

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том IX

№ 1

2003

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; 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) 57-29-40
E-mail: neovitae@pisem.net**

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ ПСИХОТЕРАПИЯ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига

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

Том IX
№ 1
2003 год

выходит
4 раза в год

<i>Давыдова Г.</i>	
Развитие творческих отношений личности в рефлексивной диалого-терапии	9-14
<i>Касьянова В.П.</i>	
Самоанализ. Метод самосканирования.	14-16
<i>Кудров А.Н.</i>	
Актуальные задачи психоанализа в компаниях MLM	16-18
<i>Пак Т.В., Нургазина А.З.</i>	
Особенности групповой психотерапии подростков	18-23

ПСИХИАТРИЯ

<i>Голдобина О.А.</i>	
Современные проблемы психического здоровья населения, пути решения на региональном уровне	24-28
<i>Голдобина О.А., Соколов Я.В.</i>	
Роль и место мониторинга психического здоровья в решении проблем оказания специализированной помощи детям и подросткам	28-34
<i>Голдобина О.А., Семке В.Я., Трешутин В.А.</i>	
Программно-целевое планирование работы психиатрической службы как важнейший компонент обеспечения усиления роли здравоохранения в формировании психического здоровья населения на региональном уровне	35-38
<i>Назлоян Г.М.</i>	
Лицо болезни	38-47
<i>Толстикова А.Ю.</i>	
Роль интегративной модели патогенетической психотерапии в изучении особенностей формирования депрессивных состояний при употреблении психоактивных веществ	48-49
<i>Толстикова А.Ю.</i>	
Перспективы исследований в области молекулярной генетики и иммунологии при изучении проблемы зависимости от психоактивных веществ	49-50

НАРКОЛОГИЯ

<i>Кудров А.Н.</i>	
Культурно-экологический подход к психосоматическим аспектам профилактики химической зависимости	51-55
<i>Кравченко И.В.</i>	
Основные механизмы влияния никотиновой кислоты на организм. Особенности воздействия на психопатологический статус больных, страдающих опийной наркозависимостью	55-57
<i>Нургазина А.З., Букаева С.К., Молчанов С.Н., Идрисова А.М.</i>	
Программа профилактики наркомании в подростковом возрасте	57-60

<i>Толстикова А.Ю.</i>	
Объективные критерии определения степени выраженности влечения к психоактивным веществам	60-61
<i>Толстикова А.Ю.</i>	
Современные взгляды на формирование депрессивных состояний с позиции молекулярно-генетических и иммунологических механизмов зависимости от психоактивных веществ	62-64

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

<i>Жантасова С.Ж., Айтбембетова А.Б.</i>	
Проблемы транссексуализма в Республике Казахстан	65-66
<i>Нургазина А.З., Идрисова А.М., Букаева С.К., Молчанов С.Н., Пак Т.В.</i>	
Изучение формирования у подростков аддиктивного поведения и психокоррекционная работа с ней	67-71
<i>Шуникович В.И., Сорока Г.Р., Яшина В.А., Саенко П.П.</i>	
Об особенностях психотерапевтической работы с группами длительно и часто болеющих пациентов	71-72

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

<i>Бирюков А.Е., Насырова Т.Ж.</i>	
Проблемы суицидов и вопросы превентивной суициодологической службы	73-75
<i>Валивач М.Н., Россинский Ю.А.</i>	
Психосоматика, миф и реальность	75-78
<i>Козлова С.М., Шахназарова Н.В.</i>	
Задачи психологического ведения ВИЧ-инфицированных	78-79
<i>Россинский Ю.А.</i>	
Психологическое, психическое и соматическое здоровье как аспекты интегрального здоровья и их значение в «пограничной» психиатрии и наркологии	79-83
<i>Шахназарова Н.В., Горбачев И.А., Козлова С.М., Соболева А.М., Петухов К.В.</i>	
Проблемы организации процесса психологического сопровождения ВИЧ-инфицированных в России	84

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

<i>Решетников М.М.</i>	
Экономические и организационно-методические проблемы психотерапии	85-94
<i>Общероссийская общественная организация Профессиональная психотерапевтическая лига</i>	
Базовый семинар по мультимодальной психотерапии	94-103
<i>Бурно М.Е.</i>	
Психотерапия и клиническая психотерапия	103
<i>Колосов В.П.</i>	
Криндач В.П.	104
Полночные размышления российского метамодального психотерапевта	104-105
<i>Макаров В.В.</i>	
Мультиmodalная психотерапия в России	105-108

СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

<i>Авилова Л.Э.</i>	
Методы сенсологии в организации процесса профессиональной самоподготовки	109
<i>Евдокимов В.И.</i>	
Причины возникновения синдрома хронической усталости и методы преодоления	109
<i>Захаревич А.С.</i>	
Биосенсорная психотерапия – перспективные направления развития	109
<i>Игнатьева С.К.</i>	
Использование методов сенсологии в работе с беременными	110
<i>Соколова Е.В.</i>	
Психологические факторы, препятствующие становлению и развитию успешного бизнеса	110
<i>Хромова А.Ю.</i>	
Методы сенсологии в психотерапевтической помощи матери и ребенку в послеродовом периоде	110
<i>Шапиро О.Г.</i>	
Биоэнергетическая коррекция психосексуальных расстройств мужчин и женщин при стрессогенных воздействиях	111
<i>Шарейко Н.Л.</i>	
Психобиоэнергоинформационные взаимодействия как основа психотерапевтического процесса	111
<i>Резюме</i>	112-122

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

TABLE OF CONTENTS

**Professional
Psychotherapeutic
League**

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

Volume IX

Nº 1

2003

**Published 4 times
in a year**

FOUNDERS:	<i>Davydova G.</i> Development of creative relations of the person in reflective dialog-therapy	9-14
	<i>Kasyanova V.P.</i> Introspection. A method of self-scanning	14-16
	<i>Kudrov A.N.</i> Actual problems of psychoanalysis in companies MLM	16-18
	<i>Pak T.V., Nurgazina A.Z.</i> Features of group psychotherapy of adolescents	18-23

