (догадываюсь, как бы это интерпретировал З.Фрейд). Став взрослой, она также испытала не мало неудобств, обусловленных ее полом. Уже в Библии Иисус Христос определил регламентирующие аспекты половой дифференциации, сказав, что Адаму придется тяжким трудом добывать хлеб свой, а Еве – в страшных муках рожать детей (21).

Классических описаний регламентации, связанной с содержательно-смысловыми характеристиками индивидуальности, достаточно много. Вспомним хотя бы вечное противостояние индивидуального смысла и коллективного, свободы и ответственности, метапотребностей и потребностей более низкого уровня.

Не менее показательны примеры регламентации, связанной с индивидуальными типологическими (или биологически-операционными) особенностями. Классическое, на мой взгляд, описание регламентации, обусловленной характерологическими особенностями, дается М.Е.Бурно в его книге “Сила слабых”, где он освещает регламентирующие аспекты, связанные с силой и слабостью основных характерологических радикалов (9). Вспомним хотя бы непрактичность тревожно-сомневающихся личностей, эмоциональное непостоянство циклоидов или аналитическую неповоротливость авторитарных.

Не менее показательны примеры регламентации, связанной с аффективно-когнитивным и поведенческим стереотипом или с невротическими стилями, описанные Дэвидом Шапиро (39). Регламентирующие аспекты функционирования привносят в жизнь различные типы темперамента, отдельные психические функции, инстинкты, архетипы, морфо-физиологические и конституционально-генетические особенности.

Регламентирующие аспекты функционирования

могут быть связаны с особенностями использования реализующего фактора времени (когда нас ограничивает прошлое, будущее и настоящее), с влиянием стимульно-реализующих факторов среды и, наконец, с характером реагирования и его клиническими проявлениями (конкретные примеры будут разобраны при описании частной психотерапии). Возможны самые разнообразные взаимоограничивающие сочетания различных психических структур: пола и возраста, инстинктов и морально-этических принципов, болезненных проявлений и темперамента. Различные факторы окружающей среды вступают в сложные взаимоотношения с индивидуальностью и отражаются на функционировании в виде ощущения полноты или ограниченности жизненного пространства, суммы принятия, либо отвержения человека в его жизни, в виде других экзистенциальных характеристик, в которых мы также видим аспект ограничения. Одни и те же структуры психики могут играть актуализирующую и регламентирующую роль. Это положение представляет огромную важность для понимания актуализирующих и регламентирующих аспектов терапии.

Актуализация и регламентация связаны между собой функционально. Известен принцип экзистенциальной психологии о том, что, выявляя себя в чем-то одном, двигаясь в одном направлении, мы теряем другие возможности. “Каждый выбор – это тысяча отказов” (10). Это означает, что актуализация всегда вызывает непрямую регламентацию. Также бывает в природе, когда мощная корона и корневая система старого дерева мешает развитию молодых побегов. Прямая регламентация вызывает непрямую актуализацию. Об этом свидетельствует тот факт, что люди, лишенные в силу жизненных обстоятельств возможности проявить себя в чем-то, находят другие возможности реализации себя. Такой механизм срабатывает при гиперкомпенсации, свидетельствующей о том, что регламентация часто запускает актуализацию. Так, “активирующая психотерапия” С.М.Консторума, несомненно, основана на возможности непрямой актуализации, инициируемой регламентирующим влиянием болезни. Именно реципрокность и функциональная взаимосвязанность актуализации и регламентации делает понятным использование самых различных подходов в психотерапии. Эти базовые принципы могут рассматриваться как системообразующие не только картины человека, но и психотерапевтических подходов. Этот тезис постараюсь в последующем раскрыть более широко.

Таким образом, сказанное выше позволяет сделать вывод о том, что особое соотношение актуализации и регламентации составляет определенный баланс, что этот баланс является одной из сторон процесса жизни, отражающей определенные аспекты его интенционности. Представления о су-

ществовании такого баланса особенно важны для раскрытия механизмов функционирования человека в условиях патологии.

Возникает вопрос о том, кто является самым главным арбитром в определении актуализирующего и регламентирующего? Конечно же, сам пациент-клиент. Терапевт может лишь пытаться ему помочь. Аутентичность как проявление свободы выбора может быть представлена как высокая степень согласованности с собой и внешним миром, как индивидуальный оптимальный баланс актуализации и регламентации, который помогает найти терапевт. А развитие и становление отражают путь, который проходит человек к этому балансу, отражающему способ установления диалогических отношений с окружающим миром.

Каким образом происходит индикация актуализации и регламентации?

На телесном уровне актуализация проявляется ощущением физического комфорта и чувством удовольствия. На уровне психического (во многом совпадающем с биологически-операционным, типологическим) актуализация ощущается как положительная эмоция и влечение к субъектному или объектному фактору актуализации. На духовном уровне (имеющем значительное общее поле с содержательно-смысловыми характеристиками индивидуальности) актуализация проявляется как притягивающее, зозвучное, нравящееся, мое.

Регламентация на телесном уровне индицируется как физический дискомфорт, вплоть до боли. На душевно-типологическом уровне – как не желание, отрицательная эмоциональная реакция. На содержательно-смысловом уровне – как ощущение несозвучного, отталкивающего, ненравящегося, не моего.

Таким образом, актуализация и регламентация отражают интенционность в трехмерном пространстве человека, описанном В.Франклом и охватывают сферы психодинамики и ноодинамики. Актуализация в значительной степени отражает Эгосинтонность, а регламентация – Эго-дистонность. Оба этих аспекта возникают, как и сама интенционность, из глубин реальности бессознательного, что согласуется с представлениями Д.Бьюдженталя (10), Р.Мэя (28), И.Ялома (44). Творческо-аналитическая психотерапия не фиксирована на каком-либо одном виде динамики. Она, отражая определенные аспекты динамической интенционности, дает свободу терапевту для феноменологической и тактической открытости.

Исследование актуализации и регламентации может быть успешно использовано при работе с разными социальными ролями (управленческие кадры, преподаватели, военнослужащие, психотерапевты, семейная психотерапия и т.д.), при аналитической психотерапии психологических проблем, связанных с выбором, ответственностью,

властью, реакцией на болезнь и др. Эти понятия имеют универсальное значение, далеко выходящее за рамки психологических и психотерапевтических интересов. Так, в общемедицинской практике лечение больных может быть направлено на активизацию резервов организма (актуализация), либо на замещение его функций (регламентация гормонально-заместительной терапией, протезированием, химиотерапией и т.д.)

Противопоставление актуализации и регламентации звучит в известных проблемах свободы и ответственности, индетерминизма и детерминизма, индивидуальности и открытости. Эти темы серьезно задевают отечественных психологов и психотерапевтов. Так, на международном конгрессе по психотерапии, состоявшемся в Москве в июле 2001 года, в секции “теория психотерапии” было представлено 3 доклада, касавшихся темы свободы и ограничений в психотерапии (сообщения Р.Кочунова, А.Кантора, А.С.Баранникова). Профессор Ю.В.Валентик выделяет ограничивающие и развивающие психотерапевтические воздействия (11). Такая задетость этой проблемой воспринимается мной как вполне осознанное “движение за регламентацию”, за занятие ею своего заслуженного места в антропологии и теории психотерапии. Не удивительно, если идея регламентации, развивающая под определенным углом зрения представления о человеке, приживется именно в России, стране богатой социально-экономическими и идеологическими традициями регламентации, где она уже давно осознана как необходимый принцип жизни человека. Следует отметить, что упоминание о регламентации в различных аудиториях нередко вызывает дискомфорт у слушателей, что обычно свидетельствует о недостаточной проработке этой проблемы. Но русские, как правило, воспринимают эту тему проще, чем иностранцы. Предупреждая обвинения в свой адрес в призывах к ограничению, могу лишь сказать, что я призываю не к регламентации, а к ее исследованию!

Тем не менее, необходимо исследовать еще и другие особенности психики, которые определяют ее функциональный и дисфункциональный характер.

Почва и опора

Потребительский психотерапевтический взгляд на психологию индивидуальных различий сводится, по моему мнению, к выделению ее двух аспектов: компенсаторного, ресурсного, способствующего полноценному функционированию, гармонизации и адаптации (опора); а также, декомпенсаторного, связанного с дефицитом, дисгармонией и дезадаптацией (почва). Рассмотрение этой дихотомии не менее важно, чем раскрытие значения баланса актуализации и регламентации в функ-

ционировании человека.

Однако сначала обратимся к образам, которые помогут лучше почувствовать излагаемые взгляды.

И почва и опора представляются мне чем-то, что состоит из одного и того же материала, имеющего разные формы физического существования. Почва – это то, что имеет мягкую консистенцию, на что нельзя опереться. Почва рыхлая, в нее можно провалиться. Стоя на ней, чувствуешь себя неуверенно, разбалансированно. В то же время, из нее может что-то вырасти (например, патологическая реакция). Для российских клиницистов этот термин близок, поскольку сразу же ассоциируется с представлениями известного московского психиатра С.Г.Жислина о “реакциях патологически измененной почвы” (15).

Опора имеет твердую консистенцию и способствует устойчивости, надежности, сбалансированности, уверенности.

Понятие “почвы” достаточно хорошо структурировано в современной психотерапии и представляет собой особое разогласованное состояние базисных индивидуальных психологических особенностей, проецирующееся на характер функционирования. Какие особенности “почвы” определяют полноценность или неполноценность функционирования, нормальность или аномальность реагирования? Это, прежде всего, качественные, количественные параметры отдельных психических функций, структур, либо индивидуальных характеристик, а также, степень их сбалансированности. Примером исследования дисбаланса внутри отдельной психической функции является теория Лиона Фестингера о когнитивном диссонансе, проявляющемся относительной автономностью отдельных аспектов логического мышления, находящихся в релевантных отношениях (33).

Дисбаланс в сфере эмоций, сопровождающийся изменением их качественных и количественных характеристик, может быть проиллюстрирован на модели депрессии. В этом случае, снижение настроения носит более выраженный и стойкий характер, чем в норме. При этом возможен оттенок витальности с идеями самообвинения, а также, блокировка восприятия позитивных аспектов жизни. Эти признаки позволяют отличить депрессию от обычного снижения настроения.

Принцип оценки качественных, количественных параметров и сбалансированности может быть применим для оценки различной феноменологии нормального и патологического реагирования, для вскрытия механизмов нарушения функционирования и симптомообразования. При этом сбалансированность может рассматриваться с точки зрения внутристихического функционирования (компенсаторный аспект), либо поведенчески–средового взаимодействия (адаптационный аспект).

Если при неврозах главную патогенетическую роль играет дисбаланс содержательно-смысловых аспектов в оценке средового воздействия, делающих человека особо уязвимым (вспомним психологические конфликты при различных клинических формах неврозов, описанные П.Б.Ганнушкиным и связанный с ними внутристихический дисбаланс), то типологические расстройства (психопатии, развития личности) обусловлены, прежде всего, дисбалансом, связанным со стилемыми, универсальными и генерализованными способами реагирования, поведения и соответствующими им защитными механизмами (14). В обоих случаях мы говорим лишь об относительном преобладании содержательно-смыслового или биологически-операционного, так как оторвать содержание от формы можно лишь условно.

Психотерапевтическая диагностика представляется собой вскрытие почвы, а значит и вскрытие характера дисбаланса, лежащего в основе нарушения функционирования и симптомообразования. Понятие “почвы”, по сути, является синонимом недостаточности, дефицита, дефекта, которые будут более детально разбираться далее. И почва и опора (в случае интернальной представленности) формируются из базисных индивидуальных особенностей, проецируемых особым образом на функционирование. Но понятие “опоры”, все же, требует дополнительных пояснений.

Когда я говорю о понятии “опора”, то в воображении возникает образ моей пациентки, страдающей агорафобией, обнимающей ствол березы, и вспоминаются ее рассказы о том, как она в трудные минуты своей жизни приходит в лес и, обхватив руками ствол, с детства известного и любимого ею дерева, подолгу стоит так, набираясь от него силы и уверенности для решения своих жизненных проблем.

И понятие почвы, и понятие опоры одинаково универсальны как для нормального, так и для патологического функционирования. Стоит лишь добавить, что в норме они находятся в сбалансированном состоянии, а при патологии это равновесие нарушается, и почва, являющаяся основой патологического реагирования, доминирует над относительно недостаточной опорой.

Можно ли поставить знак равенства между опорой и психологической защитой?

Большинство авторов относят психологическую защиту к бессознательным механизмам снятия эмоционального напряжения (20). Однако реализация такого механизма может иметь деструктивные последствия. Более ориентированы на конечный результат не только ближний, но и отдаленный, как известно, механизмы совладания, более эффективно приближающие человека к достижению своей цели. В то же время, автоматизм защиты может обеспечивать не только ее неуспех, но и успех, ког-

да природа оказывается мудрее человека.

Понятие опоры в повседневной жизни означает возможность реализации своих целей. Эта возможность только тогда оценивается как опора, когда позволяет решить какую-то проблему, достичь желаемого результата, реализовать какую-то потребность, когда она функционально востребована. Конкретных вариантов опоры бесконечное множество. Но нужно в каждом конкретном случае попытаться понять ценностно-мотивационную специфику опоры, выяснить какую потребность она позволяет удовлетворить. Функцию опоры могут выполнять самые различные феномены внутримышечного (интернальная опора) и поведенчески-средового (экстернальная опора). Другими словами, это – функциональное понятие. Оно также, как и почва, отражает (в интернальном варианте) особое функциональное состояние базисных индивидуальных психологических особенностей.

Если психологическая защита выполняет функцию ограждения, выживания, то психологическая опора означает конструктивную поддержку более широкого плана, которая может быть потенциалом для совладания с ситуацией, для решения проблемы, для достижения цели. Если нет цели, нет проблемы, нет трудной ситуации, то исчезает и потребность в опоре. Тут как на рынке – спрос рождает предложение. В то же время, наличие опоры не означает, что она будет реализована. Трудные жизненные ситуации помогают человеку лучше ощутить и осознать свою опору. В связи с этим, понятно осознание смысловой опоры узниками концентрационных лагерей, описанное В.Франклом (35).

Достаточно традиционным выглядит выделение таких видов опоры как опора на себя и на окружающих. Вряд ли стоит пытаться подробно останавливаться на достоинствах и недостатках этих двух видов опоры. Они прекрасно обсуждены в литературе по экзистенциальной психологии и психотерапии применительно к локусу контроля, ответственности, свободе. В экзистенциальном смысле опора представляет собой поддержку и основу для реализации себя, в диалоге с собой и окружающим миром. И каждый человек должен отдавать себе отчет в том, как много опоры-поддержки в его жизни, насколько он понимает это, как ценит и как реализует свою опору. Понятие опоры связано с глаголом “мочь” и определяется степенью принятия в жизни, внутренним закреплением в пространстве, в себе самом. Таким образом, понятие опоры играет всеобъемлющую роль (здесь видится отличие от представлений ведущего теоретика европейского экзистенциализма А.Лэнгле).

Способен ли человек ошибаться в определении собственной опоры? Конечно же, как и при неосознанном использовании защитных механизмов. Как и при выборе друга. В то же время, выбор опоры более произволен, хотя может происходить и на

уровне автоматических мыслей, стереотипов реагирования и поведения. Чем больше стереотипов в поведении, тем автоматичнее, шаблоннее и выбор опоры. Если попытаться оценить структуры психики, часто формирующие опору, с точки зрения возможных последствий их использования, то можно вспомнить термины “адаптивность” и “дисфункциональность”, используемые в когнитивной теории А.Бэка (1). Это тем более уместно, поскольку А.Бэк и А.Эллис раскрывают классический пример возможностей исследования почвы и опоры в виде правил или идей, составляющих содержательно-смысловые характеристики индивидуальности (1, 32, 36). Интересно, что многие позиции А.Бэка, правила К.Хорни, иррациональные идеи А.Эллиса в зависимости от ситуации могут иметь как адаптивный, так и дисфункциональный характер. Если дисфункциональность этих “правил” достаточно хорошо раскрыта авторами, то их адаптивности уделено недостаточное внимание. Ведь опорная функция может быть обусловлена активацией стилевых механизмов совладания с ситуацией, в результате которой человеку удается добиться того, что он “должен”. Не вызывает трудностей оживление в памяти примеров использования опоры, основанной на стиле, стереотипе реагирования и поведения, на привычке. Опора на характер, на аффективно-когнитивный и поведенческий стереотип актуализирует, как правило, их сильные, адаптивные стороны в контексте конкретных жизненных ситуаций. Примерами могут быть синтонно-циклоидная полнокровная чувственность, дающая ощущение полноты жизни, пробивная способность авторитарно-напряженного, представляющая часто опору не только для него, но и для семьи и трудового коллектива, интересы которых он защищает, аналитическая тонкость тревожно-сомневающегося, помогающая в оценке всех аспектов трудной ситуации (9). Несомненно, опорными являются и различные характеристики сангвиника, позволяющие преодолевать трудные жизненные проблемы. Опорная функция сбалансированных архетипических характеристик анимуса и анимы, актуализирующихся различными жизненными ситуациями, также является очевидной. И это далеко не полный перечень ракурсов, в которых может быть рассмотрена проблема опоры, на примере обсуждавшейся ранее модели индивидуального реагирования.

Реализующий фактор времени играет важную роль в формировании опоры. Если детский и подростковый возраст характеризуются поиском опоры в настоящем и будущем, то в старости несомненным является приоритет опоры, основанной на воспоминаниях прошлого.

Жизненное пространство в экзистенциальном понимании также играет существенную роль в формировании опоры. Важен сам объем своего жиз-

ненного пространства, места, где нас принимают, где мы чувствуем себя самими собой. Значение опоры приобретает ощущение как своего жизненного пространства квартиры, дома, города, страны, где ты живешь, рабочей обстановки и т.д.

В какой степени наше пространство способствует нашей актуализации, а в какой регламентирует нас? Что составляет опору в нашем жизненном пространстве, а что ведет к дисбалансу и выявляет почву для негативных реакций? Что регламентирует нас в нашем пространстве? Эти вопросы являются развитием тем самопознания феноменологической экзистенциальной психотерапии, учитывающим базовые механизмы актуализации и регламентации, почвы и опоры.

Достаточно ярким примером опорной функции пространства является наша квартира. В ней можно увидеть предметы, отражающие всю иерархию наших потребностей, что, несомненно, превращает ее в настоящий “меченный опорный пункт”. Фотографии родителей, предметы обихода, сувениры из тех мест, где удалось побывать, книги. Даже расположение мебели, цвет штор, стен и т.д. – все достойно психотерапевтического исследования для понимания и расширения чувства опоры в своем жизненном пространстве.

Иногда опорой ощущается также особое душевное состояние, которое соответствует нашим глубинным качествам и потребностям, правилам, ценностям и типологии. Такие душевые состояния, как и жизненные удачи, запоминаются надолго и греют душу особым теплом у пожилых.

Важную роль играет опора в случае патологии. Если почва патологического реагирования характеризуется разогласованностью, внутренним дисбалансом, либо дисбалансом с окружающей средой, то опорную роль играет все, что способствует устранению этого дисбаланса.

Вопрос, который я обычно задаю своим пациентам для исследования опоры, звучит следующим образом: “Что снимает ваше эмоциональное напряжение, улучшает настроение и устраниет дискомфорт, влечет, притягивает, нравится?”. При этом по мере ответов, я стараюсь помочь структурировать проявления опоры для создания стройных представлений у пациента о том, что его поддерживает в жизни, акцентируя внимание на опорной функции убеждений и ценностей, характера, темперамента, способа мышления, жизненного пространства, фактора времени, окружающих людей и др.

Примером фактического использования принципа опоры является формирование приемов самопомощи, применяемое в РЭТ, демонстрирующее поведенчески закрепляющий подход, как и в других когнитивно-поведенчески ориентированных школах (32).

От раскрытия содержания понятий почвы и опоры перейдем к одной из важных проблем, с кото-

рой приходится сталкиваться, как при психологической коррекции, так и в клинической психотерапии. Это – “противоречие почвы и опоры”. Оно связано с неспособностью клиентов-пациентов интегрировать представления о собственной почве и опоре. Механизмы сверхгенерализации и дихотомическое, катастрофическое мышление могут препятствовать необходимой дифференциации и интеграции. Явные успехи в использовании приемов самоподдержки вступают в противоречие с моментами бессилия и беспомощности в борьбе с симптоматикой. Как пример, вспоминается пациентка с ананкастными чертами характера, страдающая контрастными навязчивостями, содержанием которых были мысли о возможном причинении вреда своему ребенку. Несмотря на положительную динамику в самочувствии в процессе психотерапии ей было трудно смириться с тем, что в одних случаях удается справиться с собой, а в других – нет. Это противоречие стало темой обсуждения на нескольких сеансах. По мере его устранения формировалось более полное принятие себя и болезни, улучшалась полноценность функционирования и ощущение полнокровия жизни. Неспособность одновременно принятия и примирения здоровых и больных аспектов психики достаточно часто встречается при непсихотических проявлениях шизофрении, о чем я писал ранее (4).

Формирование опоры в процессе психотерапии может носить характер “короткого замыкания”, а может быть сложным, многоуровневым. Под “коротким замыканием” я понимаю использование в качестве опоры тех же психологических характеристик, которые были почвой для патологического реагирования со сменой контекста. В качестве примера я могу привести случай работы с девушкой, совершившей суициdalную попытку (выпила десять таблеток транквилизатора).

Девушке было 19 лет. Она окончила первый курс медицинского института. Училась на платном отделении. Отец, бывший партийный работник, создавал в семье атмосферу “дисциплины и контроля” и старался формировать у дочери черты гиперответственности, конформности. У него не было с дочерью глубокой эмоциональной связи. Мать, которая была ближе, “естественней”, не могла противостоять отцу в формировании психологического климата семьи. Девушка росла ранимой, впечатлительной, склонной к самоанализу и чувствовала себя при этом одинокой. “Чтобы удовлетворять запросам отца” она старательно училась, “была ответственной”. Поступить в институт удалось лишь на платное отделение. Заплатив за обучение дочери, отец стал регулярно контролировать успехи в учебе. Он требовал отличных оценок, поскольку платил за учебу и всегда упрекал дочь, вызывая ощущение вины за неудачи. После неудачной сдачи одного из зачетов (вся группа его тоже не смогла

сдать из-за завышенных требований преподавателя) она испытывала сильное чувство вины, которое усилилось также из-за того, что опоздала после зачета на свидание с молодым человеком, который был для нее “самым близким”. С ощущением “двойной вины”, сниженным настроением, бесконечным “проигрыванием неприятных ситуаций” она вернулась домой. К ней приехал молодой человек, с которым состоялся “неприятный разговор”. После этого усилилось чувство вины, несостоительности, “ощущение безответственности”, настроение стало еще хуже. “Не могла вынести этого”, “захотелось умереть”, после чего выпила 10 таблеток транквилизатора. Попала в реанимацию. Через 2 недели выписалась и была приведена родственницей ко мне на прием.

Психотерапия носила консультативный и краткосрочный характер. Мы встречались трижды в течение 2-х месяцев. Тем не менее, уже первая встреча дала положительный эффект. Привожу этот случай не для иллюстрации различных аспектов многоуровневой творчески-аналитической терапии “как поиска пути к себе” (тем более, что в полном объеме ее провести не удалось), а лишь для того, чтобы подчеркнуть небольшой нюанс. Учитывая краткосрочный характер терапии, ее амбулаторный характер, сохранение психотравмирующей ситуации, суициальной настороженности, мы обсудили понятия ответственности и вины в экзистенциальном смысле и, одновременно, постарались сделать их опорными в профилактике суицида. Последующие две встречи продемонстрировали уменьшение содержательно-смыслового дисбаланса в виде переоценки жизненной ситуации, в стремлении лучше понимать себя и окружающих, в формировании устойчивого критического, “ответственного” отношения к последствиям суицида, в налаживании самостоятельной конструктивной аналитической работы с поведенческим подкреплением своих позиций. Положительному результату во многом способствовали хорошие интеллектуально-аналитические способности девушки с ресурсом креативности, типологическая сбалансированность.

Таким образом, пациентка перенесла ситуационную реакцию депрессивного типа с суициальной попыткой у акцентуированной (преимущественно психастенической) личности. Чувство повышенной ответственности и “тиrания долженствования” сыграли не только роль “почвы” (дисфункциональная роль) для этой реакции, но и были использованы тактически как “опора” в краткосрочной психотерапии для профилактики суицида (адаптивная роль). Это и есть пример “короткого замыкания” почвы и опоры, которое в данном случае не решало долгосрочных задач терапии. Тем не менее, в зависимости от запроса пациента-клиента “короткое замыкание” может играть и стратегичес-

кую роль. У данной пациентки работа фрагментарно велась и на уровне клинической реакции, и на функциональном, и на глубинном базисном уровне. Такая форма работы (консультация, краткосрочная терапия), определялись возможностями контакта и потребностями пациентки.

Таким образом, актуализация и регламентация, почва и опора представляют собой важные функциональные характеристики, без понимания которых оценка структур психики в психотерапии будет носить неполный, детерминистский характер. Рассмотрев лишь в общих чертах эти универсалии, необходимо остановиться на понятии “недостаточность”, связанном с почвой и, подводящим к рассмотрению общих принципов терапии.

Понятие “недостаточность” (или дефицит, дефект) может быть представлено в виде системообразующего фактора, связывающего как базисные, индивидуальные психологические особенности (по горизонтали), так и функциональный уровень (по вертикали). Оно универсально потому, что позволяет рассмотреть континuum норма – патология. Это делает его рассмотрение особенно важным для клинической психотерапии, для того, чтобы попытаться структурировать принципы терапии в таком же континууме.

Если А.Адлер и А.Маслоу подходят к проблеме недостаточности с точки зрения оценки мотивации и потребностей, то экзистенциальная психотерапия и логотерапия, по сути дела, раскрывают проблему дефицита экзистенциального смысла, проблему содержательной недостаточности в диалоге с собой и окружающим миром. Раскрытие принципа недостаточности в плоскости содержательно-смысловых характеристик индивидуального – коллективного связано с работами К.Г.Юнга (41, 42, 43), Э.Фромма (37), К.Хорни (38) и др., а также, с достижениями когнитивно–поведенческой психотерапии, вскрывшей иррациональную, дисфункциональную роль некоторых базисных жизненных правил и идей (1, 32, 36).

Вопросам недостаточности было уделено внимание практически всеми исследователями, занимавшимися вопросами типологии. Они освещались в работах К.Г.Юнга (42) и других психоаналитиков (7), в известных монографиях К.Леонгарда (24), П.Б.Ганнушкина (14), А.Е.Личко (25), М.Е.Бурно (9) и многими другими авторами, которые описывали силу и слабость в реагировании и поведении, а также, в интеллектуальных характеристиках различных человеческих типов, включая и норму и патологию.

Понятие “недостаточность” оказалось и структурной и функциональной универсалией. К.Роджерс и гештальтпсихология сосредоточили свои исследования недостаточности на уровне функционирования “здесь и сейчас”. Описание К.Роджерсом полноценно функционирующего человека подразу-

мевает и характеристики функциональной неполноты, недостаточности (31).

Если говорить о связи клинических проявлений с характером функциональной недостаточности, то прекрасной иллюстрацией этого являются работы целого ряда отечественных клинических психологов (16, 17, 27).

Проблема недостаточности (или дефицита) в психотерапии тесно связана с проблемой почвы, поскольку раскрывает ее архитектонику, являясь, в то же время, связующим звеном между нормой и патологией, между ресурсом и характером психотерапии. Как известно, грубая психопатология в значительной степени ограничивает возможности и эффективность психотерапии. Об этом свидетельствуют и те ограничения, которые мы встречаем в различных психотерапевтических школах относительно применения своих методов у разных больных и определенная тропность отдельных направлений психотерапии к разной патологии (например, ограничения применения РЭТ в отношении больных с психопатиями и психозами, эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии А.Бэка в отношении депрессий, достаточно высокая эффективность психодинамической терапии при неврозах и личностных расстройствах и т.д.).

Вполне очевидным является положение о том, что с увеличением выраженности и глубины патологии нарастает недостаточность и снижаются ре-

сурсы. Полнота функционирования в понимании К.Роджерса практически недостижима при хронической и грубой патологии. Возможности терапии при этом также прогрессивно снижаются.

Можно представить себе первое обращение пациента к психотерапевту как просьбу помочь преодолеть собственный базисный и функциональный дефицит. При этом соотношение между характером функционирования (степень дефицита-дефекта), ресурсами, а также прогнозом и тактикой терапии можно представить в виде системы координат, представленной на рисунке 1.

Остается лишь раскрыть содержание терминов, использованных в этой схеме, для того, чтобы понять ее значение для психотерапии.

Вектор функционирования характеризует степень и стойкость функциональной недостаточности, при оценке которой проходящие доклинические нарушения и нарушения невротического уровня, несомненно, расположатся по левую сторону, а стойкие характерологические девиации и психозы будут рассмотрены как функциональный дефект. Мы видим, что этот функциональный вектор представляет собой базисные индивидуальные психологические особенности, рассмотренные нами ранее в качестве почвы, как одной из терапевтических универсалий, отражающей дисбаланс, качественное и количественное зашкаливание.

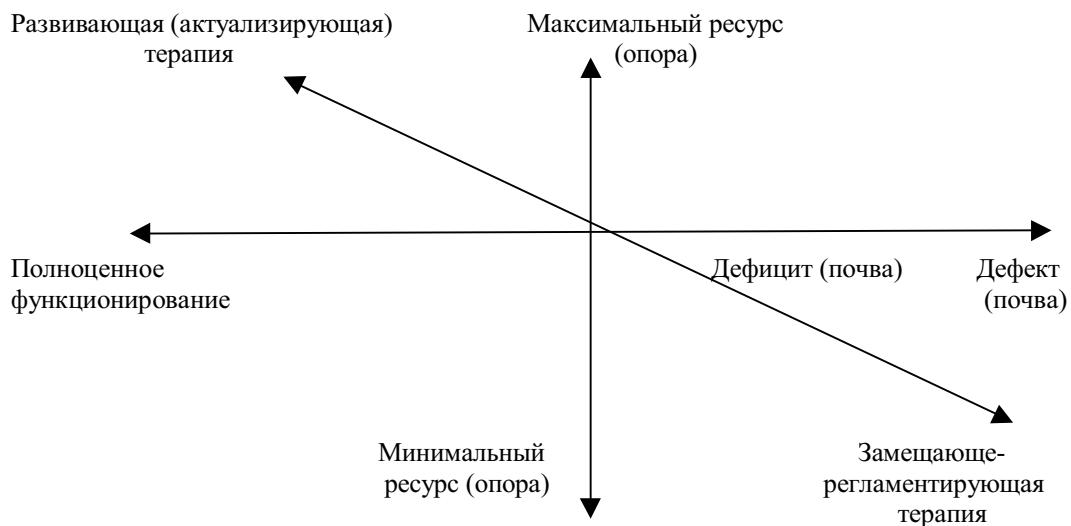


Рис.1 Соотношение индивидуальных функциональных характеристик и различных психотерапевтических подходов.

Вектор ресурсов также представляет функциональные характеристики, но оцениваемые с точки зрения перспективы терапии. Нетрудно заметить, что они были раскрыты нами ранее при рассмотрении одной из универсалий психотерапии – опо-

ры.

Таким образом, в основе обоих векторов лежат особые базисные, индивидуальные психологические характеристики, рассматриваемые под определенными углами зрения – как почва, либо как опо-

ра. Чем полноценнее функционирование, тем больше ресурс-опора, тем больше потенциал терапии, тем больше возможностей в развитии способностей и навыков полноценного креативного функционирования. Чем выраженее и устойчивей функциональная недостаточность, чем грубее патология, тем меньше ресурс-опора, тем хуже перспектива терапии, тем большую роль будет играть заместительная функция самого терапевта, поскольку дефицит и дефект подразумеваают необходимость восполнения-замещения.

Рассматривая в этом ключе благополучный исход терапии, мы видим, что, по мере работы с пациентом, заместительная роль психотерапевта стремится к нулю и пациент оказывается в креативном пространстве постоянно развивающегося, актуализирующего и регламентирующего жизненно-го потока.

Неудачный исход терапии, либо стойкие остаточные явления, означают сохранение дефицита-дефекта (с соответствующей функциональной недостаточностью) и необходимости поддерживающих и замещающих взаимодействий с пациентом. Замещающий аспект терапии может выражаться при этом в использовании пациентом ряда правил-инструкций, комплекса других регламентирующих влияний, компенсирующих его слабость-недостаточность.

“Если болезнь – это актуализация почвы, то психотерапия – это, несомненно, актуализация опоры”. Этот тезис открывает труднообозримый про-стор для интегративного мышления.

Перечисленные положения имеют важное зна-чение в рамках общей теории психотерапии и будут в значительной степени конкретизированы и разvиты в последующих публикациях, посвящен-ных исследованию уровня реакции-клиники, общей и частной психотерапии.

Таким образом, настоящая публикация пред-ставляет собой начало изложения собственного видения некоторых антропологических проблем, открывающее и особое видение одного из возмож-ных интегративных подходов к терапии. Рамки данной статьи не позволяют остановиться на всех проблемах. Расчитываю на возможность освеще-ния многих поставленных и пока еще не затрону-тых вопросов в последующих публикациях.

Литература:

1. Александров А.А. Современная психотера-пия. – СПб.: Академический проект, 1997.
2. Баранников А.С. Транскультуральная psi-хотерапия и традиция (Некоторые аспекты про-блемы). Клиническая психотерапия. 5 Научно-практическая конференция “Консторумские чте-ния” (17 декабря 1999 г.): Приложение к “Незави-симому психиатрическому журналу”. - М.: Изд-во НПА России, 2000.
3. Баранников А.С. Опыт творческо-аналити-ческой психотерапии в амбулаторных условиях. В кн.: Материалы научно-практической конферен-ции, посвященной 55-летию поликлиники № 1 РАН.- М.: Наука. С.17-20.
4. Баранников А.С. От эклектизма к прин-ципам творческой интегративности. Вопросы ментальной медицины и экологии. 2001. т. 6, № 1. С.50-55.
5. Баранников А.С. Психотерапия, свобода выбора и культурная традиция. Резюме докладов 10 итоговой конференции Европейской Ассоциа-ции Психотерапии “Психотерапия Запада - psi-хотерапия Востока”. - М.,-2001,-С.5.
6. Бинсангер Л. Бытие в мире. - М.: “Рел-бук”, 1999.
7. Блюм Д. Психоаналитические теории лич-ности. - М.: Академический проект, 1999.
8. Братченко Л.С. Экзистенциальная психо-логия глубинного общения. - М.: Смысл, 1997.
9. Бурно М.Е. Сила слабых. Психотерапевти-ческая книга. – М.: “Издательство ПРИОР”, 1999.
10. Бьюдженталь Дж. Искусство психотера-певта. 3-е международное издание. - СПб.: ПИ-ТЕР, 2001.
11. Валентик Ю.В. Три основы психотерапев-тического метода. Вестник последипломного ме-дицинского образования. - М., 1998.-С.10-12.
12. Валентик Ю.В. Континаульная психотера-пия. Московский психотерапевтический журнал. - М.,1999, №1, -С.47-58.
13. Выготский Л.С. Мысление и речь. - М.: Лабиринт, 1996.
14. Ганнушин П.Б. Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика (1933).-В кн. Избр. Труды. - М., 1964,-С.116-252.
15. Жислин С.Г. Очерки клинической психиат-рии. Клинико-патогенетические зависимости. - М.: Медицина, 1965.
16. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по psi-хологии аномального развития личности. - М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1980.
17. Зейгарник Б.В. Патопсихология.-М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1986.
18. Карл Ясперс. - М.: Изд-во “Независимой психиатрической ассоциации”, 1995.
19. Келли Д. Теория личности. Психология лич-ных конструктов. - СПб.: Речь, 2000.
20. Кирибаум Э., Еремеева А. Психологическая защищта. - М.: Смысл, 2000.
21. Книги священного писания Ветхого и Но-вого Завета. Канонические Библейские обществоа, 1985.
22. Кьеркегор Серен. Наслаждение и долг. - Ро-стов на Дону: “Феникс”, 1998.
23. Лэнгле А. Экзистенциальный анализ – най-ти согласие с жизнью. Московский психотера-певтический журнал. № 1, 2001, С.5-23.

-
-
24. Леонгард К. Акцентуированные личности. - Киев: Вища школа, 1981.
25. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - Л.: Медицина, 1983.
26. Маслоу А.Г. Дальние пределы человеческой психики. - СПб.: Евразия, 1997.
27. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. - М.: "МЕДпресс", 1998.
28. Мэй Р. Искусство психологического консультирования. - М.: "Класс", 1999.
29. Перлз Ф. Гештальт-семинары.-М.: Ин-т общегуманитар. исследов., 1998.
30. Роджерс К.Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека. - М.: Прогресс, 1998.
31. Роджерс К.Р. Консультирование и психотерапия. - М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999.
32. Уолен С., Ди Гусет Р., Уэслер Р. Рационально-эмотивная психотерапия. Когнитивно-бихевиоральный подход. - М.: Институт Гуманитарных знаний, 1997.
33. Фестингер Л. Теория когнитивного диссонанса. - СПб.: Ювента, 1999.
34. Фитцджеральд Р. Эклектическая психотерапия. - СПб.: ПИТЕР, 2001.
35. Франкл В. Основы психотерапии. Психотерапия и религия. - СПб.: Речь, 2000.
36. Фрейдженер Р., Фейдмен Д. Личность. Теории, эксперименты, упражнения. - СПб.: прайл-ЕВРОЗНАК, 2001.
37. Фромм Э. Человек для себя. Иметь или быть? - Минск: Изд. В.П.Ильин, 1997.
38. Хорни Карен. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. - М.: "Прогресс" - "Универс", 1993.
39. Шапиро Д. Невротические стили. - М.: Институт общегуманитарных исследований, 1998.
40. Щербаков М. Кластерная теория интеграции. Здесь и сейчас. 1998, № 1, С.8-23.
41. Юнг К.Г. Проблемы души нашего времени. - М.: Прогресс, 1994.
42. Юнг К.Г. Психологические типы. - М.: Университетская Книга, 1998.
43. Юнг К.Г. Практика психотерапии. - СПб.: Университетская Книга, 1998.
44. Ялом И. Эзистенциальная психотерапия. - М.: "Класс", 1999.

ЭВОЛЮЦИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В ЗАПАДНОЙ ЕВРОПЕ

С.Гингер

Париж, Франция

Это большая честь для меня - представить краткий обзор Эволюции Психотерапии в Западной Европе. Очевидно, я смогу поделиться с вами только своими личными идеями и размышлениями, основанными на собранной информации относительно этого обширного и очень спорного предмета.

Поскольку было бы невозможно вдаваться в подробности в этой краткой вводной речи относительно эволюции каждого из основных методов психотерапии в каждой из стран Западной Европы – целой книги было бы недостаточно, чтобы покрыть эту тему! - я ограничусь только общими аспектами.

Американцы сообщают нам, что сегодня существует по крайней мере 365 других методов психотерапии – столько же, сколько дней в году или сыров во Франции! Это число часто повторяется журналистами и средствами массовой информации как путь дискредитировать нашу профессию: каждый может создать что-нибудь или просто ввести новый элемент в классический метод, чтобы добиться известности и, таким образом, стать бессмертным! В действительности, только двадцать методов к настоящему времени признаны в качестве

«научных» и широко практикуются в Европе сегодня.

Давайте рассмотрим некоторые из них.

Психоанализ

Я думаю, что мы можем рассматривать наиболее современные методы психотерапии – за исключением когнитивно-поведенческих методов, а также тогенетической Психодрамы, Семейной терапии, NLP, и т.п. - как вышедшие из психоанализа, хотя, несомненно, они в определенной мере отклонились от него.

Психоанализ существует уже целое столетие и, очевидно, развился значительно, во-первых, в направлении изменения ментальности, и, во-вторых, в направлении научных исследований - особенно в области неврологии, генетики и фармакологии.

До достижения возраста 30 лет, Фрейд открыл свой первый офис в Вене, в апреле 1886 г. после четырех месячного периода работы с доктором Шарко во Франции.

Его первые четыре профессиональные статьи были написаны на французском, между 1893 и 1896, относительно предметов истерического па-

ralicha, одержимости, страхов, наследственности и этиологии неврозов. В то время, однако, эти статьи не получили совершенно никакого отклика. Это продолжалось 11 лет после публикации первой статьи о Психоанализе на французском языке (написанной, между прочим, шведом из Цюрихской школы), и 18 лет (1911) до того как Фрейд заметил с радостью: «первый француз, который открыто принял Психоанализ» (Dr. Morichau-Beauchant, Poitiers); и это было только после того, как в 1921 Фрейд предложил Eugenie Sokolnicka стать «первым представителем Психоанализа во Франции», то есть, почти через тридцать лет после рождения Психоанализа. И в 1926 г. Парижское Общество Психоанализа было учреждено при поддержке Принцессы Мари Бонапарт. В это время во Франции было только два психоаналитика, получившие подготовку в разных странах (Sokolnicka так и Loewenstein). К моменту смерти Фрейда в 1939 году, было уже 24 французских психоаналитика, но это число свелось только к 11, после войны в 1945. С тех пор наблюдается значительное развитие психоанализа во Франции - сегодня там существует около 1,000 официально подготовленных психоаналитиков, и около 4 - 5,000 «неофициальных» аналитиков, представленных примерно в тридцати различных организациях, более или менее формально структурированных.

В книге “Моя жизнь и Психоанализ” Фрейд написал в 1924 году: «В течение десяти лет после моего **разделения** с Breuer, у меня не было ни одного ученика. Я оставался совершенно изолированным. В Вене меня избегали, за границей я был неизвестен.»

И так, *Первая Международная Конференция по Психоанализу*, в апреле 1908 года в Зальцбурге привлекла только 42 участника: 26 австрийцев, 5 немцев, 6 швейцарцев, 2 венгра, 2 англичан и 1 американца. Следовательно, не было представителей из Латинских, Славянских или Скандинавских стран.

Первые существенные работы Фрейда, *Studies об Истерии и Толкование сновидений*, имели небольшой успех, потребовалось 8 лет, чтобы проплатить 600 копии второй работы!

Я дал Вам эти детали об очень медленной эволюции Психоанализа во Франции, поскольку этот аспект я знаю лучше всего. Также забавно видеть, что Франция - где ему потребовалось 30 лет, чтобы получить признание - сегодня (вместе с Аргентиной) является страной, где Психоанализ - наиболее развит, даже **империалистический**, особенно, в пределах университетов.

Бот несколько комментариев относительно развития психоанализа в некоторых других Европейских странах:

В Германии Карл Абрахам основал *Психоаналитическую Школу Берлина* в 1908 году, вскоре

включенную в Международную Ассоциацию. Фактически, из первых 15 Международных Конференций, более чем половина были организованы в Германии.

С 1970 года Психоанализ возмещается Социальным Обеспечением, а с 1999 года, когда был принят закон, Психоанализ - один из нескольких методов психотерапии, который принимается для возмещения правительством.

Венгрия, несмотря на широкую распространность - с Ferenczi, Balint, Spitz, Hermann, Melanie Klein, Szondi, и т.п. - я не говорю здесь о Венгерской школе, поскольку я буду ограничивать свой разговор Западной Европой.

В Объединенном Королевстве Великобритания, Джонс создал Психоаналитическое Общество Лондона в 1913 году (9 членов, из которых только 4 были психоаналитиками), Британское Общество в 1919 году и Институт в 1924 году. Фрейд был страстью влюблен в Англию. С 8 лет он читал Шекспира в подлиннике. Английская школа была поражена интенсивным конфликтом между Мелани Клейн и Анной Фрейд в 1927 году, продолжавшимся почти двадцать лет. В 1951 году в Англии было 55 психоаналитиков. В 1981 Британское Общество включило 370 членов (230 из которых находились в Лондоне), 40% из которых не были медицинскими докторами. Некоторые из них хорошо известны: Бион, Балинт, Fairbairn, Bowlby, Винникотт. Мелани Клейн сыграла важную роль, провоцируя и стимулируя Британскую интеллигенцию, подобно эффекту Jacques Lacan во Франции. Клиника *Tavistock* приобрела международную репутацию.

В Италии Психоанализ был плохо развит до 1950 года. Roberto Assagioli, основатель Психосинтеза (Флоренция, 1945), написал свой медицинский тезис о Психоанализе и участвовал во 2-й Международной Конференции Психоанализа в Нюрнберге в 1910 г. Итальянское Общество Психоанализа было создано в 1921 году, но... оно включало только одного члена - Eduardo Weiss, обученного и прошедшего анализ у Фрейда!

В 1954 все еще было только 8 тренеров по психоанализу и 15 членов, а в 1964 году: 45 аналитиков, все из которых были медицинскими докторами (30 Freudians и 15 Jungians). Однако, пятнадцатью годами позже, в 1980 году, оно насчитывало уже... около 700 аналитиков (400 Freudians, 100 Jungians, 70 Adlerians, 100 Lacanians, 40 групповых аналитиков), это означает, что в течение 15 лет количество аналитиков выросло более чем в 15 раз!

Испания известная особой устойчивым сопротивлением к введению Психоанализа, по причинам, связанным с испанскими культурными традициями, влиянием Католической Церкви и диктатуры Франко. Jacques Lacan посетил Барселону в 1972, но с небольшим успехом. Masotta из Аргентины, перевел работы Lacan и уехал в Барселону в 1976.

Институты в Барселоне и Мадриде были основаны в 80-х, но их влияние остается ограниченным.

Скандинавские страны также продемонстрировали сопротивление Психоанализу.

В заключение, с начала столетия до конца Второй Мировой Войны, в течение почти пятидесяти лет, *Психоанализ был практически единственным методом психотерапии в Европе*, где он был особенно развит в германских и англосаксонских странах.

С 70-х и особенно в течение 80-х годов он «взорвал» и завоевал Европу, особенно Францию и Италию.

Тем не менее, остается вопрос, является ли Психоанализ «психотерапией», или нет.

Сегодня кажется, что метод, известный как «психодинамика», который включает другие формы Психоанализа и методы психотерапии, вдохновленные им, индивидуальная или групповая терапия, стала наиболее широко распространенной в Западной Европе формой психотерапии.

«Новая Гуманистическая Экзистенциальная Терапия»

Тем не менее, после мощного развития в течение двадцати лет, начиная с 1970 года, Психоанализ кажется, показывает прогрессивный спад относительно Когнитивно-поведенческого метода, Семейной терапии и чтобы выделить варианты направления, названного «гуманистическим» или экзистенциальным, включающим: Гештальт-терапию, Транзактный Анализ, Клиент-центрированная терапия Роджерса, Психодрама, Психосинтез, НЛП, Эриксоновский гипноз, Психоорганический Анализ, и психотелесная терапия.

В течение прошлых нескольких лет, Транспersonальные методы (Грофф) получают поддержку, тогда как Vegeto-Терапия, Био-Энергетический Анализ и Экзистенциальная Терапия - менее популярны.

С точки зрения цифр, а также известности, мы можем выделить среди других - в Западной Европе - сегодня: Клиент-центрированная терапия (Карл Роджерс), Транзактный Анализ (Эрик Берн), Гештальт-терапия (Фритц Перлз) и Системная Семейная Терапия.

Клиент-центрированный подход (ССА)

Основной текст Карла Роджерса *Становление Человека* был опубликован в 1942, но только в 1966 г. Роджерс впервые приехал в Европу: во Францию (для семинара в Dourdan), затем в Бельгию и Нидерланды.

В это время его концепция «не-направленности» была наиболее привлекательной и наиболее известной, позже, она содействовала конфликт-про-

дуцирующим идеям, которые привели к маю 1968 года.

Но это понятие фактически создало предубеждение против идей Роджерса, с тех пор понятие не-направленности часто ассоциировалось с небрежным, «невмешательским» отношением. Поэтому Роджерс наконец заменил этот ярлык на «клиент-центрированный подход». ССА был признан революционным относительно психоаналитических концепций Фрейдизма и быстро распространился, особенно в образовательных кругах, также как во вспомогательных профессиях или областях персонального развития. It wasn't until some time later that more rigorous concepts were developed which permitted access to the classification as a psychotherapy.

Сегодня его влияние стало значительным в англосаксонских странах, где мы можем видеть около 12000 специалистов (6000 в Германии; 2500 в Великобритании; 1500 в Австрии; 1000 в Швейцарии; и т.п.).

В Латинских странах, где все еще доминировал Психоанализ, метод Роджерса развивался более медленно, и мы можем насчитать едва несколько сот специалистов во Франции, Испании, Португалии и Италии (где Альберто Zuccconi ,тем не менее, успешно внедрил ССА в 7 университетов).

Тем не менее, мы находим только 20 Ассоциаций во всех Средиземноморских странах, по сравнению с 84 в англосаксонских странах, где практика «Консультирования» распространена более широко (только Британская Ассоциация Консультирования (BAC) включает почти 20,000 участников!).

Транзактный анализ (ТА)

Эрик Берн добился успеха в популяризации Психоанализа, представляя его доступным для простого смертного, используя живой и юмористичный словарь, описывающий «игры» и транзакции повседневной жизни. «Игры, в которые играют люди» (1964) получили быстрый и заслуженный успех и некоторые его концепции достигли общественной сферы: бунтующий ребенок, нормативный родитель, сценарий жизни, родительские предписания, «выигрыш/выигрыш», а также другие термины, которые широко известны среди терапевтов соседних дисциплин: контракт, драматический треугольник Карпмана, перерещения, переродительствование, и т.п..

Метод ТА был сразу хорошо организованным, с хорошей структурной иерархией, которая иногда привлекала критику но, которая позволяла ему развиваться с солидным основанием и входить в новые области как, например, административные учреждения и частные предприятия.

В своей психотерапевтической версии, ТА под-

черкивает значение ясного контракта, и это метод, который соединяет когнитивный, эмоциональный, поведенческий и групповой аспекты, не пренебрегая аспектом переноса.

Сегодня ТА практикуется в 23 странах Европы и Европейская Ассоциация (EATA) включает почти 6,000 участников. Сертификация строго отрегулирована и централизована на международном уровне, оценивается и сравнивается компетенция терапевтов, получивших образование в различных институтах.

Гештальт Терапия (GT)

Задуманный Фритцем Перлзом в 1942 и представленный в теоретической форме через девять лет (в 1951), Гештальт не начинал по-настоящему развиваться до периода международного творческого движения за освобождение в мае 1968.

Гештальт связан с анархической волной, подчеркивающей неиссякаемую оригинальность человеческого бытия, his *responsibility as a unique and unified being, beyond norms yet integral*. Гештальт-терапия предлагает целостный подход к пяти основным аспектам бытия: физическому, эмоциональному, познавательному, общественному и духовному; или если предпочтительно - тело, сердце, голова, другие и мир. Вопреки прежде описанным методам (Психоанализ, Клиент-центрированный подход, ТА), Гештальт явно вводит как *физический*, так и *художественный* аспекты. Он проводится одинаково хорошо как в группе, так и в индивидуальных сессиях, в противоположность другим практикам, заинтересованным в текущем исследовании в neuroscience и других методах динамической психопатологии.

Гештальт быстро развивался в Западной Европе с начала 70-х: в Германии, Нидерландах, Бельгии, затем во Франции, Италии, Испании. Сегодня Европейская Ассоциация Гештальт-Терапии (EAGT) объединяет около пятидесяти тренинговых институтов в 15 странах Европы, но Гештальт практикуется в 26 Европейских странах - некоторые из них еще не присоединились к Ассоциации, включая несколько стран Восточной Европы, которые ценят свою гибкость адаптации, отличая культурный контекст (творческую установку).

Каждая страна публикует один или несколько научных журналов (есть дюжина регулярных публикаций в Европе); национальные и международные конференции проходят часто и кажется, больше новшеств теперь в Европе, чем в Соединенных Штатах.

Системная семейная терапия

Движение семейной терапии - обширное и сравнительно разнородное. Я расскажу только о сис-

темном подходе, который представляет несколько новых элементов и, который широко распространен в Европе с 80-х годов.

Уникальная характеристика этого метода – лечение целой семьи, состоящей из всех членов, живущих под одной крышей. Терапевты (которые обычно работают в команде) более заинтересованы в анализе игр и взаимодействий различных членов семьи, их системе коммуникации, чем только интра-психологических проблем обозначенного пациента, который часто только “козел отпущения” глобальной болезни семьи.

Школа Пало Альто подчеркивает опасность двойного *bind* (неоднозначные и противоречивые сообщения).

Он рекомендует краткосрочную терапию (10 - 20 сеансов), которые часто записывают на видео и наблюдают через одностороннее зеркало, где терапия учитывает согласованное усилие терапевтической группы.

Сеансы часто сопровождаются упражнениями, назначенными для семьи *между сеансами* - чаще всего с интервалом в месяц.

Эта семейная терапия быстро развивалась в нескольких Европейских странах и часто практиковалась в пределах учреждений.

Европейская Ассоциация Семейной Терапии (EFTA), под председательством Mony Elkaim, представлена в 10 странах и насчитывает несколько тысяч терапевтов.

Психодрама

Морено создал импровизированный театр в Вене в 1921 - он вовлек аудиторию в качестве участников в сорт “театра в круге”, без сцены. Двумя годами позже участница по имени Барbara, обнаружила в себе изменения, вызванные ролью, которую она сыграла. В 1925, Морено переехал в США и основал первый терапевтический театр в Бикон в 1936 г.

Психодрама для детей пришла во Францию в 1946 в Центр Клауди Бернарду.

В 1955 году Французская Группа по изучению Социометрии, Группа Динамики и Психодрамы, была сформирована под руководством Ann Ancelin-Schutzenberger (группа, в которой я лично участвовал в течение 7 лет, с 1959 г). Мы организовали первую Всемирную Конференцию по Психодраме в Париже в 1964 году, с участием Jacob-Levy Moreno и его жены, Zerka. Там был даже их 10 летний сын, Джонатан, который играл роль в течение почти всех сеансов!

Но сегодня традиционная психодрама Морено почти исчезла во Франции, в ответ на конкуренцию психоаналитической психодрамы. Психодрама имеет серьезный недостаток: ее трудно практиковать в индивидуальных сессиях (кроме родствен-

ной формы - монодрамы) и, следовательно, она мало используется сегодня за исключением общественных институтов для детей или людей, страдающих умственными заболеваниями, или даже в группах персонального развития, а не терапии.

Психосинтез

Roberto Assagioli встретился с Юнгом в Цюрихе в 1909 г. Assagioli был первым Итальянским Психоаналитиком, оставшимся верным Юнгу после его разделения с Фрейдом.

Assagioli создал свой собственный метод, Психосинтез в 1926 году и это был, несомненно, первый метод интегративной психотерапии на Западе, включающий тело, чувства, интеллект и духовное измерение, включающий также музыку, рисование, визуальное наблюдение, а также катарсис.

Сегодня, этот метод все еще активно используется в Великобритании (где есть три различных института подготовки), в Ирландии, Нидерландах, Франции, Швейцарии, Швеции и Австрии, но особенно в Италии, оригинальная страна - где дюжины институтов, а также Университетов, где обучают этим методам. Европейская Ассоциация (EFPP) включает восемь институтов.

В определенных странах Психосинтез ассоциирован с Гештальт-терапией (Нидерланды, Бельгия, Норвегия), развивая целостный подход, который включает как тело так и дух.

Нейро-лингвистическая Психотерапия (NLP)

Нейро-Лингвистическое Программирование (НЛП) было разработано Гриндером и Бендлером в Калифорнии в 70-х, и было основано на наблюдении знаменитых психотерапевтов: Фритца Перлза (Гештальт-терапия), Вирджинии Сатир (Семейная терапия), Милтона Эриксона (Гипнотерапия). НЛП сосредоточено вокруг конкретных моделей функционирования каждого человека, изучения эффективных методов взаимодействия и изменения паттернов поведения (а не анализе патологического поведения, как делали некоторые другие методы).

Подготовка на Терапевта или Мастера довольно короткая (около 150 часов) и в результате, включает около 2000 человек каждый год. Подготовка, чтобы стать Учителем включает еще год практики, сопровождающейся двумя дополнительными годами подготовки.

Терапевтический NLP был недавно основан в 1999 году и - более строг и включает личную терапию и тренинг 2000 часов в течение 4 лет (все в пределах NLP как в дополнительном методе), а также супervизию. Терапевтическое сопровождение обычно проводится в течение индивидуальных сес-

ций различной продолжительности.

Во Франции к настоящему времени существует 4 института, которые предлагают подготовку по терапевтическим аспектам НЛП (по сравнению с 27 институтами, которые предлагают общую подготовку) и они подготовили в настоящий момент 20 психотерапевтов на уровне ECP. Европейская Ассоциация NLP была создана недавно, с национальными ассоциациями в большинстве стран Западной Европы.

София анализ

Созданный Antonio Mercurio, София Анализ происходит из Психоанализа и интегрирован как с экзистенциальными, так и антропологическими измерениями. Он соотносится особенно с концепциями Английской Школы (М.Клейн, И.Винникотт) и часто включает групповую работу.

София Анализ особенно широко представлен в Италии (9 тренинговых институтов), а также Бельгии (со специализацией в терапии пар). Институт София Анализа в Париже был основан в 1986 году.

Комбинированная Европейская форма институтов София Университет в Риме (SUR), который регулярно организует международные коллоквиумы.

Психо-органический анализ (ПОА)

ПОА был разработан Полом Боусен в конце 70-х на основе Биодинамической психологии. ПОА объединяет два метода: психоанализ и психо-корпоральный метод.

В ПОА мысль не только содержимое, но также вместе с телом. Слово передается образом и затрагивает тело; и, наоборот, образ и слово формируются из бессознательного.

ПОА представлен во Франции, Германии, Бельгии, Испании, Люксембурге, Швейцарии, а также Латвии. Другая группа в настоящее время формируется в России. Наиболее известный тренинговый институт располагается во Франции. Европейская Ассоциация (EAPOA), созданная в 1986 году и признанная EAP, включает 500 психотерапевтов принадлежащих к нескольким национальным ассоциациям. ПОА теперь также преподается вне Европы. Каждая национальная ассоциация публикует журнал и книги. Французский журнал (ADIRE) опубликовал 18 volumes and 5 training manuals.

Другие модальности

Для того, чтобы не исчерпывать ваше внимание, Я не буду говорить сегодня о некоторых других методах, как например:

Когнитивно-поведенческие подходы, которые все больше и больше преподаются в определенных

университетах и используются в различных больницах, особенно в лечении фобий и ТОС's (компульсивно-обсессивные расстройства).

Гипноз по Эриксону - работа с измененными состояниями сознания, включающие хорошую дозу юмора и парадоксальных предписаний.

Биоэнергетический анализ, который объединяет работу Рейха, Lowen, Pierrakos и подчеркивает значение «символьной брони» и заземления.

Трансперсональная психотерапия - (как, например, холотропное дыхание С.Грофа), которая превосходит интра-персональные и интер-персональные проблемы и вводит культурные, символические и духовные измерения человеческого бытия.

Я также воздержусь от презентации других методов, которые Я знаю не очень хорошо, поскольку они не привлекли много внимания во Франции, как например:

- **Логотерапия или экзистенциальный анализ** Виктора Франкла;

- **Позитивная психотерапия**, разработанная Пезешкианом;

- **Биосинтез** Дэвида Воаделлы и т.п.

В заключение я хочу остановиться здесь с этой, отчасти слишком длинной и нескончаемой номенклатурой, чтобы взглянуть на глобальную эволюцию ситуации в **Западной Европе**, с тех пор как появилась «новая терапия», около тридцати лет тому назад.

Ясно, что доминирующий контроль *традиционного психоанализа* постоянно уменьшается.

Также совершенно очевидно, что семейная терапия, групповая терапия и терапия, вовлекающая тело, движение, творчески... не только посредством речи - развиваются все больше и больше.

Эти методы свободно заимствуют друг у друга - техники, отношения и принципы.

Сегодня очень популярно использовать междисциплинарные методы: и мы можем часто видеть технический эклектизм, теоретическую интеграцию и ассимилирующую интеграцию.

Технический эклектизм состоит из удержания из каждого метода наиболее эффективной техники и внедрения ее в комбинированный эмпирический метод, без явной ссылки на определенный метод или философию. Но большой риск получить мешанину без какой-либо реальной согласованности.

Противоположного отношения стремится достичь **теоретическая интеграция** различных методов в пределах глобальной перспективы, подчеркивающая общие показатели отличий методов, также как центральную позицию отношения терапевта/клиента. К сожалению, синтезировать фундаментально различные гипотезы не всегда легко! Например, человек глубоко обусловлен опытом раннего детства или изменения происходят под воз-

действием внешней среды? Могут ли эмоции контролироваться (даже подавляться), или выражаться в максимальной степени?

Между этими двумя позициями, **ассимилирующая интеграция** (Stanley Messer) способствует твердому укреплению в пределах одной системы психотерапии - все, что это может быть - но со стремлением включать или усваивать, во внимательном способе, перспективы или перегораживание методов из своих школ (это такое отношение, которое я разрабатываю у себя в пределах Парижской Школы Гештальта, в пределах перспективы Integrative Gestalt Терапии).

Это включает также интеграцию последних исследований в области neuroscience, который установил близкую связь между психологическими разработками и биологическими явлениями (как, например, генетические склонности, модификации нейротрансмиттеров, создания магистралей нейрона). Эти открытия питали идеи различных методов, как, например, Гештальт Терапия, Транзактный Анализ и НЛП.

После модного движения анти-психиатрии (Laing, Cooper, Bassaglia), которое осуждало оскорбительную обработку в пределах приютов - и после разочарования, которое сопровождало умышленно оптимистические течения продуманной Гуманистической Психологии, новая динамическая психопатология начала существовать, избегая окончательного «маркирования» пациентов, согласно жестким нозологиям.

Социо-политические аспекты

Психотерапия стала все больше и больше встроенной в ежедневную среду среднего гражданина сегодня, больше незарезервированной исключительно для больного и «сумасшедшего»! Она существует в промежуточной зоне, переходе между медицинскими, психологическими и общественными сферами: быть в печали - это не болезнь, не безработица, не эмиграция, не развод, не жизнь под страхом нападения в проблемной части пригорода...

Последний Французский анализ показывает, что 5% опрошенных людей к настоящему времени имели дело с психотерапией. Похоже, что в других странах, как, например, Австрии (не говоря уже о Калифорнии), этот показатель должен быть выше, даже удвоен. В любом случае, даже эта минимальная пропорция указывает на потребность – один квалифицированный психотерапевт на тысячу резидентов.

Как мы знаем, для подготовки квалифицированного профессионального психотерапевта (ECP) необходимо 5-7 лет. Следовательно, необходимо неотложно учредить одну школу или институт специализированной подготовки для 50 - 100,000 рези-

дентов.

Тем не менее, кажется, что мы все еще очень далеки от этого числа в большинстве стран Западной, также как и Восточной Европы. EAP в настоящее время выполняет важную миссию координации специалистов и особенно связью этой ситуации с массовой публикой, что касается политического руководства, общественных учреждений и правительства.

Важно, чтобы они до конца поняли, что организации гарантируют безопасность граждан, гарантируя качество этих специалистов общественного здоровья и умственной болезни, требованиями высокого уровня специализированной подготовки к серьезным обязательствам в профессиональной этике, гарантирующими отношение для личности, для его/ее автономности, и его/ее обязательств и убеждений, а также профессиональной конфиденциальности, и исключения риска всего отклонения к сектантской, финансовой или сексуальной эксплуатации. В этом отношении, давайте запомним, что первый код этики в нашей области датируется

из 1977 года (Американская Психологическая Ассоциация), те самые Американские даты Психоаналитической Ассоциации из 1983 года, и тот самый EAP, только из 1995 года.

К настоящему времени, насколько я знаю, только пять стран Западной Европы используют официальное законодательство, чтобы урегулировать профессию Психотерапии: Австрия, Италия, Нидерланды, Швеция и Германия. Мы должны заметить, что ни одна из этих стран не оставляет название психотерапевт только врачам, хотя, некоторые области остаются докторам и психологам, поскольку другие распространяют психотерапию более широко на работников сферы социальных проблем, профессии срочной медицинской помощи, учителей, участников духовенства, и т.п., в соответствии со Страсбургской Декларацией (1990), которая остается краеугольным камнем Европейской Ассоциации Психотерапии (EAP), а также Парижской Декларацией (1998), которая настаивает на фундаментальном праве каждого гражданина на свободный выбор.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАВЫКОВ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПРИ РАБОТЕ С НЕМОТИВИРОВАННЫМИ КЛИЕНТАМИ

К.Н.Давыдова

г. Москва

Психологу, работающему в формате консультирования в условиях государственного наркологического стационара, часто приходится сталкиваться с мало мотивированными клиентами. В связи с этим хотелось бы поделиться некоторым опытом работы.

На начальном этапе психологического консультирования, когда важно установление контакта в диаде терапевт - клиент, ярко проявляются механизмы психологической защиты. Беседа с психологом в стационаре, чаще всего, продиктована необходимостью обследования всех пациентов для назначения дальнейших психокоррекционных мероприятий. Неоднократно приходилось наблюдать, как сам факт посещения кабинета психолога вызывает сильнейшую фрустрацию, особенно для немотивированных клиентов. В качестве защитного поведения включаются такие механизмы, как дистанцирование, "забалтывание", оправдания и неясности, игры и трюки, запутывание чего-то, искажения, уклонения, расхождения и пр.

Как известно, один из аспектов консультирования связан с уважительной конфронтацией. Такая конфронтация не должна превращаться в спор с клиентом, так как неминуемо заведет его в тупик.

Умело выраженная конфронтация может переживаться как высвобождение, потому что клиенту не нужно вкладывать силы в то, чтобы отрицать чувства и мысли, которые вызывают внутреннее напряжение.

Цель конфронтации состоит в том, чтобы привлечь клиента пересмотреть свое неадаптивное поведение и развить новые возможности, при этом не следует срывать все поведенческие механизмы защиты.

Хочу привести один случай из практики. В процессе работы в психотерапевтическом отделении наркологической больницы мне предложили поработать с пациентом, который страдал гипертонией на фоне хронического алкоголизма. Он был уже в пенсионном возрасте (63 года), однако продолжал работать. Часто нервничал, внешне старался не показывать своих переживаний, но это с трудом удавалось делать. Стressовые ситуации, связанные с работой, провоцировали резкое повышение давления. В свое время он приобрел электронный тонометр, с помощью которого мог за несколько секунд узнавать свое фактическое давление, и я собиралась провести с ним занятие по методу обратной связи, научив основам релаксации.

Однако трудность в работе с данным клиентом заключалась в том, что с первых минут нашей беседы (возможно от волнения и тревоги, связанной с необычностью ситуации) включились механизмы психологической защиты. Хотя он и был предупрежден лечащим врачом о цели наших занятий и был согласен работать, но на встрече начал отыгрывать поведение успешного делового человека, с упоением рассказывая о своей работе, важности занимаемой должности и выполняемых им функций на фирме.

Слушая себя, казалось он все больше и больше вырастал в собственных глазах. Говорил очень быстро, громко и много, совершенно не делая никаких пауз и не давая “простанства” для терапевта. Подождав некоторое время, дав ему высказаться, и уже испытывая скучу, я предприняла несколько попыток прервать такой монолог. Но все было безуспешно.

Видя, что темп речи нисколько не изменился, и он, по-прежнему, слышит только себя, я решилась на более жесткую интервенцию. Услышав, как он описывает свои многочисленные поездки по всему миру для подписания контрактов и участия в пере-

говорах, я выдвинула предположение, что, наверное, ему приходится часто общаться за рубежом на иностранном языке и он должен хорошо им владеть. Он сделал паузу, заморгал и согласился (в этот момент я смогла успешно присоединиться к нему и он услышал мой голос), но затем снова продолжал тараторить. Тогда я попросила: “А не могли бы вы рассказать теперь все это еще раз, но по-английски?”. Он задумался на несколько секунд и (к моему удивлению!) согласился.

Пытаясь составить примитивные английские фразы, медленно подбирая слова, он продолжил свой монолог. Делал он это с явным напряжением. Но, самое главное, я добилась того, что темп речи снизился, появились паузы, и он уже мог слышать мой голос. Подождав пока закончится очередное предложение, я поблагодарила его за рассказ, сказав: ”Thank you very much. It was very kind of you tell me about your business. It is enough.”. Он с изумлением поинтересовался, неужели мне было понятно содержание сказанного. Произошла пауза. Его напряжение стало падать. Он начал слышать меня... И вот тут-то мы смогли начать работать.

СИМВОЛДРАМА - ЛЕЧЕНИЕ ДУШИ ПРИ ПОМОЩИ ОБРАЗОВ

РП.Еслюк

г. Харьков

Символдрама, или Кататимно-имагинативная психотерапия (ката - сообразно, соответственно; тимос - душа, эмоциональность; имагинация - переживание образов, идущих из души) хорошо зарекомендовала себя в краткосрочном лечении неврозов, психосоматических заболеваний, невротического развития личности и пр.

Выгодным преимуществом, отличающим этот метод от других, является как его глубокая проработанность, сближающая метод с академической наукой, так и спонтанность, творческая составляющая, уходящая корнями в психоанализ и аналитическую психологию Карла Густава Юнга.

Являясь прикладным методом психоанализа и опираясь на его глубокую теоретическую базу, символдрама ещё называется методом “сновидений наяву” или “психоанализом при помощи образов”, что позволяет непосредственно прикоснуться к своим чувствам, пережить их в образе.

Критики психоанализа часто упрекали его в разрыве между вербальной (словесной) проработкой проблемы и переносом выработанного инсайта в жизнь. В символдраме такого конфликта не существует, ибо здесь, представляя образ (или проблему) в символическом виде, пациент прожива-

ет её при помощи нахождения в образе, даже не вербализуя проблему, не осознавая её. Иначе говоря, работа идёт на уровне первичного процесса, как это называл Зигмунд Фрейд, или же на уровне активного воображения, фантазии, образного мышления (К.Г.Юнг).

Существует около 80 (некоторые называют около 400) методов психотерапии, примерно 15 из которых используют образы, визуализацию. Но уникальность символдрамы заключается, на наш взгляд, в трёх основных моментах: 1. Глубокая теоретическая база, продуманность каждого шага в работе; 2. Ориентация на свободное разворачивание образа, отталкиваясь от самого пациента (что резко отграничивает символдраму от НЛП, где терапевт искусственно “нагнетает” ресурсное состояние); 3. Сочетание образного переживания ситуации (объекта) и вербализации; перенос этого состояния в жизнь, самораскрытие бессознательного.

Основоположником метода является немецкий психотерапевт Ханскарл Лёйнер (1919-1996), профессор, доктор медицины, долгие годы руководивший отделением психотерапии и психосоматики в психиатрической клинике в Гётtingенском универ-

ситете. Сам он проходил юнгианский анализ, что и отложило отпечаток на созданный им метод, перенесящий и систематизировавший технику активного воображения Юнга, ориентацию на чувства и образы, творческую составляющую, движение психики в будущее, к стремлению разрешить свой непрвоз при помощи самоисцеляющей составляющей бессознательного. Также этот метод во многом опирается на психоаналитическую концепцию контролируемой регрессии Михаэля Балинта: даже обращение к самым простым, базовым мотивам символдрамы предполагает регрессирование до самых ранних стадий развития, чтобы проработать существующий там конфликт или же подпитаться энергией.

Патриархом символдрамы в СНГ стал ученик Ханскарла Лёйнера, вице-президент Всероссийской Профессиональной Психотерапевтической Лиги, доцент Института Кататимно-имагинативной психотерапии (Германия) Яков Леонидович Обухов, разработавший курс обучающих семинаров и распространяющий метод в России, Украине и Белоруссии уже много лет. Как и предсказывал Лёйнер, метод стал очень популярен у нас, поскольку пришёлся к душе славянина с их образно-эмоциональным мышлением.

Как же проводится символдрама? После обсуждения волнующей пациента проблемы ему затем предлагается сесть в специально приготовленное удобное кресло (или на диван) и проводится релаксация, после чего терапевт просит представить образ. Существуют базовые мотивы - луг, ручей, гора, дом, опушка леса; тестовые: дерево, цветок; и множество других мотивов - клоун, поход к мудрому старцу, полёт на воздушном шаре, плодовое дерево и т.д., а также свободное задавание образа и ассоциирование в образе.

Главная идея символдрамы - символическая проработка проблем - позволяет разрешить реальный конфликт. Так, образ луга является символом матери и символизирует потребности ребёнка первого года жизни (оральная стадия): в нежности, любви, безопасности, кормлении грудью, ласке и т.д. Поэтому от того, каким представляется луг в образе, зависит очень многое. Сухая земля, колючая трава, маленькие размеры могут говорить о плохих отношениях с матерью на первом году жизни. Переживание гармоничного образа, луга, ручья, купание в чистой и прозрачной воде может оказаться целительным и излечивать от различных недугов. Такое бесконфликтное проживание образа называется ресурсным, здесь исцеляет само переживание позитивной картины. Переживая чудесный, приятный луг пациент как бы насыщает голод первого года жизни и удовлетворяет те потребности, которые оказались неудовлетворены в детстве.

Часто в образе возникают различные символи-

ческие конфликты в образе, отражающие те или иные нарушения значимых отношений и собственной личности. Так, один 7-ми летний пациент автора от образа к образу стремился то добиться восхищения отца, то убивал его символическую representation, желая отцу смерти. Однажды он представил себя на "Титанике". Здесь были люди, бородатый капитан (образ отца). Вдруг на корабль напали пираты и, выстрел из их пушки разорвал капитана на части. При этом пришлось долго прорабатывать этот образ: "Посмотри, может быть, он ещё жив? Может быть, снаряд попал в кого-то другого? Тебе его не жаль? и т.д." - пока капитан, на конец, не обнаружился в воде, и его захотелось полечить.

В другом образе этот же пациент плыл на лодке по морю и неожиданно был поглощён акулой (образ "злой, пожирающей матери"). Главной проблемой было то, что ему не хотелось оттуда выбираться, т.е. не хотелось взросльть. Но после долгих усилий удалось мотивировать пациента к тому, чтобы он выбрался из брюха акулы, при помощи символического помощника в виде золотой рыбки и тогда в образе установилась гармоничная погода: и солнце (отцовский символ) приятно грело, и море (символ матери) было спокойно, и кругом так красиво.

После этого образа он впервые нарисовал яркий и гармоничный рисунок, что сказалось и на его внешнем поведении в лучшую сторону. В рисунке № 1 этот маленький пациент использовал простой карандаш. Весь рисунок тусклый, лицо человека на нём спрятано под маску, а основной объём изображения занят изображением бесформенных облаков, символов теневых импульсов. Такие рисунки были характерны для этого пациента с момента начала его лечения: по поводу повышенной импульсивности, постоянного фантазирования, инфантильности, стремления обманывать, сочиняя различные вымышленные истории.

Явно контрастирует с тем рисунком рисунок № 2, где использованы яркие цвета, предметы более рельефны, узнаваемы, как и менее пугающими для ребёнка его собственные бессознательные импульсы. Он удовлетворил своё регressiveное стремление находиться в материнском чреве (брюхе акулы) и выбрался оттуда обновлённым, способным идти к новым ступеням развития разума.

В другом случае пациентка, женщина чуть старше двадцати лет, у которой существовали проблема депрессии, чувство угнетения авторитарным отцом, страх перед жизнью и слишком серьёзно-философское восприятие действительности, пронизанной сетью сложных смысловых связей, в которых она постоянно терялась. А клоун, разве он слишком много размышляет? Он живёт весельем, чувствами! После предложения представить клоуна пациентка представила невысокого весёлого,

прыгающего от переизбытка энергии человечка, затем представила себя им. Посмотрела на своих родителей и их невротические игры с лёгкой иронией (глазами весельчака клоуна), поднялась на воздушных шариках с маленького и удручающего луга и посмотрела на родителей с высоты (разве после этого они могут давить, угнетать?!?) и опустилась на другой луг, широкий, красивый. Там росла высокая, сочная трава, и клоун рвался вперёд, навстречу жизни, наполненный энергией и весельем... После образа женщина призналась, что никогда до этого не чувствовала такой энергии и радости в себе.

Эффективность метода такова, что иногда, после однократного представления образа наступает исцеление. Одна девочка лежала целыми днями на диване и не хотела никуда идти. На первом же сеансе терапевт предложил ей представить путешествие на лодке. Она представила, что плывёт на лодке, без вёсел, лёжа на дне (будто в гробу). И тут, после определённого времени скучного путешествия, неожиданно, впереди появился яркий корабль. Он был разукрашен и освещён яркими огнями. Девочка с изумлением и восторгом смотрела на него. Терапевт фиксировал её внимание на деталях, помогая глубже проникнуть в положительный образ. После этого её депрессия прошла и вернулся интерес к жизни (эпизод из практики Я.Л.Обухова).

Итак, если коротко описать основные мотивы и их значение, то луг, как уже было сказано, является образом матери, ручей - орально-материнский символ, а также символ течения внутренней психической энергии (либидо), гора - символизирует мотив достижения и восхождение на гору (а также) спуск, может оказаться целительным в случаях проблем с самооценкой, страхом перед значимым и сильным другим и т.д., дом - символ личности и его обследование может быть очень диагностичным и лечебным, опушка леса - оттуда может выйти "существо", представляющее главную проблему пациента и работа с ним (символическое кормление, поглаживание, взгляд с ним в одну сторону и т.д.) является мощным средством терапии.

Возможности символдрамы таковы, что она может быть использована и тогда, когда необходимо экстренное вмешательство и быстрая помощь. Как, например, в случаях обострения психосоматических заболеваний. У одной пациентки автора, женщины пенсионного возраста, возник острый приступ гипертонической болезни, с другой обширной соматизацией (боли сердца, расстройство желудка и пр.). Учитывая её состояние лечение проводилось у неё дома (что возможно только в экстременных случаях).

На первом сеансе было предложено представить луг, но физическое состояние было таким, что трудно было расслабиться и представить положитель-

ный образ. Всё внимание занимала боль. Было предложено визуализировать боль. После определённых усилий женщина удалось представить боль в виде оранжевого шара, по её словам, в два кулака размером, который хотел расти. После просьбы подробно его рассмотреть и описать был задан вопрос: Что Вы хотите с ним сделать? Пациентка ответила, что хочет его отбросить, удалить. Ей было разрешено это сделать и она тут же представила себя на лугу, в возрасте 9-10 лет, одетой в летнее платьице. На кустах завис этот пугающий оранжевый шар. Она взяла палку и ударила по шару, после чего он улетел за горизонт. Далее пациентка наслаждалась зелёной травой, растущей на лугу, по которому она бродила босиком. После этого сеанса ей стало легче, боли ушли.

На следующий день снова возник приступ. И сейчас расслабление было невозможным и потому визуализация проводилась в спонтанной форме с первоначальным акцентированием внимания на боли. После определённых манипуляций на визуализированном сердце (развязывание воображаемого жгута и пр.) стало легче и тогда спонтанно (через вопрос - что бы Вам хотелось сделать?) возник образ сада, который был в детстве. Терапевтические манипуляции сводились к прояснению возникающих образов, помочи во взаимодействии с исцеляющими силами. В саду пациентка обнаружила прохладный георгин с сочным стеблем, который ей очень нравился. Первоначально захотелось его срезать и поставить на кухне. Но после того как терапевт спросил, где ему будет лучше, выяснилось, что лучше ему будет в саду и срезать его уже не хотелось. Пациентка обгородила этот цветок и взаимодействовала с ним. После этого сеанса прошёл сердечный приступ и сразу же стало лучше.

Но самый тяжёлый приступ гипертонии был на следующий день и возник также неожиданно, как и предыдущие. Наиболее тяжёлым для терапевта было подвести пациентку к визуализации, поскольку боль в голове была такой сильной, что не хотелось ничего. Эта боль самой пациенткой никак не была визуализирована. Тогда терапевт предложил (отталкиваясь от предыдущих исцеляющих данную пациентку образов) представить в области боли в голове шар. Женщина смогла это сделать и тогда была найдена нить к процессу визуализации. Стоило зацепиться за конкретный образ шара, как он стал нитью Ариадны, ведущей к спасению: через просьбу, описывать качества этого шара, можно было влиять на состояние здоровья. Вначале он был ярко-красным и ужасно твёрдым, тяжёлым. По ходу его исследования он менял свой цвет, становился легче, пока не стал зелёного цвета. И, если красный тяжелый шар пациентке хотелось сбросить с обрыва, но это у неё не получилось, то зелёный шар помогал ей. Внутри женщина обнаружила много зелёных, сочных, наполненных жизнью растений.

Она взаимодействовала с ними и боль уходила. После завершения сеанса женщина была в полу-бессознательном состоянии, боль ушла и она смогла уснуть.

Впоследствии пациентка сказала, что это был очень сильный приступ гипертонии. Подобные приступы ранее ей удавалось снимать только при помощи лекарств и то, они держались намного дольше. Больше с ней сеансов не проводилось, поскольку тяжёлые приступы не повторялись.

Касательно техники необходимо заметить, что описанная выше работа базируется в рамках символдрамы и сильно отличается от НЛП, прежде всего, отталкиванием от образов самой пациентки, наблюдением за бессознательной динамикой. Например, если первоначально пациентка хотела срезать георгин, то терапевт интуитивно увидел в этом не очень положительное для женщины действие и предложил прислушаться к тому, чего хочется этому цветку. Тогда пациентка сумела почувствовать, что ему хочется расти в саду. У пациентки обнаруживался сильный конфликт с мужем, она была зла на него, но обращала агрессию против самой себя, что и выражалось в соматических симптомах. Предложение удалить оранжевый шар в два кулака размером (сгусток агрессии) дало возможность отреагировать деструктивную энергию, а спонтанное обращение к зелёным растениям позволило обнаружить большой источник жизненной энергии, скрытой в бессознательном.

Однако хочется упомянуть о том, что в символдраме интерпретация не является основой. Главное - работа в образе, непосредственное переживание чувств. Если терапевт и интерпретирует, то, в основном, для себя, а не для пациента. Вместо прямых интерпретаций он стремится подвести пациента к самостоятельному пониманию своих про-

блем через образы и чувства, а не через теоретические схемы и терминологию. При этом терапевт интерпретирует, исходя из ассоциаций человека, представлявшего образ, чтобы не навязать ложных теоретических представлений.

При всей простоте метода, от терапевта требуется глубокие познания в области глубинной психологии и владение приёмами работы по технике символдрамы, способность использовать три составляющих метода - ресурсную подпитку; творческую составляющую, т.е. выработку у пациента способности решать свои проблемы (в образе - символические); конфликтную - нахождение приемлемого решения проблемы. Всё это требует находчивости, знаний, навыков, чтобы соблюсти основной принцип лечения "Не навреди!". Такие знания получаются только в ходе прохождения специального обучения (семинары, тренинги, индивидуальная и групповая терапия, супervизия и т.д.).

Описывая простоту метода, хочется предупредить, что не рекомендуется, даже более того, противопоказано проводить символдраму с самим собой. Это может закончиться плачевно, поскольку Вы не можете контролировать то, что происходит в образе и одновременно свободно представлять всё, что порождает бессознательное. Во-первых, такая работа не даст Вам расслабиться, поскольку Вы оставляете себе часть функции контроля, а во-вторых, незаметно для себя Вы можете оказаться заложником негативного образа и ухудшить своё состояние. Лучше работать в паре с опытным терапевтом (или на сеансе групповой символдрамы).

Резюмируя сказанное, можно заметить, что метод символдрамы отличается простотой, глубокой проработанностью, красотой, творческой составляющей и, главное, глубокой гуманностью и лечебной эффективностью.