PSYCHIATRY

<i>Goldobina O.A.</i> Modern problems of mental health of the population, way of the decision at a regional level	24-28
<i>Goldobina O.A., Sokolov J.V.</i> Role and place of monitoring of mental health in the decision of problems of rendering of the specialized aid to children and adolescents	28-34
<i>Goldobina O.A., Semke V.J., Treshutin V.A.</i> Program-venture planning of psychiatric service as the major multipliers of maintenance of effort of a role of public health services in formation of mental health of the population at a regional level	35-38
<i>Nazloyan G.M.</i> Face of illness	38-47
<i>Tolstikova A.J.</i> Role of integrative model of pathogenetic psychotherapy in studying features of formation of depressions at the use of psychoactive substances	48-49
<i>Tolstikova A.J.</i> Prospects of research region molecular genetics and immunology at studying a problem of dependence from psychoactive substances	49-50

NARCOLOGY

<i>Kudrov A.N.</i> The cultural - ecological approach to psychosomatic aspects of prevention of chemical dependence	51-55
<i>Kravchenko I.V.</i> The basic mechanisms of influence of a nicotinic acid on an organism. Features of influence on the psychopathological status of the patients with opiomania	55-57
<i>Nurgazina A.Z., Bukaeva S.K., Molchanov S.N., Idrisova A.M.</i> Prevention program of drug addiction at adolescents	57-60
<i>Tolstikova A.J.</i> Objective criteria of definition of a degree of expressiveness of a psychoactive substances drive	60-61

<i>Tolstikova A.J.</i>	
Modern opinions on formation of depressions from a stand of genetic and immunologic mechanisms of dependence from psychoactive substances	62-64

BOUNDARY PATHOLOGY

<i>Zhantasova S.Z., Aytbembetova A.B.</i>	
Problems of transsexualism in Republic of Kazakhstan	65-66
<i>Nurgazina A.Z., Idrisova A.M., Bukaeva S.K., Molchanov S.N.</i>	
Studying of formation at adolescents of addictive behavior and psycho correctional work	67-71
<i>Shushkevich V.I., Soroka G.R., Jashina V.A., Saenko P.P.</i>	
About features of psychotherapeutic work with groups of long and frequently sick patients	71-72

BOUNDARY DISORDERS

<i>Biryukova A.E., Nasyrova T.Z.</i>	
Problems of suicides and questions of preventive suicidal services	73-75
<i>Valivach M.N., Rossinsky J.A.</i>	
Psychosomatic, a myth and a reality	75-78
<i>Kozlova S.M., Shahnazarova N.V.</i>	
Problems of psychological conducting the HIV-INFECTED	78-79
<i>Rossinsky J.A.</i>	
Psychological, mental and somatic health as aspects of integrated health and their value in «boundary» psychiatry and a narcology	79-83
<i>Shahnazarova N.V., Gorbachev I.A., Kozlova S.M., Soboleva A.M., Petuhov K.V.</i>	
Problems of the organization of process of psychological support of the HIV-INFECTED in Russia	84

DISCUSSION TRIBUNE

<i>Reshetnikov M.M.</i>	
Economic and organizational-methodical problems of psychotherapy	85-94
<i>The Russian Public Organization Professional Psychotherapeutic League</i>	
Base seminar on multimodal psychotherapy	94-103
<i>Burno M.E.</i>	
Psychotherapy and clinic psychotherapy	103
<i>Kolosov V.P.</i>	
104	
<i>Krindach V.P.</i>	
Midnight reflections of Russian methamodal psychotherapist	104-105
<i>Makarov V.V.</i>	
Multimodal psychotherapy in Russia	105-108

INFORMATION

<i>Avilova L.E.</i>	
Sensology methods in the organization of process of professional self-training	109
<i>Evdokimov V.I.</i>	
Causes of the chronic fatigue syndrome appearance and methods of treatment	109

<i>Zakharevich A.S.</i>	
Biosensory psychotherapy - perspective direction of development	109
<i>Ignatyeva S.K.</i>	
The use of sensology methods in work with pregnant	110
<i>Sokolova E.V.</i>	
The psychological factors obstructing formation and development of successful business	110
<i>Chromova A.Yu.</i>	
Sensology methods in a psychotherapeutic assistance to the mother and baby in the postnatal period	110
<i>Shapiro O.G.</i>	
Bioenergetic correction of male and female psychosexual disorders due to stressogenic influences	111
<i>Shareiko N.L.</i>	
Psychobioenergoinformation interactions as a basis for psychotherapeutic process	111
<i>The summary</i>	112-122

ПСИХОТЕРАПИЯ

РАЗВИТИЕ ТВОРЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ ЛИЧНОСТИ В РЕФЛЕКСИВНОЙ ДИАЛОГО-ТЕРАПИИ

Г.Давыдова

Психотерапия, как уникальная развивающая практика, занимает сейчас особое место в ряду гуманитарных научно-практических направлений. Рефлексивная диалого-терапия впитала и переосмыслила ряд основных конструктивных положений и процедур психотерапии, а именно, это выражается в применении диагностических средств, способствующих максимальной индивидуализации процесса, эффективному устранению препятствий в развитии индивида; принятии установки на высокую двустороннюю мотивацию, с одной стороны, и минимизацию затраченного на достижение результата времени, с другой. Максимальное вычерпывание всех ресурсных возможностей (групповой динамики, пластики терапевтического пространства, личного ресурса психотерапевта) сочетается с использованием разных методик в комбинациях, диктуемых стратегией позитивных изменений, возможностью отслеживания эффекта переноса результата в жизненные ситуации и универсальностью (нет ограничений в показаниях).

Сегодня ведется много споров о психотерапевтической интеграции по поводу того, что нужно идти вместе в общем исповедании психотерапии. Посредством диалого-терапии можно говорить о хорошей базе в плане конвергенции информации и точек зрения как внутри, так и снаружи - вне пространства психотерапии. Она сочетает верность традициям и открытость новому, включает современные формы психоанализа, постмодернистские и когнитивные поведенческие подходы, равно как и точки зрения смежных наук, таких как биология, антропология, социология, лингвистика, организационная динамика, кибернетика и др. Рефлексивная диалого-терапия не только допускает, но и побуждает интеграцию, поскольку она изучает, как все мы, нашими различными способами организуем и творим смысл или отношение, свою собственную диалектику субъективности. Нет директивности или содержательной догмы, у нас нет предвзятого представления, на что должна походить (как должна выглядеть) здоровая, творческая, саморегулирующаяся личность в ее (его) окружающей среде. Рефлексивная диалого-терапия исходит из представления о том, что комфорт психических и соматических составляющих человеческой организации может быть достигнут в процессе рефлексивной деятельности человека, определяющей самоорганизационные процессы организма. В процессе рефлексивного взаимодействия психолога (ведущего,

аналитика) и диалогента (субъект рефлексивно-диалогического взаимодействия) происходит «наращивание» рефлексивных компонентов образа Я, реабилитация рефлексивной способности, изменение направленности личности. Вопрос же заключается в том, насколько у индивида в данный момент существует готовность действовать имеющимися у него наличными способами. Эта готовность предполагает достаточный потенциал творческой направленности, поисковый характер поведения человека в ситуации высокой степени неопределенности, возможность переосмысления человеком стереотипов собственного опыта, что, с нашей точки зрения, обеспечивается мобилизацией рефлексивной самооценки, «гарантирующей» положительное самоотношение.