ВИДЫ ИНТЕГРАЦИИ В ПСИХОТЕРАПИИ

В.Коровина

Когда психотерапия состоялась как самостоятельная отрасль знаний с теоретическим обоснованием, со своим понятийным аппаратом, методологией, тогда появилась возможность «оглядеться» и обозначить «общие интересы» с другими науками. Первый вид интегративной модели - вертикальная, межпредметная интеграция. Основанием интеграции психотерапии на этом уровне является общий объект исследования с другими науками - это человеческая личность. Так, Карвасарский Б.Д. отмечает очевидную "ценность интеграции психотерапии в медицину... Принятая сегодня в медици-

не биopsихосоциальная модель болезни... приводит к пониманию того факта, что эффективное лечение невозможно без системного подхода, интегрирующего... биологическую терапию, психотерапию и социотерапию".

В результате отказа от былого противостояния различных терапевтических концепций и признания ряда единых принципов, разработанных в различных направлениях психотерапии, определилась горизонтальная модель интеграции. По мнению Ташлыкова В.А., пониманию важности определения общих факторов психотерапии в интегратив-

ном движении способствовали: поиск общих базовых процессов для всех направлений психотерапии; растущее признание того, что различные методы могут иметь больше сходства, чем различий; констатация примерно равной эффективности лечения в отдаленном периоде независимо от форм психотерапии; акцент на существенной роли при любых методах психотерапевтических взаимоотношений психотерапевт пациент. Общепринятым становится понимание важности для любых форм психотерапии учета взаимодействия познавательных, эмоциональных и поведенческих аспектов функционирования личности больного. Признание исследователями и практиками целесообразным объединить прежде теоретически малосовместимые принципы «там и тогда» и «здесь и теперь». Учитывать внутреннюю и внешнюю детерминированность личности, единство тела и психики.

Еще одна модель интеграции - системная. Наибольшую разработанность она получила в семейной психотерапии. Философским фундаментом этой интегративной модели является общая теория систем Людвига фон Берталанфи. Он считал, что существует два фундаментальных взгляда на мир «механический» и «организмический». Для механического, или Ньютона Галилеевского, взгляда на мир характерны, во-первых, элементализм, то есть разбитие предмета исследования на «атомы» элементарные и более неделимые составляющие, и, во-вторых, линейная причинно-следственная обусловленность происходящего. Организмический взгляд на мир происходит из биологии и для него свойственны, во-первых, холизм (Аристотелевское) положение, что целое - больше суммы ее частей и, во-вторых, взаимовлияние и взаимопричинность всех частей и процессов системы. По оценке Эйдемиллера Э.Г. системное направление в семейной психотерапии «в настоящее время одно из наиболее перспективных, экономически целесообразных и терапевтически эффективных». Целью семейной психотерапии является целостное изменение в семейной системе, а основные приемы направлены на выработку новых конструктивных способов взаимодействия, переход на новый диалогический уровень общения.

Социальная психотерапия, дифференцируясь от социальной психологии целями, а от других направлений психотерапии - ориентацией на сферу взаимодействия, представляет самостоятельную область знаний, где объект исследования - взаимодействие, процесс взаимного влияния людей друг на друга, порождающий их совместные отношения и связи. Предметом же рассмотрения является ситуация взаимодействия. Интегративная модель социальной

психотерапии - это динамическая система, где все субъекты взаимодействия влияют друг на друга и испытывают на себе воздействие. Системный подход содержит парадокс. С одной стороны, нужно понимать целое, исходя из его частей, а части - с точки зрения целого. С другой стороны, мы никогда не сможем полностью понять целое, даже с помощью самого хитроумного анализа частей и их взаимодействия между собой, также как мы никогда не получим полного представления о части, только исходя из ее роли в более широком контексте, в который она входит. Решение этого парадокса подразумевает и то другое: что мы понимаем часть и как самостоятельную единицу, и как интегрированную часть целого, переходя от одной наблюдательной позиции к другой и обратно (Черников В.А., 1997).

Таким образом, рассмотрев различные интегративные модели психотерапии, можно констатировать, что современная наука и практика разрабатывают все интегративные модели. Но наиболее востребованной и экономичной является системная интегративная модель.

Литература:

1. Черников А.В. “Интегративная модель системной психотерапевтической диагностики”. Тематическое приложение к журналу «Семейная психология и семейная терапия»: М.; 1997, 160 с.
2. “Интегративные аспекты современной психотерапии” Сборник научных трудов Психоневрологического института им. В.М.Бехтерева под общей редакцией М.М.Кабанова, 1992, 160 с.
3. Берталанфи Л. «История и статус общей теории систем». “Системные исследования”. Ежегодник. М., 1973.с. 20-36.
4. Кроль Л.М. “Между живой водой и мертвовой: Практика интегративной гипнотерапии”.- М.: Независимая фирма “Класс”, 1998, 400 с.
5. Таильков В.А. “Общие факторы психотерапии как одна из предпосылок интегративной психотерапии”. Сборник «Интегративные аспекты современной психотерапии». М., 1992, с. 13-19.
6. Блазер А., Хайм Э., Ригнер Х., Томмен М. “Проблемно-ориентированная психотерапия. Интегративный подход”. М., 1998, 272 с.
7. “Психосинтез и др. интегративные техники психотерапии”. Под ред. А.А.Бадхена, В.Е.Кагана, М.: Смысл. 1997, 298 с.
8. “Психотерапия” под ред. Б.Д.Карвасарского. - СПб: Издательство «Питер», 2000, 544 с.
9. Нельсон-Джоунс Р. “Теория и практика консультирования”. СПб., 2000, 464 с.

СУПЕРВИЗИЯ В ПОЗИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

к.м.н. И.Кириллов

г. Москва

Супервизия является обязательной и необходимой частью подготовки психотерапевтов. Сегодня остро ощущается дефицит литературы в этой области, особенно в России, где институт супервизии находится в стадии раннего становления.

Цель нашего исследования состояла в анализе содержания и эффективности супервизии, используемой для специалистов по позитивной психотерапии.

Наше исследование охватило 30 психотерапевтов, проходивших супервизию во время обучения методу позитивной психотерапии, и 60 их пациентов. В качестве контрольной группы обследованы 30 пациентов, леченных психотерапевтами, не проходившими супервизию.

Средний возраст опрошенных психотерапевтов составил 36 лет. Большая часть из них (67%) имели базовое медицинское образование и работали врачами-психотерапевтами. Клинических психологов было – 33%. Средний стаж занятия позитивной психотерапией составил 4 года. Средняя продолжительность супервизии методом позитивной психотерапии 11 часов.

Основная и контрольная группы пациентов были сходны по антропологическому, социальному статусу, и по нозологической структуре. Последняя была представлена аффективными расстройствами настроения, невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, расстройствами сна неорганической этиологии, засыпанием, синдромом “эмоционального сгорания”, проблемами, связанными с адаптацией к изменению образа жизни и проблемами, связанными с взаимопониманием супругов или партнёров.

Схема супервизии основана на гипотезе, что затруднения, возникающие у психотерапевта в конкретной практической ситуации, связаны, с одной стороны, с недостатком навыков и опыта оперативного применения полученных знаний и незрелостью моделей профессионального поведения, что составляет актуальный конфликт терапевтической ситуации. С другой стороны, эти затруднения являются проявлением внутреннего конфликта, актуализированного рассматриваемой ситуацией. Исходя из этого, оценивались два основных ожидаемых результата супервизии:

1) разрешение актуального конфликта терапевтической ситуации (психотерапевт/внутренний конфликт пациента) и эффективность терапии. Степень реализации этого результата оценивалась данными Белефельдского опросника (Hoger D., 1993) об опыте изменений и снижении уровня тревоги у психотерапевтов и сравнении эффективности психо-

терапии в основной и контрольной группах пациентов, дополненными данными Висбаденского опросника.

2) развитие факторов эмоциональной зрелости (разрешение внутреннего конфликта) психотерапевта, позволяющее строить адекватные терапевтические отношения с пациентом оценивалось данными Висбаденского опросника позитивной психотерапии и семейной терапии (WIPPF) (Peseschkian N., Deidenbach H., 1988).

Обе задачи решались в рамках пятиступенчатой техники супервизии, которая является адаптированным вариантом пятиступенчатого метода позитивной психотерапии Н.Пезешкиана. Случаи из практики представлялись в соответствии с “Перечнем вопросов к материалу, предоставляемому на супервизию” Удо Бёсманна.

Факторы, обеспечивающие эффективность и составляющие содержание процесса супервизии и психотерапии (отношения с супервизором/психотерапевтом, модель для подражания, изменение 4-х факторов эмоциональной зрелости), оценивались по модифицированному Висбаденскому опроснику и Билефельдскому вопроснику.

Хотя супервизия и психотерапия представляют параллельные категории, они связаны между собой в единую систему благодаря формированию в супервизии и психотерапии положительного переноса, частью которого является бессознательная идентификация и подражание.

Результаты исследования:

I. В группе психотерапевтов перед началом супервизии имелись следующие особенности личности:

1) дисбаланс (переоценка одних и игнорирование других) первичных и вторичных актуальных способностей;

2) дисгармония в модели реакций на конфликт, характеризующаяся ограничением возможности эмоциональной разрядки внутреннего конфликта через области “контакты”, “фанзия/будущее” и ведущая к его углублению и/или к нарушениям, связанным с “перегрузкой” доступных способов реагирования;

3) травматичные воспоминания о базовой ситуации (низкая оценка всех 4-х формирующих факторов базовой модели для подражания), служащие основой эмоционального дисбаланса.

Таким образом, затруднения в профессиональной деятельности психотерапевта сопровождаются наличием у него внутреннего конфликта. Отражением этого конфликта в ситуации супервизии

служат симптомы тревожности: ощущение опасности (отрицательной оценки), неуверенность (в своей профессиональной компетентности), беспокойство и физическое напряжение.

Характер развития актуальных способностей, факторов эмоциональной зрелости и оценки базовой ситуации, выявляемых у пациентов, оказался весьма сходным с таковыми в группе психотерапевтов, что легко объясняется сходством социально-исторических условий жизни психотерапевтов и их пациентов. У пациентов эти отклонения приводят к конфликтам, психическим и соматическим расстройствам.

II. Супервизированные психотерапевты высоко оценивали качество отношений в процессе супервизии, отмечая при этом значительное снижение тревоги, улучшение самочувствия и способности к спонтанному самораскрытию. Формирование положительного переноса, происходившее уже на первой сессии и развивавшееся в последующем, создавало условия для того, чтобы отношение супервизора к супервизируемому могло стать “активной моделью” взаимодействия, которое психотерапевт позже строит с пациентом, чтобы помочь ему установить более аутентичные и эффективные отношения с самим собой и окружающим миром.

В результате, психотерапевты, прошедшие супервизию, уже после первых сессий добивались такого уровня доверия пациентов и их готовности использовать терапевтические отношения в качестве модели для самопомощи, которое психотерапевтам контрольной группы (не прошедшим супервизию) удавалось получить только к концу курса психотерапии.

III. Под влиянием супервизии/психотерапии методом позитивной психотерапии происходило достоверное перемещение средних значений большей части первичных и вторичных способностей в зону оптимума. Этот процесс сопровождался сужением диапазона распределения частот оценок, чему соответствовало уменьшение ошибки средних значений.

Интересно, что вместо накопления частот распределения оценок первичных и вторичных актуальных способностей в правой части зоны оптимума было выявлено уменьшение частотности данной градации. По-видимому, это связано с тем, что конфликтогенность может проявляться не только недостаточностью развития/оценки, но и сверхактуализацией способностей (например, чрезмерная пунктуальность, навязчивая чистоплотность и т.д.). Соответственно, позитивные изменения могут выражаться сдвигом в сторону как увеличения, так уменьшения величины признаков.

Этот факт и разность количественного состава основной и контрольной групп пациентов не по-

зволяет утверждать достоверность выявленных между ними различий степени коррекции актуальных способностей. Возможно, однако, что отсутствие достоверных различий в способности психотерапевтов основной и контрольной групп модулировать баланс актуальных способностей и способов реакции на конфликт объясняется тем, что эти факторы относятся к более поверхностному уровню организации личности и в большей степени модулируются за счёт технических возможностей самого метода, чем с помощью личностной зрелости психотерапевта и качества терапевтических отношений

IV. В процессе супервизии и психотерапии происходила достоверная коррекция модели реакций на конфликт. Средние значения показателей, характеризующих различные типы этих реакций, перемещались в зону оптимума, в результате чего устанавливался динамический баланс соотношений между способами отреагирования конфликта.

V. Усвоение этой концепции о позитивном образе человека детерминировало у обследованных психотерапевтов значительные изменения образа себя через коррекцию 4 факторов, определяющих эмоциональную зрелость (вера в свои способности – “Я”; способность реагировать не на форму, а на содержание поведения партнёра (пациента) – “Ты”; открытость для различных мнений, принятие других социальных групп (транскультурный подход) – “Мы”; осознанность цели и смысла собственных действий и их результатов – “Пра-Мы”).

При этом максимальная коррекция происходила в областях “Я” (что проявляется осознанием своих границ и возможностей, обретением ясности профессиональной роли и своей идентичности с ней) и “Ты” (что проявляется в отношениях с пациентом способностью понимать содержание симптомов и поведения, видеть их позитивную интенцию и строить пятиступенчатую терапевтическую коммуникацию, что является, по сути, основной педагогической задачей супервизии в позитивной психотерапии).

Благодаря описанным изменениям снижалась тревожность психотерапевтов в ситуации супервизии и терапии, их поведение становилось более осознанным, они получали возможность более адекватного отреагирования и вербализации контрпереноса, расширяя, таким образом, арсенал своего терапевтического поведения.

В результате психотерапевты, прошедшие супервизию, добились достоверно более высоких результатов в модулировании факторов эмоциональной зрелости пациентов, чем их коллеги, не прошедшие супервизии. Следствием этого стало достоверно более значимое и быстрое в основной группе снижение тревоги, сопровождающееся нарастани-

ем ощущения безопасности и уверенности, успокоения и физического расслабления.

В процессе супервизии методом позитивной психотерапии умеренно (после первой сессии) и значительно (к окончанию курса) меняется отношение психотерапевтов к своей профессиональной проблеме, и появляются предпосылки её разрешения. Объективность этих данных подтверждается достоверно более высокими (по сравнению с контрольной группой) оценками, данными пациентами основной группы результатам психотерапии.

Наблюдаемая как у психотерапевтов, так у пациентов критическая оценка базовой ситуации (модель для подражания: Я, ТЫ, МЫ, ПРА-МЫ) фактически не изменилась ни в супервизии, ни в терапии, что объясняется относительной объективностью этих воспоминаний.

Совокупность полученных данных служит до-

казательством того, что в процессе супервизии происходит как приобретение новых знаний и опыта, так и развитие эмоциональной зрелости психотерапевтов.

Коррекция базового конфликта психотерапевтов создаёт предпосылки достоверно более успешного использования изучаемого метода для разрешения актуального конфликта терапевтической ситуации во благо пациента, что проявляется в достоверном повышении качества психотерапии.

Достоверная разница терапевтического эффекта в основной и контрольной группах была, судя по полученным данным, обеспечена достоверно более высоким качеством терапевтических отношений после прохождения психотерапевтами супервизии, позволяющим достоверно быстрее и эффективнее снизить тревогу в терапевтической ситуации и успешнее формировать факторы эмоциональной зрелости.

ДУХОВНАЯ ЭКЗИСТЕНЦИЯ И ПРОИЗВЕДЕНИЯ КУЛЬТУРЫ

В.В.Летуновский

В работе “Психотерапия и религия” Виктор Франкл говорит о том, что экзистенциальный анализ не есть анализ экзистенции, а анализ с точки зрения духовной экзистенции (Франкл, 2000 г.). А экзистенция, как таковая, раскрывается только в действии и сама есть действие, поэтому мы не вправе говорить, о том, что мы анализируем саму экзистенцию, это невозможно. Не легче и с духовностью: “Духовность человека – это вещь в себе. Она не может быть объяснена чем-то внедуховным. Она может быть обусловлена чем-то, не будучи этим детерминированной” (Франкл, 2000 г., с.19). Как же в этом случае нам разобраться в том, что же такое “анализ с точки зрения духовной экзистенции”? Для того, чтобы приблизиться к пониманию этого не самого простого вопроса рассмотрим размышления других экзистенциально-ориентированных мыслителей.

Если у Сартра, Камю и Симоны Бовуар, человек сам определяет свою судьбу, а его выбор безотносителен и безосновован, то у Хайдеггера этот вопрос решается иначе. Свобода – есть допущения сущего Быть, то есть раскрытие Бытия. Лишь поскольку человек, экзистируя в истину Бытия, принадлежит ему, поскольку из самого Бытия может прийти указание предписаний, которые должны стать для человека законом и правилом. Опору каждому поступку дарит истина Бытия:

“Само бытие – это значит: присутствие присут-

ствующего, т.е. двусложность обоих в их простой односложности. Она есть то, что захватывает человека, требуя его, чтобы он отвечал ее существу. Человек, тем самым, осуществляется как человек, поскольку отвечает требованию этой двусложности и так свидетельствует о ней в ее вести” (Хайдеггер, 1993, с.289).

В трактовке Хайдеггера Бытие приобретает некоторые оттенки Дао. Подлинное бытие Хайдеггера напоминает “у-вэй” Лао-Цзы, недеяние, т.е. поведение, не нарушающее жизненной гармонии и естественного хода вещей. Ведь Дао, так же как и Бытие Хайдеггера не есть, оно дано прежде всех вещей. Оно столь же невыразимо, безымянно и существует до всякой определенности, однако, дает определенность всему сущему в мире. Добродетель у Лао-Цзы состоит в верности Дао. Хайдеггер также говорит о верности Бытию, отдаче Бытию и укорененности в Бытии¹.

Та же самая тема, однако, уже несколько в другом звучании проходит стержневой линией творчества Габриэля Марселя, для которого отношение человека и бытия приобретает священный сакральный смысл. Марсель говорит об онтологической потребности человека, о его стремлении быть бытию причастным (Марсель, 1995, с.49-72). Он уподобляет бытие свету, а сущего – “озаряемому”. Однако у него намечается некий поворот (также ярко выраженный у Франкла) от понимания бытия как

¹ Следует отметить, что сам Хайдеггер очень осторожно относился к сравнению его философии с восточными философиами, прежде всего, из-за различия в языке, которые для него были решающими.

амбивалентного Дао к благодатному свету, “озаряющему” сущее. Один из персонажей его пьесы “Эмиссар”, которому сам Марсель сочувствовал, - Антуан Сорг говорит так: “И да и нет: это единственный ответ, когда дело касается нас самих; мы верим и мы не верим, мы любим и не любим, мы есть и нас нет; - это происходит оттого, что мы на пути к цели, которую всю целиком мы видим и не видим” (Марсель, 1995; с.182).

Если не знать заранее, что это Марсель, можно было бы принять данный отрывок за цитату из “Дао-Де-Дзин”. Т.е. опять все тоже амбивалентное Дао. Однако чуть далее в том же третьем действии пьесы Антуан Сорг говорит следующее: “Есть лишь эти непроницаемые воды, этот мир света, там мы уже не выбираем; там нас выбирают, ибо это мир благодати: он делается все более различимым по мере укрепления нашей веры в него” (Марсель, 1995; с.183).

При этом Марсель предостерегает от необдуманной объективации благодати, т.е. отношения к ней как к причине – в этом благодать становится источником псевдознания и перестает быть благодатью. Онтологизируя благодать, Марсель уходит от амбивалентности Дао-Бытия. Благодать – есть Дар, который человек волен либо принять, либо отказаться. Истинное освобождение происходит в акте смирения перед благодатью. “Свободе достигшей высшей степени осознания себя, надлежит в некотором роде освободиться от себя самой”.

Как и у Хайдеггера “подлинный” человек Марселя предан Бытию и следует его “Зову”. Что же тогда меняется? Прежде всего, меняется отношение к тому, с чем человек сверяет и согласует ход своей жизни². И в этой смене отношения изменяется сама настроенность, “основная мелодия” его жизни. Хайдеггер и Марсель настроены на Бытие по разному. Если у первого это хотя и простое, и открытое, но долженствование, то у второго в большей степени присутствует благоговение. Благоговение – Благодать, в этом общем корне-основании “Благо” (вспомним по Хайдеггеру “Язык – дом Бытия”) заключено единство Бытия-дающего и – человека-принимающего.

Попробуем тщательно осмыслить, что есть “Благо”? Или, что нам вообще позволяет говорить о “Благе”? В русле онтологической проблематики “Благо” есть нечто такое чему, безусловно, стоит быть. А то, чему, безусловно, стоит быть, есть абсолютное совершенство, абсолютная полнота Бытия. Николай Лосский говорит об этом следующим образом:

“Искать определения добра, кроме указания на Само Добро (“Благо” – Л.В.), нельзя потому что

Добро первично... всякое маленько производное Добро, становиться таковым через причастность к самому Доброму (Лосский, 2000; с. 32, 355).

Все причастное Добру (“Благу”) как абсолютной полноте Бытия содержит оправдание своего бытия и его заслуженность. Отметим также, что отношение Человека к “Благу” приобретает характер ценности. Таким образом, помимо свободы либо следовать, либо не следовать Бытию-дающему, мы можем говорить о том, что еще существует свобода выбора чему следовать в Бытии, вернее было бы сказать не чему, а как следовать. Только учитывая в виду этот аспект, мы вправе говорить о Духовном Бытии, а, следовательно, и о Духовной экзистенции, как об экзистенции причастной Духовному Бытию. Духовная экзистенция, раскрываемая Франклом гораздо ближе позиции Марселя и Лосского, нежели Хайдеггера.

Для того, чтобы еще ближе подойти к основной теме нашего рассмотрения - “духовной экзистенции” воспользуемся *Методом конкретного приближения* Габриэля Марселя (Марсель, 2000), согласно которого мы можем постепенно приближаться к искомому³, задавая вместо объективирующего вопроса “Что?”, эксплицирующий вопрос “Как?”.

На этом пути мы, во-первых, можем заметить, что Франкл не задает своим пациентам готовых решений, а пытается инициировать процесс нахождения каждым из них своего единственно возможного для него смысла. Не однократно указывая, что смысл человеку задан, он его лишь открывает, т.е. отвечает на требование своей бессознательной духовности, которая в тоже время не только его духовность, ибо трансцендентна по отношению к нему и потому не может быть полностью определенной и познанной.

Во-вторых, мы можем заметить, что духовная экзистенция, свободно осуществляющая себя в духовных актах - всегда есть трансценденция, то есть выход за пределы самого себя. Не случайно излюбленными темами экзистенциально ориентированных философов и психологов являются такие духовные феномены как “Встреча”, “Диалог”, “Любовь”, “Экзистенциальная коммуникация”. На этом очень важно акцентировать внимание, поскольку до сих пор проблема соотношения Человек - Бытие рассматривалась в плоскости Личностное - Надличностное. Обращение к теме Другого “Ты” (см. Бубер, 1995, с.15-120; 157-227) выводит нас совершенно в иной план или даже уровень рассмотрения исследуемого вопроса. Человеческие существа попадают в некое пространство, назовем его духовным пространством, где они ощущают себя единными друг с другом и не только друг с другом, а

2 Эту настроенность на Бытие, направляющую осознание его присутствия Марсель называет рефлексией второго уровня.

3 Марсель тщательно разводит понятие таинства и проблемы, как требующих совершенно различных способов рассмотрения (Марсель, 2000). Близкую позицию по этому же вопросу занимает А.А.Пузырей в дилемме: тайна – секрет (Пузырей А.А., 1997).

также еще с чем-то неизмеримо большим, чем они сами. Теперь мы уже говорим не столько о “Духовной экзистенции” отдельного индивидуума, сколько о “Духовном бытии”.

Однако Дух обитает не только на “встречах” в ходе “экзистенциальной коммуникации” (что, безусловно, легче почувствовать на личном опыте), а “веет, где хочет”. И ощутить его веяние мы также можем в объективациях Духа, являющихся нам в виде произведений культуры, которые, по словам Н.Гартмана “словно капсулы, проносят и сохраняют духовные ценности”⁴ (Гартман, 1995; с.647). Что это за произведения, и каким образом они могут сохранять и проносить духовные ценности? Тему произведений искусства как своего рода инструментов произведения нового личностного духовного опыта развивает, опираясь на раннего Выготского, А.А.Пузырэй (Пузырэй, 1997). Ярко и образно отражена эта тема у М.К.Мамардашвили, когда он говорит о произведениях искусства как об “органах рождения” новых духовных состояний: “...произведения искусства, заключенные в картинах, в музыке. Но не только, еще чаще ими являются произведения искусства в наших душах, произведения искусного труда. Тема искусства и труда важна для понимания, самой сущности таких органов. В частности, человеческое зрение, как зрение индивида, есть рожденное каким-то органом, но этот орган не просто анатомический глаз; чтобы видеть, надо уметь видеть, в нас должно родиться искусство видения, ибо только так рождаются красота, честь, любовь, храбрость, мужество”. (Мамардашвили, 2000).

Прояснив ситуацию с духовностью, и обнаружив ее неразрывное тематическое единство с ценностями, перейдем к собственно экзистенциальной точке зрения⁵. Экзистенциальная точка зрения, как таковая, предполагает наличие трагического несоответствия между тем, что человек есть и тем чем он должен быть, чтобы быть самим собой во всей полноте своего существа. Экзистенциальная точка зрения не родилась вместе с Кьеркегором (экзистенциальной философией). Мы можем ее обнаружить в учении Платона о трагическом существовании человеческой души, покинувшей свою родину – царство чистых сущностей, у Блаженного Августина, выразившего в “Исповеди” неутолимую жажду чистоты и совершенства, у Данте, раскрывшего

глубочайшие пласти человеческого саморазрушения и отчаяния, у Ницше в его яростном стремлении к совершенному сверхчеловеку, у Канта в его величественном пафосе нравственного совершенства.

А что же тогда означает точка зрения *духовной* экзистенции? В чем ее отличие от просто экзистенциальной точки зрения? На примере Марселя и самого Франкла мы можем уловить некий новый оттенок, который привносит в экзистенциальную точку зрения духовный элемент. Несмотря, на то, что духовность также необъективируема, как и экзистенция, она привносит свой особый тон и настрой, свою особую мелодию в человеческую экзистенцию. Этот тон и настрой мы находим в отражении жажды полного совершенного бытия, которая находит свое выражение в понятии Блага, Добра. Неизбежный при этом момент ценностного отношения, рассматривается не в аксиологической, а в онтологической плоскости. В этом смысле, если “Я” и находится у истоков ценностей, то лишь постороннему, поскольку последние, по меткому выражению Хайдеггера, коррелитивны “недостаточному” неподлинному бытию, т.е. совершенной по отношению к бытию редукции. Хайдеггер сравнивает ценность с горизонтом, в котором разворачивается это действие.

Ценности избавляют нас от даосской амбивалентности и открывают путь в культурное пространство. В этом пространстве мы встречаемся с *произведениями*,⁶ которые производят на свет духовные состояния в нас самих. Произведения являются носителями ценностей, но не в том смысле, что ценности в них заключены как в капсулах, поскольку нельзя в капсуле заключить горизонт. Скорее мы можем говорить о том, что произведения культуры с ценностями связаны, соединены, а, в свою очередь, связь ценности со смыслом⁷ открывает широкие возможности использования произведений искусства (в том смысле, в котором их понимал М.К.Мамардашвили) в психологических исследованиях и психологической практике. В отношении логотерапии Франкла, наконец, становится понятным тот субстрат, который может явиться пространством встречи человека необъективируемой духовностью, топосом открытия новых смыслов. При этом произведение должно пониматься более широко, нежели только произведение ис-

4 М.К.Мамардашвили, как и Н.О.Лосский настаивает на онтологическом характере ценностей, однако делает это более выразительно: “Эти высшие объекты в нашем языке называются ценностями. Я сказал “в нашем языке”, потому что язык искаляет картину. Под ценностью имеется в виду нечто такое, что значимо для человека. Ценно для кого-то и для чего-то. Если мы говорим “ценность” мы имеем в виду не сущее, а наше отношение к сущему или нечто по отношению к нам... Так вот, никакие это не ценности, это реальные события. Не наше отношение к ним, а реальные события”. (Мамардашвили, 2000, с.401).

5 Экзистенциальную точку зрения следует отличать от экзистенциальной позиции, т.е. позиции полной вовлеченности человеческого существования в ситуацию. (Тиллих, 1995, с.89).

6 “Подлинная вещь искусства, коль скоро она все-таки понята..., обладает как бы своего рода “принудительностью” действия, делает выбор человека безосновным, что собственно и конституирует его план духовно-личностного бытия” (Пузырэй А.А., 1986).

7 Связь смысла и ценности проясняется в метафоре горизонта. “Если человек отправляется от точки, в которой знание не помогает, он идет в направлении смысла” (Мамардашвили, 1995, с.194).

кусства, элементы такого произведения мы можем обнаружить, к примеру, в сократическом диалоге психотерапевта. А сам психотерапевт может целенаправленно использовать произведения искусства в своей психотерапевтической практике. Вспомним, по Хайдеггеру, ценность – это горизонт, в котором разворачивается действие.

Литература:

1. Арсеньев А.С. *Размышления о работе С.Л.Рубинштейна “Человек и Мир”* // Вопросы философии. 1993. № 5, с. 130-143
2. Бахтин М.М. Эстетика словесного творчества. – М., 1979. – с.11- 384.
3. Бибихин В.В. *Мир.* - Томск, 1995. – 144 с.
4. Бинсангер Людвиг. *Бытие-в-мире.* – М., 1999. – 300 с.
5. Братусь Б.С. *Опыт обоснования гуманитарной психологии.* // Вопросы психологии. 1990. № 6
6. Братусь Б.С. *Начала христианской психологии.* – М.: 1995. – с.123-134.
7. Братусь Б.С. К проблеме человека в психологии. // Вопросы психологии. 1997 г. № 5
8. Бубер Мартин. *Два образа веры.* – М.: Республика, 1995 – с. 418-421., с. 15-84, 233-341
9. Воробьева Л.И. *Гуманитарная психология: предмет и задачи.* // Вопросы психологии 1995. № 2, с. 19-30
10. Выготский Л.С. *Психология искусства.* Ростов н/Д: изд-во “Феникс” 1998. – 480 с.
11. Гартман Николай. Проблема Духовного Бытия. Исследования к обоснованию философии. // Культурология. XX век.: - Антология – М.: Юрист, 1995. с. 608-648.
12. Камю Альбер. *Творчество и свобода.* Сборник. Пер. с франц. – М.: Радуга, 1990. – с. 5 – 106
13. Летуновский В.В. Экзистенциальный анализ. Перспективы метода в психологической практике. // 1 Всероссийская научно-практическая конференция по экзистенциальной психологии. Материалы сообщений. – М. 2001. – с. 28-32
14. Летуновский В.В. Экзистенциальная парадигма и проблема понимания. // 5 Международная конференция “Психология, педагогика и социология чтения”. Материалы сообщений. – М. 2001.
15. Лосский Н.О. *Ценность и Бытие.* – М.2000. - с. 7-503
16. Мамардашвили. *Лекции о Прусте, психологическая топология Пути.* М.1995, с. 9
17. Мамардашвили. *Психологическая топология Пути.* - Спб., - 1997
18. Мамардашвили М. Эстетика мышления. – М.: Московская школа политических исследований, 2000. – 416с.
19. Марсель Габриэль. *Трагическая мудрость философии. Избранные работы.* – М., 1995. – 187 с.
20. Пузырей А.А. *Культурно-историческая теория Л.С.Выготского и современная психология МГУ,* 1986. с. 69-102
21. Пузырей А.А. *Послесловие к книге Зощенко “Повесть о разуме”.* – М., 1990. с. 160-183
22. Пузырей А.А. *Манипулирование и майевтика: две парадигмы психотехники* // Вопросы методологии 1997. № 4, С. 148-164
23. Рубинштейн С.Л. “Проблемы общей психологии”. - 1976. - с. 253-380
24. Тиллих Пауль. *Избранное: Теология культуры.* – М., 1995. 479 с.
25. Ухтомский А.А. *Письма в незнаемое.* – М. 1973.- с. 384.
26. Флоренская Т.А. Диалог как метод психологии консультирования (духовно-ориентированный подход). // Психологический журнал 1994. Том 15. № 5 с. 44 – 55.
27. Флоренская Т.А. *Мир дома твоего. Психология в жизни.* - М., “Радонеж”. 1998, 285 с.
28. Франк Семен. *Смысл жизни.* // Антология Смысла жизни. - М, - 1994. с. 489-571
29. Франкл В.Э. Основы логотерапии. Психотерапия и религия – Спб: Речь, 2000а. с.187-189, 213, 217-280.
30. Франкл В.Э. *Психотерапия на практике* – Спб: Речь, 2000 г. 256 с.
31. Хайдеггер М. *Разговор на проселочной дороге: Сборник:* Пер. С нем./ Под ред. А.Л. Добротова.- М.: Высшая шк., 1991. – 192 с.
32. Хайдеггер М. Цолликонеровские семинары. // Логос 1992, № 3. - с. 82-98.
33. Хайдеггер М. *Время и бытие: Статьи и выступления:* пер. с нем. – М.: Республика, 1993 г. – 447 с.
34. Хайдеггер М. *Бытие и время.* – М. 1993 г. – 451 с.
35. Хайдеггер М. Пролегомены к истории понятия времени. Пер. Е.Борисова. – Томск: “Водолей”, 1998
36. Хайдеггер М/ Ясперс К.. *Переписка 1920-1963.* - М., 2001. – 415 с.
37. Хосе Ортега-и-Гассет. *Размышления о “Дон Кихоте”.* – СПб, 1997. – 332 с.
38. Юнг Карл Густав Синхронистичность. - М, 1997. с. 11-41.
39. Ялом Ирвин. Экзистенциальная психотерапия. – М.: Независимая фирма “Класс”, 1999. с. 5-33, 231-340
40. Boss M. “Daseinanalysis” and psychotherapy. Psychoanalysis and Existential Philosophy. New York: E.P.Dutton Co. 1962, pp.81-89
41. Boss M. Psychoanalysis and Daseinanalysis. New York: Philosophical library, 1958. с. 113-117
42. Boss M. (1979) Existential foundations of medicine and psychology. (Trans S. Conway & A. Cleaves). New York: Jason Aronson.

-
43. Boss, M. (1982) *Psychoanalysis and Daseinsanalysis*. (Trans L.B. Lefebre). New York: Dacapo Press.
44. Bugental J.F.T. *The Search for Authenticity*. 2 enl. ed. N.Y.: Irvingstone Publishers, 1981.
45. Maslow A. *The Farther Reaches of Human Nature*. N.Y.: Viking Press 1975, p 280-299
46. Maslow A. *Toward a psychology of Being*. N.Y.: Van Nostland Reinhold Company 1968, p.p. 240
47. Sartre J.-P., *Being and Nothingness*, trans. By Hazel E. Barnes (New York, 1956), pp. 560-564.
48. Tillich P. *Existentialism and psychotherapy. Psychoanalysis and Existential Philosophy*. New York: E.P.Dutton Co. 1962, p.p. 3-16

ПСИХОТЕРАПИЯ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ НАРКОЛОГИИ

В.В.Титова

г. Омск

На сегодняшний день одним из основных и наиболее перспективных направлений в лечении наркозависимых является психотерапия. Особенности психотерапии в подростковой наркологии определяются, прежде всего, комплексом объективных и субъективных факторов и условий, ведущих к формированию аддиктивного поведения у подростка. На базе Омской городской наркологической больницы для детей и подростков было проведено психологическое обследование пациентов, в результате которого были выявлены следующие основные моменты, ведущие к формированию токсико-наркологической аддикции:

1. Большинство детей воспитывается в неполных семьях (53%). В третьей части семей наблюдается атмосфера постоянного внутрисемейного конфликта, что ведет к самоизоляции ребенка. Кроме того, большую роль в развитии аддикции играет как гипопротекция и безнадзорность, так и гиперпротекция со стороны родителей.

2. В анамнезе у 74% пациентов имеет место наследственная отягощенность: алкоголизм родителей (81%), психопатии и эндогенные заболевания (19%).

3. Более одной трети больных имеют неустойчивую акцентуацию характера (36%), далее в процентной регрессии следуют эпилептоидная, шизоидная (20%), истериодная (16%) и гипертимная (15%) акцентуации. Ярко выражена склонность к психопатизации – она составляет 33%.

4. Для подростков-наркоманов характерны высокие показатели реакции эманципации (60%), нонконформизм (44%), стремление к демонстративному поведению (39%), высокий уровень склонности к делинквентности (52%), психологическая склонность к алкоголизации (39%) и резидуально-органический фон (22%), что отражает выраженную дисгармонию личности.

5. В 64% случаев больные относятся к себе негативно, испытывают чувство вины, бессознательно стремятся подвергнуть себя наказанию за неправильность своих поступков. Преобладает деп-

рессивный фон настроения, повышен уровень личностной и ситуативной тревоги, эмоциональной напряженности как результат хронического нарушения процессов самоактуализации и утраты чувства внутреннего контроля.

6. Бессознательное отношение к матери лучше, чем восприятие отца (83% обследованных проявляли большую привязанность к матери). В 1/3 случаев отец бессознательно отвергался, что красноречиво характеризует тонкие механизмы внутрисемейного взаимодействия.

7. Состояние наркотического опьянения в 25% случаев ассоциируется с тем же цветом в тесте, с которым в подсознании ребенка связаны мать или отец. 44% опрошенных ассоциируют “приход” с любовью, жизнью, спокойствием.

8. У большинства подростков отсутствуют навыки проективного восприятия будущего, нет готовности нести ответственность за свои поступки.

9. Характерна категоричность суждений, нередко – агрессивная модель поведения при общей инфантильности эмоциональной сферы.

10. Характерна потеря ранее свойственных личности интересов, охлаждение и отчуждение в межличностных отношениях.

11. Психологические факторы, свойственные периоду становления личности, усугубляются в настоящее время обстановкой социальной неопределенности, размытостью общественных ценностей.

Вышеизложенное наглядно иллюстрирует характерологические и личностные особенности наркозависимых подростков, которые необходимо учитывать психотерапевту при работе с такими пациентами. При этом нужно помнить, что объем долговременной памяти у подростков, особенно у наркозависимых, существенно меньше, чем у взрослых; результаты, достигнутые на одном занятии, через несколько дней могут быть забыты, либо восприняты искаженно. Кроме того, подростку трудно долго ожидать результатов психотерапии: если после одного – двух сеансов у него не появляется ощущение

щения, что поставленная цель достижима, наступает разочарование и нередко появляется желание отказаться от лечения.

Психотерапия наркозависимых подростков является комплексной и включает в себя ряд следующих основных направлений:

- групповая психотерапия;
- индивидуальная психотерапия;
- семейная психотерапия;
- арт-терапия;
- релаксационный блок;
- группы само- и взаимопомощи.

Одним из ведущих методов реабилитации наркозависимых является групповая психотерапия. Это связано, во-первых, с характерной для подросткового возраста реакцией группирования со сверстниками; компании подростков, как правило, имеют одного или нескольких лидеров и характеризуются четким распределением ролей в группе. Во-вторых, у пациентов имеется единство опыта в развитии заболевания, сходные психологические и социальные проблемы, а также общая необходимость в постоянной поддержке и помощи на весь период реабилитации. Важно отметить, что в отличие от традиционно-негативного отношения к наркоману в социуме, в группе пациента принимают таким, какой он есть, то есть оценивают, исходя из персонального статуса, а не из социального.

Работа в группе включает в себя чтение лекций и проведение цикла тренингов. Лекции направлены на преодоление анозогнозии и переориентировку ценностей, больные получают информацию о биологических, психологических и социальных аспектах заболевания, о тех проблемах, которые их ожидают в период становления ремиссии и трезвого образа жизни. Тренинги ориентированы на получение больными коммуникативных навыков, преодоление отрицания, сопротивления и других механизмов психологической защиты, формирование у участников группы адекватной самооценки и целостной Я-концепции, а также на раскрытие подростками своих переживаний и их вербализацию, совершенствование навыков контроля за ситуацией и выработку новых стратегий поведения.

В групповой психотерапии наркозависимых подростков используются следующие методики: ролевые игры, психодрама, гештальт-терапия, работа с чувствами пациента, рационально-эмотивная психотерапия, трансактный анализ и другие. Большую роль в работе психотерапевтической группы играет так называемая групповая динамика, то есть процесс многофункционального взаимодействия всех участников группы. Оценивая групповую динамику, можно выяснить, носят ли отношения между участниками группы конструктивный характер, т.е. пациенты способны к совместному продуктивному решению групповых задач, или деструктивный, когда пациенты начинают демонст-

рировать различные формы психологической защиты с целью ухода от решения болезненных вопросов, касающихся, в первую очередь, их заболевания. Процесс формирования эффективного группового взаимодействия – наиболее сложная задача для ведущего группы. Привлечение в группу консультантов, т.е. наркозависимых с большими сроками ремиссии (более 1 года), специально обученных, существенно повышает эффективность групповой психотерапии.

В рамках двухуровневой модели психотерапии при эффективном групповом взаимодействии можно выделить три разрыва шаблона у пациентов:

1. Впечатляет результат: консультант (наркозависимый) должен был умереть, а он жив, счастлив и не употребляет наркотики. Это первый разрыв шаблона.

2. Искреннее принятие в группе, атмосфера любви и понимания, оценка из персонального статуса (а в социуме – негативное отношение и отчуждение). Это второй разрыв шаблона.

3. Демонстрация на группе: устранение проявлений абstinенции у желающих с эффективным использованием глубинного уровня психотерапевтической коммуникации – это третий разрыв шаблона. У остальных участников группы при этом появляется вера в то, что поставленная цель достижима.

Здесь можно провести аналогию с низкоструктурированными реабилитационными структурами (поселения наркоманов, коммуны, группы АН и др.), где помимо перечисленного выше, 2-ой план терапии представлен идентификацией с Богом.