Генетические основания диалого-рефлексивной психотерапии

Теоретическим, методическим и научно-эмпирическим основанием рефлексивной диалого-терапии является область рефлексивной психологии, ее базовые понятия и установки. Рефлексивная психология изучает роль рефлексии в системе психологических механизмов, обеспечивающих творческое развитие мышления и личности человека. Итогом такого развития является творчество в широком интегративном смысле, как единство процесса и продукта, уровня мышления и типа личности, способностей и деятельности. Концептуальная модель рефлексивной диалого-терапии по существу является *метаспособом* психотерапии, интегрирующей и использующей разные представления и целесообразные методики, которые создавались на основе рефлексивной психологии (Г.Давыдова, И.Семенов, С.Степанов и др.), обеспечивающие активизацию и развитие рефлексивной способности человека, направленности и самооценки личности. Методы рефлексивной диалого-терапии развивались в зависимости от результатов эмпирических исследований, действующих факторов и эффективности рефлексивно-диалогического воздействия. Центральным теоретическим и эмпирически доказанным обоснованием рефлексивных методов является положение об определяющей роли направленности личности, связанной с *системой мотивов разной степени осознанности*.

Метод рефлексивно-диалогического взаимодействия культивирует процесс развития, где переживание выступает как «сопреживание», а отношение

– как отношение «во взаимодействии». Данное понятие, таким образом, подчеркивает наличие двух позиций: ведущего и ведомого, где один ничего не делает «вместо» другого, который ничего не делает «сам по себе». Изменение рамок отношений происходит в процессе «живого» взаимодействия, когда один человек транслирует другому недостающий компонент рефлексивной способности, получая при этом возможность «обратной связи». Таким образом, диалогическое взаимодействие понимается нами, как педагогическое сотрудничество по перестройке психологического мира человека, направленное на установление смыслового соответствия между сознанием и бытием, на повышение осмысленности своих отношений к жизни.

Пристрастный характер отношений определяет ту форму, в которой только и может существовать отношение – это чувства. Развитие чувств связано с изменением личных норм отношений. В этом заключается процесс духовно-нравственного оздоровления методом рефлексивно-диалогической психотерапии. Развитие способности к отношению (развитие рефлексивной способности) связано с трансляцией социокультурных норм отношений (социализация личности) с одной стороны, и развитие чувств на основе осознания и принятия своей человеческой уникальности (уникализация личности) – с другой.

Выделяются несколько оснований, определяющих рефлексивную диалого-терапию: *рефлексивная концепция развития личности, самооценка, направленность личности и творчество*.

Концептуальные основания рефлексивного изучения развития личности

С точки зрения рефлексивно-гуманистической концепции личности развитие отношений человека к миру, усложнение и обогащение смыслов этих отношений связано с развитием рефлексивной способности – самой способности «относиться», самостоятельно определяя для себя «к чему» и «как». С этих позиций рефлексия означает *активно переживаемое отношение* человека к чему-то вовне или внутри себя, связанное с появлением нового видаения, нового отношения. Эта активность исходит из того, что нечто вовне сильно затрагивает человека, т.е. воспринимается как очень значимое, личное, имеющее отношение к его «Я», затрагивающее самооценку человека. Структура рефлексивного отношения включает в себя одновременно личный смысл, который человек подразумевает по отношению к данной конкретной ситуации, и саму отображаемую реальность, т.е. то, что стало объектом внимания человека. Значение *переживания (переживаемого отношения)* здесь подразумевает процесс субъективного *пристрастного отражения* мира с точки зрения возможностей удовлетворения актуальных мотивов и потребностей человека. Отношение

же фиксирует *действенную* работу рефлексивного механизма по осмыслению и переосмыслению прежнего опыта человека и приобретению нового, необходимого в данных условиях.

Закономерности развития рефлексивной способности предполагают выделение трех этапов становления самооценки человека, связанных с особенностями развития характера детско-родительских отношений личности.

Самооценка личности

В соответствии с развитием рефлексивной способности выделяются этапы становления самооценки, характеризующиеся определенным типом и способами отношения взрослых к ребенку /3/. На первом этапе способ общения, связанный с передачей утилитарных отношений (т.к. он важен для удовлетворения витальных и ситуативных потребностей ребенка) определяет содержательное «наполнение» самооценки: эмоциональные переживания, замкнутые на ситуативные элементы действительности, которые, будучи отражены, представлены в виде психических образов, значимых, прежде всего, для взрослого.

Переход ко второму этапу становления самооценки связан для ребенка с открытием для себя наличия поля смыслов, выявление которых поначалу определялось ситуативным контекстом. Иначе говоря, на этом этапе ребенок способен не только переживать себя (т.е. относиться к проявлениям своего «Я»), но и выявлять, вербализовать смысл этих переживаний. В данном случае взрослый транслирует ребенку определенные *нормативные* отношения, задавая ему образцы и эталоны осознанной регуляции своего поведения, своих психофизиологических потребностей. На этом этапе возникает собственно личность, как результат подражания и условного обучения.

Наконец, третий этап делает возможным появление у ребенка одновременно целостного типа самооценки и самооценок, обладающих качеством уникальности, в связи с тем, что они возникают в процессе рефлексивного саморазвития ребенка, ведущего к появлению психических новообразований, в том числе таких личностных образований как самооценка. В отличие от первых двух типов самооценки последний тип самооценки есть результат его собственной активности.

Таким образом, в развитии рефлексивной способности решающую роль играет характер отношений личности и ее (его) окружения, влияющий на формирование адекватного Образа Я и самооценки личности. Рефлексивный характер отношений создает особую рефлексивную среду для развития познавательной стороны самовосприятия личности, способствует гармонизации отношений человека с окружающим миром.

Для нас же это означает, что прообразом желательных человеческих отношений, которые должны состояться между терапевтом и клиентом, являются обыденные межличностные отношения в их лучшем варианте.

В основании рефлексивно-диалогического подхода в психотерапии лежит понятие пристрастности (направленности) отношений человека, в том числе к себе самому. Оно выражает поиск значимых объектов, способных удовлетворить его потребность в самопризнании. Изменение характера функционирования самооценки влияет на характер и уровень самоотношения. Самоотношение, как доминанта бессознательного определения некоторых мировоззренческих позиций, может выступать как внутренний цензор самовопросов, превращая их в императивы или запреты. *Рефлексивное самоотношение* выступает не только как самопознающая, но и как самодетерминирующая функция, позволяющая ориентировать мотивационную сферу личности в направлении *вектора внутреннего комфорта*. Рефлексивная диалого-терапия исходит из представления о том, что комфорт психических и соматических составляющих человеческой организации может быть достигнут в процессе рефлексивной деятельности человека, определяющей самоорганизационные процессы организма.

Самооценка зрелой личности функционирует в трехуровневой иерархической структуре, трех разных по величине-сложности «само» человека. Если какой-то из этих уровней становится доминирующим, можно говорить о ведущей самооценке или типе направленности личности.

Смена человеческих мотиваций подчинена определенному порядку. Первоочередная ценность человека, существа биологического, - физический комфорт. Потребностная самооценка (первый уровень) на волевой стадии совершенствования призвана либо сделать его красивым, здоровым, сильным, либо ограничить потребности организма. Когда физический комфорт, как минимум удовлетворен, первоочередной ценностью человека, как существа общественного, становится социальный комфорт – сочувствие, обмен мыслями, признание, любовь, престиж. Целевая самооценка (второй уровень) становится регулятором освоения деятельности, общественных ролей. Потребность в физическом и социальном комфорте, в конце концов, насыщаемы или заводят в тупик – накопительства (как самоцели) или, напротив, расточительности (как отсутствия всякой цели). И только третья глобальная мотивация человека -творческая (рефлексивный уровень самооценки) – в познании себя, мира – бесконечна, ненасыща-ема. Человек не утрачивает способности удивляться, играть и радоваться - себе, своим открытиям, другим людям, проживая жизнь во всей ее полноте и видя мир разноцветным.

В процессе психотерапии происходит «наращивание» рефлексивных компонентов самооценки, готовности диалогента в данный момент действовать имеющимися у него наличными способами. Эта готовность предполагает достаточный потенциал творческой направленности, поисковый характер поведения человека в ситуации высокой степени неопределенности, возможность переосмыслиния человеком стереотипов собственного опыта, что с нашей точки зрения, обеспечивается мобилизацией рефлексивной самооценки, «гарантирующей» положительное самоотношение.

Таким образом, метод рефлексивной диалоготерапии постулирует позитивный субъективизм творческой направленности личности, связанный с оптимизацией человеком своих возможностей. Переход на более рефлексивный уровень отношений осуществляется в рефлексивно-диалогическом взаимодействии в процессе преодоления проблемно-конфликтной ситуации, выхода за рамки ограничивающих стереотипов.

Направленность личности.

Сам по себе актуальный момент проявления направленности личности не предполагает оценочного момента («плохая» или «хорошая»), поскольку обусловлен доминированием для человека «тут и теперь» тех или иных смысловых структур. При этом, одна и та же направленность в различных контекстах проявления может иметь различный эффект, это в значительной степени зависит от субъективно-значимой цели.

Человек может в силу внутренних и внешних причин претерпевать изменение мотиваций. Когда потребность в физическом комфорте и наслаждениях становится ненасыщаемой, мы говорим об определенной направленности человека (нарцистически-гедонистической), которая определяет его тип существования. Потребность в принадлежности к другому присуща человеку, как существу социальному. Створить себя по образу кумира своего - необходимый этап самосозидания, достижения уровня общественно полезной личности. Уровень развития человека прямым образом зависит от уровня развития людей, его окружающих, от того образца, которому он подражает. Так, новые открытия, идеи всегда вызывают бум мотивации совершенствования. Второй момент – гиперсоциальная направленность - пассивный путь удовлетворения потребности в принадлежности к другому.

Недостаток самопризнания – механизм самоблокирования процесса удовлетворения потребности к творчеству, к самореализации, путь самоподавления, источник многих личностных акцептуаций.

Изучение особенностей акцентуированной направленности личности (наркоманов) показало характер

ее связи со структурными и содержательными особенностями самооценки. Такую самооценку характеризует плохо артикулированная структура (монолитная или фрагментарная), что связано в одном случае, с регидностью, сверхупрощенностью видения проблемы и с трудностями адаптации к изменяющимся условиям действительности, вследствие неспособности субъекта воспринимать существующие реальные различия. Если в этом случае речь может идти о наличии, говоря языком Дж. Келли, одной единственной теории мира, то в другом - об отсутствии теорий, когда человек оказывается неспособным выдвигать гипотезы на основе своей системы конструктов.

Такой человек избегает ошибочных ожиданий за счет дестабилизации окружающего мира, который становится в известной степени бессмысленным. В силу этого, самооценка не может адекватно функционировать и, напротив, играет блокирующую роль в жизни личности, т.к. формирует низкий уровень самопринятия.

Рефлексивному типу самооценки присущ высокий уровень когнитивной сложности, структурированность, осознанность на фоне положительного самоотношения. Роль положительного самоотношения, образно говоря, - в укреплении духа сопротивления неудаче.

Творчество

Творческий подход в рефлексивно-диалогической психотерапии рассматривает изменения с позиции соавторства, побуждая человека к принятию ответственности за построение мира своей мечты. Само творчество может стать основополагающей ценностью. Здесь напрашивается аналогия с идеей Адлера о том, что «социальный интерес» выполняет в сознании организующую функцию, и миссия социальной группы состоит в вытеснении незрелого индивидуалистического представления о том, что человек должен утвердить себя, доказав свое превосходство над другими. Это представление, выступающее также источником патологического нарциссизма, преодолимо. Самооценка осуществляется наиболее целостно, когда индивид чувствует ее полезность в более широком контексте группы или всего человечества.