Задачей личностно-ориентированной индивидуальной психотерапии является создание и закрепление у больного осознанной мотивации на отказ от ПАВ и дезактуализация патологического влечения. Формирование мотивации включает осознание наличия болезни и необходимости лечения, принятие личной ответственности за успех лечения, убежденность в необходимости полного отказа от наркотика. Большое значение имеет первая встреча психотерапевта с больным, во время которой достигается определенный уровень доверия и настрой пациента на конкретные результаты лечения. Необходимо отметить, что контакт с наркозависимыми подростками нередко затруднен с самого начала в силу особенностей акцентуаций и многочисленных аффективных нарушений, несвязанных непосредственно с состоянием абstinенции. В связи с этим, групповой психотерапии нередко предшествует индивидуальная в качестве подготовительного этапа к работе в группе.

Важную роль в реабилитации наркозависимых играет работа с родственниками больных. Семейная психотерапия помогает в восстановлении нарушенных семейных отношений и социальных связей, а также в решении социально-бытовых про-

блем.

Комплекс релаксационных мероприятий позволяет больному научиться управлять своими психофизиологическими реакциями.

Для раскрытия творческого потенциала, а также с целью бессознательного эмоционального отреагирования целесообразно включить в реабилитационный процесс арт-терапию.

На заключительном этапе реабилитационного процесса необходимо привлечение пациентов в группы само- и взаимопомощи, обучение навыкам использования этих групп в качестве важного социального ресурса для поддержания ремиссии.

Например, адекватное использование программы “12 шагов” позволяет пациентам в дальнейшем научиться новым способам преодоления патологического влечения к наркотикам, опробовать новые модели поведения в случае повышенного риска срыва или рецидива.

Таким образом, психотерапия обоснованно считается одним из наиболее результативных методов лечения наркозависимых. Дальнейшее исследование функционального использования универсальных (глубинных) механизмов психотерапевтической коммуникации позволит повысить эффективность терапии лиц с химической зависимостью.

ПЕРСОНАЛЬНЫЙ МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ ЛИЧНОСТИ КАК ОСНОВА ПОДГОТОВКИ КОНСУЛЬТАНТА-ПСИХОТЕРАПЕВТА

проф. Н.Ю.Хусаинова

г. Казань

1. В соответствии с параметрами идеальной модели идеального профессионала любой сферы деятельности, предложенной автором, принципом хрупкости Л.Левантовского (все хорошее всегда хрупко) и признаками психического здоровья Р.Лэнга (гармоничность двух аспектов человеческого “Я” “Я-как-субъект-воздействия” и “Я-как-объект-наблюдения-другими”) разработана психолого-диадатическая система подготовки консультанта-психотерапевта.

2. Мультиmodalный ассесмент представляет собой оценивание результатов диагностики *персонального мультиmodalного профиля личности* (ПМПЛ), сопровождающейся “ценностиификацией” (М.Туулик).

3. В ПМПЛ входят Я-концепция; формулы: информационного метаболизма, жизненного сценария и Эго-профиля; самоценность; параметры: “мортидо-либидо”, “мандального символизма”, “тени”, “анимы-анимуса”; осознанных и неосознанных сигналов доступа во внутреннюю модель мира; соотношения “запад-восток” в типе взаимодействия консультант-клиент; “психогеометрический и цветовой типы поведения”; графологическая, физиognомическая, пространственная телесность будущего консультанта и его астропсихологические особенности.

4. На основе ПМПЛ и его системообразующих признаков разрабатывается персональная программа, раскачивающая “точку сборки” (К.Кастанеда) конкретного студента – будущего консультанта, с целью развития у него качеств человека Мира, для осуществления эффективной консультативной де-

ятельности в любой точке Земного шара.

5. В работе рассмотрено взаимодействие “преподаватель-студент” в процессе профессиональной подготовки консультанта-психотерапевта с позиции теории информационного метаболизма (ИМ).

6. Обнаружены конкретные интертипные отношения “преподаватель-студент”, способствующие и не способствующие успешной профессиональной подготовке в качестве консультанта.

7. И преподаватель, и студент в ситуациях обучения неосознанно используют, так называемые, сильные функции в структуре своего ИМ.

8. Доля субъективизма в оценку, выставляемую преподавателем на экзаменах студенту, вносят особенности его собственного восприятия аспектов информации (логического, этического, сенсорного и интуитивного).

9. Доказано, что наиболее трудно обучаемыми являются студенты с IP- формулой ИМ, а наиболее успешными с EJ и IJ-формулой ИМ

10. Разработана авторская дидактическая система обучения, развивающая у будущего консультанта независимо от его формулы ИМ позитивную Я-концепцию профессионала и личности.

11. Данная психолого-диадатическая система подготовки консультанта, подчиняясь принципу хрупкости, превращается в педагогику смыслов, когда и цели, и содержание, и процессы, и условия, и средства обучения, и преподаватель приобретают смысл для самого субъекта учения, а потому информационные влияния и взаимовлияния, неизбежно возникающие между преподавателем и студентом, нивелируются.

ПСИХИАТРИЯ

К ОПЫТУ ПРИМЕНЕНИЯ РИСПОЛЕПТА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

И.Ю.Ахунджанова, Л.Н.Дахова

г. Павлодар

При выборе оптимального лекарственного средства терапии больных шизофренией и аналогичным психозами, клиницисты нередко сталкиваются с необходимостью поиска такого препарата, который, будучи достаточно эффективным, позволяет больным ощущать себя субъективно здоровыми, полноценными людьми. Основными недостатками классических нейролептиков является побочная экстрапирамидная симптоматика (тремор, акатизия) и неэффективность при лечении негативных расстройств (скудность эмоций, речи, энергия).

В 1984 году создан новый антипсихотический препарат, производная бензоксазола-рисполепт (рисперидон). В основе его лечебного действия лежит блокада дофаминовых D^2 рецепторов и серотониновых 5HT $_2$ -рецепторов головного мозга, что способствует уменьшению экстрапирамидных побочных эффектов и расширяет диапазон активности в отношении негативных и позитивных симптомов шизофрении.

В поисках оптимального варианта лечения нами изучено клиническое действие рисполепта на группу стационарных больных шизофренией мужского пола (32 человека), находившихся на излечении в ОПНД с 1999 года по 2002 год (случайная выборка).

Изученные больные распределялись по возрасту следующим образом:

С 16-20 лет (6 чел.), с 20-30 лет (12 чел.), с 30-40 лет (9 чел.), с 40 и более лет (5 чел.).

Среди психопатологических расстройств преобладал галлюцинаторно-параноидный синдром – 15 случаев, 6 больных с психопатоподобным синдромом, 3 больных с аффективно-параноидным синдромом, 2 больных с параноидным синдромом. 2 – с синдромом Кандинского-Клерамбо с кататоническими включениями, по одному больному с галлюцинаторно-кататоническим, апато-абулическим

синдромами с параноидными включениями и кататонно-параноидным синдромом.

Распределение пациентов по курсовой дозе рисполепта следующее: Курсовая доза до 20 мг – 6 чел., с 20-60 мг – 11 чел., с 60-200 мг – 11 чел., более 200 мг – 4 человека.

Длительность курса лечения составила: до 30 дней – 7 человек, 30-60 дней – 10 чел., более 60 дней – 15 чел. В 8 случаях рисполепт применялся повторно, при 2-4 госпитализациях.

В нашем распоряжении имелся рисполепт в виде таблеток по 2 мг, назначался врачами ОПНД в суточных дозах от 0,5 мг до 16 мг в сутки. В большинстве случаев после курса галоперидола, применявшегося с целью купирования выраженной позитивной симптоматики при поступлении.

Целью обследования было выявление зависимости типа редукции психоза от курсовой дозы препарата и эффективность терапии для отдельных синдромов, степени редукции негативной симптоматики.

По типам редукции психоза больные делились на 3 группы:

При гармоническом критическом выходе отмечалось быстрое и полноценное купирование психотической симптоматики с появлением критической оценки.

При гармоническом литеческом выходе из психоза симптоматика купировалась поэтапно, начиная с агрессивных расстройств, затем дезактивализация бредовых, галлюцинаторных расстройств с последующим появлением формальной критики.

Дисгармонический выход из психоза волнообразный, с периодическими ухудшениями, улучшениями, сменой синдромов, недостаточной критики и остаточной симптоматикой и некачественной ремиссией.

Таблица № 1

Синдромы	Типы редукции психоза			
	Гармонический литеческий	Критический гармонический	Дисгармонический	Без эффекта
Галлюцинаторно-параноидный	4	1	9	
Аффективно-параноидный		2	2	
Параноидный	1	1	1	
Психопатоподобный		1	1	4
Галлюцинаторно-кататонический		1		
Кататонно-параноидный		1		
Апато-абулический			1	
Кандинского-Клерамбо	1		1	

Из таблицы № 1 можно заметить, что применение рисполепта при галлюцинаторно-параноидном синдроме наиболее оправдано и эффективно.

Неэффективным оказалось лечение психопатоподобной симптоматики (из 6 случаев – 4).

Таблица № 2

Курсовые дозы	Типы редукции психоза			
	Гармонический	Критический	Дисгармонический	Без эффекта
До 20 мг	1	2	-	3
20 – 60 мг	3	3	5	-
60 – 200 мг	2	2	6	1
Более 200 мг	-	-	4	-

Согласно таблице № 2 нет прямой зависимости качества ремиссии (типа редукции психоза от курсовой дозы препарата), но можно заметить, что количество случаев неэффективного лечения (3) отмечено при дозах меньше 20 мг.

Известно, что позитивная симптоматика шизофрении хорошо поддается лечению обычными нейролептиками, а негативная – малокурабельна. Однако именно негативные расстройства препятствуют выполнению социальных функций и ведут к инвалидизации. Дефицитарные симптомы включают двигательные и когнитивные (познавательные) изменения, которые отчасти обусловлены самой болезнью, а отчасти длительным пребыванием в психиатрической больнице и нежелательными эффектами антипсихотических препаратов. Рисполепт, как антагонист и серотонина и дофамина, эффективно устраняет данную симптоматику.

В нашей работе оценивались три признака негативных расстройств:

- а) эмоциональная отгороженность
- б) двигательная заторможенность
- в) дефицит контактности и степень социальной адаптации пациентов при поступлении и по завершению курса лечения.

По результатам обследования оказалось – два больных не имели выраженной негативной симптоматики при поступлении и выписке. В двух случаях полностью купирована негативная симптоматика. В 14 случаях купированы два симптома из трех, в пяти – один из трех. Не наблюдалось эффекта у девяти больных. Нужно отметить, что при обработке данных клинических историй болезни не отмечено случаев появления экстрапирамидной симптоматики при лечении рисполептом.

Лечащими врачами отмечалось, что препарат охотно принимался пациентами. В небольших дозах обладал легким стимулирующим и мягким разстремляющим действием. В средних и больших дозах стабилизировался эффект. Это наиболее наглядно у больных, леченных одним препаратом (ри-

столепт) и в случаях манифестного психоза – больные становились доброжелательны, синтонны. Купируются или смягчаются подозрительность, тревожность, частично ипохондричность и фобические расстройства.

Таким образом, рисполепт является эффективным нейролептиком преимущественно при галлюцинаторно-параноидной, аффективно-параноидной симптоматике с выраженным антинегативным эффектом и отсутствием побочного действия. Наиболее эффективно курсовое применение рисполепта в дозах около 60 мг, когда редукция психоза протекает более гармонично.

Наиболее привлекательным, по нашему мнению, является то, что после лечения рисполептом пациенты ощущали себя субъективно здоровыми и полноценными людьми. Качество ремиссии было достаточно высоким. Больные возвращались в семью, не нуждались в длительном восстановительном периоде после лечения нейролептиками.

Литература:

1. Руководство по психиатрии. Ред. Снежневский А.В. М. 1983 г.
2. Попов Ю.В. Вид В.Д. Клиническая психиатрия. Санкт-Петербург. 1996 г.
3. Вовин Р.Я., Мазо Г.Д., Иванов М.В., Костерин Д.Н. Применение рисполепта для купирования обострений шизофрении. Психиатрия и психофармакотерапия т. 1 № 2. 2000 г.
4. Калинин В.В., Сулимов Г.Ю. Купирование острой психотической симптоматики у больных шизофренией атипичным нейролептиком рисполепт: сравнение с классическими нейролептиками. Психиатрия и психофармакотерапия. Т. 2 № 3. 2000 г.
5. Дорохов В.В. Некоторые закономерности формирования инсулиновых ком и прогноз эффективности форсированной инсулинокоматозной терапии при лечении шизофрении. Автографат. Москва. 1990 г.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Н.Т.Измайлова

г. Алматы

Психические расстройства при чрезвычайных (экстремальных) ситуациях занимают особое место в психиатрической практики, в связи с тем, что могут возникать одновременно у большого числа людей, сказанное диктует необходимость оперативной оценки состояния пострадавших, а также проведения всех возможных (в конкретных экстремальных условиях) лечебных мероприятий.

Под экстремальными (чрезвычайными) условиями понимают ситуации, опасные для жизни, здоровья и благополучия значительных групп населения, обусловленные стихийными бедствиями, катастрофами, авариями, применением противником в случае войны различных видов вооружения. Любые экстремальные воздействия расцениваются как катастрофические тогда, когда они приводят к значительным разрушениям, вызывают гибель, ранения и страдания большого числа людей. Всемирная организация здравоохранения определяет стихийные бедствия (катастрофы) как ситуации, характеризующиеся непредусмотренной серьезной и непосредственной угрозой общественному здоровью.

Психогенное воздействие в экстремальных условиях складывается не только из прямой непосредственной угрозы жизни человека, но и опосредованной, в связи с ожиданием ее реанимации.

Психопатологические расстройства в экстремальных ситуациях имеют много общего с клинической картиной нарушений, развивающихся в обычных условиях. Однако есть и существенные различия (Александровский Ю.А. с соавт., 2000 г.):

- во-первых, вследствие внезапно действующих психотравмирующих факторов в экстремальных ситуациях происходит одномоментное возникновение психических расстройств у большого числа людей;

- во-вторых, клиническая картина в этих случаях не носит строго индивидуальный характер, как при обычных психотравмирующих обстоятельствах, а сводится к небольшому числу типичных проявлений;

- в-третьих, несмотря на развитие психогенных, сохраняющуюся опасную ситуацию, пострадавший человек вынужден продолжать активную борьбу за свою жизнь, жизнь близких и окружающих.

В динамике развития жизнеопасной ситуации выделяются три основных периода, во время которых наблюдаются различные психические состояния.

Первый период характеризуется внезапно возникшей угрозой собственной жизни и жизни близ-

ких. В этот период мощное экстремальное воздействие затрагивает жизненно важный инстинкт самосохранения и приводит к развитию психогенных реакций, основу которых составляет страх различной степени интенсивности. В этот период преимущественно наблюдаются реактивные психозы и психогенные реакции.

Во втором периоде, во время развертывания спасательных работ в формировании психических расстройств большое значение имеют особенности личности пострадавших. В этот период происходит осознание опасности ситуации, утраты родных, потери дома, имущества. Важным моментом пролонгированного стресса в этот период является ожидание повторных чрезвычайных воздействий. Психоэмоциональное напряжение сменяется повышенной утомляемостью, сопровождающейся астено-депрессивными и апатическими расстройствами.

В третьем периоде, который начинается после эвакуации пострадавших в безопасные районы, у многих из них происходит эмоциональная и когнитивная переработка ситуации, оценка утрат. При этом становятся актуальными психотравмирующие факторы, связанные с изменением жизненного стереотипа (например, с проживанием в разрушенном районе или в месте эвакуации). Становясь хроническими, эти факторы способствуют формированию стойких психогенных расстройств. К ним относятся невротизация и психопатизация, связанные с осознанием имеющихся травматических повреждений, соматических заболеваний и реальных трудностей жизни.

В эти периоды важным является взаимодействие различных этиопатогенетических факторов: психогении, конституциональной предрасположенности и соматического состояния пострадавшего.

Остановимся подробнее на отмеченных выше расстройствах. В первом периоде, при внезапно развившейся жизнеопасной ситуации поведение человека во многом определяется эмоцией страха. Известно, что 50-70% людей оказываются ошеломленными. Страх до известных пределов может считаться физиологически нормальной реакцией, способствующей мобилизации физического и психического состояния человека, необходимой для его самосохранения в этот период. При любой осознаваемой человеком катастрофе возникают тревожное напряжение и страх. “Бесстрашных” психически нормальных людей в общепринятом понимании этого состояния не бывает. Следует отметить, что в любых, даже самых тяжелых условиях 12-25%

людей сохраняют самообладание, правильно оценивают ситуацию и действуют четко. Однако в этот период могут развиваться и реактивные психозы, которые встречаются примерно в 10% случаях. В ситуации массовых катастроф чаще всего наблюдаются аффективно-шоковые реакции и истерические психозы.

Аффективно-шоковые реакции возникают при внезапном жизнеопасном потрясении. Они всегда непродолжительны, делятся от 15-20 минут до нескольких часов и реже суток.

Выделяют две формы аффективно-шоковых состояний: гипокинетическую и гиперкинетическую.

Гипокинетический вариант характеризуется явлениями эмоционально-двигательной заторможенности, полной обездвиженностью и мутизмом (аффектогенный ступор), который протекает на фоне глубокого помрачения сознания. Больные застывают в одной позе, их мимика либо безучастна, либо выражает страх. Человек старается как бы уменьшиться в размерах, принимает эмоциональную позу: садиться на корточки, обхватив голову руками. При попытке оказать помощь он либо пассивно подчиняется, либо отвергает ее. Речь бывает отрывочной, ограничивается восклицаниями, в ряде случаев отмечается афония.

При этом имеют место вегетативные расстройства: тошнота, головокружение, учащенное мочеиспускание, ознобоподобный трепор всего тела, обмороки. Длительными могут быть кинестетические иллюзии (например, ощущение качающейся земли после землетрясения).

Гиперкинетический вариант характеризуется острым психомоторным возбуждением. Больные куда-то бегут, их движения хаотичны, высказывания отрывочны. Иногда может отмечаться бессвязный речевой поток. Больные дезориентированы. Их сознание помрачено. Человек беспорядочно мечтается, что мешает ему укрыться в безопасное место. Может наблюдаться паническое бегство. При теракте Торгового центра в Нью-Йорке в октябре 2001 г. наблюдались эпизоды, когда родители выбрасывали детей из окон многоэтажного здания и сами выбрасывались и разбивались.

При истерических расстройствах в переживаниях больных начинают преобладать яркие образные представления. В поведении больных всегда находит отражение конкретная психотравмирующая ситуация. Поведение характеризуется демонстративностью с плачем, нелепым хохотом, истероформными припадками. Нередко в этих случаях развиваются нарушения сознания. Для истерического сумеречного состояния сознания характерно неполное его помрачение с дезориентировкой и обманами восприятия.

У подавляющего большинства пострадавших непосредственно после начала катастрофы наряду

с психозами возникают непсихотические расстройства. Они выражаются в эффекте растерянности, непонимании того, что происходит, простой реакции страха. Этот период бывает кратковременным, затем наблюдается умеренное повышение активности: движения пострадавших становятся четкими, экономными, увеличивается мышечная сила, что способствует перемещению людей в безопасное место. Нарушения речи ограничиваются ее ускорением, голос становится громким, звонким. Отмечается мобилизация воли, внимания, мыслительных процессов. Мнестические нарушения определяются нечетким воспоминанием о происходившем, что говорит о сужении сознания. Однако в полном объеме запоминаются собственные действия и переживания.

Характерным является изменение переживания времени, течение которого воспринимается замедленным, поэтому длительность острого периода представляется увеличенной в несколько раз.

После завершения первого (острого) периода, во втором периоде при проведении спасательных работ у части пострадавших наблюдается кратковременное облегчение, повышение настроения, многогречивость с многократным повторением рассказа о случившемся, о своих переживаниях. Эта фаза эйфории длится от нескольких минут до нескольких часов. Затем, как правило, она сменяется вялостью, безразличием, затруднением осмыслиения происходящего. Пострадавшие производят впечатления отрешенных, погруженных в себя. Здесь возможно развитие астено-депрессивных состояний.

В третий период развития ситуации, т.е. в условиях эвакуации психические нарушения проявляются невротическими, психопатическими и психосоматическими расстройствами. В Спитаке более 90% пациентов имели психогенные расстройства.

При невротических расстройствах больные жалуются на повышенную усталость, мышечную слабость, сонливость днем и расстройства сна ночью, дистонические расстройства, потливость, трепор конечностей. Пострадавшие прислушиваются к сигналам опасности, за которые может быть приняты сотрясения почвы, шум движущихся механизмов или, наоборот, тишина. Все это вызывает тревогу, что способствует формированию фобий. Фобии отражают перенесенную ситуацию (например, метеофобии после ураганов, страх ветра, радиофобии в Чернобыле). Больные часто склонны к навязчивому воспоминанию прошлой жизни, навязчивому обсуждению перенесенной ситуации, опасаются повторения экстремальной ситуации.

Настроение часто понижено, может возникать отвращение к жизни, сожаление, что он не разделил судьбу погибших родственников.

У части пострадавших наблюдается декомпенсация акцентуации характера и психопатических черт характера. В этих случаях основную группу

состояний личностной декомпенсации представляют реакции с преобладанием возбудимости. У лиц с такими состояниями по ничтожному поводу возникают бурные аффективные вспышки. При этом нередки агрессивные действия.

В ряде наблюдений отмечается длительная дисфорическая окраска настроения. В этих случаях люди мрачны, угрюмы, постоянно недовольны, оспаривают распоряжения, отказываются выполнять задания, ссорятся с окружающими. В структуре отмеченных невротических и психопатических реакций возможны психосоматические дисфункции. Наиболее интенсивны сдвиги в функционировании вегетативной нервной системы в виде: колебаний АД, лабильности пульса, гипергидроза, озноба, головной боли, желудочно-кишечных расстройств, имеют место нарушения сна.

Нередко обостряются соматические заболевания и появляются стойкие психосоматические нарушения – чаще у лиц пожилого возраста.

Анализ психопатологических проявлений, возникших после экстремальных воздействий, свидетельствует о возможности развития неврозов, которые не имеют принципиальных различий от неврозов, наблюдавшихся в обычной психиатрической практике.

Лечение пострадавших при стихийных бедствиях и катастрофах

Психиатрическая помощь пострадавшим при экстремальных (чрезвычайных) ситуациях является важным звеном в цепи общих медицинских мероприятий.

В специализированной медицинской помощи (т.е. психиатрической) нуждается 100% лиц с психогениями тяжелой степени (с психозами), 75% - с субпсихотическими формами психогений и 15 % лиц с легкими психогениями (невротического уровня).

1) На первом этапе развития экстремальной ситуации основным организационным звеном психиатрической помощи являются специалисты скорой медицинской помощи. Психиатрическая помощь должна планироваться в расчете на специальные бригады, состоящие из 1-3 врачей и фельдшеров. В ряде случаев врачи-психиатры могут работать самостоятельно. Спокойные уверенные действия специалистов, оказывающих медицинскую помощь, имеют успокаивающее значение для окружающих. Сказанное свидетельствует о том, что для профессионала-психиатра имеет значение психическая закалка, т.е. умение преодолеть чувство страха. В центре района бедствия целесообразна организация эвакуационного психиатрического отделения с возможностью изоляции в нем возбужденных больных.

Особенностью тактики психиатрической помощи в этот период является необязательность установления нозологического и синдромального диагноза. Достаточным становится разделение пострадавших на больных с психотическими расстройствами и с непсихотическими нарушениями.

При этом основная задача состоит в обеспечении безопасности самого пострадавшего и окружающих.

Критериями сортировки являются:

1. Оценка состояния сознания (нарушено – не нарушено);
2. Двигательных расстройств (психомоторное, возбуждение – ступор);
3. Особенности эмоционального состояния (страх, тревога, депрессия).

В этот период важное значение имеют своевременное выявление и эвакуация “паникёров”, т.е. истерических и “декомпенсированных личностей”, составляющих группу повышенного риска развития паники.

2) С момента начала спасательных работ целесообразна организация психиатрических кабинетов в поликлиниках и психиатрических отделений в стационарах, развертываемых в зоне бедствия. Помощь оказывается как пострадавшим, так и участникам спасательных работ. В психиатрическом отделении производится диагностика и кратковременное лечение (в течение нескольких дней) лиц с пограничными формами психических расстройств.

3) При относительной стабилизации ситуации наряду с лечебной и реабилитационной психиатрической помощью особое значение приобретает экспертная работа. Это связано с тем, что у части пострадавших наблюдается развитие рентных установок, возникающих при выплате страховых пособий, для получения определенных социальных льгот.

Одним из наиболее эффективных путей купирования психогенных расстройств в первый период любого стихийного бедствия или катастрофы является использование фармакологических средств, способствующих быстрейшему восстановлению нарушенных психических функций. Сказанное обусловлено рядом обстоятельств: дефицитом времени и необходимостью оказания помощи большому числу людей в полевых условиях.

В случаях аффективных нарушений и астено-невротических расстройств наиболее эффективны транквилизаторы и антидепрессанты. Купирование психических расстройств целесообразно проводитьнейролептиками.

В последних периодах возникает возможность проведения более полноценной диагностики и более дифференцированной терапии.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВНЕДРЕНИЯ “МКБ-10”, КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КАЗАХСТАНСКОЙ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДАЛЬНЕЙШЕМУ ЕЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ

Н.Т.Измаилова, Р.Г.Илешева

г. Алматы

С января 1998 года в соответствии с приказом МЗ РК в Казахстане была принята Международная классификация болезней (МКБ-10) по разделу психических и поведенческих расстройств, хотя переход на нее начался в 1997 году.

МКБ-10 значительно отличается от МКБ-9 и других предыдущих классификаций, еще больше отдаляясь от концептуальных положений классической психиатрии.

В МКБ-10 не используются понятия “болезнь”, “заболевание”, а вместо традиционного дихотомического деления на “психозы” и “неврозы” основным элементом классификации ее составители избрали расплывчатый, не несущий концептуального значения термин “расстройство”.

Условно сохранен термин “nevroticheskie расстройства”.

Значительно сужены границы шизофрении.

Нозологически выделены деменции и психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ).

Не используется термин и понятие “психогенные”, ввиду различий в его значении на разных языках и в разных психиатрических школах.

Не используется термин “психосоматические”, а эти расстройства описываются как “соматоформные”. В тоже время подчеркивается разница между ними: при психосоматических расстройствах есть изменения в органах, а при соматоформных - нет.

Это лишь некоторые замечания, относящиеся к отдельным категориям психических расстройств по МКБ-10.

В основу МКБ-10 положен синдромальный подход, и диагноз основан на выделении ведущего синдрома или даже симптома.

В ее диагностических рубриках нет полного соответствия с традиционной систематикой болезней.

В предисловии к русскому изданию МКБ-10 С.Ю.Циркин подчеркивал, что она предназначена, прежде всего, для статистических целей, и она *не должна подменять собой концептуальных классификаций, сохраняющих свое значение для психиатрической науки и практики*.

Обращалось внимание и на то, что описания и указания различных клинических рубрик *не несут в себе теоретического смысла*, и они не претендуют на всеобъемлющее определение современного состояния знаний о психических расстройствах. Отмечалось также, что диагностические указания отражают лишь *узловые пункты клинической практики*,

которые в более полной форме отражены в большинстве учебников психиатрии.

МКБ-10 разработана ВОЗ с целью унификации диагностического подхода при проведении статистических, научных и социальных исследований.

В практической психиатрии она была принята для сопоставимости диагнозов и, прежде всего, для статистических целей. Сама ВОЗ не рассматривает МКБ-10 как теоретическую систему.

В “методических рекомендациях” кафедры психиатрии АГМИ (“Диагностика психических заболеваний в соответствии с МКБ-10” Кудьярова Г.М., Зальцман Г.И., Зальцман И.Г., 1997), отмечалось, что основной целью МКБ-10 является обеспечение сопоставимости медицинской статистики в разных странах и регионах, и поэтому она носит компромиссный характер. Ее составители - эксперты-психиатры из многих стран усматривали свою задачу в том, что предлагаемые классификационные рубрики в максимальной степени способствовали воспроизводимости диагнозов, выставленных психиатрами разных школ и направлений.

В рекомендациях обращалось внимание на то, что использование МКБ-10 должно производиться при окончательном оформлении диагноза для статистических целей, не отходя при этом от принципов клинического мышления, выработанного у казахстанских психиатров и наркологов в течение предыдущих десятилетий.

Такая точка зрения совпадает с высказываниями известных российских психиатров, отраженных в последних учебниках и руководствах. Так, Н.М.Жариков (“Психиатрия”, М., 2000) отмечает, что МКБ-10 не подменяет собой концептуальных классификаций, отражающих уровень развития научных знаний и традиций определенных психиатрических школ.

В “Руководстве по психиатрии”, вышедшем под редакцией А.С.Тиганова в 1999 году, С.Ю.Циркин говорит о том, что в зависимости от целей диагностики следует выбирать наиболее адекватную классификацию или использовать их одновременно как взаимодополняющие друг друга.

О необходимости сохранения принципов классической психиатрии и наркологии говорилось и в выступлениях на последнем Российском съезде психиатров.

В настоящее время в Казахстане накоплен 5-летний опыт применения МКБ-10 в РК, который позволяет под критическим углом зрения рассмат-

ривать результаты этого внедрения.

Предварительный анализ результатов использования МКБ-10 в Республике Казахстан показал, что оно привело к значительному перекосу в структуре психических расстройств.

Так, по сравнению с 1996 годом (последний год, когда применялась МКБ-9) в 2001 году в структуре болезненности, как у взрослых, так и у детей на первом месте оказались "Органические, включая симптоматические психические расстройства (F0-F09). В 2001 году они составили у взрослых 29,2% и у детей 31,6%.

В 1996 году органические расстройства составили 12,5% у взрослых и 20,4% у детей, т.е. в 2001 - у взрослых их число увеличилось более чем в 2 раза, а у детей более чем в 1,5 раза.

Число психических расстройств непсихотического характера (т.е., так называемых, пограничных

форм заболеваний) в 2001 году у взрослых составило 17,9%, у детей и подростков - 35,2%. В 1996 году эти цифры были 24,7% у взрослых и 45% у детей и подростков, т.е. число больных с непсихотическими формами психических расстройств в 2001 году уменьшилось у взрослых в 1,3 раза, у детей в 1,1 раза.

Число больных с диагнозом шизофrenии и умственной отсталости (У.О.) не претерпело особых изменений. В 2001 году шизофrenия (F20-F29) у взрослых составила 17,8%, у детей - 0,5%; в 1996 году эти цифры были соответственно 18,1% у взрослых, 0,4% - у детей. Диагноз умственной отсталости в 2001 году у взрослых составил 33,7%, у детей - 32,7%.

В 1996 году диагноз У.О. у взрослых был 32,5%, у детей - 30,2%.

Данные приведены в таблице № 1

Диагностические рубрики					
	Удельный вес нозологических групп в % у взрослых в 1996 году	Удельный вес нозологических групп в % у взрослых в 2001 году	Удельный вес нозологических групп в % у детей и подростков в 1996 году	Удельный вес нозологических групп в % у детей и подростков в 2001 году	
1 Органические, включая симптоматические, психические расстройства	12,5	29,2	20,4	31,6	
2 Шизофrenия, шизотипические и бредовые расстройства	18,1	17,8	0,4	0,5	
3 Психические расстройства непсихотического характера (кроме органических психических расстройств)	24,7	17,9	45,0	35,2	
4 Умственная отсталость	32,5	33,7	30,2	32,7	
5 Другие диагностические рубрики	12,2	4,6	4,0	0,1	

Приведенные данные свидетельствуют о перекосе, который произошел в структуре психических заболеваний в 2001 году за счет гипердиагностики органических психических расстройств и гиподиагностики пограничных форм психических заболеваний. Одной из главных причин таких расхождений явилось отсутствие в МКБ-10 диагноза "рецидуально-органического состояния" (РОС), которые в МКБ-9 приводятся в нескольких рубриках (РОС, психопатоподобное поведение - 310,88; РОС - с задержкой психического развития - 310,88; РОС с неврозоподобным синдромом - 310,88; РОС с эмоционально-волевой неустойчивостью - 293,88 и др.). Уменьшение пограничных форм психических заболеваний произошло за счет отсутствия в МКБ-10 таких диагнозов как "патохарактерологические реакции", "патохарактерологические" развития (по МКБ-9 рубрики 309; 301), а также диагнозов задержек психического развития, (315,6;

315,5) и др.; психического инфантилизма (МКБ - 301,8).

Отсутствие названных рубрик в МКБ-10 отрицательно сказалось на структуре психических расстройств детского возраста. В той версии МКБ-10, которая введена в Казахстане, детскo-подростковому возрасту посвящена одна рубрика – "Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте" (F-90 – F-99).

В нее включены вышеназванные формы пограничных состояний у детей, но без достаточной клинической их очерченности.

Сказанное значительно затрудняет однозначное отнесение известных из традиционной клинической детской психиатрии психических заболеваний в ту или иную категорию кода F-90 – F-99.

С неменьшими трудностями встретились психиатры Казахстана при окончательном оформле-

нии диагнозов в судебно-психиатрической практике и решении вопросов трудовой и военной экспертизы.

Приведенные выше перекосы в структуре заболеваний возникли в результате отнесения психических расстройств разной этиологии в одну рубрику. В частности, в “органические расстройства” включены травматические, сосудистые, соматогенные, инфекционные, резидуально-органические и другие психические и поведенческие расстройства как взрослых, так и детей.

Искаженные данные получены при анализе клинических форм и типов течения внутри нозологических форм.

Так, по данным Павлодарского психоневрологического диспансера в 1997 году в числе больных шизофренией, проходивших стационарное лечение, свыше 90% оказалось больных с параноидной шизофренией (Алтынбеков С.А., 2001 г.).

При анализе работы одного из стационарных отделений Республиканской клинической психиатрической больницы среди больных шизофренией оказалось около 55% с параноидной формой.

Естественно, что такая искаженная структура шизофрении объясняется тем, что к параноидной шизофрении отнесены не только непрерывная параноидная с хроническим течением, но и острые параноидные синдромы в рамках приступообразно-прогредиентной шизофрении.

Большое затруднение возникает при кодировании большого полиморфизма реактивных (психогенных) заболеваний, особенно психотических их форм, которым отведена рубрика “Невротические и связанные со стрессом и соматоформные расстройства”. С этими трудностями столкнулись, в частности, судебные психиатры.

Изменение в структуре наркологических заболеваний соответствуют их реальным изменениям.

Диагностические рубрики	Удельный вес нозологических рубрик у взрослых (%)	Удельный вес нозологических рубрик у детей и подростков (%)
Алкогольные психозы	2,6	учет не проводился
Хронический алкоголизм В том числе: I ст. II ст. III ст.	91,2 20,1 64,9 6,2	учет не проводился
Наркомания	5,9	учет не проводился
Токсикомания	0,3	учет не проводился

	Диагностические рубрики психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ	Удельный вес нозологических рубрик у взрослых (%)	Удельный вес нозологических рубрик у детей и подростков (%)
1	В результате употребления алкоголя (F-10)	82,6	54,5
2	В результате употребления опиоидов (F-11)	11,8	2,3
3	В результате употребления каннабиноидов (F-12)	3,9	2,1
4	В результате употребления седативных или снотворных веществ (F-13)	0,03	0,2
5	В результате употребления кокаина (F-14)	0,0007	-
6	В результате употребления других стимуляторов, включая кофеин (F-15)	0,02	0,2
7	В результате употребления галлюциногенов (F-16)	0,0005	0,2
8	В результате употребления табака (F-17)	0,6	24,2
9	В результате употребления летучих растворителей (F-18)	0,4	16,5
10	В результате сочетанного употребления наркотиков и использования других психоактивных веществ (F-19)	0,6	-

В структуре болезненности наркологических расстройств в 1996 году алкогольные психозы и хронический алкоголизм составили 93,8% (2,6 и 91,2%), причем в МКБ-9 приводились стадии алкоголизма. Наркомании составляли всего 5,9% и

токсикомании 0,3%. В 1996 году у детей учет не проводился.

В 2001 году в структуре болезненности на первом месте также оказались психические и поведенческие расстройства в результате употребления

алкоголя. Удельный вес их составил 82,6% т.е. несколько уменьшился по сравнению с 1996 годом.

Удельный вес психических и поведенческих расстройств в результате употребления наркотических веществ составил более чем 16%, причем опиоидов - 11,8%, каннабиноидов 3,9%.

У детей психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя составили 54,5%, употребления опиоидов и каннабиноидов - 4,4%; летучих растворителей - 16,5, табака - 24,2%.

Таким образом, по сравнению с 1996 годом в 2001 году, хотя психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя остаются на первом месте, удельный вес их в 2001 году уменьшился, а удельный вес наркомании возрос почти в 3 раза.

При использовании МКБ-10 врачи-наркологи встретились с не меньшими трудностями, чем психиатры. Здесь расхождения с классическими представлениями о наркологических заболеваниях и психозах, вызываемых ими, еще большие.

Наркологические диагнозы здесь сводятся к “синдрому зависимости”, “состоянию отмены”, “психотическим расстройствам”, (“преимущественно бредовое”, “преимущественно галлюцинаторные”), “амнестическому синдрому”.

За исключением “синдрома зависимости”, в МКБ-10 клинические описания названных рубрик крайне скучные.

Обращает на себя внимания, что в МКБ-10 несколько иной подход к определению диагноза “синдрома зависимости” (он ставится при наличии 3-х признаков или более в течение прошлого года из перечисленных 6). Описание других категорий крайне скучное. Такой подход определяет точку зрения наркологов дальнего зарубежья, а в последнее время и некоторых российских.

Все сказанное выше не означает отказа от применения МКБ-10, которая внедрена в Казахстане для сопоставимости психиатрических диагнозов, принятых в нашей стране и республиках бывшего Советского Союза с другими психиатрическими школами и, в первую очередь, для статистических целей.

Следует отметить ряд положительных сторон этого внедрения. В частности, можно отметить введение в ряд рубрик некоторых таких разделов, которые были мало или недостаточно знакомы психиатрам как казахстанским, так и всего постсоветского пространства. Это было толчком не только для клинического совершенствования, но и углубленного клинико-психопатологического их изучения. Так, на кафедре психиатрии КНМУ им. С.Д.Асфендиярова проводились исследования и выполнены кандидатские диссертации по разделам, посвященным “паническим реакциям”, некоторым видам аффективных расстройств (“депрессивным реакциям”).

Однако при разработке этих разделов их авторы (Ю.В.Игнатьев, 2001 г.; Л.Ю.Беспалова, 2001 г.) не отходили от традиционных классификаций классической психиатрии.

Положительным в МКБ-10 является то, что диагностические указания в ней сформулированы таким образом, что позволяют сохранить гибкость диагностических решений в клинической практике, особенно в таких случаях, когда требуется установление временного диагноза. Например, такой подход может быть использован во время консультации психиатра в соматических стационарах и поликлиниках (вместо диагноза “маниакально-депрессивный психоз” или “маниакальный синдром” в амбулаторной или стационарной карте допустим диагноз “аффективное расстройство”). Возможность гибкого подхода может быть использована, когда нет достаточно полной информации о болезни и необходимо наблюдение за больным до тех пор, пока клиническая картина станет более ясной (например, “острое шизофреноидное психотическое расстройство”).

В этих случаях допустимо употребление “одномерного” диагноза. Заметим, что в первом примере (консультации в соматических отделениях) и до введения МКБ-10 допускается синдромальный диагноз.

Во втором примере диагноз “шизофреноидное психотическое расстройство” может быть использован в реабилитационных целях (например, в детско-подростковом возрасте). Но в подобных случаях в истории болезни должно быть отмечено, что не исключается возможность шизофрении (например, приступообразно-прогредиентная, острый синдром Кандинского).

Как в упомянутых выше “Рекомендациях” кафедры психиатрии АГМУ, так и на семинарах, проведенных в г. Алматы и ряде областей, а также в статьях, опубликованных в сборниках, подчеркивалась необходимость сохранения традиционного клинического подхода при диагностике психических и наркологических заболеваний. Конкретной формой такого сохранения предлагалось одновременное использование диагноза классической психиатрии и наркологии и диагноза с его кодированием по МКБ-10.

В “Рекомендациях” говорилось о примерном соотнесении этих двух диагнозов и недопустимости отступления от клинического мышления. Неиспользование такого подхода означает отход от устоявшихся принципов клинической психиатрии и наркологии и может привести к профессиональной деквалификации врачей психиатров и наркологов. Сказанное особенно касается молодых врачей.

Наиболее обднёнными в клиническом плане оказались наркологические диагнозы. Допустимость отступления от определения стадии алкоголизма и наркоманий и обозначения только “синд-

рома зависимости” делает размытым клиническое представление о болезни.

Ещё более неприемлемым является отход от конкретизации клинических форм психозов. Так, в историях болезней почти исчезают диагнозы: “Делирий”, “Острый галлюциноз”, “Хронический галлюциноз”, “Корсаковская болезнь”, “Алкогольный параноид”. Вместо них употребляются термины “психотические расстройства преимущественно галлюцинаторное”, “преимущественно бредовое” и др.

Сохранение классических диагнозов в этих случаях не только уточняет диагноз, но и определяет лечение, прогноз.

Между тем, врачи психиатры и наркологи, в частности г. Алматы и других регионов, нередко используют диагноз только по МКБ-10. Это может привести к обеднению диагноза, его искажению и непониманию. Поэтому как в психиатрии, так и в наркологии рекомендуется использование двух диагнозов. Например, диагноз: “Психотическое расстройство преимущественно галлюцинаторное” (F-1.52) должно уточняться диагнозами “Алкогольный делирий”, “Хронический алкогольный галлюциноз”, “Психотическое расстройство преимущественно бредовое” (F-1.51), диагнозом “Алкогольный бред ревности”. Диагноз “депрессивный эпизод” (F-32) не дает полного представления о болезни. А, если наряду с этим диагнозом, поставить диагноз “МДП, депрессивная фаза”, проясняется не только диагностический, но и прогностический вопрос. Сказанное относится ко всем классификационным рубрикам.