Творчество, как основополагающий принцип, призывает к постоянной готовности пересматривать старую и рассматривать новую информацию сквозь призму настоящего момента. И это ни в коем случае не плоский нравственный релятивизм, скорее речь идет о перманентном переоценивании как об осознанной функции социального взаимодействия.

В процессе рефлексивного переосмысления происходит расширение поля смыслов, направленности личности, изменение характера значимых отношений диалогента. Человек приобретает новые и более устойчивые основания своего жизненного

опыта, обнаруживает их, углубившись в осмысливание своего текущего опыта, взглянувшись в него, называя наличное словами и вслушиваясь в то, что оказалось сказанным. В процессе рефлексивного переосмысления выстраивается более эффективная личностная стратегия за счет выхода на новый уровень более обобщенных смыслов. Истина в данный момент – это абстракция чуть более высокого порядка, чем то, что понималось мгновение назад. Тривиальный факт.

Это означает, что личная жизненная философия не столько *находится* в ходе ее целенаправленного поиска, сколько *обretается* диалогентом, пока он, казалось бы, занят совсем другим – попытками лучше почувствовать, выразить, понять себя *сейчас*.

Человек приходит к психотерапевту с определенным отношением или вопросом, который не может быть и задан, т.к. неясен ему самому. Он пытается, плохо задав вопрос (или же, вообще, не задавая вопросов), сразу же перейти к ожиданию ответа, к болезненному переживанию безответности. При этом он может настаивать, что его интересует только «истина и суть». Собственно, так и строился его личный опыт, так он и действовал в жизни: «сейчас, все и по-максимуму». Что в этой ситуации делает психотерапевт? – он предлагает диалогенту (вопреки его ожиданиям) перейти от вопроса ни к ответу, а к частям вопроса, т.е. сделать шаг назад.

Акцентированную пристрастность отношений определяет его эмоциональность. Доминирующая идея способствует отбору той части информации, которая ассоциируется с ее главной темой. В результате избранной систематизации фактов что-то неизбежно упускается из вида, что-то выпячивается чрезмерно. Горячий синтез преобладает над холодным анализом. Отсюда утрирование действительности, шаржирование ее отдельных черт. Чтобы исправить такое умонастроение, необходимо разрядить питающий его аффект, обесценить сверхценную идею. Понимание – это облегчение, как бы посланное свыше, но за ним стоят очень простые и доступные базовые образы: «Баба с возу – кобыле легче». Образно говоря, порой осознание того, что все проблемы есть не более чем «жалкий случай теоремы Пифагора» – это и есть приближение к истине.

Момент дискредитации актуального отношения (и, следовательно, самоотношения диалогента) в процессе рефлексивно-диалогического взаимодействия связан с переживанием дискомфорта и психической напряженности, неуверенности, сомнений и панического чувства беспомощности. Позиция психотерапевта в этой ситуации – «рядом» и «над», поскольку эта ситуация имеет два обратных выхода: в поисковое поведение или в панику и беспомощность. «Беспомощность» - болезнь автоматического и стереотипного психического поведения

(мысли, образы, оценки). С помощью рефлексивной поддержки трудный вопрос можно разобрать «по частям», вслушаться в отдельные слова, попытаться наполнить их многозначным смыслом и, таким образом, деперсонализовать существующее отношение.

Происходящее изменение Образа Я и направленности личности, связанное с дискредитацией прежних самооценок, «гарантировано» рефлексивной поддержкой, лежащей в основании терапии диалогической коррекции отношений личности. Акцентированную направленность личности можно рассматривать как неправильно ориентированный поиск, связанный с компенсаторной деятельностью самооценки по повышению самопринятия. Восстановление рефлексивной функции самооценки и связанных с этим способностей к творческой направленности происходит в процессе длительной психотерапии через эмпатическое отношение с психотерапевтом. Новое постижение реальности основывается, с одной стороны, на избавлении от механизмов защиты за счет эмоционально-чувственного отреагирования («раскамуфлирования»), а с другой, на приобретении нового видения реальности с помощью «мистерии» воссоздания и переживания ситуации.

Процесс рефлексивного переосмысливания, обеспечивающий в процессе психотерапии диалогенту обретение смысла и оснований своего жизненного мира, связан с движением «назад» - к прошлому опыту и его творческой интеграцией в целостную жизненную стратегию. Динамику процесса рефлексивного переосмысливания можно представить в виде четырех шагов: 1) актуализации значимых для диалогента ценностей, 2) дискредитации «фиксированной» прошлым опытом самооценки, 3) мобилизации рефлексивного самоотношения, связанного с повышением потенциала творческой (рефлексивной) направленности – исследовательским поведением, 4) закреплении нового уровня самоотношения (направленности, самооценки, самопринятия).

Возникновение нового отношения у индивида всегда сопровождается эмоциональным всплеском, чувством озарения, возникновением, так называемой, эмоциональной разрядки, как положительной, так и отрицательной. Изучение рефлексивного механизма изменения направленности и самооценки личности показало, что конкретному знанию и отношению человека к себе соответствует определенная структура самооценки личности.

Появление нового знания и, соответственно, нового отношения связано либо с корректировкой структуры самооценки по принципу адаптации, либо с изменением ее структуры: когда появление нового отношения, образно говоря, связано с уничтожением одного фантома и рождением другого, или с появлением некой новой дополнительной

структурой, когда происходит смена доминант, изменение смысловой структуры, ее ядра.

«Жизнестойкость» зарождающихся конструкций самоотношения определяет значимость нового знания. Незначительная корректировка в отношениях практически не отражается на состоянии и поведении индивида. Иначе обстоят дела, когда новые «входные данные» разрушают старую структуру самооценки, для поддержания которой личности требовалась серьезная энергетическая подпитка (в виде мыслей, образов, оценок и т.д.) и порождает новую, позволяющую более адекватное функционирование самооценки. Здесь может идти речь, так сказать, о смене фундамента – базовых установок – это суть обновление, озарение, очищение, катарсис и т.п. Для самой личности подобные события воспринимаются как жертва.

Новое отношение для личности становится возможным, благодаря жертве. Хочу процитировать интересные в этом смысле строки из книги «Странная жизнь Ивана Осокина» П.Д.Успенского: «*А для того, чтобы знать, необходимо выучиться, а для того, чтобы выучиться, необходимо жертвовать. Ничто не может быть приобретено без жертвы....*

Человеку может быть дано только то, что он в состоянии использовать, а использовать он может только то, ради чего он чем-то жертвовал. В этом состоит закон человеческой природы. Так что, если человек хочет помочь... (чтобы приобрести важные знания или новую власть) он должен пожертвовать другим, важным для него в данный момент. Более того, он может приобрести лишь столько, насколько он отказался от чего-то для этого... Вы не сможете иметь результатов без причин. Жертвуя, вы создаете причины. Существуют разные пути, но отличаются они только по форме, напряженности и итогам жертвы. В большинстве случаев нужно отказаться от всего сразу, и не ожидая ничего».

Катарсис неизбежно должен иметь свою энергетическую компоненту. Когда приходит понимание чего-то большего, той тайны, ради проникновения в которую и было создано столько элементов системы, требующей своего энергетического обеспечения, начинается их исход. *Озарение истиной – это завершение выбора, влекущее за собой утрату прежнего качества, отказ от чего-то, кажущегося значимым.* Здесь уместна аналогия: Буриданов осел вдруг принимает решение и теряет вторую охапку соломы, но обретает спасение от голодной смерти.

Здесь теперь следует сказать о личностных качествах психотерапевта, обеспечивающего процесс катарсиса. Речь идет о способности к прогнозированию, которая связана со способностью среди множества протекающих мыслей диалогента выделить те, которые сопровождаются специфической эмоцией, такой эмоцией, которая очень похожа на

ощущение удовлетворенности от хорошо сделанного дела. Другими словами, именно эмоция, не результаты логического мышления, а сопровождающие их эмоции в процессе рефлексивного диалога выступает в качестве критерия истинности. То есть превыше формы и содержания здесь выступает эмоция, как выражение искренности отношений личности, как способность мгновенно, минуя механизмы логического контроля изменить внутреннее состояние человека, как способ внешнего проявления усвоенного знания.

Таким образом, роль рефлексивно-творческих отношений в диалого-терапии связана с развитием способности диалогента к саморегуляции (самообучению); способности к взаимодействию, а также способности к обучению на чужих примерах. Творчество выступает здесь и как причина, и как результат, творчество как стратегия, как попытка делания без знания «как», как шаг в никуда. Потом за этим следует восторг первооткрывателя, потом появится одухотворенность, стремление в неизведанное, в тайну. Ведущей идеей, вдохновляющей

нас, является та, что «здесь и теперь» в процессе рефлексивного переосмыслиния диалогентом своего прошлого опыта происходит микрогенетическое изменение направленности личности, связанное с реконструкцией образа Я, повышением самоценности, на основании которой «потом» случится расширение направленности личности, изменение самоотношения.

Литература:

1. Давыдова Г.И., Семенов И.Н. Роль рефлексивной поддержки в психологической коррекции отношений личности // В сб.: Отношения в психотерапевтическом процессе. Винница, Контиент-Прим, 2000
2. Давыдова Г.И., Семенов И.Н. Рефлексивная диалого-терапия: теория и практика // Форум психиатрии и психотерапии. - Львов, 2000. – том 3
3. Степанов С.Ю., Давыдова Г.И. Этапы становления рефлексивной способности и типов самооценки // Интеллектуальные системы и творчество. Новосибирск, 1990.

САМОАНАЛИЗ. МЕТОД САМОСКАНИРОВАНИЯ.

В.П.Касьянова

г. Санкт-Петербург

Основные причины, которые привели меня к разработке экспресс-метода самоанализа, который я назвала «самосканированием» это:

- потребность в коррекции контрпереноса, формирующегося у психоаналитика в процессе работы с пациентом;
- необходимость снятия резонансных реакций психики аналитика на эмоциональные проявления пациентов в ходе психоанализа;
- потребность в самоанализе и отсутствие психоаналитика, который мог бы провести этот анализ.

Теоретическими и практическими предпосылками возникновения метода самосканирования явились:

- изучение теории и освоение методов психоанализа;
- изучение теории и методов нейро-лингвистического программирования;
- совершенствование методов коррекции различных фобий;
- изучение и практическое применение различных методов работы с собственным подсознанием.

Разработка метода самосканирования как экспресс-метода психоанализа (и, прежде всего, самоанализа) началась в 1995 г. В настоящее время метод самосканирования усовершенствован настолько, что дает возможность работать с проблемами

личности, берущими начало в акте рождения и даже в более раннем моменте – в зачатии. Использование метода самосканирования для исследования эпизодов зачатия, рождения и раннего детства, которые невозможно проанализировать обычными психоаналитическими методами (в силу того, что входжение в них вызывает сильнейшее сопротивление), позволяет прояснить причины, формирующие невротические внутренние противоречия, и снять фиксацию либидо в данных моментах развития личности.

Изучив и опробовав различные методы работы с собственным подсознанием, я выбрала наиболее приемлемые (т.е. несложные и не требующие присутствия партнера) и безопасные в применении методики. Такие методы разработаны в НЛП (в нейро-лингвистическом программировании).

Но только установления контакта с собственным подсознанием недостаточно, чтобы провести самоанализ. Поэтому в методе самосканирования я использовала знания, приобретенные ранее в психоаналитической работе. Так, например, для самоанализа важна идея; что причина проблем личности, проявляющихся в настоящее время; это - фиксациях либидо в травмирующих ситуациях зачатия, рождения, а также раннего детства. А коррекция невроза невозможна без понимания того, что причина

невроза в противоречивости осознаваемых и неосознаваемых желаний, т.е. хочу того же чего не хочу (хочу быть здоровой \\ не хочу быть здоровой) и т.д.

Но дополнительно пришлось разработать методы выхода в причины, формирующие проблемы, которые обычным психоаналитическим методам недоступны, а также найти способы снятия фиксации на данных моментах.

Далее я хотела бы изложить основы метода самосканирования, который я использую как экспресс-метод самоанализа.

1. Настройка на объект самосканирования:

Закройте глаза. На мысленном экране представьте свое лицо (можно использовать свою фотографию или свое отражение в зеркале).