Диагноз “обсессивно-компульсивное расстройство” (F-42) или “тревожно-фобическое расстройство” (F-40) рекомендуется сопроводить диагнозом “nevroz навязчивых состояний”. “Острая реакция на стресс” (F-43.0) соответствует диагнозу “реактивный психоз”; “аффективно-шоковая реакция” (возбуждение или ступор), “диссоциативные (конверсионные) расстройства” можно уточнить диагнозом “истерический амовроз”, “истерическая глухота, слепота”, “истерическая астазия-абазия”.

“Расстройства зрелой личности” (F-6) соответствуют “психопатии” различным его клиническим разновидностям.

Различные рубрики раздела “нарушения психологического развития” (F-8) отчасти соответствуют “парциальным задержкам психического развития” в виде алексии, аграфии, акалькулии и др. Но этот диагноз нередко требует его дополнения или уточнения, например, в виде указания “на фоне резидуально-органической недостаточности мозга”. Тогда, наряду с кодом F-8 (его подрубриками) необходимо использование и другого кода - F-0 (например, F 06.7). В подобных случаях речь идет о двусловном диагнозе.

Использование дополнительного второго кода

чаще всего F-0 (имеется ввиду для обозначения резидуально-органического фона) особенно часто встречается при диагностике «поведенческих и эмоциональных расстройств», начинающихся в детском и подростковом возрасте (F-9).

Расплывчатые в клиническом плане “расстройства поведения” с его разновидностями (F-91 - F-91.9) чаще всего соответствуют диагнозам “патохарактерологические реакции”, “патохарактерологические развития”.

Для уточненного диагноза крупных разделов и обозначения их категорий по МКБ-10 необходимо использование буквенно-цифрового кодирования с использованием иногда не только 2-х 3-х знаков, но и более. Тогда и классический диагноз должен быть с указанием формы или типа течения. Например, для обозначения диагноза “параноидная шизофрения” целесообразно использование кода F, 20.0.0. Тогда число непрерывной параноидной шизофрении приблизится к реальным показателям.

Диагнозы по МКБ-10 с “параноидной”, “гебефренической”, “кататонической” шизофренией нередко соответствуют приступам приступообразно-прогредиентной шизофрении с превалированием или наличием острой бредовой, катотанической, гебефранической симптоматики.

Оформление двойного диагноза наиболее целесообразно проводить комиссионно с участием лечащего врача, заведующего отделением, заместителя главного врача, других врачей отделения.

Двойной диагноз должен быть обозначен в карте стационарного больного во время комиссионных осмотров и консультаций (заведующего отделением, главного врача, ассистента, доцента, профессора, заведующего кафедрой). Два по существу дополняющих друг друга диагноза рекомендуется вынести на первую страницу стационарной или амбулаторной карты с обязательным указанием кода по МКБ-10. Для облегчения статистической обработки материала на первой странице стационарной или амбулаторной карты рекомендуется вначале писать диагноз по МКБ-10 и его код, а затем традиционный.

Внутри стационарной или амбулаторной карты диагнозы лучше расположить: первым — традиционный, вторым — по МКБ-10.

Литература:

1. Алтынбеков С.А. Сравнительная статистическая характеристика течения шизофрении у больных, госпитализированных в Павлодарский областной психоневрологический диспансер в 1989 и 1997 (Клинико-статистическое исследование). Автореф. дисс. канд. 2001 г.

2. Беспалова Л.Ю. Депрессивные реакции адаптации (клинико-психологические особенности). Автореф. дисс. канд. Алматы, 2002

-
-
3. Жариков Н.М., Тюльпан Ю.Г. *Психиатрия*. М., 2000
 4. Илешева Р.Г., Измайлова Н.Т. О международной классификации болезней 10-го пересмотра (раздел “Психические и поведенческие расстройства”) и использование ее в детской практике. В кн.: Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и психологии (сб. научных трудов - Алматы, 2000, с. 49-54)
 5. Игнатьев Ю.В. *Взаимосвязь индивидуально-типологических особенностей и клинических проявлений при паническом расстройстве*. Автореф. дисс. канд., Алматы. 2002.
 6. Кудьярова Г.М., Зальцман Г.И., Зальцман И.Г. *Диагностика психических заболеваний в соответствии с МКБ-10 (методические рекомендации)*, Алматы, 1997
 7. Лекции по наркологии под ред. Иванца Н., М., 2000
 8. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств.
 9. Руководство по психиатрии под ред. Тиганова А.С., М., 1999

АУТИСТИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ И СИМВОЛИЗМ. СИМВОЛИКА ЦВЕТА В ПОЭЗИИ А.А.БЛОКА (обзор литературы и собственные размышления)

М.Ю.Новикова

г. Усть-Каменогорск

Тема психологии искусства не нова, хотя до сих пор не до конца разработана (да и возможно ли это?). Этой теме посвящены многочисленные литературные, философские, психологические произведения, которые рассматривают её с многих сторон. С изрядной долей скептицизма относятся к художественной критике сами творцы искусства. “Поззия – это нечто неподвластное активным силам человеческого разума”, - сказал Шелли [9, 176]. Чем ближе, дороже произведение художнику, поэтому, тем более бережного отношения к нему он ждёт.

Валерий Брюсов писал когда-то: “Разбор созданий искусства - есть новое творчество: нужно, постигнув душу художника, воссоздать её, но уже не в мимолётных настроениях, а в тех основах, какими определены эти настроения” [5, 43].

I. Аутистическое мышление и искусство

Эйген Блейлер (1857-1939), швейцарский психиатр и психолог, в начале века опубликовал работу “Аутистическое мышление” [3]. Синдром аутизма, характерный для шизофрении, отмечается и при других состояниях. Аутистическое мышление получает перевес над логическим, по Блейлеру, в четырёх случаях:

- 1) в фантазиях ребёнка;
- 2) в вопросах, недоступных нашему познанию и логике (касающихся мировоззрения, религии, любви);
- 3) когда чувства получают обычно не свойственное им значение (например, при сильных аффектах);
- 4) там, где ослабляется ассоциативная связь (в сновидении здорового человека и при шизофрении).

Блейлер отмечает, что между аутистическим и обычным мышлением нет резкой границы, поскольку “в последнее мышление очень легко проникают аутистические, то есть аффективные элементы”.

Ни секрет, что творцы искусства – люди, чувствующие глубже и острее других. Они воспринимают боль бытия всей своей душой, но и радости жизни – всем своим существом.

“Произведение искусства может родиться только в душе эстетически переживающей: лишь из внутреннего видения вырастает непосредственно данный созерцанию предмет искусства, и лишь из внутреннего ритма души рождается музыка”, - заметил Э.Шпрангер [13, 513].

А выдающийся литературовед Роман Якобсон подчеркнул: “Связь между означающим и означаемым, существуя на всех уровнях языка, приобретает особенное значение в стихотворном тексте, где интровертированный характер поэтической функции достигает своего апогея” [15, 81].

II. Не просто аутизм!

Бытует мнение, что люди искусства – не от мира сего. Прикоснувшись к основным вехам жизни и творчества истинных художников, поэтов, можно понять, что это действительно так. Живут они подчас неровно и трудно, громадны перепады их настроения, многие из них оказываются непризнанными современниками при жизни, не находя своих зрителей и читателей. Быть может, подлинное искусство действительно доступно лишь избранным, которые не отрекаются от своего предназначения ради земных благ. И настолько ли они погружены в свой внутренний мир, чтобы это можно было поставить им в вину? Ведь это – не вина и не

беда их, это – сила, помогающая им творить. А что на свете может быть более интересно и красиво, чем творчество, - и процесс, и результат его?

“В основе каждого великого искусства лежит индивидуализм, но индивидуализм не самодовлеющий, а преодолевший самого себя, отказавшийся от себя ради своего плода”, - писал Максимилиан Волошин [6, 261].

Д.Лукач в монографии “Своеобразие эстетического” заметил: “...если даже субъект лирического творчества кажется высокомерно отвратившимся от всего на свете, кроме самого себя, если он, выражая это в словах или в презрительных умолчаниях, исключает из своей образной системы мир как видимость, признавая реальными и подлинными только свои душевые движения, то при этом речь может идти лишь о поверхности, внешней оболочке истинного положения дел... Эта видимость скрывает глубокое, внутреннее (правда, часто отрицательное) отношение к внешнему миру и к социальным реальностям современного мира, его прошлому и будущему... Подлинная интенсивность художественного выражения, эстетическое воплощение истинной внутренней жизни человека может быть достигнуто лишь в том случае, если произведение заставит воспринимающего, сочувствуя или протестуя, но пережить как жизненную правду то отношение к объективному, предметному миру, которое побуждает человека уйти в себя...” [10, 283].

III. Символизм – школа в искусстве или мировоззрение?

Блейлер в упомянутой выше работе [3] писал: “аутизм пользуется первым попавшимся материалом мыслей, даже ошибочным... он постоянно оперирует с недостаточно продуманными понятиями и ставит на место одного понятия другое, имеющее при объективном рассмотрении лишь второстепенные общие компоненты с первым, так что идеи выражаются в самых рискованных символах. Эти символы часто не распознаются и понимаются в их собственном значении”. Однако символика “отличается повсюду невероятным однообразием, от сновидения до душевной болезни и до мифологии” и “в аутистической символике существует при рождённое всем людям направление идей... для реалистической функции существует один только правильный результат, в то время как аутизм “располагает неограниченными возможностями” (Юнг) «и может достигать своей цели самым различным образом».

Аутистическая символика, несомненно, наиболее выражена в течении символизма, который, как известно, существовал не только в литературе, но и в изобразительном искусстве. Вопросы западноевропейского поэтического символизма и символизма в изобразительном искусстве не входят в область

рассмотрения в нашей статье. Затронем лишь вопросы русского поэтического символизма.

И.Анненский писал о поэзии символизма: ”поэт не навязывает природе своего я, он не думает, что красоты природы должны группироваться вокруг этого я, а напротив, скрывает и как бы растворяет это я во всех впечатлениях бытия... Здесь...мелькает я, которое хотело бы стать целым миром, раствориться, разлиться в нём, я – замученное сознанием своего безысходного одиночества, неизбежного конца и бесцельного существования; я в кошмаре возвратов, под грузом наследственности, я – среди природы, где, немо и незримо упрекая его, живут такие же я, среди природы, мистически ему близкой и кем-то больно и бесцельно сцепленной с его существованием. Для передачи этого нужен более беглый язык намёков, недосказов, символов...Музыка символов поднимает чуткость читателя; она делает его как бы вторым, отражённым поэтом” [1, 102].

В.Орлов вводит читателя в историю русского символизма: “Философия и эстетика русского декадентства и символизма складывались под влиянием различных идеалистических учений древнего, нового и новейшего времени – от Платона и новоплатоников до Владимира Соловьёва, Ницше, Бергсона и неокантинцев. Но особенно глубокое воздействие оказал на декадентов, бесспорно, Шопенгауэр...Символисты...поло-жили в основу своего художественного метода иррациональную интуицию, “вдохновлённое уггадывание”, примат чувства над разумом” [11, 396].

В.М.Жирмунский разделяет течение русского символизма на три поколения. К поэтам первого поколения он относит Бальмонта и Брюсова. ”Новая школа вводит в поэзию всё глубокое и богатое содержание души человеческой... Поэзия этой эпохи носит название индивидуалистической лирики”. К символистам второго поколения Жирмунский относит Вячеслава Иванова, Андрея Белого, Александра Блока. “Символисты второго поколения – мистики... Вместо логически ясно очерченных понятий слова должны были стать намёками, полутонаами и полутенями, подсказывать настроения, логически неясные, но музыкально значительные”. Представитель третьего поколения – Кузьмин. “В этой детской мудрости Кузьмина, преодолевшей хаос, оставленный за порогом искусства и теперь свободно и радостно принимающей весь мир, неискажая его чрезмерной индивидуалистической требовательностью, уже намечается путь к преодолению символизма” [8, 106].

Слово – самим символистам: “Символ – это образное иносказание, шифрованное сообщение, подлежащее прочтению при помощи найденного ключа” (Вячеслав Иванов) [12, 274], “по природе строго реалистический образ, символ – намёк, отправляясь от которого сознание читателя должно

самостоятельно прийти к тем “неизречённым” идеям, от которых отправляется автор. Символисты требовали, чтобы писатель, поэт был вместе с тем и философом, мыслителем” (В.Брюсов) [5, 432].

IV. Какой он – Александр Блок?

Вспомним Блока – удивительно чувствительного человека и поэта. Послушаем отзывы современников о нём.

“...его натура была противоречивой и многогранной. Человек нежной и деликатной души, обладающий исключительным богатством духовного мира, он нередко прятался за своеобразную защитную оболочку – был на людях горд, замкнут, сдержан” (И.Н.Пружан), “С ним никто первым не заговаривал. Он был отдельно в толпе” (В.Р.Шиловский), “производил он впечатление человека с глубокой душевной тайной” (Э.И.Шуб) [7, 260].

И голос у Блока, писал Волошин, “отрешённый, прислушивающийся и молитвенный» [6, 544].

В.Брюсов заметил, что творчество Блока “всегда остаётся чисто лирическим, он всегда выбирает выражения и эпитеты не по объективным признакам предметов и явлений, но согласно со своим субъективным отношением к ним. В стихах Блока автор никогда не исчезает за своими образами, личность поэта всегда перед читателями... его создания требуют от читателя большого напряжённого внимания. Должно доказывать недоговорённое, восстанавливать связь между образами, явную для поэта, но не всегда выраженную, а главное, каждое отдельное стихотворение – принимать как одну главу из длинного ряда других, дополняющих и объединяющих её”, “Стих Блока гибок и задумчив... для Блока мечты и сон являются безвыходными состояниями духа” [5, 414].

Литературный критик Жирмунский писал о поэзии Блока: ”...он строит своё произведение как бы на самой границе соприкосновения двух миров – реального и сверхреального – так что переход из мира реальностей в мир символов ускользает от читателя и самые обычные предметы как бы пропускают иным значением, не теряя вместе с тем своего вещественного символа... В истории русского символизма поэзия Блока обозначает высшую ступень – наиболее утончённые приёмы в пользовании метафорой и символом как способами преображения действительности и знаменования её привычными образами иных реальностей...” [8, 226].

V. Цветовая символика в искусстве

Английский философ и поэт К.Кодуэлл в книге “Иллюзия и действительность” заметил: ”Живопись сходна с поэзией именно в том, что эмоции присущи не ассоциациям предметов, а линиям, формам, цветам, которыми нарисованы эти предметы... Линия и цвет, символизирующие реальные

объекты – это отражение действительности через призму личного я” [9, 229].

Американский эстетик и психолог искусства Рудольф Арнхейм в монографии “Искусство и визуальное восприятие” отметил: “Тот факт, что цвет несёт с собой большую выразительность, не подлежит никакому сомнению... Воздействие цвета окажется довольно сильным и самопроизвольным только в том случае, когда он является результатом интеллектуального истолкования” [2, 315].

Сергей Эйзенштейн писал: ”...разбить невозмутимую, раз навсегда установленную соотносительность элементов...цветовых явлений – во имя идей и чувств, стремящихся говорить, петь, кричать посредством этих элементов...то будет природная гармония или дисгармония цветов, тонов и красок, разбитая и вновь воссозданная в новых качествах сквозь призму творческого волнения художника, цветово пересоздающего мир” [14, 491] и так отзывался о творчестве Александра Блока – “мастера, как бы объединяющего в себе сочетание чистой поэзии с не менее остро эмоциональным (если и не конкретно образным) ощущением цвета... цвет здесь – до конца органичное средство выражения настроений и чувств его – недаром же говорят ...об эмоциональной окрашенности” [14, 559].

Андрей Белый писал о Блока: ”...он любил выражать настроения цветами, в стихах изживал он стихию переживаний своих, опознавал он стихии цветами” [7, 27].

Вот что говорит сам поэт в статье “Краски и слова” (1905 г.): ”Ласковая и яркая краска сохраняет художнику детскую восприимчивость; а взрослые писатели жадно берегут в душе остаток чувства... Говорят, слов больше, чем красок; но, может быть, достаточно для изящного писателя, для поэта – только таких слов, которые соответствуют краскам. Ведь это – словарь удивительно пёстрый, выразительный и гармонический” [4, 241].

VI. Тест Люшера и поэзия Александра Блока

В 1988 году, когда я заканчивала медицинский институт, мой первый учитель психологии Александр Павлович Шиловский, посвятив меня в тест Люшера и приводя примеры цветовых пар, произнёс: ”Я принёс тебе чёрную розу в бокале Золотого, как небо, аи”. И пояснил, что это 74. Он не заострил на этом внимания, но мне пришла в голову мысль: что, если попробовать приложить интерпретации теста Люшера к стихам Блока – это поможет лучше понять настроение поэта во время написания произведения. Я попробовала – и удивилась полученным сопоставлениям. Когда я рассказала об этом Александру Павловичу, он спросил: ”Как ты это придумала?” Я напомнила ему о нашем разговоре, но он сказал, что даже мысли об этом у него не было. Так родилась наша курсовая работа, из

которой впоследствии возник университетский диплом. Основные положения диплома – в статье “Психологическая интерпретация цветовой символики лирики А.А.Блока”, здесь же я хочу привести несколько примеров.

* * *

Когда святого забвения
Кругом недвижная тиши,
Ты смотришь в тихом томлении,
Речной раздвинув камыш.

Я эти травы зелёные
Люблю и в сонные дни.
Не в них ли мои потаённые,
Мои золотые огни?

Ты смотришь, тихая, строгая,
В глаза прошёдшей мечте.
Избрал иную дорогу я, -
Иду, - и песни не те...

Вот скоро вечер придвинется,
И ночь – навстречу судьбе;
Тогда мой путь опрокинется,
И я возвращусь к Тебе.

+2+4 Нуждается в признании. Честолюбив, хочет, чтобы им восхищались. Стремится ликвидировать разрыв, который, как он чувствует, отделяет его от других.

✗7 Конфликт или неудовлетворённость в чём-либо вызвали потребность в компенсации, на которую указывает +группа (+2+4).

* * *

Золотистою долиной
Ты уходишь, нем и дик.
Тает в небе журавлинный
Удаляющийся крик.

Замер, кажется, в зените
Грустный голос, долгий звук.
Бесконечно тянет нити
Торжествующий паук.

Сквозь прозрачные волокна
Солнце, света не тая,
Праздно бьёт в слепые окна
Опустелого жилья.

За нарядные одежды
Осень солнцу отдала
Улетевшие надежды
Вдохновленного тепла.

=4=0 Хочет почувствовать себя эмоционально вовлечённым, но в своих отношениях с близкими

людьми требователен и привередлив, однако открытых конфликтов старается избегать, так как они могут понизить шансы на свершение его надежд и замыслов.

=4 Верит в то, что его надежды и замыслы реальны, однако, нуждается в подбадривании и поощрении. При выборе партнёра пользуется очень строгими критериями и хочет быть застрахован от потерь или разочарований.

* * *

Вот девушка, едва развившись,
Ещё не потупляясь, не краснея,
Непостижимо чёрным взглядом
Смотрит мне навстречу.
Была бы на то моя воля,
Просидел бы я всю жизнь в Сеттиняно,
У выветрившегося камня Септимия Севера.
Смотрел бы я на камни, залитые солнцем,
На красивую загорелую шею и спину
Некрасивой женщины под дрожащими тополями.

-3-7 Чувствует, что попал в неприятную ситуацию и бессилен как-либо исправить это положение. Рассержен и раздражителен, так как сомневается, что сможет достичь своих целей, и фruстрирован до состояния нервного истощения. Хочет выпутаться из этой ситуации, почувствовать меньше ограничений и обрести свободу принимать решения самостоятельно.

+0+4 Хочет избавиться от неудовлетворяющей его ситуации и от бремени, которое ему приходится нести. Ищет выход, но чувствует, что выхода нет. Стремится оградить себя от участия в спорах и конфликтах.

+6 –2 Напряжение, вызванное попыткой справиться с обстоятельствами, которые на самом деле выше его сил и возможностей, породило значительную тревогу. Пытается искать спасение от этого в обстановке устойчивости и безопасности, в которой он мог бы прийти в себя, в которой бы его ничто не раздражало.

* * *

Золотокудрый ангел дня
В ночную фею обратится,
Но и она уйдёт, звеня,
Как мимолётный сон приснится.

Предел наш – синяя лазурь
И лено матери земное.
В них тишина – предвестье бурь,
И бури – вестницы покоя.

Пока ты жив, - один закон
Младенцу, мудрецу и деве.
Зачем же, смертный, ты смущён
Преступным сном о божьем гневе?

+7 - 4 Разочарование и боязнь, что определение какой-то новой цели не имеет смысла, вызвало тревогу, ощущение пустоты и презрение к самому себе, в которых он не признаётся. Его отказ принять это заставляет его выработать своевольное и вызывающее отношение.

+7-7 Амбивалентность отношений, колеблется между нормальным индивидуализмом и упорным неприятием всех остальных точек зрения.

=1 Не испытывает эмоциональной привязанности, даже находясь в близких отношениях с кем-либо.

* * *

Вот она – в налетевшей волне
Распылалась последнею местью,
В камышах пробежала на дне
Догорающей красною вестью.

Но напрасен манящий наряд;
Полюбуйся на светлые латы:
На корме неподвижно стоят,
Обращённые грудью к закату.

Ты не видишь спокойных твердынь,
Нам не страшны твои непогоды.
Догорающий факел закинь
В безмятежные, синие воды.

=2=3 Чувствует себя несчастным из-за сопротивления, с которым сталкивается всякий раз, когда пытается отстаивать свои права. Эти препятствия вызывают у него негодование и возмущение, однако, он уступает и соглашается приспособливаться, лишь бы достичь мира и покоя

+3-3 Амбитентность отношений, колеблется между желанием поступать по-своему и потребностью в том, чтобы его оставили в покое.

+0 Не желает ни в чём участвовать и хочет избежать каких бы то ни было стимулов. Пришлось очень много вытерпеть, это утомило и опустошило

его. Сейчас стремится к ограждению и невовлечённости.

+1-3 Истощение жизненной энергии сделало невыносимым какое-либо дальнейшее возбуждение или какие-либо требования к его возможностям. Ощущение бессилия вызывают у него беспокойство и причиняют острую боль. Пытается найти спасение от всего этого в отказе от борьбы, в поисках спокойной и мирной обстановки, в которой он мог бы прийти в себя в атмосфере доброжелательности и безопасности.

Литература.

- 1). Анненский И. Книги отражений. М., 79.
- 2). Арнхейм Р. Искусство и визуальное восприятие. Пер. с англ. М., Прогр., 74.
- 3). Блейлер Э. Аутистическое мышление.// в сб.: Хрестоматия по общей психологии. Психология мышления. Под ред. Гиппенрейтера, Петухова. Изд. МГУ, 51, с.113-122.
- 4). Блок А. Об искусстве. М., 80, с.240-245.
- 5). Брюсов В.Я. Сочинения в 2-х т. М., 87. Т.2.
- 6). Волошин М. Лики творчества. М., 88.
- 7). Цит. по Долинский М.Э. Искусство и Александр Блок. М., 65,
- 8). Жирмунский В.М. Теория литературы. Поэтика. Стилистика. Л-д, 77.
- 9). Кодузэлл К. Иллюзия и действительность. Об источниках поэзии. Пер. с англ. М., Прогр., 69.
- 10). Лукач Д. Своеобразие эстетического. В 4-х т. Пер. с нем. М., Прогр., 86. Т.2.
- 11). Орлов Вл. Избр. работы в 2-х т. Л-д, 82.
- 12). Цит. по Храпченко М.В. Собр. сочинений в 4-х т. Т.4. М., 82.
- 13). Шпрангер Э. Идеальные типы индивидуальности.// в сб. Психология личности. Тексты. Под ред. Гиппенрейтер, Пузырей. МГУ, 82.с.518.
- 14). Эйзенштейн С. Избранные произведения в 6-и т. Т.3.М., 64.
- 15). Якобсон Р. Работы по поэтике. М., Прогр., 87.

ПРИМЕНЕНИЕ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ПСИХИАТРИИ

Е.М.Рубцова, Н.П.Сысоева

Иглорефлексотерапия является одним из немногих в медицине методов лечения, который, возникнув много веков назад, сохранился и применяется в наше время в форме очень близкой к исходной. Для этого есть несколько причин.

Первая – это возможность значительно уменьшить фармакотерапию; вторая – отсутствие при квалифицированном применении ИРТ нежелательных побочных эффектов; третья – простота метода

ИРТ широко применяется при лечении больных с заболеваниями функционального, а порою и органического характера.

Сутью метода является нормализация циркуляции энергии по меридианам или каналам. Восточная медицина выделяет 12 основных парных каналов, 2 непарных, 15 вторичных и 8 экстраординарных (чудесных) меридианов. Эти меридианы имеют собственные окупунктурные точки в количестве

от 9 до 67. Точки основных меридианов могут характеризоваться, с одной стороны, симптомами, относящимися к поражениям тех тканей и областей, по которым проходит данный меридиан, а с другой – симптомами, относящимися к поражению того органа, к которому относится данный меридиан. Воздействуя на соответствующие точки, мы вызываем рефлекторный ответ, при чем силу воздействия мы можем регулировать.

Метод иглоукалывания мы применяли при лечении неврозов и депрессий.

При неврозах использовали воздействие на точки общего действия для нормализации процессов возбуждения и торможения. Ауриколотерапия подключается на более поздних этапах лечения (после 4-5 сеанса). Курс лечения ИРТ с нарушениями сна принял 30 человек. Количество сеансов проводилось от 10 до 20. Сон улучшился у 17 человек на фоне снижения медикаментозной терапии, у 8 человек исчезли кошмарные сновидения и ранние пробуждения, у 5 человек улучшения не отмечалось. При катамнестическом наблюдении повторно из 30-ти пролеченных обратились в течение года 5 человек.

При депрессивных состояниях также используются точки общего действия с подключением аурикултерапии по стимулирующей или седативной методике, которых добиваемся временным интервалом воздействия, а также силой раздражения.

Курс лечения принял 15 человек. Количество проведенных сеансов от 9 до 22. Заметное улучше-

ние наблюдалось у 9 человек, у 5 – динамика была незначительной. 9 больных заметно стали живее эмоционально, бодрее, у них исчезла тревога, выравнялось настроение. Прием антидепрессантов, зачастую дающих нежелательные побочные эффекты, оставался на невысоких дозах. У 6 больных наблюдалась депрессивная симптоматика эндогенного характера, требующая более интенсивного лечения с применением высоких доз медикаментов. Но сочетание ИРТ с медикаментозным лечением приводит к более быстрому выходу из депрессии. Так, из 6-ти больных у троих наблюдалось значительное улучшение при сочетании антидепрессантов и ИРТ уже через две недели от начала лечения, а при лечении одними медикаментами через две недели, а то и позже наблюдаются только первые симптомы улучшения.

При катамнестическом наблюдении повторно из 15 пролеченных больных в течение года обратились 2 человека.

Следовательно, применение ИРТ при лечении неврозов и депрессивных состояний:

- приводит к более быстрому улучшению;
- во многих случаях позволяет снижать или совсем отказаться от медикаментозной терапии;
- процент повторно обратившихся в течение года больных не превышает такой же процент при традиционных методах лечения, что, безусловно, говорит о необходимости применения ИРТ в лечении пограничных состояний.

О РОЛИ “ИРРИТИРУЮЩЕЙ ТРИАДЫ” В ГЕНЕЗЕ ПОГРАНИЧНОЙ НЕРВНОПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПОДРОСТКОВ

В.И.Шушкевич, В.А.Яшина, Г.В.Доброхотова,
Г.Р.Сорока, П.П.Саенко

г. Рудный

Под нашим наблюдением находилось 90 подростков в возрасте от 14 до 16 лет, учащихся учебных заведений г. Рудного, проходивших лечение по поводу пограничной нервно-психической патологии в городской поликлинике за период 1999-2002 г.г.

В группе обследованных больных часто выявлялись хронический тонзиллит – у 70 человек (77,8%), шейный вертебральный синдром – у 50 человек (55,5%), хронический холецистит у 30 человек (33,3%). Именно при этих заболеваниях закономерно выявлялась периферическая симптоматическая ирритация в виде болезненности вегетососудистых точек в местах прикрепления сухожильных мышц и фасций к костным выступам, изменение топичности и чувствительности отдельных

мышц и мышечных групп, что позволило ряду авторов отмеченную группу заболеваний (шейный вертебральный синдром, хронический тонзиллит, хронический холецистит) условно обозначить как “ирритирующую триаду” (В.Б.Захоржевский, Л.Л.Дмитриева и др.1989 г.), для которых характерны гемодинамические расстройства общего и местного характера, затрагивающие и мозговое кровообращение, вызывающие гипоксию мозга и ограничивающие функциональные возможности корковых клеток в условиях психо-эмоционального напряжения, что позволило выдвинуть гипотезу о роли циркуляторной гипоксии в патогенезе нервотических расстройств.

Отмечено наличие зависимости между периферической симпатической ирритацией и характер-

ными невротическими болевыми синдромами. Нарастание интенсивности цефалгического (он определялся у 90% больных - 81 человек) и кардиалгического (у 70% больных - 63 человека) синдромов коррелировали с более частым выявлением заболеваний, входящих в ирритирующую триаду, в частности, с отчетливым возрастанием удельного веса хронического тонзиллита, шейного вертебрально-го синдрома. Также прослежена связь между обострением хронического тонзиллита и шейного вертебрального синдрома в весенне-осенне время и срывом адаптивных возможностей организма у подростков на невротизирующее воздействие.

Учет вышеизложенных особенностей генеза неврозов позволил на фоне проведения адекватной психофармокоррекции, психогигиенических и психопрофилактических мероприятий уменьшить количество случаев нетрудоспособности с неврозами на 40%, уменьшилась повторная обращае-мость пациентов в поликлинику.

Таким образом, наличие у пациентов хотя бы одного заболевания из группы ирритирующей триады, должно рассматриваться как соматогенный

фактор риска развития невротической патологии.

Литература:

1. *Неврозы: Экспериментальные и клинические исследования. Л. Наука, 1989 г. стр.126-133.*
2. *Шушкевич В.И. Об опыте психотерапевтической работы на промышленном предприятии. (Сборник. Вопросы психиатрии и наркологии. Кустанай 1991 г. Стр. 212)*
3. *Шушкевич В.И., Литвинович В.Д. Об опыте комплексной психотерапевтической работы на базе поликлиники общесоматической сети. (Вопросы ментальной медицины и экологии. 1997 г., Т.3., № 3,стр. 28-31)*
4. *Шушкевич В.И., Яшина В.А. Об опыте психотерапевтической работы на базе стационара общесоматической сети. (Вопросы ментальной медицины и экологии. 1999 г. Т. 5, № 3, стр. 40-41)*
5. *Шушкевич В.И., Тлеубаева А.У., Яшина В.А., Осипова Н.Б. Особенности психотерапевтической работы в ГККП "Городская поликлиника" г. Рудного. (Вопросы ментальной медицины и экологии Т. 7, № 1,стр. 60-61, 2001 г.)*

НАРКОЛОГИЯ

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И ТЕЛЕСНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА

В.В.Летуновский

При работе над диссертацией, посвященной экзистенциальному анализу, я встретился с довольно интересным высказыванием, одной из учениц Медарда Босса Хейди Брэннер (Brenner 1988, р.р. 141-152), суть его сводилось к тому, что единственным возможным “медиум” (канал связи) между психотерапевтом и пациентом в экзистенциальной психотерапии это “разговорный” мир (spoken world). И тогда я задумался, почему же единственный? Причина мнения, что “медиум” этот единственный мне видится в двух устойчивых традициях. Первая традиция связана с Зигмундом Фрейдом и касается непосредственно техники его психотерапевтической работы, которую, кстати, боготворил все тот же Медард Босс (Boss, 1958; 1962). А техника эта, прежде всего, разговорная. Вспомним, первые экзистенциальные психотерапевты учились либо у самого Фрейда, например, как Людвиг Бинсвангер и Медард Босс, либо у его учеников и последователей. Кого бы мы ни вспомнили, будь то Роланд Кун, Ролло Мэй или Ирвин Ялом, все они учились у психоаналитиков.

Вторая традиция связана с Богом-отцом экзистенциального анализа, как его называет Ойген Канн (Kahn, 1962) – Мартином Хайдеггером, влияние которого на развитие экзистенциальной психотерапии также трудно переоценить. Всем известна особая любовь Хайдеггера к языку, кстати, хорошо иллюстрируемая известным его выражением “Язык – дом бытия” (Хайдеггер, 1993 г.). Вербальная составляющая для первых экзистенциальных аналитиков - Л.Бинсвангера и М.Босса соответственно была ведущей, определяющей и можно сказать единственной.

Итак, почему “разговорный мир” считается единственным “медиумом” становится ясно. Но является ли он действительно единственным на самом деле? Множество исследований, проведенных когнитивными и социальными психологами (например, такими как Альберт Мехребиан), говорят о том, что в процентном соотношении вербальная составляющая составляет даже не половину целостного процесса коммуникации, а гораздо меньше. Ни чуть не умаляя важность вербальной составляющей (“разговорный мир”), зададимся вопросом: должны ли мы пренебрегать в процессе терапии всем тем, что за рамки этой составляющей выходит? Ответ напрашивается сам собой.

Попробуем поразмыслить. Если мы вынесем

вербальную составляющую за скобки, что у нас в этом случае останется? Останется, прежде всего, то, что непосредственно связано с телом человека: позы, жесты, мимика, характер движений, непосредственный телесный контакт. Очевидно, сюда также можно добавить голос, его выразительность, тембр, интонацию. Вспомним, кстати, одно из любимых выражений Хайдеггера, который позаимствовал его в свою очередь у Гельдерлина “Dasein – это песня” (Gesang ist Dasein). Может ли мы говорить о том, что песня – это только слова (“разговорный мир”)?

И не то, чтобы экзистенциальные психологи и психотерапевты не занимались телом. Мы знаем много серьезных и интересных работ экзистенциально-ориентированных авторов на эту тему (Дюркхайм, 1992; Boss, 1979; Buystendijk, 1948; Van den Berg, 1962). Однако их философские и теоретические размышления никак не отразились непосредственно на техниках психотерапевтической работы. Исключение может составить, пожалуй, лишь Калфрид Дюркхайм, возможно, именно потому, что он свободен от двух вышеуказанных традиций: Фрейдистской и Хайдеггерянской.

Однако прежде чем перейти непосредственно к разговору о возможных альтернативных техниках работы, необходимо прояснить ряд вопросов методологического характера. Первый вопрос, на который нам необходимо ответить – это, собственно, в чем заключен смысл экзистенциального отношения к телу. Одна из центральных тем экзистенциальной мысли – это максимально полное присутствие человека в бытии, полнота его бытия (“укорененность” в бытии), тема самым тесным образом связанная с подлинностью существования и, в конечном итоге, с исполненностью человеческой экзистенции.

Полное присутствие человека в бытии начинается с полноты его присутствия в тех ситуациях, которые выпадают на его долю в жизни. А полнота присутствия в жизненной ситуации немыслима вне присутствия в собственном теле. В качестве иллюстрации можно привести описания случаев шизофрении Рональдом Лэнгом (Лэнг, 1995). Название его книги “Расколотое Я” имеет самое непосредственное отношение к телу. Лэнг отмечает, что многие больные шизофренией демонстрируют инструментальное отношение к своему телу, они относятся к нему как неживому объекту. На их рисунках

часто (чему сам автор был свидетелем) живые части тела смешиваются с неживыми: колесами, милицейскими мигалками и т.д. Дистанцируясь от своей чувственно-телесной составляющей человек как бы развоплощается, и в этом смысле становится онтологически незащищенным.

Таким образом, путь к полноте бытия, т.е. к максимально полному присутствию в жизненной ситуации, самым непосредственным образом связан с полнотой присутствия в собственном теле. При чем, в экзистенциальной традиции (Дюркхайм, 1992; Boss, 1979) тело понимается не как соединение белковых тел, а как телесно-душевый континуум, включающий в себя смысловые горизонты человека: если я подумал о моем друге, находящемся от меня за 5000 км, я уже связан с ним телесно. Тело ни в коем случае не рассматривается как инструмент, мое тело – это я сам. Моя укорененность в бытии неразрывно связана с моей укорененностью в теле.

В связи с вышеизложенным может возникнуть вопрос, не будет ли способствовать перенос нашего внимания на тело дальнейшему усилиению гедонической тенденции (господство принципа удовольствия), начало которой положил Фрейд, и губительные последствия которой в настоящее время трудно не заметить? Существует ли такая опасность? Да, безусловно, существует. Перенос внимание на работу с телом может стать опасным, если мы забудем о двух вещах.

Первая заключается в следующем. Как уже было указано ранее, в экзистенциальной парадигме под телом понимается не только и не столько физический организм, ограниченный границами кожи, а непосредственно сам человек со всеми его мыслями, эмоциями и чувствами. Подобный поход к телесности человека детально проработан в концепции телесности (экзистенциал телесности) Медарда Босса (Boss 1979, р.р.100-105), а также в понимании тела как *Leib* Калфрида фон Дюркхайма (Дюркхайм, 1992, с.с. 96-99).

Вторая опасность касается понимания свободы и пафоса свободы в экзистенциальной парадигме. Напомним, что вторая стадия становления человека по Серену Кьеркегору – этическая подразумевает не служение своей чувственной стихии, а, наоборот, возможность сказать ей “нет”, именно от этой точки по Кьеркегору начинается путь к подлинной свободе, который достигает своей кульминации на религиозной стадии, когда человек становится способен отказаться от всех привычек своего прежнего существования, чтобы отдать всю полноту своей свободы Богу (Кьеркегор, 1993). Итак, не освобождение вытесненных желаний, не потворствование прихотям тела, а максимально полное присутствие в жизненной ситуации, а именно в телесных ее аспектах – суть и смысл экзистенциального похода к телу и телесности.

Отличительные особенности экзистенциальной телесно-ориентированной психотерапии:

Принципиальные:

1. Тело понимается как я сам, экзистенциальная опора всего сущего, эталон моей неразрывной связи с миром, моей безусловной причастности миру.
2. Тело рассматривается вне (или до) субъект-объектного членения реальности, как телесно-душевый континуум, включающий смысловые горизонты.
3. Тело рассматривается в неразрывной связи с другими и с миром (бытие-в-мире, бытие-вместе).
4. Тело выступает как своего рода “напоминаль” присутствия смерти в моей жизни, конечно-сти моего физического существования.

Методические:

5. Терапевт при непосредственной работе с телом пациента не руководствуется никакими заранее установленными алгоритмами и схемами, его конкретные действия всецело определяются и задаются контекстом ситуации.
6. В работе с движениями тела отрабатывается движение всей целостностью своего существа, исключая привычную последовательность: ментальный приказ – действие.
7. Терапевт должен быть предельно *собран* и всецело *присутствовать* (быть при сути) в психотерапевтической ситуации.
8. Уделяется особое внимание связи человека с миром, развивается чувство собственной нераздельности с другими и с миром.
9. Базовый принцип тренировки - от тела к более широкой реальности, например, от телесной собранности к *собранности вообще*.
10. Толкование конкретного опыта проводиться не каузально (психоаналитическая традиция), а экзистенциально (“Как я существую?”) и проспективно (“Какие *наброски смысла* мне открываются?”).
11. Экзистенциальная психотерапия – не есть форма одностороннего воздействия на пациента, а просто общий отрезок *Пути* (совместный процесс), на котором один (терапевт) лишь немного больше заботится о другом (пациенте), т.е. расчищает дорогу и выступает в качестве проводника.

Следующий закономерный вопрос, а каким образом, все эти принципы могут быть воплощены непосредственно в психотерапевтической практике? Здесь мы замыкаем круг и возвращаемся к началу нашего разговора. Возможен ли в экзистенциальной терапии другой “медиум” (канал связи, взаимодействия) помимо “говорящего мира”? - Не вызывает сомнений, что возможен. Примером тому

может быть весь богатейший арсенал современной телесно-ориентированной психотерапии. Проблема заключается в том, что методологические установки этого направления до сих пор определяются разного рода смесями фрейдизма и гностицизма, пример тому работы Райха, Лоуэна и Фельденкрайза.

Экзистенциальный психотерапевт, работающий с телом, занимается не “мышечным панцирем”, а целостным бытием-в-мире пациента, проявляющимся в телесном модусе его экзистенции. С этой точки зрения суть не в самих техниках, а в характере их использования, в наших методологических установках на процесс терапии. Что же касается самих техник, они могут быть различными, это могут быть рисовальные техники, двигательные, релаксационные, вполне возможен и непосредственный телесный контакт, например, как это происходит в технике Leibarbeiten Калфрида Дюркхайма.

Таким образом, подводя итоги вышесказанному, мы можем говорить о том, что экзистенциальная телесно-ориентированная терапия не только возможна, она жизненно-необходима. Экзистенциальному психотерапевту вовсе не обязательно довольствоваться исключительно лишь медиумом “говорящего мира”, другие каналы коммуникации способны предоставить ему новые возможности, значительно повышающие эффективность его работы как терапевта.

Литература:

1. Дюркхайм Калфрид. *О двойственном происхождении человека.* - Спб., - Импакс, 1992. – 156 с.