2. Сканирование необходимой информации:

а) Отбор необходимой информации:

- обозначьте на мысленном экране вейланс сканируемого объекта, т.е. проведите сверху вниз вертикальную черту через центр представленного образа и ограничьте ее сверху и снизу;

- сформулируйте вопрос, на который вы хотите получить ответ, и напишите его на экране выше образа вашего лица (например, «Какие проблемы у меня в настоящее время?»);

- проведите сканером (т.е. мысленным лучом) сверху вниз по вертикальной линии, которую мы назвали «вейланс сканируемого объекта», от верхнего горизонтального ограничения до нижнего, сопровождая движение сканера словами «1-я проблема ... последняя проблема»;

- затем верните сканер в точку начала сканирования и спросите: «Сколько у меня проблем? Дай цифру!»;

- ждите ответа на свой вопрос: в зависимости от того какие способы восприятия подсознательной информации вам свойственны – визуальные, аудиальные или кинестетические, вы либо увидете на экране цифру, либо услышите ответ, либо «почувствуете» его;

- обозначьте на вертикальной линии (на вейлансе) столько горизонтальных линий сколько у вас проблем;

б) Считывание выявленной информации:

- поставьте сканер (мысленный луч) на конец первой горизонтальной линии, которая обозначает вашу первую проблему;

- ведите сканер по этой горизонтальной линии от конца к началу;

- внимательно слушайте и смотрите: либо на экране проявится текст (формула вашей проблемы), либо вы услышите эту фразу;

- точно также прочитайте все обозначенные на экране формулы;

3. Стирание негативных формул:

Если вы хотите избавиться от выявленных проблем, то необходимо провести стирание негативных формул вместе с причинами, их вызвавшими, т.е.:

- обозначьте крестиком (+) место пересечения вертикальной линии вейланса и горизонтальной линии, обозначающей вашу проблему, и попросите сканер найти самую первую причину данной проблемы;

- двигайте сканер от помеченной крестиком проблемы вертикально вверх до места, где он захочет остановиться, и поставьте такой же крестик (+) - это и будет первая причина;

- проведите вертикальную линию вниз от (+) «первой причины» до (+) «проблемы» и дальше (ограничение внизу не делайте, а поставьте на конце линии стрелку);

- скажите сканеру: «Стирай от первой причины до последнего следствия»;

- поставьте «мысленный луч» в точку первой причины и представьте, что вертикальная линия, соединяющая (+) первую причину, (+) проблему и следствия, стирается (как бы сгорает под воздействием луча);

- следить за сканированием (стиранием) причинно-следственной цепочки нужно только до тех пор, пока не убедитесь, что она действительно исчезает с экрана, поскольку сканирование будет продолжаться даже если вы не будете следить за ним до тех, пор пока в цепочке будет заряд;

4. Проверка результатов сканирования:

- чтобы проверить результаты сканирования, нужно проделать все технологические шаги от настройки на объект сканирования до считывания информации;

- если на вопрос «Сколько у меня проблем?», вы получили ответ «нет» или «0», то самосканирование закончено;

- если на этот вопрос ответ положительный, то вам нужно продолжать сканирование по выше приведенной схеме до тех пор пока вы не получите отрицательный ответ.

Многолетнее использование самосканирования как экспресс-метода самоанализа показало, что он имеет определенные преимущества по сравнению с другими методами психоанализа:

- 1) самосканированию свойственна оперативность коррекции негативных состояний психики;

- 2) самосканирование не нуждается в ежеминутном контроле и позволяет параллельно заниматься другими делами, даже если сканирование требует значительного времени;

- 3) самосканирование позволяет сохранить психологическую нейтральность в работе с любой проблемой;

- 4) самосканирование позволяет делать более глубокие «генетические «интерпретации» вплоть до принатальных аспектов проблемы;

- 5) самосканирование позволяет корректировать не только взаимоотношения в паре психоаналитик- пациент (т.е. перенос и контрперенос), но и любые другие взаимоотношения в семье, коллективе, группе и т.д.;

6) разработанные в настоящее время методы настройки на объект сканирования позволяют проводить не только самоанализ, но и психоанализ любой личности, нуждающейся в этом.

Важно отметить, что регулярное использование самосканирования как экспресс-метода самоанализа

позволяет развить память, креативные способности личности, установить контакт с подсознанием (как своим, так и с подсознанием окружающих людей) и, в конечном итоге, справиться с невротическими проблемами, которые так характерны для людей нашего времени.

АКТУАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ ПСИХОАНАЛИЗА В КОМПАНИЯХ MLM

А.Н.Кудров

г. Москва

Постановка проблемы

Всё большее значение как самостоятельное социальное и культурное явление приобретает самолечение. Эта тенденция не связана с уровнем благосостояния, но её значение возрастает по мере повышения образовательного уровня населения. Самолечение - важное направление развития в здравоохранении, сопряженное, однако, с рядом потенциальных рисков. По данным ВОЗ на первом месте среди рисков - ошибочная самодиагностика. Вторым по значимости является невозможность (или нежелание) обратиться за медицинским советом и, как следствие, неправильно выбранная терапия [1]. Эти факторы риска существуют объективно, поскольку в их основе лежат биосоциальные противоречия: наиболее распространенные заболевания имеют психосоматическую природу, их психическая причина скрыта от самого индивидуума. Поэтому корректная самодиагностика невозможна, и требуется внешний наблюдатель. В основе второго фактора риска лежат чисто экономические интересы предприятий розничной торговли: аптечный провизор не может уделять достаточно времени покупателю, приобретающему препараты безрецептурного отпуска, а консультант в магазине здорового питания (биологически активные добавки к пище - БАД) обычно не имеет возможности получить необходимое образование. Поэтому такое направление, как многоуровневый маркетинг (MLM) активно развивается в этом направлении.

Кампании, построенные на принципе MLM, торгуют БАДами и "товарами для здоровья" через распространителей, которые одновременно являются и их же потребителями. Эти компании могут существовать стабильно и длительно при правильно подобранном ассортименте, в отличие от недолговечных MLM-“пирамид”, создаваемых для продвижения какого-то определенного товара длительного пользования. Второе условие стабильности компаний - продуктивная деятельность распространителей, основанная на обучении и личном опыте. Эти два условия необходимы для стабильности компаний, но недостаточны для её устойчивого развития.