2. Круг Уrsула. *Раскреющение “Я”.* // Человек № 3 – 1993, с. 97-98.
3. Кьеркегор С. *Страх и трепет:* Пер. с дат. – М.: Республика, 1993. – 383 с.
4. Лейнг Р. *Разделенное Я.* – К. 1995. – 320 с.
5. Пфеффлин Андрэас. *Прийти к себе.* // Человек № 3 – 1993, с. 89-95.
6. Хайдеггер М. *Время и бытие: Статьи и выступления:* пер. с нем. – М.: Республика, 1993 г. – 447 с.
7. Хайдеггер М. *Бытие и время.* – М. 1993 г. – 451 с.
8. Brenner H. (1988) *The Self Understanding of the Psychotherapist Humanistic Psychologist*, 16, p.p. 141-152
9. Boss, M. *Psychoanalysis and Daseinanalysis.* New York: Philosophical library, 1958. с. 113-117
10. Boss, M. “*Daseinanalysis*” and psychotherapy. *Psychoanalysis and Existential Philosophy.* New York: E.P.Dutton Co. 1962, p.p. 81-89
11. Boss, M. (1979) *Existential foundations of medicine and psychology.* (Trans S. Conway & A. Cleaves). New York: Jason Aronson.
12. Buytendijk F. J. J., *General Theory of Human Carriage and Movement* (Utrecht, Spectrum, 1948).
13. Duerckheim K. «*Überweltliches Leben in der Welt*» Norbert Friedrich Weitz Verlag, Aachen 1989.
14. Condrau, G. (1994b) *Phenomenological features of psychosomatic disorders.* International Forum of Psychoanalysis, 3, 235-238.
15. Van den Berg. *The human body and the significance of the human movement.* // *Psychoanalysis and Existential Philosophy, A Group of articles.* New York: E.P.Dutton Co. 1962, p.p.89-129

ФОРМИРОВАНИЕ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ В МЛАДШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ

А.А.Марашева

За последние годы наблюдается тенденция омолаживания наркомании. Снижение нижней границы наркотизации до 7-11 лет составляет главную особенность современной эпидемии наркотизации. Дети и подростки со свойственной этому возрасту чувствительностью, оказываются наиболее незащищёнными, уязвимыми, одинокими и психологически беспомощными перед жизненными трудностями. Часто они не готовы к новым жёстким требованиям общества, не способны сделать самостоятельный выбор и взять на себя ответственность за своё поведение, за своё будущее и поэтому оказываются в стрессовых ситуациях. Не обладая жизненными навыками, не умея выбирать эффективные способы снятия напряжения, которые давали бы им возможность сохранить свою индивидуальность и сформировать здоровый и эффективный стиль жизни, они неправляются с многочисленными проблемами. Это приводит к дезадаптивному и саморазрушающему поведению, в том числе, злоупотреблению наркотиками и другими психоактивными веществами. По данным П.Д.Шабанова первая проба психоактивных веществ в большинстве случаев происходит в 11-14 лет в группе нар-

г. Караганда

команов, и 15-17 лет - остальной массив.

Всё это соответствует данным официальной медицинской статистики о том, что наркомания формируется в раннем возрасте. Исходя из этого факта, нельзя надеяться на успех борьбы с наркоманией, не проводя профилактических мероприятий в школьной возрастной категории, начиная с начальных классов.

Профилактика зависимостей от психоактивных веществ проводится уже давно во всём мире и к этой проблеме существует довольно много подходов, которые опираются на различные научные концепции. Многие концепции, на которых основывается профилактика наркомании в нашей стране и за рубежом, оказываются несостоятельными, так как в общественной жизни всё время происходят изменения, за которыми не может угнаться ни одна из уже созданных теорий. Необходим постоянный поиск новых путей решения данной проблемы. Однако каждая теория содержит некоторые положения, которые могут оказаться универсальными. Рассмотрим несколько основных теоретических концепций. Одной из основных теорий социально-когнитивного направления, на которой базируются многие зарубежные антинаркотические программы, является теория социального обучения А.Бандуры. В основе этой теории лежит положение о том, что личность человека изменяется под воздействием требований социальной среды, в результате чего происходит обучение определенным формам поведения. Человек налаживает поведенческий опыт реагирования на требования среды. Меняет стиль своего поведения таким образом, чтобы проблемы взаимодействия с окружающей социальной действительностью были менее травматичными, а само поведение – более эффективным. В детстве этот процесс происходит преимущественно неосознанно, по мере взросления человек действует более сознательно и целенаправленно. Данные положения теории Бандуры широко используются в современных научно-обоснованных профилактических программах, цель которых осознание процесса формирования собственного поведения. Существенное влияние на разработку современных профилактических программ оказала также транзакциональная теория стресса и копинга Р.Лазаруса. Р.Лазарус вводит понятие “копинг” – преодоление стресса, совладание с ним, при этом успешность адаптации к стрессам определяется уровнем развития копинг-ресурсов. Низкое развитие приводит к формированию пассивного дезадаптивного копинг-поведения, социальной изоляции и дезинтеграции личности. С.Фолькман. Выделяет следующие виды копинг-ресурсов:

- физические (здоровье, выносливость)
- психологические (убеждения, самооценка, локус контроля, мораль)
- социальные (социальные связи человека и

другие виды социальной поддержки)

Данные виды ресурсов подразделяются на личностные и средовые. К ресурсам личности относят: ресурсы когнитивной сферы – возможности, позволяющие оценивать воздействие социальной среды, окружающей человека; Я – концепция, или представление человека о себе; интернальный локус контроля – умение контролировать свою жизнь и принимать на себя ответственность за неё; аффилиация – умение общаться с окружающими; эмпатия – умение сопереживать другим, проживать вместе с ними какой-то отрезок их жизни, накапливая при этом свой собственный опыт; позиция человека по отношению к жизни, смерти, любви, одиночеству, вере; духовность человека; ценностная мотивационная структура личности. К ресурсам социальной среды можно отнести: системы социальной поддержки – окружение, в котором живёт человек; социально поддерживающий процесс – умение находить и оказывать социальную поддержку.

В последнее время исследования различных форм преодоления стресса становится основой разработки программ профилактики различных заболеваний, в том числе зависимости от психоактивных веществ. Концепция копинга является одной из центральных в современной теории стресса, а умение успешно преодолевать стресс рассматривается, как основной фактор, который помогает человеку эффективно справляться с негативными воздействиями стрессовых ситуаций, в число которых входит и начало употребления наркотических средств. Современные научные исследования доказывают, что к формированию зависимости от наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ у детей и подростков ведёт недостаточное развитие у них личностных и средовых ресурсов, использование неэффективных копинг-стратегий. Результаты масштабного многоуровневого исследования проблемы наркозависимости в РК, проведённого Республиканским научно-практическим Центром медико-социальных проблем наркомании, дают новое понимание проблемы профилактики наркомании. Новый взгляд на эту проблему заключается в формировании феноменов антинаркотической устойчивости, под которым понимают совокупность личностных свойств, ведущих к стойкому отказу от употребления психоактивных веществ, в каких бы то ни было ситуациях. Результаты вышеуказанного исследования, по мнению А.Л.Каткова убеждают в реальности феномена антинаркотической устойчивости населения РК и дают его основные компоненты:

- полноценное прохождение и завершение этапа идентификации личностного развития;
- адекватно сформированные навыки выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев;

-
- качество “внутренней” ответственности (внутреннего локуса контроля), тесно связанного с предыдущим пунктом;
 - наличие адекватно сформулированного “собственного” конструктивного жизненного сценария с системой ценностей, исключающих потребление наркотических веществ;
 - наличие достаточных ресурсов для реализации вышеназванных сценариев;
 - полноценная информированность о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации основных жизненных сценариев.

Наибольшим “весом” в вышеуказанном перечне, по результатам исследователей, обладает сочетание компонентов позитивного жизненного сценария, внутреннего локуса контроля, информированности о негативных последствиях потребления наркотических веществ. Так же, по данным исследования 60% населения, в целом, 70% наркозависимых испытывают дефицит “в новых идеях, целях и ценностях, повышающих цену жизни”. При этом и те, и другие уверены, что названный дефицит является основной движущей силой растущего спроса на наркотики. Таким образом, конструктивный жизненный сценарий является прямым конкурентом недифференцированному личностному статусу в высоким риском вовлечения в орбиту наркотизма.

На основе полученных результатов становится возможным формирование сквозной стратегии первичной, вторичной и третичной профилактики распространения наркозависимости, связанной с возможностью целенаправленного формирования феноменов антинаркотической устойчивости в социуме (Л.А.Катков).

До настоящего момента первичная профилактика проводилась, начиная с подросткового возраста, так как подростки, в силу особенностей возраста, считались наиболее вероятной группой риска. Но по данным последних исследований среди подростков возрастает процент, употребляющих психоактивные вещества. Следовательно, существует необходимость проводить первичную профилактику в более раннем возрасте. Полученные результаты многоуровневого исследования наркозависимости в РК показали, что младшая возрастная группа от 7-11 лет имеет средний уровень осведомлённости по теме природы наркотических средств (45,2%). Вызывает опасения тот факт, что 22,2% детей воспринимают наркотики как лекарство, а, значит, не осознают всю их опасность и представляют собой потенциальную группу риска. В том числе, младшая возрастная группа имеет высокий уровень осведомлённости о таком способе употребления наркотических веществ, как внутривенные инъекции (74,4%). Это можно объяснить тем, что данная группа населения в РК значительно чаще, чем более взрослое население нашей республики, получает информацию о проблеме наркомании по телевидению (65,7% и 56,3% соответственно). Следовательно, остальные источники информации остаются невостребованными, в том числе и такие значимые, как родители (родственники) и учителя, только лишь для 2% детей они являются источниками информации.

Таким образом, мы приходим к выводу о необходимости формирования антинаркотической устойчивости, начиная с раннего возраста, достигая эффективности, путём проведения первичной профилактики, используя всевозможные источники информации.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИЙ У НАРКОЗАВИСИМЫХ. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ. БОС КАК НОВЫЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ АДДИКЦИЙ.

С.Н.Молчанов, А.З.Нургазина,
А.М.Идрисова, Г.И.Алтынбекова

г. Павлодар

Реабилитация, реабилитационная среда, реабилитационный потенциал, его уровни

Реабилитация (лечебно-реабилитационный процесс - ЛРП) наркологических больных, в отличие от реабилитации при других заболеваниях, имеет особенности. В результате злоупотребления ПАВ наркотического ряда у больных не только форми-

руется собственно наркологическое заболевание, а также сомато-неврологическая патология, аффективные, поведенческие и интеллектуально-мнестические расстройства, но и неизбежно возникают значительные нарушения личности - нравственные,

мировоззренческие, социальные, ценностной ориентации, степень и направленность волевой регуляции поведения, социофобии и др. В связи с этим под реабилитацией или лечебно-реабилитационным процессом в наркологии понимается медико-социальная система, направленная на восстановление физического, психического и духовного здоровья наркологического больного, его личностного и социального статуса. Для достижения цели используется комплекс медицинских, психологических, психотерапевтических, воспитательных, трудовых, социальных мер и технологий.

Одной из наиболее значимых инноваций в области реабилитации наркологических больных является терапевтическое сообщество (ТС). В настоящее время этот термин используется для обозначения новой организационной формы - структурированной больничной или терапевтической среды, поощряющей деятельность больных в рамках социальных норм и принципов общечеловеческих ценностей. В общем смысле оно обозначает любое медицинское, исправительное или образовательное учреждение, которое стремится улучшить судьбу находящихся в нем пациентов, предоставляя им возможности для продуктивной и ответственной работы, развития их интересов и способностей, и, прежде всего, на первом этапе реабилитации, для их участия в повседневной деятельности соответствующего учреждения.

В специфическом смысле ТС обозначает реабилитационное учреждение, использующее в своей практике некое характерное множество принципов и методов. Основной задачей ТС можно считать освобождение больных от тех личностных и социальных ограничений, которые неизбежно создает психическое или наркологическое заболевание, чтобы они, вернувшись в общество, могли жить свободно и более содержательно. Функциональные особенности ТС полярно отличаются от «рациональной бюрократии» обычных наркологических учреждений. Вместо четкой вертикальной иерархии здесь имеют место сознательная попытка смешивания ролей и определенное снижение значимости отдельных профессиональных квалификаций, повышение роли социальных работников, консультантов и волонтеров из выздоравливающих больных. ТС в наркологии - это метод реабилитации, отличающийся от других лечебно-реабилитационных подходов намеренным использованием объединения равных по положению людей (пациенты и персонал), чтобы способствовать выздоровлению наркологических больных.

В настоящее время наиболее известны такие ТС, как Daytop, Sinanon, Narconon, Monar, Al-mego, Phoenix Haus и другие, сеть которых развернута в странах Европы, США, Канаде. ТС создаются в наркологических центрах, в амбулаториях или дневных стационарах.

В 1972 году была создана Международная ассоциация ТС. Во всех странах деятельность ТС закреплена в общегосударственных и созданных на их основе региональных уставах и кодексах. Каждое ТС имеет официально утвержденный пакет документов, регламентирующих права, обязанности, этические приоритеты, экономические взаимоотношения, правовую и социальную защиту, коммерческую и благотворительную деятельность и т.д.

Эффективность реабилитации (ЛРП) обеспечивается и зависит от следующих взаимосвязанных составляющих: четко обозначенные цели, задачи, принципы, дифференцированность и продолжительность реабилитационных программ, реабилитационной среды, реабилитационных технологий, материально-техническое обеспечение, реабилитационный потенциал больных, квалификация кадров в области реабилитации, постреабилитационная психологическая и социальная поддержка больных.

Реабилитационная среда (РС) в наркологии - совокупность объективных факторов - организационных (реабилитационный центр, стационар, амбулатория, община, «дом на полпути» и т.д.) и функциональных (медицинские, трудовые, психолого-психотерапевтические, образовательные, воспитательные, микросредовые, семейные), объединенных программой реабилитации, влияющих на восстановление или формирование социально приемлемых личностных и поведенческих качеств больного, способствующих его реадаптации и ресоциализации. В структуру РС входят и сообщества НА, АА, Ал-Анон, позитивно скорrigированная семья больного и т.д. В реабилитационной среде перед больным ставится задача реализовать себя в тех условиях, в которых он находится на сегодняшний день, то есть работать, учиться вступать в нормативные коммуникативные отношения, быть ответственным за выздоровление, проявлять активность в освоении реабилитационной программы. Ему оказывается помочь в замене нереальных личных целей конкретными, а также в достижении этих целей.

Реабилитационная среда обеспечивает высокий уровень безопасности и защищенности больных, стремящихся к выздоровлению, от тех лиц, которые в реабилитационном учреждении или в ближайшем окружении проявляют агрессивность, неуважение к человеку и обществу, насаждают наркотический и криминальный образ жизни. РС следует рассматривать в качестве промежуточного звена между обществом и пациентом. Воздействие на больного осуществляется не прямо через общество (макросреда), а опосредованно, через специально организованную среду (микросреда) реабилитационного учреждения.

Реабилитационный потенциал (РП) - это совокупность физических, психических, социальных

и духовных возможностей пациента в преодолении болезни и ее последствий, восстановлении социально приемлемых личностных качеств, способствующих возвращению его в семью и к общественно полезной деятельности. В практическом отношении - это терапевтическая и социально-реабилитационная перспектива.

Основные составляющие РП могут быть условно разделены на четыре блока:

- преморбид;
- клинические особенности заболевания наркоманией;
- особенности социального статуса и социальных последствий наркомании;
- личностные особенности больного.

В зависимости от степени выраженности основных составляющих РП больные наркоманией могут быть разделены на три группы: больные с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала (УРП). УРП - это дефиниция, включающая оценку всех этапов формирования болезни и развития личности от преморбидных особенностей и индивидуальной предрасположенности до четко очерченного клинического диагноза, личностного и социального статуса больного. Он также объединяет индивидуальные когнитивные, эмоциональные, мотивационные, коммуникативные, морально-этические особенности и основное направление личностного и социального развития и ценностную ориентацию больного. УРП - это динамическая клиническая диагностика, а также личностная и социальная характеристика, пронизывающая все стадии заболевания и социального функционирования больного, меняющаяся в зависимости от интенсивности и долгосрочности ЛРП. РП больного не остается на постоянном уровне, он увеличивается или уменьшается в зависимости от выбора и осуществления им той или иной линии поведения, ориентированной на употребление или неупотребление наркотиков.

Высокий уровень реабилитационного потенциала. Для больных с высоким уровнем РП характерны (I блок) отсутствие наследственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями, преимущественно нормативное психическое и физическое развитие, хорошие или удовлетворительные условия воспитания. Клиника наркомании (II блок) проявляется относительно поздним началом употребления наркотиков (18-20 лет), коротким сроком заболевания (до 1 года), преимущественно интраназальным или пероральным способом употребления наркотиков, периодической формой влечения к наркотикам, мононаркоманией, отсутствием передозировок ПАВ и суицидальных тенденций. Симптомы наркотического абстинентного синдрома, в том числе опийного, характеризуются низкой интенсивностью, они нивелируются в течение 2-3 дней. Постабстинентные рас-

стройства не выражены или проявляются в виде кратковременной астенической симптоматики. Как правило, у этого контингента больных наблюдаются спонтанные или стойкие терапевтические ремиссии. Чаще всего (71%) отсутствуют соматические заболевания и психопатологические нарушения, приобретенные в период злоупотребления ПАВ: гепатиты, ЗППП, туберкулез, ВИЧ-инфекция, выраженные эмоциональные и поведенческие расстройства. Критика к заболеванию сохранена, выявляется достаточно аргументированное желание избавиться от пристрастия к наркотикам. В связи с этим мотивация на участие в ЛРП носит добровольный характер с преобладанием мотивов роста (Б-мотивы по А.Маслоу), то есть преобладает желание учиться, получить хорошее образование, продвигаться по служебной лестнице, быть успешным, соблюдать общественные морально-этические принципы и т.д.

Социальный статус (III блок) характеризуется достаточной устойчивостью в основном нормализованных семейных отношений (конфликты, как правило, носят ситуационный характер), вовлечением в учебу или работу, приобретенной или приобретаемой профессией, относительным разнообразием социокультуральных интересов (искусство, спорт, бизнес и т.д.), отсутствием судимости или вовлеченности в криминальные или полукриминальные структуры. Случаи воровства и проявлений лживости, как правило, редки. Больные быстро сознаются в проступках, раскаиваются, просят прощения, дают слово впредь их не совершать. Родственники таких больных активно противодействуют употреблению ПАВ, разрушают их связи с лицами, употребляющими наркотики, способствуют соблюдению режима ЛРП, охотно контактируют с врачами и психологами по вопросам реабилитации.

Изменения личности у больных с высоким реабилитационным потенциалом (IV блок) не характеризуются выраженным стойкими нарушениями. Морально-этические отклонения находятся в тесной взаимосвязи с собственно наркоманическим радикалом и проявляются в периоды обострения влечения к наркотикам или при рецидивах заболевания, что может свидетельствовать о проходящем, нестойком характере таких нарушений. Интеллектуально-мнестическое снижение и грубые аффективные нарушения у этой группы больных фактически отсутствуют.

Таким образом, у больных с высоким УРП выявленные нарушения, в основном, касаются II блока РП, то есть клиники начальной стадии наркомании. Морально-этические отклонения носят транзиторный характер; они плотно связаны с динамикой заболевания и проявляются в периоды обострения влечения к наркотикам или при рецидивах заболевания.

Средний уровень реабилитационного потенциала

У больных со средним уровнем РП в преморбиде (I блок) может определяться наследственная отягощенность по прямой или восходящей линии. Воспитание осуществлялось нередко в неполной семье (41%); материальное положение семьи среднее или плохое; интерперсональные отношения членов семьи часто неровные (58%). Могут отмечаться задержки физического или психического развития (53%), девиантность поведения, нарушения сексуальной сферы, легкая внушаемость и прочее.

В клинике (II блок), чаще всего, выявляются начало употребления наркотиков с 16-17 лет, продолжительность заболевания - от 1 года до 3 лет, преимущественно внутривенное введение наркотиков, параллельное злоупотребление другими ПАВ. Наряду с периодическим видом влечения к наркотикам часто наблюдается постоянное влечение, особенно в периоды рецидивов заболевания.

Наркотический абстинентный синдром (НАС) и постабstinентные расстройства имеют интенсивную и стойкую клиническую выраженность. НАС продолжается до 7-10 дней, постабстинентные расстройства - до 2 месяцев. Определяются единичные случаи передозировки наркотиков и суицидальные мысли (иногда демонстративные суицидальные действия) в период наркотического абстинентного синдрома. Терапевтические ремиссии непродолжительны (1-3 недели). Спонтанные ремиссии, если и наблюдаются, то, как правило, короткие и неустойчивые. У этого контингента больных часто отмечается бытовое злоупотребление алкоголем (61%), а иногда и зависимость от него (4%). Нередко выявляются заболевания, приобретенные в период наркотизации: гепатиты (87%), ЗППП (25%), иногда ВИЧ-инфекция (1,5%), туберкулез (5%). Из приобретенных психопатологических нарушений отмечаются поведенческие и эмоциональные расстройства, неврастенический синдром (31,5%). Мотивация на участие в ЛРП носит преимущественно добровольно-принудительный характер с преобладанием pragматических мотивов (Д-мотивы) - желание избавиться от болезненных проявлений НАС, а не от наркотиков, получить поддержку, улучшить отношения с родителями или другими социально значимыми лицами, избежать наказания.

В III блоке (социальном) среднего уровня реабилитационного потенциала у больных отмечаются постоянные, а порой неразрешимые конфликтные отношения с родителями или женами. Больные отличаются трудно корректируемым поведением, проявляющимся в агрессивности, повышенной раздражительности, неуступчивости, порой с замкнутостью, мотивационной неустойчивостью и т.д. Образование среднее (64%), иногда незаконченное

высшее, частые академические отпуска или исключения из института (43%). Обычно такие больные плохо учатся, часто пропускают занятия или не выходят на работу, имеют проблемы с правоохранительными органами. Круг социальных интересов узкий, однообразный. Профессиональные навыки и умение учиться зачастую утрачиваются, отношение к труду в основном безразлично-пассивное.

Для IV блока (личностные особенности) характерно морально-этическое снижение средней тяжести. Преобладают эгоцентризм, лживость, лицемerie, вороватость, безответственность и т.д. Вместе с тем, больные стремятся произвести хорошее впечатление на людей, которые их мало знают, тщательно скрывают употребление наркотиков. В своей же семье, особенно в присутствии беззащитной матери, они отличаются цинизмом, неуступчивостью, агрессивностью, не контролируют свои эмоции, способны к разрушительным действиям. Как правило, воруют деньги и ценности из дома, делают долги, скрываются от кредиторов (100%). Им присущи непостоянство интересов, частая перемена мест работы, неуклонное снижение профессионального уровня. Этому контингенту больных трудно быть ответственными за своё поведение, трудно принять лично значимое решение, не связанное с наркотиками, и реализовать его. Стратегия жизненно важных планов обычно завершается их вербальной формулой и обещаниями "начать действовать", "прекратить фантазировать" и т.д.

У большинства больных формируется социофобический синдром, включающий страх подвергнуться критике, осуждению, наблюдению, контролю; психический дискомфорт в тех ситуациях социального взаимодействия, когда могут вскрыться сам факт употребления ими наркотиков или негативные стороны наркотизации; тревогу, чувство страха и бессилия перед развивающейся реальностью, в которой он (она) чувствует себя как бы застывшими в развитии. Попытки самому изменить себя - "налечь" на учёбу, быть дисциплинированным, "воспитанным" и прочее, не реализуются. Мощное влечение к наркотикам и ощущение комфорта в наркотической среде разрушают все благие намерения.

К ситуациям, наиболее часто провоцирующим социофобии, относятся общение с лицами, не употребляющими наркотики, а именно знакомство, общение, особенно с должностными лицами, прием гостей, нахождение с ними за столом, какая-либо работа в присутствии других лиц, первые встречи с врачом или психологом и т.д.

Нами выделены следующие морально-этические, соматовегетативные и поведенческие проявления социофобии у больных наркоманиями:

а) стремление отрицать (скрыть) заболевание наркоманией и ее морально-этические последствия

при условии признания факта употребления наркотиков; лживость, лицемерие, неадекватность самооценки (занышенная или сниженная), нереальное представление о своих возможностях, безответственное отношение к обязанностям, работе и учебе;

б) тахикардия, повышенная потливость, напряжение мышц, чувство сосания под ложечкой, сухость во рту, чувство жара или холода, головная боль, которые возникают при первых встречах с врачом или другими значимыми людьми;

в) специфические для наркоманической среды неопрятный внешний вид, манера говорить, демонстративность поведения и т.д.

Так называемое нарушение коммуникативности у больных наркоманией касается исключительно той среды, в которой не употребляют наркотики и осуждают их употребление. Именно в такой, свободной от наркотиков среде, проявляется социофобия и, следовательно, затрудняется общение больных.

Интеллектуально-мнестическое снижение у больных со средним УРП имеет четко очерченную клиническую картину. Это, прежде всего, снижение всех видов памяти, концентрации внимания, способности обобщать и выделять главное. Характерными нарушениями также являются бедность воображения и торpidность мышления.

Существенные нарушения обнаруживают и в эмоциональной сфере; они с особой яркостью проявляются в нестандартных ситуациях, влияющих на обострение влечения к наркотикам, контакты с наркоманической средой, конфликты в семье, по месту учебы, ссоры с друзьями, экзаменационная сессия и прочее. Прежде всего, это проявляется аффективной лабильностью, депрессивно-тревожными реакциями, фиксированными страхами, суициальными мыслями и т.д. Продолжительное время сохраняются ипохондричность, сниженное настроение, астения. Могут наблюдаться склонность к избыточной драматизации ситуации, пессимистическое отношение к лечению и возможному избавлению от наркотической зависимости.

Таким образом, для больных со средним УРП характерны развернутая стадия заболевания, значительные нарушения социального статуса, морально-этическое и интеллектуально-мнестическое снижение. Морально-этические отклонения приобретают собственную автономию, вырабатывается стойкая негативная ценностная ориентация. Постепенно утрачивается тесная связь личностных морально-этических нарушений с патологическим влечением к наркотикам. У больных отмечается наркоманическая деградация в легкой и средней форме, при которой устанавливается органическое единство медицинских, личностных и социальных последствий наркомании. Следует отметить, что описанные расстройства, касающиеся когнитивной

сферы, поведения и социофобий, при длительном воздержании от наркотиков могут приобретать транзиторный характер, что позволяет надеяться на эффективность комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий у этого контингента больных.

Низкий уровень реабилитационного потенциала.

При низком уровне РП у 60% больных выявляется отягощенная наследственность наркологическими или психическими заболеваниями по линии родителей или ближайших родственников. Нередко они воспитываются в неполных семьях среднего или низкого материального положения (25%). Отношения в семье чаще были неровными или конфликтными, злоупотребление алкоголем (пьянство) одного или обоих родителей считалось чуть ли не естественным явлением. Даже в тех случаях, когда семья была полной, родители мало уделяли внимания детям. Нередко воспитание проходило в условиях гиперопеки со стороны родителей или разведенной матери. Естественно, что в такой среде физическое и особенно психическое развитие осуществлялось с задержками, а порой и выраженной патологией. В анамнезе у таких больных часто отмечаются инфантилизм, невротическое развитие личности, психопатии, девиантное, а порой и delinquentное поведение (87,5%). Успеваемость в школе (особенно средние и старшие классы) обычно посредственная (71%), образование до начала употребления наркотиков незаконченное среднее (97%). Круг интересов крайне ограниченный и неустойчивый. Употребление алкоголя начиналось с 11-12 лет.

Во II блоке (клиническом) УРП преобладают (74%) раннее начало злоупотребления ПАВ (12 - 15 лет); продолжительность заболевания более 3 лет; способ введения наркотика преимущественно внутривенный; в основном, отмечается параллельное злоупотребление другими ПАВ (гашиш, психостимуляторы, галлюциногены, транквилизаторы и т.д.). Вид влечения к наркотикам - постоянный. Наркотический абстинентный синдром (опийный, героиновый) протекает тяжело, сопровождается грубыми аффективными расстройствами, психопатоподобным поведением, асоциальными поступками (его продолжительность 9-12 дней). Продолжительность постабstinентных расстройств - до 2-3 месяцев. Очень часто имеют место передозировки ПАВ (81%), суициальные мысли и действия (58%) в период существования НАС или в ремиссии. Спонтанные ремиссии отсутствуют, в основном, наблюдаются короткие терапевтические или вынужденные (содержание под стражей) ремиссии. У подавляющего большинства больных (97%) диагностируются гепатиты, ЗППП, туберкулез, иногда ВИЧ-инфекция (7%). Употребление алкоголя в пе-

риод заболевания наркоманией комбинируется с употреблением наркотиков (41%); нередко отмечается болезненная зависимость от алкоголя (38%). Из приобретенных патологических нарушений практически у всех больных определяются эмоциональные расстройства (депрессии, дистимии, тревога и др.), астенический (неврастенический) синдром, поведенческие нарушения (психопатоподобное поведение, психопатия), социофобия. В сексуальной сфере отмечается снижение либидо и потенции, сексуальные связи редкие или отсутствуют. Критика к своему поведению и асоциальным поступкам снижена или отсутствует при условии полного признания заболевания. Как правило, эти больные не верят в возможность выздоровления и нормализации социального положения. Поэтому мотивация на участие в ЛРП, в основном, проявляется недобровольным согласием, основанным на pragматических мотивах (Д-мотивы): избежать преследования, наказания, получить «поддержку», выгоду.

Для III блока (социальный статус) низкого УРП характерно совместное проживание больных с сожительницами (сожителями), употребляющими наркотики (18%), или проживание у родственников второго порядка - бабушка, дедушка, тетя и т.д. (60%). Семейные отношения постоянно конфликтные или неразрешимо конфликтные с преобладанием интерперсональной неприязни или агрессивности, что часто приводит к прекращению каких-либо отношений если не с двумя родителями, то с одним из них (обычно с отцом). Образование чаще среднее (78%), редко незаконченное среднее техническое или высшее. Как правило, больные не работают и не учатся. Отношение к работе или учебе, в основном, безразлично-пассивное или негативное, хотя чисто формально они склонны заявлять, что «скоро начнут работать», «ищут работу» и т.д. Но, если им и удается устроиться на работу, то они ее вскоре бросают, или их увольняют за прогулы, мелкое воровство, безответственность и прочее. Круг социальных интересов, в основном, узкий (91%). Нередки судимости, обычно связанные с употреблением наркотиков (45%). Профессиональные навыки и умение учиться частично или полностью утрачены (87%). Родители таких больных зачастую становятся индифферентными по отношению к своим детям и не скрывают желания избавиться от них. Поэтому обеспечить контроль над такими больными со стороны семьи весьма сложно и проблематично.

В IV блоке (личностные особенности) УРП у этих больных отмечаются выраженное морально-этическое и интеллектуально-мнестическое снижение, а также грубые аффективные нарушения. Ложь, безответственность, антисоциальность, гомосексуальные и садомазохистские тенденции, неумение пользоваться своим опытом, стремление

вложить вину за свое заболевание на окружающих становятся характерными чертами личности. Интересы преимущественно сосредоточены на наркотиках. Все виды памяти снижены; отмечается торpidность мышления; ослаблены способности к обобщению, концентрации внимания; преобладает быстрая умственная утомляемость. Больные стремятся к уединению и покоя, испытывая единственное желание - добыть новую дозу наркотика. В эмоциональной сфере преобладают подавленное настроение, ипохондричность, аффективная неустойчивость и депрессия, которые нередко сопровождаются суициальными проявлениями.

Таким образом, у больных с низким УРП отмечаются развернутая или тяжелая стадия наркомании, раннее начало и многолетнее злоупотребление наркотиками параллельно с другими ПАВ, выраженная соматическая патология, асоциальный образ жизни, средняя или тяжелая степень деградации личности по наркоманическому типу. Образуется своеобразный наркоманический дефект шизоидного, психопатоподобного или психоорганического типа. Большинство вышеописанных нарушений (морально-этические, интеллектуально-мнестические, аффективные) приобретает стабильность. Только продолжительные лечебно-реабилитационные мероприятия способны уменьшить их выраженность и в определенной мере придать им транзиторный характер.

Комплексное исследование ставит своей задачей изучение феномена антинаркотической устойчивости и появление его у пациентов РНПЦ, для этого с помощью специально подготовленных тестов пациенты будут тестируться вначале и в конце курса реабилитации. Результаты данного исследования позволят более четко обозначить стратегическую позицию осуществления ЛРП, позволяющую дифференцирование и оптимально использовать потенциальные адаптационные и компенсаторные возможности больного и РС, лечебно-реабилитационных программ и технологий.

Дифференциация больных наркоманией по уровням РП - высокий, средний, низкий - позволяет разделить потоки наркологических больных с учетом тяжести заболевания и медико-социальных последствий наркотизации, обосновать их направление в то или иное реабилитационное учреждение, а также определить продолжительность и объем лечебно-реабилитационных мероприятий.

Технология лечебно-реабилитационного процесса

Решение задач реализации реабилитационного потенциала больных неизбежно приводит к возникновению блока проблем, имеющих прямое отношение к медико-социальной системе ЛРП. К од-

ной из них относится вычленение основных реабилитационных технологий, создающих условия, предпосылки, основания, благодаря которым восстанавливается больной - его физические, психические и духовные ресурсы переходят из сферы возможного в сферу реального.

Далее приводится таблица реабилитационных технологий, обеспечивающих функционирование ЛРП на всех этапах реабилитации, с учетом УРП.

При поэтапной реализации лечебно-реабилитационных программ и технологий очень важно обеспечить постоянное функционирование наркологической бригады, состоящей из психиатра-нарколога, психолога, специалиста по социальной работе и социального работника. Кроме указанных специалистов членами такой бригады могут быть воспитатель, педагог, мастер производственного обучения и другие, а также волонтер из бывших пациентов. В результате их взаимодействия реализуются принципы комплексности и этапности, благодаря которым достигается высокая эффективность любой реабилитационной программы.

На первом, адаптационном, этапе реабилитации деятельность бригады координирует психиатр-нарколог; на интеграционном этапе координатором может быть психолог, а на стабилизационном этапе - специалист по социальной работе. На итоговых еженедельных совещаниях члены бригады обсуждают выполнение плана работы, касающегося каждого больного, и намечают пути дальнейшей реабилитации. Общими усилиями специалистов бригады достигается постепенный переход больного от преимущественно медицинского к психологическому и социальному аспектам реабилитационной программы, обеспечивая, таким образом, решение принципа поэтапной реадаптации и ресоциализации больных.

Необходимым условием эффективного функционирования РС и реализации реабилитационных программ и технологий является оптимальная организация распорядка дня, сочетающая медицинские, психотерапевтические процедуры с самообслуживанием, трудотерапией, обучением, индивидуальными занятиями, арттерапией, спортом, организованным досугом и т.д. В результате обеспечивается постоянная занятость больных, что является одними из важных принципов ЛРП. Терапия занятостью и режим дня придают реабилитационному процессу своеобразный смысловой ритм, который втягивает больных в многомесячное действие. В результате рождаются сильные позитивные эмоции и чувство радостной общности с окружающими, больные ощущают себя идущими по пути выздоровления. Этот ритм жизни в РС не должен нарушаться и без необходимости изменяться, поскольку в течение нескольких месяцев неустойчивое психическое состояние, низкое самосознание, выраженная деиндивидуализация способны очень лег-

ко разрушить лечебно-реабилитационную соразмерность (гармония).

Следует учитывать, что терапия занятостью и режим дня, являясь неотъемлемыми составляющими реабилитационных программ, направлены на развитие у больных таких качеств, как организованность, дисциплинированность, ответственность, терпеливость, сила воли, умение ценить личное свободное время, уважение к персоналу. Поэтому они должны соблюдаться строго и неукоснительно. Весь персонал реабилитационного учреждения (стационар, амбулатория) обязан объяснять больным значение терапии занятостью и необходимость соблюдения режима дня, правил и норм поведения.

Совершенно очевидно, что реабилитационные наркологические учреждения должны иметь условия для реализации медицинских, психотерапевтических, трудовых, профориентированных, учебных, спортивных, арттерапевтических и иных программ. В этой связи в реабилитационных стационарах (центрах) необходимо иметь медицинский комплекс с физиотерапевтическим и психотерапевтическим подразделениями. Кроме того, желательно создать производственные мастерские (столярные, слесарные, швейные и т.д.); сельскохозяйственные (теплицы, зеленое хозяйство, грибной цех, садовое хозяйство); животноводческие (кролиководство, птицеводство, конное хозяйство) подразделения. Не менее важно иметь изостудию (рисование, лепка, фотография), спортивный и досуговый комплекс, позволяющие реализовывать весь объем реабилитационных технологий. Для амбулаторных учреждений является обязательным создание условий для осуществления физиотерапевтических, психотерапевтических, досуговых и спортивных программ. Здесь подробнее надо отметить новый метод коррекции аддиктивных состояний, *повышающий реабилитационный потенциал*, о котором еще мало кто знает: биоуправление - это комплекс методов и технологий, базирующихся на принципе биологической обратной связи и направленных на совершенствование саморегуляции физиологических функций организма. Существуют такие разновидности биоуправления как: альфа-тренинг; бета-тренинг. У каждого из них свои показания к применению. В частности альфа-тренинг показан при таких заболеваниях как:

1. Опийная наркомания 1-2 стадии (классификация по Стрельчуку)
2. Алкогольная зависимость 1-2 стадии (классификация по Стрельчуку)
3. Bulimia nervosa (психогенное переедание).
4. Аддиктивное поведение:
 - 4.1 Патологическое увлечение азартными играми;
 - 4.2 Сексуальные аддикции;
 - 4.3 Работоголизм - "респектабельная аддикция";

<p>4.4 Злоупотребление виртуальной реальностью (Интернет, компьютерные игры).</p> <p>4.5 Аддиктивное антисоциальное расстройство;</p> <p>5. Аффективные расстройства:</p> <p>5.1 Депрессии, не достигающие психотического уровня;</p> <p>5.2 Дистимические расстройства.</p>	<p>а) сауна б) массаж в) иглорефлексотерапия г) электротерапия (электросон, электрофорез, гальванический воротник, дар-сонвалль, УВЧ и т.д.)</p> <p>3. Гидротерапия</p> <p>4. Лечебная физкультура (йоготерапия, ушу-терапия и т.д.)</p> <p>5. Иммунотерапия</p> <p>6. Ароматерапия и фитотерапия</p> <p>7. Апитерапия</p> <p>8. БАД</p> <p>9. Диетотерапия</p> <p>10. Гипокситерапия</p> <p>11. ЭСТ</p> <p>12. БОС: альфа-тренинг.</p>
<p>Противопоказания:</p> <p>1. Абсолютные: наличие эндогенного психического заболевания в анамнезе.</p> <p>2. Относительные: снижение интеллекта, третья стадия алкогольной и наркотической зависимости.</p>	<p>IV. Психотерапевтические и психокоррекционные</p> <p>1. Основные направления:</p> <p>а) динамическое б) когнитивно-бихевиоральное в) гуманистическое г) системное д) экзистенциональное е) семейное</p> <p>2. Методики, техники, упражнения</p> <p>3. Психодрама, гештальттерапия, НЛП, трансактный анализ, голотропная терапия, танатотерапия, логотерапия, «12 шагов», крейвинг-терапия, кинезиология и т.д.</p>
<p>Состояние абstinенции, как правило, характеризуется низкой биоэлектрической активностью в альфа-диапазоне ЭЭГ на фоне высокой активности в бета-диапазоне. Приём вещества, вызвавшего привыкание, немедленно улучшает психическое состояние и ведёт к возрастанию альфа-активности и снижению активности в бета-диапазоне.</p> <p>Альфа-тренинг обучает пациентов улучшать своё психическое состояние без помощи вещества, которое вызвало привыкание. Пациент, находящийся в контуре биологической обратной связи, должен увеличивать свою биоэлектрическую активность в альфа-диапазоне. Прирост активности в этом диапазоне приводит к снижению внутренней тревоги, росту психологического комфорта. Имеющиеся данные позволяют считать, что этот эффект электроэнцефалографического тренинга реализуется через стимуляцию секреции эндорфинов. После определённого числа сеансов человек перестаёт нуждаться в суррогатном подкреплении, т.е. становится независимым. Число сеансов индивидуально, но общепринятым считается 10 при табачной зависимости, 20 при алкогольной и 30 при опийной зависимости.</p>	<p>V. Терапия занятостью</p> <p>1. Самообслуживание 2. Трудотерапия 3. Учеба 4. Спорт 5. Кружки по интересам 6. Аниматерапия</p>
<p>I. Терапия реабилитационной средой</p> <p>1. Организационная и функциональная составляющие РС + реабилитационная программа (РП)</p> <p>2. Семья</p> <p>3. Терапевтическое сообщество (ТС)</p> <p>4. НА, АА, Нар-Анон и т.д.</p> <p>II. Диагностические</p> <p>1. Клиническое обследование</p> <p>2. Соматическое обследование</p> <p>3. Биохимическое обследование</p> <p>4. Психологическое обследование</p> <p>а) тестирование</p> <p>б) ретестирование</p> <p>в) проверка ретестовой надежности</p> <p>III. Медицинские</p> <p>1. Фармакотерапия</p> <p>2. Физиотерапия</p>	<p>VI. Организация досуга</p> <p>1. Ведение дневника 2. Выполнение домашнего задания 3. Чтение 4. Прогулки 5. Спортивные занятия (боулинг, аэробика, посещение секций)</p> <p>VII. Арт-терапия</p> <p>1. Рисунок, живопись 2. Лепка 3. Резьба по дереву 4. Музикотерапия 5. Аудиовизуальная терапия 6. Танцы 7. Драматерапия</p> <p>VIII. Социотерапевтические</p> <p>1. Приобретение профессии 2. Трудоустройство 3. Юридическая помощь 4. Обеспечение психологической и социальной поддержки больного</p>

5. Психотерапевтическая поддержка семьи.

IX. Бьютитерапия

1. Косметикотерапия

2. Имиджтерапия

X. Духовно-ориентированные

а) религия

б) гуманизм как форма жизненной практики.

XI. Система патронажа

XII. Оценка эффективности ЛРП

Литература:

Т.Н.Дудко, В.А.Пузиенко, Л.А.Котельникова

Дифференцированная система реабилитации в наркологии. Научно-исследовательский институт наркологии Минздрава России. Профилактика и реабилитация в наркологии. № 1, 2002

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

С.Р.Мусинов

г. Астана

Наркологическая ситуация последних лет в Республике Казахстан (10-кратное увеличение официально учтенного контингента наркозависимых в период с 1994 по 2001 годы), вызывает обоснованную тревогу и озабоченность не только в связи с неконтролируемой тенденцией роста, сопутствующего ВИЧ/СПИДа, валом преступности.

Особое беспокойство связано с тем фактом, что социальные структуры не выдвигают адекватного ответа этой, не вдруг появившейся, угрозе.

Более того, система наркологической помощи населению Республики Казахстан в период с 1991 по 2001 годы существенно деградировала, а в ряде областей утратила свое самостоятельное значение.

Такое, более чем 30% сокращение костной и кадровой мощности наркологической службы здравоохранения Республики было обусловлено бюджетным дефицитом разного уровня, отмечавшегося в конце 90-х годов. Вместе с тем, очевидная неэффективность действующих структур, отсутствие какой-либо осмысленной стратегии реформирования системы наркологической помощи в условиях обозначенной социальной угрозы и относительной финансовой стабильности государства не имеют определений.

Мы полагаем, что общая концепция реформирования наркологической службы Республики Казахстан должна исходить из оценки уровня рассматриваемой проблемы, из которой выводятся масштабы и основной вектор необходимых преобразований.

Тщательная инвентаризация феномена роста распространения наркозависимости, проведенная при участии Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании, показала, что растущая наркотизация населения связана не столько с облегченным доступом к наркотикам, активностью сети накладников,

сколько с дефицитом свойств антитаркотической устойчивости у восходящего поколения казахстанцев (подростки, молодежь).

Данный феномен индивидуальной и социальной антитаркотической устойчивости, подробно исследованный сотрудниками Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании, практически приравнивается к понятию качества психического здоровья, или обозначается как психологическое здоровье. Его основные составляющие приводятся в соответствующих публикациях. Для нас важно, что речь идет не о какой-либо конкретной биологической предрасположенности к развитию наркотизма, а о новом понимании феноменов индивидуального и социального здоровья, адекватного реалиям современности.

Соответственно, современная система наркологической помощи населения, адекватная его основным потребностям, должна выступать, прежде всего, в виде мощного инструмента активного формирования феномена антитаркотической устойчивости - психологического здоровья как у большой части населения (наркозависимые), так и у его, так называемой, здоровой части.

Таким образом, становится понятным, что наркологическая служба на деле, а не на словах должна воплотить в себе конструктивный компромисс между медицинской и социально-гуманистической сферой, ассимилировать и творчески преобразовать технологии кризисного развития индивида и группы, наполнить процесс реабилитации зависимых от ПАВ новым содержанием и смыслом.

В связи со всем сказанным, представляется уместным в качестве основных направлений реформирования системы наркологической помощи населению Республики Казахстан обозначить следующее:

- разработка концептуальной базы реформ

-
- наркологической службы РК;
- разработка нормативной базы, обеспечивающей развитие и эффективное функционирование системы наркологической помощи населению РК;
 - изменение структуры сети ЛПУ наркологического профиля;
 - широкомасштабное внедрение инновационных технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации наркозависимых в деятельности наркологических лечебно-реабилитационных учреждений;
- изменение подхода к кадровому обеспечению наркологической службы, масштабная подготовка кадров необходимого профиля и квалификации;
- формирование и реализация сквозной стратегии профилактики распространения наркозависимости в РК;
- обеспечение всех названных процессов адекватным программно-информационным продуктам, разработанным в результате интенсивных научных исследований.

ИССЛЕДОВАНИЕ Я ОБРАЗА У ПОДРОСТКОВ С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В ПРОЦЕССЕ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

А.З.Нургазина, С.Н.Молчанов,
А.М.Идрисова, А.Н.Жапарбеков

г. Павлодар

Я-концепция с момента своего зарождения становится активным началом, важным фактором в интерпретации опыта. Я-концепция способствует достижению внутренней согласованности личности, определяет интерпретацию опыта и является источником ожиданий, то есть представлений о том, что должно произойти. По мнению психоаналитиков, если процесс усиления Я-функций осуществляется постепенно, то период взросления протекает без особых проблем. Избыток конфликтных ситуаций указывает на неудовлетворительное преодоление трудностей развития и опасность регрессии. Таким образом, все классические теории сводятся к пониманию содержания процесса взросления как адаптации Я-функций (то есть личности) к инстинктам, иначе говоря, к достижению между ними равновесия. Вместе с тем, рядом ученых отмечается, что юношеское развитие сильно зависит от социального окружения - «психосоциального моратория», представляющего собой пространство для экспериментирования, гарантируемое обществом молодому человеку. В этот период возникает «нормативный кризис», обусловленный множеством задач (физическое созревание, усвоение роли взрослого, выбор профессии, партнера и т.д.), крайне затрудняющих собственную идентификацию. В рамках такого моратория опробуются крайности субъективных переживаний, альтернативы идеологических направлений и более реалистические обязанности сначала в игровой форме, а затем в виде приспособления к требованиям общества. Развитие идентичности сопровождается целым рядом психосоциальных кризисов, осознание которых и понимание их сути подростком возможно в результате квалифицированной помощи воспитывающе-

го взрослого [5].

Исходя из вышесказанного, можно описать следующие особенности подросткового возраста:

1. Подростку важно, чтобы его взрослость была заметна окружающим
2. Подростку важно, чтобы его форма поведения не была детской
3. «Героем» подростка является активный, целеустремленный, успешный человек
4. Подросток склонен к мечтанию и фантазированию
5. Группе подростков свойственно возникновение кодексов
6. Подросткам свойственно обсуждение поведения взрослых, причем не в лицеприятной форме [13,21].

Главное новообразование юношеского возраста - открытие «Я», развитие рефлексии, осознание собственной индивидуальности и ее свойств, появление жизненного плана, установки на сознательные сферы жизни [3], что направляет «Я» на практическое включение в различные виды жизнедеятельности. Этот процесс сопровождается негативными и позитивными проявлениями. Для допубертатного периода свойственно беспокойство, тревога, раздражительность, диспропорция в физическом и психическом развитии, агрессивность, метания, противоречивость чувств, абстрактность бунта, меланхолия, снижение работоспособности. Позитивные проявления выражаются в том, что у подростка появляются новые ценности, потребности, ощущение близости с природой, иное понимание искусства. Важнейшими процессами переходного возраста являются: расширение жизненного мира личности, круга ее общения, групповой при-

надлежности и увеличения числа людей, на которых она ориентируется. Для подросткового возраста типичными являются внутренняя противоречивость, неопределенность уровня притязаний, повышенная застенчивость и одновременно агрессивность, склонность принимать крайние позиции и точки зрения. Чем резче различия между миром детства и миром взрослости и чем важнее разделяющие их границы, тем ярче проявляются напряженность и конфликтность.

Иной точки зрения придерживаются авторы, утверждающие, что юношеское развитие протекает плавно, постоянно и под влиянием окружающих условий. Они рассматривают этот период в ретроспективе с позиции зрелого взрослого, а драмы юношеских конфликтов рассматривают как «неполноключенные реакции». Изучение этого периода через процесс протекания конфликтов и пути их разрешения основывается на биографическом подходе Томе, по которому поведение, направленное на преодоление трудностей, как в повседневных, так и в экстремальных ситуациях, тематически структурировано, а возникающие проблемы решаются при помощи определенных техник существования (достижение, приспособление, защита, избегание, экспрессия, агрессия) [4].

Известно положение о том, что высокая степень расхождения между такими компонентами или структурами Я-концепции как Реальное Я и Идеальное Я приводит к депрессии, обусловленной недостижимостью идеала. В данной работе выдвигается и подвергается проверке и изучению предположение о том, что характер соотношения структур Я-концепции Возможное Я и Идеальное Я, а также особенности представлений о реализации Идеального Я являются фактором формирования аддиктивного поведения.

На данном этапе развития психологии проблематика Я-концепции привлекает внимание многих отечественных и зарубежных исследователей. Не все авторы используют термин «Я-концепция», также для обозначения этой содержательной области применяются термины «образ Я», «когнитивный компонент самосознания», «самовосприятие», «самоотношение» т.д.

Я-концепция - это совокупность всех представлений индивида о себе, сопряженная с их оценкой. Описательная составляющая Я-концепции - образ Я или картина Я; составляющая, связанная с отношением к себе или к отдельным своим качествам, - самооценка или принятие себя. Я-концепция определяет не просто то, что собой представляет индивид, но и то, что он о себе думает, как смотрит на свое деятельностное начало и возможности развития в будущем (4).

Как отмечает Бернс, выделение описательной и оценочной составляющих позволяет рассматривать Я-концепцию как совокупность установок, направ-

ленных на самого себя. Применительно к Я-концепции три главных элемента установки можно конкретизировать следующим образом:

1. Когнитивная составляющая установки - образ Я - представление индивида о самом себе.
2. Эмоционально-оценочная составляющая - самооценка - аффективная оценка этого представления, которая может обладать различной интенсивностью, поскольку конкретные черты образа Я могут вызывать более или менее сильные эмоции, связанные с их принятием или осуждением.
3. Потенциальная поведенческая реакция, то есть те конкретные действия, которые могут быть вызваны образом Я и самооценкой. (Бернс, 4).

Я-концепция личности может быть представлена как когнитивная система, выполняющая функцию регуляции поведения в соответствующих условиях. Она включает в себя две большие подсистемы: личностную идентичность и социальную идентичность. Личностная идентичность относится к самоопределению в терминах физических, интеллектуальных и нравственных личностных черт. Социальная идентичность складывается из отдельных идентификаций и определяется принадлежностью человека к различным социальным категориям: расе, национальности, классу, полу и т.д. Наряду с личностной идентичностью социальная идентичность оказывается важным регулятором самосознания и социального поведения (2).

Категории «Я-концепции» базируются, подобно любой категоризации, на восприятии внутригруппового сходства и межгруппового различия. Они организованы в иерархически классифицированную систему и существуют на разных уровнях абстрагирования: чем больший объем значений охватывает категория, тем выше уровень абстрагирования, и каждая категория включена в какую-то другую (высшую) категорию, если она не является самой высшей (2).

И.С.Кон, раскрывая понятие «Я» как активно-творческое, интегративное начало, позволяющее индивиду не только осознавать себя, но и сознательно направлять и регулировать свою деятельность, отмечает двойственность этого понятия, сознание самого себя заключает в себе двоякое «Я»:

- 1) «Я» как субъект мышления, рефлексивное «Я» - активное, действующее, субъектное, экзистенциальное «Я» или «Эго»;
- 2) «Я» как объект восприятия и внутреннего чувства - объектное, рефлексивное, феноменальное, категориальное «Я» или образ «Я», «понятие Я», «Я-концепция» (16).

Рефлексивное «Я» - своего рода когнитивная схема, лежащая в основе имплицитной теории личности, в свете которой индивид структурирует свою социальную перцепцию и представления о других людях. В психологической упорядоченности представления субъекта о себе и своих диспозициях

ведущую роль играют высшие диспозиционные образования - система ценностных ориентаций в частности (7).

И.С.Кон поднимает вопрос о том, может ли индивид адекватно воспринимать и оценивать себя, в связи с проблемой соотношения главных функций самосознания - регуляторно-организующей и Эго-защитной. Чтобы успешно направлять свое поведение, субъект должен обладать адекватной информацией, как о среде, так и о состояниях и свойствах своей личности. Напротив, Эго-защитная функция ориентирована преимущественно на поддержание самоуважения и стабильности образа «Я» даже ценой искажения информации. В зависимости от этого один и тот же субъект может давать как адекватные, так и ложные самооценки. Пониженное самоуважение невротика - это мотив и одновременно самооправдание ухода из деятельности, тогда как самокритика творческой личности - стимул к самосовершенствованию и преодолению новых рубежей (8).

Структура феноменального «Я» зависит от характера тех процессов самопознания, результатом которых она является. В свою очередь, процессы самопознания включены в более объемлющие процессы общения человека с другими людьми, в процессы деятельности субъекта. От того, как будут поняты эти процессы и каким, следовательно, предстанет в исследовании сам субъект, носитель самосознания, зависят и результаты анализа строения его представлений о себе, его «Я-образов», его отношения к самому себе (В.В.Столин, 18).

Толчком к аддиктивному поведению может быть также эмоциональное отвержение со стороны родителей, особенно матери (Кулаков С.А., 1989). Подростку в семье не хватает эмоционального тепла, понимания. Эмоциональное отвержение нарушает социализацию в семье, что приводит к искажению образа своего «Я», заниженной самооценке и аддиктивному поведению, как к одной из форм психологической защиты.

Аддиктивная часть личности подростка полностью определяет его стиль жизни, отношения с окружающими. Такое доминирование аддиктивного поведения функционирует как самообеспечивающая система. Подросток погружается в аддикцию, он окончательно отчужден от общества, изолирован, его внутреннее исходное «Я» разрушено, остается только внешняя оболочка. Сами аддиктивные реализации не приносят прежнего удовлетворения, контакты с прежними друзьями и близкими людьми крайне затруднены даже на социальном уровне. На этом этапе доверие к аддиктам уже утеряно, их начинают воспринимать как неудачников. У подростков в этой стадии все более серьезной становится проблема общения с окружающими, нарастает одиночество. Для того чтобы лучше понять механизмы этого явления, вспомним, что все

формы аддиктивного поведения предполагают разрыв с прежним общением, с миром реальных проблем, реальных людей с их заботами, надеждами, страданиями. Конечно, лица с алкогольным, наркотическим или другим аддиктивным поведением нередко объединяются в компании и коллективно употребляют алкоголь или наркотические, психотропные вещества. Однако они даже если и испытывают чувство взаимопонимания, то это чувство исчезает после окончания действия аддиктивных веществ и активностей и сменяется разочарованием и одиночеством. Как правило, у лиц с алкогольным аддиктивным поведением наблюдается во многих случаях следующая динамика. Вначале - выпивки в компании с получением удовольствия при совместном проведении времени в обществе людей, к которым испытывается симпатия. В последующем - разборчивость в отношениях с окружающими снижается, и лица находят себе случайных аддиктивных компаний с выраженными алкогольными нарушениями. И, наконец, стремление к общению во время выпивки вообще исчезает, и начинаются выпивки в одиночку.

На следующем этапе формирования аддиктивного поведения - аддиктивное поведение разрушает не только психику, но и биологические процессы, происходящие в организме. Особенно тяжелые изменения развиваются у лиц с наркотическим и токсикоманическим аддиктивным поведением, когда хронические интоксикации приводят к поражению органов и систем, возникновению истощения. Различные формы аддикции на заключительном этапе поражают преимущественно те или иные органы и системы: при аддиктивном переедании развиваются ожирение, нарастание массы тела, что, в свою очередь, приводит к сердечно-сосудистым расстройствам; алкогольное аддиктивное поведение часто приводит к серьезным заболеваниям печени, развитию цирроза. Общий стиль жизни подростков с аддиктивным поведением характеризуется пренебрежением правилами гигиены, отсутствием внимания к состоянию своего здоровья. Это находит на заключительном этапе выражение в возникновении тяжелых соматических и психических заболеваний.

Психологическое состояние аддиктов на заключительном этапе определяется в основном подавленностью или апатией. Это обусловлено, в частности, тем, что само аддиктивное поведение, процесс непосредственной реализации аддиктивных мотиваций уже не приносит прежнего удовлетворения, не вызывает столь желаемых выраженных изменений настроения. Возвратиться к прежним, доаддиктивным ценностям оказывается невозможным, так как здоровая часть личности и прежнее «Я», разрушена. Положение усугубляется разрывом с близкими, семьей, прекращением учебы. Они часто нарушают общественный порядок, законы,

появляясь, например, в состоянии опьянения или наркотической интоксикации в общественных местах, попрошайничают, вымогают деньги у прохожих, совершают квартирные кражи. Преобладающее пониженное настроение может провоцировать у части аддиктов попытки совершить самоубийство. Такие попытки обычно не являются результатом длительных раздумий, а возникают импульсивно, внезапно, часто на фоне алкогольного опьянения. Спасенные после таких попыток аддикты на словах сожалеют о случившемся, однако, глубоко не переживают, и всегда существует риск повторения попытки суицида. Основные мотивы попыток совершить самоубийство на этом этапе: отчаяние, невозможность найти выход, чувство безысходности, изоляции и отчуждения от мира, одиночество.

Работа с аддиктами в заключительной стадии процесса очень трудна, так как с этими подростками почти невозможно установить эмоциональный контакт. Аддикты разучились эмоционально контактировать с людьми, исключают возможность взаимопонимания, избегают всего того, что носит доверительный характер.

Наблюдения за подростками с различными формами аддиктивного поведения позволяют выделить несколько особенностей, определяющих их поведение в межличностных отношениях:

- 1) стремление говорить неправду, обвинять других, зная, что они невиновны;
- 2) стереотипность, повторяемость поведения;
- 3) зависимость;
- 4) стремление уходить от ответственности в принятии решений;
- 5) скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством
- 6) сниженная переносимость трудностей повседневной жизни, наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций;
- 7) внешняя псевдосоциабельность, сочетаемая со страхом перед стойкими эмоциональными контактами;
- 8) тревожность.

В заключении хочется сказать, что Я-концепция является относительно стабильной психологической характеристикой подросткового возраста.

Образ - Я не просто отражение каких-либо свойств, а скорее, отношение личности к себе - итог познания и оценки себя через отдельные образы в различных ситуациях.

В то же время клинические наблюдения показывают, что подросток, хорошо функционирующий в одной из сфер своего Я, часто оказывается несостоительным в другой. С точки зрения, ориентации на групповую работу важно знать, в какой сфере подросток переживает свою уязвимость, что легче выявить с помощью методов психологической диагностики. В целом, несмотря на известную методологическую критику опросников, они оста-

ются основным инструментом в исследовании Я-концепции (Столин В.В., 1987).

Эриксон отмечает, что Я обеспечивает целостность поведения, поддерживает внутреннее единство, обеспечивает связь между внешних и внутренних событий и позволяет солидаризироваться с социальными идеалами и групповыми стремлениями. Это хранитель неделимости и идентичности личности, позволяющий верить и развиваться наедине с самим собой.

Групповая личностно ориентированная психотерапия дает возможность достичь терапевтического эффекта, с одной стороны, посредством осознания и понимания роли собственных личностных особенностей в возникновении межличностных конфликтов, с другой - реальной коррекции неадекватных реакций и форм поведения. Постепенно опыт переживаний становится конгруэнтным со структурой "Я", подросток начинает осознавать, что трудности его отношений с людьми кроются в нем самом, в его негибкой Я-концепции. В процессе межгруппового общения у подростка возрастает позитивное отношение к себе и другим, что служит залогом личностной реконструкции: клиент начинает объективно оценивать свои мысли, чувства, конфликты; в своем поведении он отказывается от всего того, что разъединяет его с людьми, начинает развивать те стороны его личности, которые являются притягательными для других, начинает трезво оценивать свои возможности, отказываться от необоснованных претензий.

В литературе также описывают терапевтический характер групповой работы с подростками [2, 4, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18,]. Так, А.А.Александров указывает, что в процессе групповой работы подросток осознает деструктивный характер своего поведения, изменяет свою самооценку в соответствии с реальным опытом, с тем, как его воспринимают и оценивают другие члены группы. В соответствии с этим M.Sugar выделяет следующие возможности групп:

- взаимодействие и конфронтация с ровесниками
- создание миниатюрной реальной жизненной ситуации для изучения и изменения поведения
- стимуляция новых путей взаимодействия с ситуацией и получения нового опыта в человеческих отношениях
- стимуляция новых "концепций Я" и новых моделей идентификации
- формирование чувства меньшей изолированности в окружающем мире
- наличие ощущения защищенности от взрослого мира
- адекватная помощь
- уменьшение сопротивления или подчинения, усиление независимости и идентификация с лидером

- открытие проблем, связанных с взаимоотношениями с другими.

Подросток, таким образом, начинает открывать своим партнерам по общению в такой группе то, что он обычно скрывал от других людей, но знал о себе сам. Другие участники группы дают ему обратные связи, когда говорят о том, что вызвал в них его рассказ, что они почувствовали, как они его воспринимают и т.д. Если он способен принять эти обратные связи не отторгая, а лишь прислушиваясь к себе, к тому, что они, в свою очередь, вызывают в нем, то:

- расширяется открытая область знания о себе как за счет того, что он скрываемое делает открытым, так и за счет обратных связей;
- другие открывают в нем то, что видят в нем, но он сам о себе не знал;
- подросток начинает видеть то, о чем ни он, ни другие и не подозревали, его Я начинает проявляться свободнее и скрытая область его личности также начинает осознаваться.

Самое главное здесь заключается в том, чтобы ведущий группы обратил внимание подростков на их переживания, закрепив, таким образом, их личный (и поэтому ценный) опыт.

Возможность выяснения сути межличностных отношений и практической проверки собственных частных жизненных гипотез относительно личности другого человека (других людей) без разрушительного столкновения с ними оказывается способной переструктурировать личностные ценности и пристрастия, дать начало интенсивному «развертыванию» процесса личностного роста и освоению коммуникативных навыков (коммуникативности) как существенных личностных ценностей.

Следовательно, самораскрытие, открытие себя другим людям помогает подростку открыть себя себе самому. Открытие Я - есть признание авторства самого собственной личности, подготовленное, во-первых, принятием социальных ожиданий ответственности, а во-вторых, развитием рефлексии, обеспечивающей выход за границы данности, что так необходимо личности подростка, измененной в период употребления наркотиков. Возможность применения групповой формы работы в целях реабилитации и повышения наркоустойчивости подростков обусловлена актуальностью социальных контактов и значимостью обратной связи в период взросления.

Литература:

1. Агеев В.В. *Межгрупповое взаимодействие: социально-психологические проблемы*. М.МГУ, 1990 г.
2. Александров А.А.. Цели и задачи психотерапии при основных типах деликвентного поведения у подростков. "Возрастные аспекты групповой

вой психотерапии при нервно-психических заболеваниях". Сб. научных трудов. Л., 1988 г.

3. Бахур В.Т. Это неповторимое Я. М. 1986 г.

4. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. Москва, 1986 г.

5. Блюм Г. Психоаналитические теории личности. Москва, 1996 г.

6. Исурина Г.Л. Механизмы психологической коррекции личности в процессе групповой психотерапии неврозов в свете психологии отношений. "Возрастные аспекты групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях". Сб. научных трудов. Л., 1988 г.

7. Кон И. Категория Я в психологии. Психологический журнал. 1981 г., Т.3..

8. Кон И.С. Открытие «Я». М., Политиздат, 1978 г.

9. Кулаков С.А. Проблемы и перспективы групповой психотерапии подростков с патологическими нарушениями поведения. "Возрастные аспекты групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях". Сб. научных трудов. Л., 1988 г.

10. Латышева О.В., Белоусова Ю.С., Макаров А.В., Короневич О.А. Психоактивная профилактика подростковой и юношеской наркомании "Проблемы профилактики и реабилитации наркомании". Сб. докладов Всероссийской научно-практической конференции., Самара, 1998 г.

11. Подросток на перекрестке эпох. Под ред. Кривцовой С.В. - М. Генезис, 1997 г.

12. Попов Ю.В. Особенности психотерапии при ранней алкоголизации и токсикоманическом поведении подростков с психопатическими расстройствами. "Психологические исследования и психотерапия в наркологии", Л., 1989 г.

13. Поливанова К.Н. Психологическое содержание подросткового возраста // Вопросы психологии, № 1, 1996.

14. Резник В.А. Некоторые практические аспекты групповой психотерапии при токсикоманическом поведении у подростков. "Психологические исследования и психотерапия в наркологии", Л., 1989 г.

15. Рожнов В.Е., Слуцкий А.С. Эмоционально-стрессовая психотерапия больных пограничными состояниями в групповом и индивидуальном вариантах. "Возрастные аспекты групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях". Сб. научных трудов. Л., 1988 г.

16. Сафин В.Ф. К проблеме самоопределения личности и ее активности. В сб. «Вопросы самоопределения личности и ее активности»: Межвузовский сборник научных трудов. – Уфа, Башкирский пединститут, 1985 г.

17. Семенюк. Л.М. Психологические особенности агрессивного поведения подростков и условия его коррекции. / Мир психологии и психология

-
- в мире, 1994 г.
18. Столин В.В. Самосознание личности М., 1984
19. Хломов Д.Н. Гештальт тренинг в группе подростков: осознавание и социальная ответственность. //Семейная психология и семейная психотерапия, № 2, 1998 г.
20. Duane P. Schultz. Psychology in Use. N.Y. 1979
21. Coleman J.S. The Adolescent Society. N.Y. 1966

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ Г. РУДНОГО

В.И.Шушкевич, В.А.Яшина,
Г.Р.Сорока, П.П.Саенко

г. Рудный

Проанализирована 51 амбулаторная карта (35 мужчин и 16 женщин) в возрасте от 22 до 65 лет (средний возраст 38 лет) со стажем курения от 3 до 40 лет, проходивших лечение в поликлинике за период 1999-2002 г.г. из которых 30 человек (39,2%) ранее самостоятельно пытались бросить курить, но вновь закурили.

Практически у всех курильщиков преобладали пограничные психические расстройства в виде астеновегетативной, аффективной, обсессивной и ипохондрической симптоматики, причем, у 20 человек курению сопутствовали различные психосоматические заболевания (бронхиальная астма, язвенная и гипертонические болезни, ИБС), то есть имели дело с контингентом больных неврозами и психосоматическими расстройствами, уже осложненными табакокурением.

Лечебный комплекс включал проведение эриксоновской психотерапии, суггестивного внушения с использованием методик иглорефлексотерапии, музыкотерапии, медикаментозной коррекции и физиолечения. Групповая психотерапия использовалась для коррекции нарушений отношения личности и приобретения навыков адекватного общения, причем, большое внимание уделялось подражательности, изменения мотивации и взаимной индукции в создании специфических условий взаимовлияния пациентов друг на друга, а эти качества личности высоко развиты у курильщиков (Шевчук А.Г., 1986 г.)

Иглорефлексотерапия применялась с целью рефлекторного влияния с точек акупунктуры на различные отделы ЦНС, при этом использовались общие, сегментарные и местные точки по 1 и 2 вариантам тормозного метода классической корпоральной и аурикулярной терапии.

Группы формировались из 6-12 человек разного пола и возраста.

Лечебные сеансы проводились в специально оборудованном гипнотарии поликлиники, оснащен-

ным кушетками и креслами.

В среднем, на курс лечения приходилось 10-14 процедур иглорефлексотерапии с суггестивным подкреплением с обязательными последующими этапами "поддерживающей" психотерапии с реадаптационными мероприятиями по принципу постепенного отключения от врача (Токарский А.А., 1989 г.).

Из 51 человека – 32 (62,7%) лечившихся бросили курить сразу, что характеризует высокий непосредственный эффект терапии. Ранний эффект наблюдался, в первую очередь, у пациентов с меньшим стажем курения и с начальными признаками никотиновой абстиненции.

У 20 пациентов отмечалось уменьшение тяги к курению, выразившейся в сокращении числа выкуриваемых сигарет в 3-4 раза.

В процессе лечения в обследуемой группе наблюдалось:

- изменение установок в положительном плане у 32 человек (62,7%)
- изменение установок в отношении к сигарете у 40 человек (78,4%) от общего числа пролеченных;
- осознание больными причин возникновения невротических симптомов - 48 человек (94,1%);
- изменение некоторых аспектов поведения у 36 человек (70,5%).

Также в процессе лечения выявились лица, как с иждивенческой установкой "бросить курить поможет врач", так и высокомотивированные "прижала болезнь – дальше некуда", причем пациенты с тревожно-мнительными характерологическими чертами бросали курить из-за боязни перед последствиями курения; акцептуанты курили из риска "авось болезнь минует стороной" и некоторые бросали курить даже из стремления досадить врачу: - "сама бросила курить, а не лечение помогло", - хотя и эти побуждения искусственно формировались врачом в атмосфере коллективного взаимовлияния.

Однако импульсивные лица бросали курить не-надолго и чаще других давали "срывы" и рецидивы "запойного" курения (Гройсман А.А., 1976 г.).

Данные катамнеза через год показали, что рецидив курения из 51 лечившихся пациентов наблюдался у 15 человек (в основном, импульсивных лиц), а тревожные и ригидные, бросив курить, дали хорошие длительные ремиссии (свыше года).

Анализ полученных данных указывает на целесообразность комбинированного применения в комплексной терапии табачной зависимости методов психотерапии и иглорефлексотерапии с медикаментозной "поддержкой" (в частности, т.н. никотинзамещающей терапии с использованием никоретте и др. (В.В.Макаров, 1999 г., С.И.Табачников, 1988 г., А.Л.Гройсман, 1986 г., И.А.Захарова, 1991 г., В.И.Шушкевич, 1992 г.).

Литература:

1. В.В.Макаров. Избранные лекции по психотерапии. Москва, 1999 г., стр.330-335.
2. В.И.Шушкевич. Вопросы психотерапии и наркологии. Том № 10, 1992, Кустанай. Особенности комплексной терапии табачной зависимости

сти. Стр. 79-80.

3. В.И.Шушкевич, В.Д.Литвинович. Об опыте комплексной психотерапевтической работы на базе поликлиники общесоматической сети. (Вопросы ментальной медицины и экологии, 1997 г., Т. 3, стр. 28-31)

4. В.И.Шушкевич, П.П.Саенко. Об особенностях комплексной терапии алкогольной зависимости в условиях городской поликлиники. (Вопросы ментальной медицины и экологии. Т. 7, № 1, 2001 г., стр. 59-60).

5. А.Л.Гройсман. Групповая психотерапия, как метод коррекции системы отношений и девиаций личности у курильщиков. (Психологический журнал, Москва, 1986 г., Т. 7, стр. 99-109).

6. С.И.Табачников с соавторами. Особенности комплексного лечения женщин, страдающих табакокурением и хроническим алкоголизмом. (Тезисы доклада Всесоюзной научно-практической конференции 2.12.1988 г. Новосибирск, стр. 48-49)

7. Иглоукалывание в комплексной терапии табачной зависимости. (Тезисы Всесоюзной научно-практической конференции. Новосибирск, 1988 г., стр. 49-50).

ОПЫТ РАБОТЫ ТЕЛЕФОННОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ СЛУЖБЫ (ТКС) ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

О.Г.Юсопов, Г.И.Алтынбекова

г. Павлодар

Распространение вредных привычек в подростковой среде в последние годы в Республике Казахстан существенно возросло. В этой связи разрабатываются и реализуются национальные, региональные и локальные программы противодействия и минимизации распространения вредных привычек.

За период 2001-2002 г.г. в Республике Казахстан коалицией "Акция против курения среди детей и подростков" и Республиканским научно-практическим Центром медико-социальных проблем наркомании разработан и реализован проект Телефонной консультативной Службы для детей и подростков с бесплатным и круглосуточным доступом из любой точки Казахстана.

Мировой опыт показывает эффективность работы телефонных служб, позволяющих существенно повысить эффективность профилактических мер по распространению вредных привычек. Деятельность таких служб проясняет многие психологические и социальные проблемы детского и подростко-

вого возраста и намечает наиболее перспективные пути их решения. Телефон доверия – одна из форм психосоциальной помощи с целью преодоления социально-психологического неблагополучия и социальной дезадаптации, - это оперативный консультативный канал. Одним из основных направлений телефона доверия является решение задач экстренной психологической помощи.

Проводится рекламная кампания в ходе, которой идет информирование населения о работе телефонной консультативной службы в Республике Казахстан. К началу работы Службы изготовлен рекламный ролик, который размещается и прокручивается на областных телерадиокомпаниях во всех регионах Казахстана. Разработано 6.300 плакатов, 42.000 календарей, которые размещены во всех школах Республики Казахстан, основным цветовым фоном для данной продукции является зеленый цвет, так как по материалам собственных исследований этот цвет наиболее приятен для детей и подростков. Также разработана и размещена Web-стра-

ница Телефонной консультативной Службы.

В ходе своей работы служба выполняет следующие задачи:

1. Профилактика и информирование детей и подростков об опасности, связанной с употреблением психоактивных веществ.

2. Неотложная помощь в решении жизненно важной для абонента проблемы.

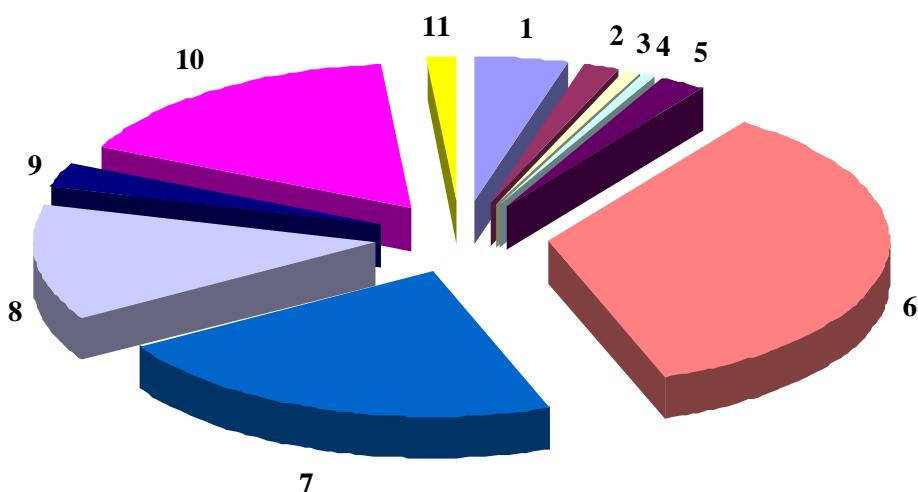
3. Выявление и коррекция наркозависимых установок.

4. Поиск и тренинг неопробованных абонентом способов разрешения конфликта, повышающих уровень социально-психологической адаптации, обеспечивающие рост личности.

5. Предоставление существенной жизненно важной информации для формирования поведения, которое позволит подросткам ответственно относиться к своей жизни, принимать правильные, здоровые жизненные решения.

6. Информационно-консультативная помощь родителям по вопросам табакокурения, алкоголизма и наркомании.

За период с 11 февраля по 6 мая 2002 года зарегистрировано 536 звонков без учета технических сбоев, во время которых звонки не регистрировались в компьютере (около 100 звонков). Ниже приводятся основные темы звонков поступающих в ТКС:



1. Звонки информационного характера – о специфике работе службы (организаторы, расположение, способы работы, персонал, спектр обсуждаемых вопросов, гарантии, безопасность). 18 звонков. Здесь могут быть так называемые маскированные обращения “Это вызов такси?... А куда я попал? А что у вас за телефон доверия?... А у вас действительно звонки анонимные?” - нередко за такими фразами скрываются очень серьезные психологические проблемы.

2. Звонки-шутки. Дети младшего возраста. 6 звонков. Услышав по телефону шутку, можно ответить шуткой, можно задать вопрос “Это все, что вы хотели сказать?”. В любом случае консультант готов принять и такое поведение абонента.

3. Информация по ВИЧ-инфицированным. 3 звонка.

4. Токсикомания. 3 звонка.

5. Употребление насвая. 9 звонков (подростки-мальчики).

6. Табакокурение. 137 звонков из них: 98 - подростки-мальчики, 23 - подростки-девочки, 16 - взрослые.

7. Наркомания. 87 звонков из них 74 - мужской пол и 13 - женский пол.

8. Алкоголь. 51 звонок из них: 43 - мужской

пол и 8 - женский.

9. Суицид. 11 звонков.

10. Взаимоотношения в семье. 6 звонков.

11. Взаимоотношения со сверстниками. 5 звонков.

Сбои в системе, технически звонки, сброс. 200 звонков

Основой работы телефонной консультативной службы является консультативность взаимодействия, что определяет основные цели консультирования, которые зависят от потребностей клиента и от теоретической ориентации консультанта. Независимо от воззрений можно выделить следующие общие цели данного взаимодействия:

❖ Способствовать изменению поведения, чтобы клиент мог жить продуктивнее, испытывать удовлетворенность жизнью

❖ Развивать навыки преодоления трудностей, при столкновении с новыми жизненными обстоятельствами

❖ Обеспечить эффективное принятие жизненно важных решений

❖ Развивать умения завязывать и поддерживать межличностные отношения.

В процессе консультирования выделяется несколько стадий:

1. Контакт. Установление контакта и ориентирование клиента на работу. На этой стадии консультант делает упор на установление консультационного (терапевтического) контакта, расслабляет клиента (чувство безопасности и понимания со стороны другого), переводит внимание на текущее переживание, направляет процесс через выбор переживания для контакта (привлечения внимания к неосознанным переживаниям или к тем, которые остаются невысказанными).

Особенности работы консультанта:

Итог. Подытоживать то, что сказано “Так что вам нравится жизнь”, “Я вас правильно понимаю, что Вы хотели избавиться от этого”. Тем самым вы даете человеку понять, что вы следите за содержанием разговора, что вы действительно его поняли. Это дает людям ощущение того, что их ценят и уважают.

Ожидание. Консультант ожидает, и выделяет время на то, чтобы заметить воздействие своего контактного высказывания. То, что другой человек делает с высказыванием, влияет на последующие действия консультанта. Это означает, что вы уважаете другого человека и признаете его потребности (не перебивать).

Подстройка. Присоединение к модели мира абонента, к его переживаниям через отзеркаливание скорости речи, громкости голоса, часто употребляемых предикатов речи, тональности, тембра, интенсивности.

2. Диагностика. Сбор информации, решается вопрос о том, в чем же состоит проблема и с чем предстоит работать. Консультант стремится четко охарактеризовать проблему, установить как эмоциональный, так и когнитивный аспект. Отслеживание и распознавание признаков текущего переживания, выслушивается тон голоса и интонация, тембр и темп речи, которые и считаются как показатели текущего переживания, и с помощью которых консультант осуществляет подстройку. Как только обнаруживается это переживание, консультант следует за ним. Консультант стремиться вместе с абонентом, приложить слова к тому переживанию, которое отслеживается, для того чтобы переместить его полностью в область сознания, то есть уметь думать о нем. Консультант при этом замедляет темп разговора (замедлиться, чтоб заметить).

Можно выделить следующие основные мишени диагностики:

Заблуждение. Элемент восприятия, определяемый как затуманенность ума, который ведет к неверному восприятию, замешательству и путанице. Это защищенное восприятие, противоположное восприятию, которому не нужно ничего от себя прятать, нечего бояться.

Привязанность (зависимость). Эгоистическое стремление удовлетворить желание, преувеличивающее привлекательность желаемого (искажает же-

ление).

Недоброжелательность. Сильное отвращение, искажающее реальность, которое вводит в заблуждение и выводит из равновесия сознание.

Тщеславие. Преувеличенное или высокомерное представление о себе (“завидует вышестоящим, соревнуемся с равными и высокомерны к нижестоящим”).

Основные правила работы консультанта:

1. Не сгущайте краски, употребляя оценочные слова.
2. Ориентируйтесь на основную тему клиента (ключевое слово).
3. Не навязывать свои планы и свою точку зрения.
4. Употребление простых слов и образов для передачи информации.
5. Говорить кратко.
6. Уточнять восприятие, думать, изредка задавать вопросы.

Средства сбора информации.

Возвращение исключенной информации (О ком? О чём?)

- Они не хотят мне помочь.
- В чем именно они не помогают?

Восстановление пропущенного индекса (кто или что именно?).

- Все говорят, что я странный.
- Кто именно, так говорит?

Уточнение глаголов и прилагательных (как и что именно?).

- Я очень переживаю.
- Что именно Вы переживаете?
- Я много раз бросал курить.
- Как именно Вы бросали курить?

Номинализация в глагол.

- Я жалею о своем решении.
- Что-нибудь мешает Вам решить по другому?
- У меня проблема.
- Что именно Вас затрудняет?

Сбор информации тем самым помогает консультанту понять, как абонент организует опыт и почему он организует его именно так.

3. Принятие решения. Принятие решения или изменение решения на другое, возможно, противоположное, дается лицу, принимающему решение, относительно малой ценной. Затраты же ресурсов, связанные с реализацией принятого решения зачастую недооцениваются. Поэтому одним из условий осуществляемости принятых решений является тщательный анализ необходимых ресурсов, реальности их получения и использования с учетом как основных, так и дополнительных затрат на реализацию решений.

Этапы принятия решений:

1. Осознание того состояния и ситуации, в ко-

торой находится принимающий решение человек. Выявляется удовлетворенность или неудовлетворенность тем состоянием, в котором находится человек. Осознание желаемого результата. Определяется желаемый идеал.

2. Формируется желание изменить или сохранить существующее состояние определенным образом.

3. Принятие решения состоит в определении всех возможных способов или путей достижения целей (выработка альтернативных решений), перехода в желаемое состояние.

4. Выбор из множества возможных решений наилучшего в смысле эффективности достижения

цели с соблюдением при этом некоторых правил выбора. Происходит критическая оценка выбранных решений и разбор тех альтернатив, которые являются реальными для осуществления. Определяются средства и способы проверки реалистичности выбранного решения. Результат – единственное решение.

5. Собственно реализация принятого решения. Происходит реализация плана решения проблемы. Консультант помогает строить деятельность с учетом времени, ситуации и обстоятельств. Резюмируются результаты взаимодействия по поводу проблемы клиента. Переход от обучения к действию. Экологическая проверка.

Контакт	<i>Чувство безопасности, понимание, привлечение внимания к неосознанным или невысказанным переживаниям</i>
Диагностика	<i>Мишени: заблуждения, привязанность (зависимость), недоброжелательность, тщеславие.</i>
Принятие решения	<i>Выработка альтернатив, критическая оценка, экологическая проверка</i>

В общем, суть работы консультанта сводится к созданию условий для абонента, в которых он находит свои новые возможности в решении проблемы, которую он заявил во время взаимодействия.

Опыт работы ТКС для детей и подростков показывает, что использование данного вида службы в профилактической работе чрезвычайно перспективно расширяет круг оказываемой помощи подрастающему поколению, дает ряд новых диагностических и консультативных возможностей. В то

же время телефонное консультирование имеет ряд ограничений: дистантность помехи во многих случаях затрудняет диагностику, не позволяет опереться на невербальные проявления абонента (за исключением голосовых), увидеть неконгруэнтность поведения и верbalных сообщений; абонент может в любой момент выйти из эфира; многие невротические проявления требуют прямого психотерапевтического действия психолога или врача.

ИНФОРМАЦИЯ

ОТЧЁТ О “ГОРЯЧАЯ ДЕКАДА МАЯ” 2002

проф., д.м.н. В.В.Макаров

г. Москва

“Горячая декада мая” - основное событие первой половины 2002 года в Профессиональной Психотерапевтической Лиге

Международному конгрессу “Психотерапия Европы - Психотерапия Азии” предшествовали пре-конгрессы, базовый семинар по мультиmodalной психотерапии и IV съезд Лиги.

Преконгрессы были представлены тренингами по София-анализу и гештальт-терапии.

20-24 мая – Тренинг по софия-анализу доктора Габриеллы Италии Сорджи и её учеников (Италия). Стартовый тренинг образовательного проекта по программе Европейского Сертификата Психотерапевта. Для проведения тренинга приехали 12 специалистов в области София-анализа из Италии. Во время первого вечера в Москве они познакомились с психотерапевтическим театром профессора Марка Евгеньевича Бурно.

21-24 мая – Тренинг по гештальт-терапии Сержа Гингера (Франция). Стартовый тренинг образовательного проекта по программе Европейского Сертификата Психотерапевта. С.Гингер - президент Международной федерации организаций, преподающих гештальт, член правления Европейской Ассоциации Психотерапии, вице-президент Французской национальной федерации психотерапии. С.Гингер - клинический психолог и обучающий психотерапевт, имеющий опыт работы в классическом и юнгянском психоанализе, групповой динамике, биоэнергетическом анализе и других модальностях. С.Гингер - пионер гештальт-терапии во Франции. В этой области он работает с 1970 года. Основатель крупнейшей школы страны - Парижской Школы Гештальта.

С.Гингер по праву считается одним из наиболее опытных и уважаемых психотерапевтов Европы. Он свободно владеет несколькими языками, в том числе русским.

Тренинг собрал как опытных профессионалов, так и начинающих обучение гештальт-терапии. Три дня работал С.Гингер. А в течение одного дня показывали своё искусство российские специалисты.

По результатам тренинга принято решение открыть Общенациональную программу обучения по интегративной гештальт-терапии. Супервизором программы приглашён Серж Гингер. Организатором программы выступает Лига. Занятия начнутся осенью 2002 года.

22 мая – базовый семинар по мультиmodalной психотерапии

Семинар был посвящен мультиmodalности, как определяющей качественной характеристике российской психотерапии, подразумевающей использование в теории и на практике совокупности концепций и методических приемов, выработанных в рамках нескольких различных школ (модальностей) психотерапии. Особое место в дискуссии занимал вопрос об интегративных тенденциях в развитии психотерапии в России в настоящее время и о понятиях, характеризующих эти тенденции. Участники семинара затронули также широкий круг проблем, связанных с самоопределением психотерапии как специфической научно-практической области в общемировом контексте.

В семинаре принимали участие: д.м.н., проф. А.С.Баранников, д.м.н., проф. М.Е.Бурно, д.м.н., проф. А.Л.Катков, Президент ассоциации гуманистической психологии В.П.Криндач, д.м.н., проф. В.В.Макаров, к.м.н., Ученый секретарь семинара И.А.Чеглова.

Материалы для обсуждения, предоставленные участниками семинара, и его стенограмма будут опубликованы в изданиях Лиги.

23 - 24 мая - IV съезд Профессиональной Психотерапевтической Лиги

Съезд проходил в течение двух дней. Первый день был посвящён работе комитетов и комиссий Лиги. 23 мая заседали комитеты по модальностям, по организациям, по этике и защите профессиональных прав, по законодательной политике, по психологическому консультированию. И в конце дня - Центральный Совет Лиги в расширенном составе. Итоги работы комитетов были представлены на Пленарном заседании съезда 24 мая.

Тезисы докладов на Пленарном заседании:

1. Ежегодный отчётный доклад президента Лиги В.В.Макарова съезду Лиги

В докладе отражены результаты работы Лиги за отчетный период и планы ее дальнейшего развития.

Результаты работы Лиги.

В докладе отмечено, что Лига уверенно продолжает своё развитие, стремясь объединить в себе функции профессионального союза психотерапевтов, головной образовательной структуры, научно-методического центра, организации, практикующей в области психотерапии и консультирования.

В последние 2-3 года популярность и признание психотерапии в России растёт. И этот рост осуществляется не без участия Лиги, численность которой в мае текущего года достигла 3 580 человек.

Мы провели X Итоговый Европейский конгресс по психотерапии, который стал самым крупным и представительным собранием психотерапевтов, когда-либо проходившим на территории нашей страны. В различных его событиях участвовало 1 350 человек.

Лига продолжает вести активную работу по организации и проведению региональных конференций, которые осуществляются зачастую совместно с декадниками по психотерапии. В прошедшем году их проведено 14.

Лига строит свою деятельность как головная структура, объединяющая тренинговые центры страны. В основу образовательный работы заложена модель последипломного профессионального образования. С этой целью был открыт Институт повышения квалификации ППЛ.

В области образования развернута профессиональная подготовка по программе Европейского Сертификата Психотерапевта, признаваемого профессиональным сообществом 41 страны Европы. В рамках поддерживаемой нашей Лигой программы “безусловных профессионалов психотерапии”, т.е. на основании прежних заслуг и образования, Европейский Сертификат Психотерапевта выдан 89 специалистам из России, Казахстана, Латвии. С большим удовлетворением можно отметить, что все заявки Лиги на Европейский Сертификат Психотерапевта удовлетворены.

В докладе отмечено, что региональные профессиональные организации при посредничестве Лиги имеют возможность выдвижения достойных специалистов для присвоения им Европейского Сертификата Психотерапевта по временным правилам “безусловных профессионалов психотерапии”.

Лига - мобильная структура, объединяющая в своих рядах множество ведущих профессионалов и имеющая профессиональные контакты в стране и за рубежом. Вместе с тем, вызывает тревогу, что в нашей обширной стране с низким уровнем жизни, прерывается преемственность передачи навыков психотерапии. Складывается несколько отдельных территорий, психотерапия в которых развивается достаточно оторвано от столичных и европейских центров.

Большая работа проводится Лигой в области международных профессиональных связей. Реализуются длительные образовательные проекты по семейной психотерапии, гештальт-терапии, София-анализу, экзистенциальной психотерапии. По нашей инициативе и с нашим участием создан комитет по психотерапии терроризма ЕАП. Большая делегация примет участие в работе III Всемирного конгресса по психотерапии в Вене в текущем году.

Научно-методическая работа Лиги разворачивается в рамках складывающейся российской мультиmodalной психотерапии. Именно такое название закрепилось за отечественной психотерапией в результате длительной дискуссии в Европейской Ассоциации Психотерапии (ЕАП)

Лига продолжает издательскую деятельность. Специальное издательство Лиги выпускает в свет как специальную, так и научно-популярную литературу по психотерапии и психологическому консультированию. Поэтому возможности распространения наших изданий в регионах представляются особенно важными. Именно от этого зависит как число изданий, так и их тиражи.

В журнале «Ментальная медицина и экология», издаваемом Лигой, открываются новые рубрики. В частности, будут представлены хроника и официальные документы Лиги. Специальную версию журнала («Ментальная медицина и экология (избранное)») теперь можно будет получать по подписке.

Новым издательским начинанием Лиги является “Профессиональная психотерапевтическая газета”. Это ежемесячное издание обеспечит наполнение информационного поля психотерапии. Мы ждём ваших материалов для газеты.

Претерпел изменения Центральный Совет Лиги. Созданы комитеты: по законодательной политике; по модальностям; супервизии и личной терапии, комитет при президенте (по организациям). Это активизировало деятельность Центрального Совета.

Укрепляется юридический статус Лиги. Юрисконсульт Лиги проводит работу по приведению документации Лиги в полное соответствие с изменяющимся законодательством.

В настоящее время Лига активно включилась в процесс подготовки закона о психотерапии. Специалистами Лиги разработан проект данного закона. С нашей точки зрения, до принятия закона важно выработать доминирующую точку зрения профессионального сообщества.

Центральный Совет Лиги развернул работу по созданию структур психологического консультирования внутри Лиги. Созданы Институт Консультирования, Совет по психологическому консультированию. Разработаны документы по аккредитации образовательных программ по консультированию и положение о тренинговых организациях, желающих участвовать в образовании в области психологического консультирования. Разработан кодекс этики и защиты профессиональных прав консультанта и клиента консультативного процесса. Разработана контрактная система договоров между Лигой, стажёрами и руководителями образовательных проектов (региональными представителями Лиги). Лига получила статус зонтичной организации Европейской Ассоциации Консультирования. Получила полномочия на выдачу Европейских Сер-

тификатов Консультанта. Складывается пакет предложений по образованию в области психологического консультирования, нашему участию в международных организациях, практике консультирования.

Важной представляется работа с молодыми специалистами. Особенно ощущимые успехи в этой работе достигнуты в Новосибирске и Перми.

Планы работы Лиги на ближайшее будущее.

Лига планирует приступить к планомерной общенациональной рекламной деятельности, призванной пропагандировать и популяризировать работу психотерапевтов и психологов-консультантов, образовательные проекты Лиги и программы Европейского сертификата психотерапевта и консультанта, а также Европейский реестр профессиональных психотерапевтов, в целях создания субкультуры психотерапии и консультирования.

В области образовательной деятельности усиления будут сосредоточены как на расширении образовательного поля Лиги, так и на упорядочение образовательных услуг и проектов.

Важным представляется детальная разработка психотерапевтических аспектов лечебных и реабилитационных программ.

Необходимо укрепление материальной базы Лиги, создание офиса с инфраструктурой и средствами связи. Работа на основных языках мира.

Будут предприниматься усилия для упрочения юридического статуса Лиги, лицензирования основных видов деятельности, подлежащих таковому.

Планируется продолжать работу по подготовке общего проекта Федерального закона о психотерапии.

Будут четко определены границы, в которых происходит деятельность Лиги.

Как и прежде, будут проводиться ежегодный съезд Лиги, приуроченный к большой конференции, а также конференции Лиги в рамках декадников по психотерапии и психологическому консультированию в тех регионах, где складываются соответствующие благоприятные условия. Обсуждается возможность новой организационной формы Лиги – проведения выставок.

Международная работа Лиги получит своё развитие в совместных проектах с национальными организациями психотерапевтов и консультантов Европы и специалистами Азии.

Мы планируем расширять консультативные и терапевтические начинания Лиги - как традиционную для нас работу в области зависимостей, так и по другим направлениям в области психотерапии и консультирования.

Приоритетным в работе Лиги является развитие психологического консультирования. Будет проводиться общественная национальная аккредитация консультантов, вручение им Национальных серти-

фикатов консультантов, европейская аккредитация консультантов, вручение им Европейского сертификата консультанта.

Лига готова расширять издательскую деятельность. Издательство Лиги выпускает в свет как специальную, так и научно-популярную литературу по психотерапии и психологическому консультированию. Основная проблема в этой области состоит в распространении книг.

Важно создавать специальные программы для молодёжи, входящей в специальность консультанта или психотерапевта.

В заключение было отмечено, что это только часть основных, планируемых начинаний. Лига с оптимизмом смотрит в будущее, т.к. прочные основы для ее будущей успешной работы уже заложены!

2. Доклад председателя комитета модальностей М.Е.Бурно “О модальностях в ППЛ”.

(был опубликован в июльском номере, поэтому в августовском его можно только упомянуть)

В результате проделанной работы в Лиге сложился перечень методов (модальностей) психотерапии, получивших общественное профессиональное признание. Сложился и комитет модальностей. Приведём состав настоящего Комитета по модальностям и методы психотерапии, получившие общественное, профессиональное признание.

Председатель – Бурно Марк Евгеньевич (Москва). Секретарь – Клышикова Екатерина Норбертовна (Москва). Представители психотерапии направлений, получивших общественное профессиональное признание (руководители соответствующих профессиональных сообществ), вошли в комитет модальностей в качестве его членов. Представители направлений, представленных для общественного профессионального признания, вошли в комитет в качестве его ассоциированных членов.

3. Доклад председателя комитета по консультированию Г.А.Макаровой

“Становление консультирования в ППЛ” Выступление на съезде.

Что сделано:

1. Образовательные программы в Москве, Казани, Риге. Около 100 человек обучаются психологическому консультированию в постоянно действующих двухгодичных образовательных проектах под эгидой ИК ОППЛ.

2. В сентябре 2001 года российская делегация участвовала в Европейской конференции в Афинах. Было сделано 5 докладов.

3. Проведена конференция в декабре 2001 года, в которой участвовало более 100 человек

4. Подготовлена конференция 27-28 мая 2002 г. с международным участием. Приезжает президент европейской Ассоциации консультирования, про-

Методы психотерапии (модальности) получившие общественное, признание

	Модальность	Председатель
1.	Гипносуггестивная терапия	Тукаев Рашид Джаядатович (Москва)
2.	Экзистенциальная психотерапия	Баранников Александр Сергеевич (Москва)
3.	Поведенческая психотерапия	Ромек Владимир Георгиевич (Ростов на Дону)
4.	Позитивная психотерапия	Кириллов Иван Олегович (Москва)
5.	Гештальт-терапия	Иванова Елена Александровна (Санкт-Петербург)
6.	Символдрама	Обухов Яков Леонидович (Москва)
7.	Семейная психотерапия	Варга Анна Яковлевна (Москва)
8.	Телесно-ориентированная психотерапия	Ченцова Галина Михайловна (Москва)
9.	Нейролингвистическая психотерапия	Чекчурин Юрий Анатольевич (Новосибирск)
10.	Групп-анализ	Белокрылов Игорь Владленович (Москва)
11.	Терапия творческим самовыражением	Бурно Марк Евгеньевич (Москва)
12.	Мультимодальная психотерапия	Макаров Виктор Викторович (Москва)

Методы психотерапии (модальности), представленные для получения общественного профессионального признания

	Модальность	Представитель
1.	Континуальная психотерапия	Валентик Юрий Владимирович (Москва)
2.	Российский клинический психоанализ	Егоров Борис Ефимович (Москва)
3.	Звуковая дыхательно-эвритмическая гимнастика саморегуляции	Семенова Алла Ивановна (Москва)
4.	Онтопсихология	Дмитриева Виктория Александровна (Москва)
5.	Биосенсорная психотерапия	Захаревич Андрей Станиславович (Санкт-Петербург)
6.	Специфический релаксационно-рекреативный психокатализ	Ермошин Андрей Федорович (Москва)
7.	Трансактный анализ -восточная версия	Макарова Галина Анатольевна (Москва)
8.	Трансперсональная психотерапия	Белокурова Марина Владимировна (Москва)
9.	Гуманитарная психотерапия	Криндач Валентин Павлович (Москва)
10.	Дианализ	Завьялов Владимир Юрьевич (Новосибирск)
11.	Духовно-ориентированная психотерапия	Лопатин Владимир Георгиевич (Сочи)
12.	Инициатическая психотерапия	Запорожченко Анатолий Иванович (Москва)
13.	Холдинамическая психотерапия	Хохлова Любовь Прокофьевна (Москва)

фессор Мика Харитас.

5. Семь российских специалистов награждены Европейскими Сертификатами Консультантов.

6. Россия вошла в президентский Совет Европейской Ассоциации Консультирования

Что в процессе реализации:

1. Документы по аккредитации ИК ОППЛ в Европе.

2. Документы по процедуре национальной аккредитации и сертификации консультантов.

Планы на будущее:

Проведение в 2004 году Международной кон-

ференции с участием Всемирной ассоциации консультантов и ЕАП. Рабочая тема конференции "Психотерапия и консультирование семьи". Страгетические задачи конференции: встреча психотерапевтов, консультантов, психологов. Совместное обсуждение границ профессии. Встреча глобалистов и приверженцев узких школ и моно-модальностей. Россия выбрана потому, что в нашем профессиональном сообществе ярко представлены все направления моно – и мультимодальные, все тенденции развития современной психотерапии и консультирования, как интегративные, так и консерватив-

ные. При этом мы все уживаемся, и этот опыт привлекает зарубежных коллег.

Разработано положение об Ассоциации аккредитованных в Лиге образовательных организаций

4. Доклад председателя комитета этики и защиты профессиональных прав Б.Е.Егорова: "Итоги и перспективы работы комитета"

В отчётом докладе отмечены основные акции комитета. Выигран судебный процесс против А.М.Кашпировского. Заявлены протесты в адрес сексуально распоясавшихся "психоаналитиков". Проведён ряд консультаций обратившихся за помощью психотерапевтов. Разрешены конфликты, касающиеся авторского права на методы психотерапии.

5. Доклад председателя комитета законодательной политики А.Л.Каткова "Итоги работы комитета по законодательной политике ППЛ"

В отчетный период комитет по законодательной политике ППЛ работал по трем направлениям:

- разработка и экспертизование нормативных актов, регулирующих процесс развития организации (ППЛ);
- экспертизование нормативных и законодательных актов, имеющих отношение к развитию психотерапии;
- законодательная инициатива и разработка проекта Закона РФ "О профессиональной психотерапевтической деятельности".

По первому направлению были проанализированы следующие нормативные акты:

1. Положение о ступенчатом членстве в ППЛ;
2. Положение о комитете по модальностям в ППЛ и признании психотерапевтических методов;
3. Этический кодекс и защита прав консультанта;

4. Контрактная система: Лига – стажер;

5. Положение об аккредитации образовательных программ;

6. Положение о тренинговых организациях;

7. Положение об отделении ППЛ № 1 и № 2;

8. Положение о порядке создания и ликвидации регионального отделения ППЛ;

9. Положение об Ассоциации аккредитованных в Лиге образовательных организаций;

10. Положение о порядке оплаты членских взносов ППЛ.

11. Положение об официальном преподавателе и супервизоре практики ППЛ.

По второму направлению были проэкспертизованы законопроекты "О психотерапии" Российской Психотерапевтической Ассоциации и других инициативных групп. Представители ППЛ участвовали в очной и журнальной дискуссии по данному вопросу.

Была проэкспертизована отраслевая программа МЗ РФ "Реорганизация сети психиатрической помощи в РФ" (результаты доложены на съезде).

По третьему направлению продолжается работа по модификации законопроекта "О профессиональной психотерапевтической деятельности". Варианты законопроекта в новой редакции будут обсуждаться на следующем съезде ППЛ.

На круглом столе, проводимом в рамках Евро-Азиатского психотерапевтического конгресса, вышеназванные направления деятельности законодательного комитета ППЛ получили поддержку и одобрение. Было указано на желательность сопровождения данного рода деятельности соответствующими научно-информационными программами.

6. Выборы вице-президентов ППЛ.

В результате проведённых выборов Центральный Совет Лиги включает:

Президент	В.В.МАКАРОВ
Исполнительный директор	И.А.Васягин
Исполнительный директор	В.Ф.Трубецкой
И.о.исполнительного директора	А.В. Ларин
Исполнительный директор	И.Ю.Калмыкова
Национальный представитель в Европейской Ассоциации Психотерапии	Н.Ю.Лурина
Ученый секретарь	Н.Н.Свидро
Главный бухгалтер	Р.М.Рева
Ревизионная комиссия	В.П.Колосов
Ревизионная комиссия	И.С.Павлов
Юрисконсульт	О.И.Васильева
Директор института консультирования	Г.А.Макарова
Руководитель комитета этики и защиты профессиональных прав	Б.Е.Егоров

Вице-президенты:	М.Е.Бурно
	Ю.В.Валентик
	А.Л.Катков
	Я.Г.Гальперин
	В. Ю.Завьялов
	Н.Д.Кибрик
	В.П.Криндач
	Н.М.Лаврова
Вице-президент по работе с регионами	Я.Л.Обухов
Руководитель отдела образования	Ю.Л.Покровский
Члены Центрального Совета:	Е.В.Безносюк
	Анатолий Запорожченко
	М.М. Решетников

7. Вручение Европейских сертификатов психотерапевта.

Список психотерапевтов европейской регистрации будет опубликован в ближайших номерах на-

шей газеты.

8. Заключительная дискуссия и закрытие съезда.

Окончание отчёта будет напечатано в следующем номере журнала

РЕЗЮМЕ

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ И ПРАКТИКИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Катков А.Л.

В настоящей концепции развития психологической науки и практики в Республике Казахстан дается определение состояния и основных проблем, перед которыми стоит отечественная психология. Подготовка данного документа – первый шаг к изменению темпов развития этого важнейшего направления гуманистической науки и практики в Казахстане.

ИНТЕГРАТИВНО-РАЗВИВАЮЩАЯ, ДВУХУРОВНЕВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ НАРКОЗАВИСИМОСТИ

Катков А.Л., Титова В.В.

В данной работе описывается новый подход в лечении наркозависимости - интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия наркозависимости. Рассматриваются двухуровневая модель эффективной психотерапевтической коммуникации, общая стратегия двухуровневого интегративно-развивающего психотерапевтического процесса, структурированная психотерапия наркозависимых в программах медико-социальной реабилитации. Так же приводятся карта исследования субъективных признаков вовлечения глубинного уровня психотерапевтической коммуникации и схема субъективной оценки степени развития свойств антинаркотической устойчивости.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК СЕМЕЙНЫЕ ИГРЫ: ПРОБЛЕМЫ, КОНФЛИКТЫ И СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ

Аксенфельд Р.Г.

В данном исследовании выдвигалась гипотеза, что реакции на болезнь пациентов, страдающих ревматоидным артритом и сахарным диабетом, различны и аналогичны их отношению к родным и близким, а клинические параметры связаны с параметрами управления семейной системой. В исследовании участвовало 30 больных ревматоидным артритом и 30 больных сахарным диабетом.

О ФОРМАХ ИНТЕГРАЦИИ ЭКЗИСТЕНЦИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В РОССИЙСКУЮ ПСИХОТЕРАПИЮ

Баранников С.А.

50 лет назад экзистенциальная психотерапия проходила этап самоопределения в США. Сегодня это направление делает первые шаги и в России. В связи с этим автор делает попытку взглянуть на проблему интеграции экзистенциальной психотерапии в Российскую психотерапию с позиции оценки тех форм экзистенциальной психотерапевтической помощи, которые будут сегодня в России.

К ВОПРОСУ АНТРОПОЛОГИЧЕСКОГО ОБОСНОВАНИЯ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Баранников С.А.

Автор предлагает свое видение проблемы антропологического обоснования интегративной психотерапии как врача психиатра-психотерапевта много лет проработавшего в рамках интегративного подхода. Данная работа является логическим продолжением предыдущих публикаций. Автор делает попытку раскрепощения интегративного мышления отечественных теоретиков и практиков психотерапии через последовательное и более глубокое раскрытие многих положений.

ЭВОЛЮЦИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В ЗАПАДНОЙ ЕВРОПЕ

Гингер С.

В настоящей работе представлен обзор развития психотерапии в Западной Европе. Автор предлагает свои личные идеи и размышления, основанные на анализе большого количества материала, касающегося эволюции психотерапевтической теории и практики. Выделяются основные методы психотерапии и показывается их путь развития в Европе.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАВЫКОВ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПРИ РАБОТЕ С НЕМОТИВИРОВАННЫМИ КЛИЕНТАМИ

Давыдова К.Н.

Автор делится собственным опытом работы с немотивированными клиентами, поступающими на лечение в наркологические стационары. В статье описываются особенности проведения психологического консультирования с такими пациентами.

СИМВОЛДРАМА – ЛЕЧЕНИЕ ДУШИ ПРИ ПОМОЩИ ОБРАЗОВ

Еслюк Р.П.

Символдрама хорошо зарекомендовала себя в краткосрочном лечении неврозов, психосоматических заболеваний, невротического развития личности и пр. В представленной работе показаны особенности работы и эффективность символдрамы, как простого, красивого и гуманного метода психотерапевтической практики.

ВИДЫ ИНТЕГРАЦИИ В ПСИХОТЕРАПИИ

Коровина В.

В статье рассматриваются различные интегративные модели психотерапии. Современные наука и практика разрабатывают все интегративные модели, по мнению автора, наиболее востребованной и экономичной является системная интегративная модель, которая и стала предметом изучения в данной работе.

СУПЕРВИЗИЯ В ПОЗИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Кириллов И.

Цель настоящего исследования состояла в анализе содержания и эффективности супервизии, используемой для специалистов по позитивной психотерапии. Было охвачено 30 психотерапевтов, проходивших супервизию во время обучения методу позитивной психотерапии, и 60 их пациентов. В качестве контрольной группы обследовано 30 пациентов, леченных психотерапевтами, не проходившими супервизию.

ДУХОВНАЯ ЭКЗИСТЕНЦИЯ И ПРОИЗВЕДЕНИЯ КУЛЬТУРЫ

Летуновский В.В.

В этой статье рассматриваются такие понятия как духовная экзистенция, Бытие, Благо, Человек, Дух, духовные ценности. Изучается вопрос о связи произведений культуры с ценностями и смыслом жизни, об использовании произведений искусства в психологических исследованиях и психологической практики.

ПСИХОТЕРАПИЯ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ НАРКОЛОГИИ

Титова В.В.

На сегодняшний день одним из основных и наиболее перспективных направлений в лечении наркозависимых является психотерапия. Особенности психотерапии в подростковой наркологии определяются, прежде всего, комплексом объективных и субъективных факторов и условий, ведущих к формированию аддиктивного поведения у подростков. На базе Омской городской наркологической больницы для детей и подростков было проведено обследование, результаты которого приведены в настоящей работе.

К ОПЫТУ ПРИМЕНЕНИЯ РИСПОЛЕПТА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Ахунджанова И.Ю., Дахова Л.Н.

В поисках оптимального варианта лечения больных шизофренией было изучено клиническое действие рисполепта на группу стационарных больных мужского пола – 32 человека – находившихся на лечении в ОПНД г. Павлодара с 1999 года по 2002 год. Исследование проводилось методом случайной выборки.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Измайлова Н.Т.

В данной работе подробно рассматривается виды психических расстройств при чрезвычайных ситуациях, изучается динамика развития жизнеопасной ситуации. Описываются пути лечения пострадавших при стихийных бедствиях и катастрофах.

**РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВНЕДРЕНИЯ “МКБ-10,
КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ”
В КАЗАХСТАНСКОЙ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ И РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ДАЛЬНЕЙШЕМУ ЕЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ**

Измайлова Н.Т., Илешева Р.Г.

С января 1998 года в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан была принята Международная классификация болезней (МКБ-10) по разделу психических и поведенческих расстройств. В данной работе даются критический анализ результатов внедрения МКБ-10 и рекомендации по дальнейшему ее использованию.

**АУТИСТИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ И СИМВОЛИЗМ.
СИМВОЛИКА ЦВЕТА В ПОЭЗИИ А.А.БЛОКА**

Новикова М.Ю.

Предлагается краткий обзор литературы, касающейся вопросов аутистического мышления и поэзии русского символизма. Выдвигается гипотеза о связи цветовой символики лирики А.А. Блока с интерпретациями теста Лющера на примере 5 стихотворений. Список литературы включает 15 источников.

ПРИМЕНЕНИЕ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ПСИХИАТРИИ

Рубцова Е.М., Сысоева Н.П.

Иглорефлексотерапия является одним из немногих в медицине методов лечения, который, возникнув много веков назад, сохранился и применяется в наше время. Эффективность и особенности применения данного метода в психиатрии стали предметом изложения в настоящей статье.

**О РОЛИ “ИРРИТИРУЮЩЕЙ ТРИАДЫ” В ГЕНЕЗЕ ПОГРАНИЧНОЙ
НЕРВНОПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПОДРОСТКОВ**

Шушкевич В.И., Яшина В.А., Доброхотова Г.В., Сорока Г.Р., Саенко П.П.

В статье проанализирована эффективность комплексного подхода в терапии неврозов у подростков 14-16 лет (90 человек) за период 1999-2000 г.г. Сделан вывод, что наличие у пациентов хотя бы одного заболевания из группы ирритирующей триады (шейный вертебральный синдром, хронический тонзиллит, хронический холецистит) необходимо рассматривать как соматогенный фактор развития невротической патологии у подростков.

ЭКЗИСТЕНЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И ТЕЛЕСНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА

Летуновский В.В.

В настоящей статье обосновывается возможность применения экзистенциональной телесно-ориентированной терапии в психотерапевтической практики. Рассматриваются принципиальные и методические особенности экзистенциональной телесно-ориентированной психотерапии.

ФОРМИРОВАНИЕ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ В МЛАДШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ

Марашева А.А.

В данной работе описываются особенности профилактической работы и различные теоретические основы данных усилий. Весь материал убеждает в необходимости формирования антинаркотической устойчивости, начиная с раннего возраста, достигая эффективности, путем проведения первичной профилактики используя всевозможные источники информации.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИЙ У НАРКОЗАВИСИМЫХ. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ. БОС КАК НОВЫЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ АДДИКЦИЙ

Молчанов С.Н., Нургазина А.З., Идрисова А.М., Алтынбекова Г.И.

В настоящей статье подробно рассматриваются такие важные составляющие лечения наркозависимости как реабилитационный потенциал и его уровни, реабилитационная среда, технология лечебно-реабилитационного процесса. Также дано описание использования метода БОС в коррекции аддиктивного поведения.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Мусинов С.Р.

Наркологическая ситуация последних лет в Республике Казахстан вызывает обоснованную тревогу и озабоченность не только в связи с неконтролируемой тенденцией роста, сопутствующего ВИЧ/СПИДа, валом преступности. В данной работе предлагаются основные направления реформирования системы наркологической помощи населению с учетом актуальных проблем наркологии и наркоситуации в Республике Казахстан.

ИССЛЕДОВАНИЕ Я ОБРАЗА У ПОДРОСТКОВ С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В ПРОЦЕССЕ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Нургазина А.З., Молчанов С.Н., Идрисова А.М., Жапарбеков А.Н.

Открытие Я есть признание авторства самого собственной личности. Возможность применения групповой формы работы в целях реабилитации и повышения антинаркотической устойчивости подростков обусловлена актуальностью социальных контактов и значимость обратной связи в период взросления. В настоящей статье подробно описываются исследование Я образа подростков-аддиктов и особенности групповой работы с ними.

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ Г. РУДНОГО

Шушкевич В.И., Яшина В.А., Сорока Г.Р., Саенко П.П.

В статье проанализирована эффективность комбинированной терапии табачной зависимости в условиях психотерапевтического кабинета городской поликлиники у 51 пациента за период с 1999 по 2002 г.г. Характерно наличие у всех пролеченных пограничных психических расстройств с различными сопутствующими психосоматическими заболеваниями, что подтверждает необходимость комбинированного применения в комплексной терапии табачной зависимости методов психотерапии, иглорефлексотерапии и др., что согласуется с данными других авторов.

ОПЫТ РАБОТЫ ТЕЛЕФОННОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ СЛУЖБЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Юсопов О.Г., Алтынбекова Г.И.

В данной работе приводятся результаты работы телефона доверия для детей и подростков за период с 11 февраля по 6 мая 2002 года. Также приводятся основные цели и задачи службы и особенности работы консультантов-операторов.

SUMMARY

PSYCHOLOGICAL HEALTH AND STRATEGY OF DEVELOPMENT OF A PSYCHOLOGICAL SCIENCE AND PRACTICE IN REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Katkov A.L.

In the present concept of development of a psychological science and practice in Republic of Kazakhstan it is defined conditions and the basic problems of the domestic psychology. Preparation of the given document - a first step to change of rates of development of this major direction of the humanity and practice in Kazakhstan.

INTEGRATIVE-DEVELOPED, TWO-LEVEL PSYCHOTHERAPY OF ADDICTION

Katkov A.L., Titova V.V.

In the given work the new approach in treatment of addiction - integrative-developed, two-level psychotherapy of addiction is described. The two-level model of the effective psychotherapeutic communications, general strategy of the two-level integrative-developing psychotherapeutic process, and the structured psychotherapy of addicts in programs of medico-social rehabilitation are considered. The map of research of subjective attributes of involving of a deep level of the psychotherapeutic communications and the circuit of subjective estimate of a degree of development of properties of antinarcotic stability are resulted.

PSYCHOSOMATIC DISEASES AS FAMILY GAMES: PROBLEMS, CONFLICTS AND FAMILY THERAPY

Aksenfeld R.G.

In the given research the hypothesis was set up, that reactions to illness of the patients suffering by atrophic arthritis and diabetes mellitus, are various and similar to their attitude to relatives, and clinical parameters are connected with parameters of management of family system. 30 patients with atrophic arthritis and 30 patients with diabetes mellitus participated in research.

ABOUT FORMS OF INTEGRATION OF EXISTENTIAL PSYCHOTHERAPY IN THE RUSSIAN PSYCHOTHERAPY

Barannikov S.A.

50 years back existential psychotherapy passed a stage of self-determination in USA. Today this direction takes the first steps in Russia. In this connection the author makes attempt to look at a problem of integration of existential psychotherapy in the Russian psychotherapy from a stand of an estimation of those forms of existential psychotherapeutic service which will be today in Russia.

TO A QUESTION OF AN ANTHROPOLOGICAL SUBSTANTIATION OF INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY

Barannikov S.A.

The author offers the vision of a problem of an anthropological substantiation of integrative psychotherapy as

the psychiatrist-psychotherapist having worked within the framework of the integrative approach for many years. The given work is logic continuation of the previous publications. The author makes attempt of liberation of integrative thinking of domestic theorists and experts of psychotherapy through consecutive and deeper disclosing of many positions.

EVOLUTION OF PSYCHOTHERAPY IN THE WESTERN EUROPE

Ginger S.

In the present work the review of development of psychotherapy in the Western Europe is submitted. The author offers the personal ideas and the reflections based on the analysis of a plenty of a material, concerning evolution of the psychotherapeutic theory and practice. The basic methods of psychotherapy are allocated and their way of development to Europe is shown.

USE OF SKILLS OF CONSULTATION AT WORK WITH UNMOTIVATED CLIENTS

Davydova K.N.

The author shares an own operational experience with the unmotivated clients acting on treatment in narcological hospitals. In the article features of realization of psychological consultation with such patients are described.

SYMBOLDRAMA - TREATMENT OF SOUL WITH IMAGES

Esljuk R.P.

The symboldrama has well recommended itself in short-term treatment of neuroses, psychosomatic diseases, neurotic development of the person. In the submitted work features of work and efficiency of a symboldrama, as simple, beautiful and humane method of psychotherapeutic practice are shown.

KINDS OF INTEGRATION IN PSYCHOTHERAPY

Korovina V.

In the article various integrative models of psychotherapy are considered. A modern science and practice develop all integrative models, in opinion of the author, the most claimed and economic is the system integrative model which became a subject of studying in the given work.

SUPERVISION IN POSITIVE PSYCHOTHERAPY

Kirillov I.

The purpose of the present research consists in the analysis of the maintenance and efficiency of supervision, using for experts in positive psychotherapy. It was covered 30 psychotherapists, studying supervision during training to a method of positive psychotherapy, and 60 their patients. As control group it is surveyed 30 patients, treated by psychotherapists, not studying supervision.

SPIRITUAL EXISTENTIA AND WORKS OF CULTURE

Letunovskiy V.V.

In this article such concepts as spiritual existentia, Life, the Blessing, the Person, Spirit, spiritual values are considered. The question of connection of works of culture with values and meaning of the life, of use of works of art in psychological researches and psychological practice is studied.

PSYCHOTHERAPY IN A CHILDREN'S NARCOLOGY

Titova V.V.

For today one of the basic and most perspective directions in treatment of addiction is the psychotherapy. Features of psychotherapy in a children's narcology are defined, first of all, with a complex of objective and subjective factors and the conditions conducting to formation of addictive behavior at children. On the basis of Omsk narcological hospital for children and adolescents was carried out examination which results are given in the present work.

TO EXPERIENCE OF APPLICATION OF RISPOLEPT IN TREATMENT OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Ahundzhanova I.J., Dahova L.N.

In searches of optimum variant of treatment of patients with schizophrenia clinical action of rispolept on group of inpatients of a male - 32 persons - being on treatment in narcological dispensary of Pavlodar from 1999 to 2002 was studied. Research was carried out with a method of casual sample.

MENTAL FRUSTRATION AT EXTREME SITUATIONS AND THEIR TREATMENT

Izmajlova N.T.

In the given work it is in detail considered kinds of mental frustration at extreme situations, dynamics of development of life-threatening situations is studied. Ways of treatment of victims at acts of nature and accidents are described.

THE RETROSPECTIVE ANALYSIS OF RESULTS OF INTRODUCTION «ICD - 10, CLASSIFICATION OF MENTAL AND BEHAVIORAL FRUSTRATION» IN THE KAZAKHSTAN PSYCHIATRY AND A NARCOLOGY AND THE RECOMMENDATION FOR ITS FURTHER USE

Izmajlova N.T., Ilesheva R.G.

Since January, 1998 according to the order of Ministry of Health of Republic of Kazakhstan the International classification of illnesses (ICD - 10) on section of mental and behavioral frustration was accepted. In the given work the critical analysis of results of introduction of the ICD - 10 and the recommendation for its further use are given.

AUTISTIC THINKING AND SYMBOLISM. SYMBOLICS OF COLOR IN POETRY OF A.A.BLOCK

Novikova M.J.

In the article it is suggested a short review of the literature dealing with the subject of the autistic way of thinking and with the poetry of Russian Symbolism. The author propounds a hypothesis about the connection of color symbols of the lyrics of A.A. Block with different interpretations of Lushere-test. 5 poems have been analyzed for this purpose. Sources – 15 books.

APPLICATION OF ACUPUNCTURE IN PSYCHIATRY

Rubtsova E.M., Sysoeva N.P.

Acupuncture is one of the few methods of treatment in medicine which, having arisen a lot of centuries back, it is kept and applied presently. Efficiency and features of application of the given method in psychiatry became a subject of a statement in the present article.

ABOUT A ROLE OF «IRRITATIONAL TRIADS» IN GENESIS OF BOUNDARY EMOTIONAL PATHOLOGIES AT ADOLESCENTS

Shushkevich V.I., Jashina V.A., Dobrohotova G.V., Soroka G.R., Saenko P.P.

In article efficiency of the complex approach in therapy of neuroses at adolescents of 14-16 years (90 person) for the period 1999-2000 is analyzed. The conclusion is made, that presence at patients even one disease from group of irritational triads (cervical vertebral syndrome, chronic tonsillitis, chronic cholecystitis) is necessary for considering triads as the somatogenic factor of development of a neurotic pathology at adolescents.

EXISTENTIAL PSYCHOTHERAPY AND MAN'S BODINESS

Letunovsky V.V.

In the present article the opportunity of application of existential corporal-focused therapy in psychotherapeutic practice is proved. Basic and methodical features of existential corporal-focused psychotherapy are considered.

FORMATION ANTINARCOTIC STABILITY IN YOUNGER AGE GROUP

Marasheva A.A.

In the given work features of preventive work and various theoretical bases of the given efforts are described. All material convinces of necessity of formation of antinarcotic stability, since early age, reaching efficiency, with realization of initial preventive maintenance using every possible sources of the information.

**FEATURES OF FORMATION OF REMISSIONS AT ADDICTS.
REHABILITATION POTENTIAL.
BFB AS A NEW METHOD OF CORRECTION OF ADDICTION**

Molchanov S.N., Nurgazina A.Z., Idrisova A.M., Altynbekova G.I.

In the present article such important constituent of treatments of addiction as rehabilitation potential and its levels, the rehabilitation environment, technology of medicinal-rehabilitation process are considered. The description of use of Biological Feed Back method in correction of addictive behavior is given.

**THE BASIC DIRECTIONS OF REFORMING OF SYSTEM
OF A NARCOLOGICAL SERVICE TO THE POPULATION**

Musinov S.R.

The narcological situation of last years in Republic of Kazakhstan causes the proved alarm and concern not only in connection with uncontrollable tendency of the growth, accompanying HIV/AIDS, growth of criminality. In the given work the basic directions of reforming of system of a narcological service to the population are offered in view of actual problems of a narcology and narcosituation in Republic of Kazakhstan.

**RESEARCH OF SELF- IMAGE AT ADOLESCENTS WITH ADDICTIVE BEHAVIOR
DURING GROUP PSYCHOTHERAPY**

Nurgazina A.Z., Molchanov S.N., Idrisova A.M., Zhaparbekov A.N.

Discovery of Self is a recognition of authorship of the own person. The opportunity of application of the group form of work with a view of rehabilitation and increases of antinarcotic stability of adolescents is caused by an urgency of social contacts and the importance of a feedback in the period of maturing. In the present article research of Self-image of adolescents- addicts and features of group work with them are described.

**FEATURES OF COMPLEX THERAPY OF TOBACCO DEPENDENCE
IN CONDITIONS OF RUDNYI CITY POLYCLINIC**

Shushkevich V.I., Jashina V.A., Soroka G.R., Saenko P.P.

In article efficiency of the combined therapy of tobacco dependence in conditions of a psychotherapeutic study of a city polyclinic at 51 patients for the period 1999-2002 is analyzed. Presence at all treated boundary mental frustration with various accompanying psychosomatic diseases is typical that confirms necessity of the combined application for complex therapy of tobacco dependence of methods of psychotherapy, acupuncture etc., that will be coordinated to the data of other authors.

**OPERATIONAL EXPERIENCE OF TELEPHONE CONSULTATIVE
SERVICE FOR CHILDREN**

Jusopov O.G., Altynbekova G.I.

In the given work results of work of a telephone hotline for children for the period from February, 11 till May, 6, 2002 are resulted. The basic purposes and problems of service and feature of work of consultants-operators are resulted.