Этот новый для России вид предпринимательства нуждается для устойчивого развития в квалифицированном психологическом консультировании и нуждается более чем традиционные формы деятельности. В данной работе будут рассмотрены задачи психологического консультирования распространителей продукции. Оно необходимо для рационального формирования организаций распространителей продукции компании с учетом доминирующих интересов, создать благоприятное отношение к компании, повысить качество жизни и, как следствие, улучшить психологический климат.

В данной работе будут только затронуты психические причины заболеваний, так как они достаточно представлены в литературе. Однако следует иметь в виду, что второе направление - консультирование позволяет устраниить рискованные формы поведения, предотвратить заболевания, вызываемые стрессом, повысить производительность труда и должно использоваться при обучении распространителей. Психологическое консультирование необходимо и для повышения качества той работы, которую распространители выполняют, продавая продукцию компании, особенно при наличии у покупателя психосоматических заболеваний. Так как распространитель использует чаще всего свои социальные связи и дорожит ими, то его хорошая квалификация позволяет преодолеть характерные для розничной торговли экономические противоречия. Причем, появляется возможность преодолеть эти противоречия на более высоком, на социальном уровне организации общества.

Анализ ситуации

Особенности российского рынка труда начала 90-х годов позволяли существовать компаниям многоуровневого маркетинга за счет случайного притока персонала. Оставались 10-20% пришедших, а остальные, столкнувшись с новым стилем отношений, навсегда обретали настороженное или даже негативное отношение к этому виду деятельности. В настоящее время, несмотря на по-прежнему неблагополучное состояние дел в промышленности, возникли трудности с привлечением новых распространителей продукции. С другой стороны,

после 15 лет с начала перестройки для значительной части населения вновь стали интересны вопросы самореализации и целеполагания в жизни. Поэтому для многих компаний актуальной задачей является определение цели, ради которой хотел бы работать новый распространитель.

Многоуровневый маркетинг организуется по сетевому методу. "Узлом" сети является распространитель продукции, связанный вертикальными (экономическими) и горизонтальными (этическими) нитями. Сеть растет вниз и в стороны, и в зарубежных компаниях новому распространителю дается право в течение 1 месяца выбрать место в сети. Очевидно, что рациональное сочетание приоритетов в работе соседних "узлов сети" совершенно необходимо для формирования благоприятного психологического климата в компании.

Направления развития

Кризис западной культуры, приведшей в двадцатом столетии к двум мировым войнам, был основой для поиска новых направлений в философии. В двадцатые годы прошлого столетия зародилась философия холизма, которая является теорией холистической медицины. В конце 20-го века среди философов-врачей укрепилась мысль о необходимости пересмотра на этой основе программ подготовки работников здравоохранения [2]. Но, с другой стороны почти три тысячелетия письменной истории человечества свидетельствуют в пользу древнейшей системы здорового образа жизни, которая называется Аюрведой. В этой системе основной источник болезней - это ошибки интеллекта, который является мостом, между психикой и телом. Исправление ошибок - часть процесса лечения. Психические реакции (как и потребности тела) следуют приводить в соответствие с жизненными целями, руководствуясь стратегическими целями и, в меньшей степени, краткосрочными задачами [3].

Философия, лежащая в основе Аюрведы, обозначает четыре стратегические цели, которые соответствуют биосоциальной природе человека [4]. По-новому оценить мировоззрение, которое было принципом самоорганизации основателей древнего государства на территории современной Индии, позволяют новейшие тенденции к освобождению истинной природы человека от рамок идеологизированного государства, отмеченные современными философами [2].

Четыре цели, которыми руководствуется человек, расставляя приоритеты в соответствии с уровнем развития, следующие:

1. Исполнение социальных обязанностей в соответствии с выбранной профессией;
2. Накопление материальных благ за время исполнения социальных обязанностей;
3. Достойный отдых в соответствии с имеющимся достатком;

4. Осознание жизни во всех её проявлениях, как ценности более высокой, чем предыдущие.

Профессиональная деятельность часто дает средства к существованию, но не приносит удовлетворения, тогда человек обретает вторую профессию в MLM. В России многие социально значимые профессии не имеют достойной эквивалентной оплаты, и тогда человек приходит в MLM ради заработка. Уже сейчас работа многих компаний MLM организуется по клубному принципу, чтобы распространителям продукции было интересно вместе отдыхать, компаниями издаются журналы по культуре, психологии и философии здорового образа жизни.

Четыре представленные цели дают ключ к пониманию функций психоаналитика. Психологический климат в компании складывается из психического состояния каждой ячейки сети. Явления внешнего по отношению к индивидууму миру вызывают инстинктивные реакции, и только потом возникают эмоции по поводу этих явлений и собственных поступков. Эмоции индивидуума будут в гармонии с оценками ситуации ближайшим окружением в сети, если оно (окружающие) имеет те же приоритеты в спектре жизненных ценностей. Первая цель - помочь психоаналитику поможет подобрать оптимальное положение в сети тому, кто только начинает работу в MLM.

Вторая цель - основным направлением психоаналитика в уже работающих коллективах может стать образовательный процесс [5]. Программы совместных вечеров отдыха, организуемые компаниями, также следует составлять с учетом результатов психологического тестирования на соответствие жизненных приоритетов участников. Это позволят устраниить эмоции скуки или досады, характерные для разнородных коллективов и разноплановых программ. Организация отдыха с учетом круга интересов - третья цель.

Эта идеальная картина допускает гармонию и в том случае, если узел в сети окружен теми, кто находится на высокой ступени развития и способен к пониманию: "...и нам сочувствие дается, как нам дается благодать". Парадоксальное состояние благодати, которую посыпает природа человека в форме симптомов соматических болезней, подсказывает психоаналитику характер нерешенных задач, не достигнутых целей. Инструменты диагностики психосоматических заболеваний человека - тесты, опросники и т.д. могут явиться основой для выявления проблем MLM компаний по результатам работы их лидерами. Однако это новое направление нуждается в дополнительных исследованиях, так как аксиома философии холизма - нельзя познать свойства целого, изучая отдельные его части. Способность к саморазвитию - это признак живого, а помочь в анализе (но не самоанализ) - инструмент противодействия болезни. Четвертая цель

психоаналитика - создание методик оценки психического здоровья нового живого организма - компаний MLM - и перспектив её устойчивого развития.

Литература:

1. Правила ВОЗ по регуляторной оценке лекарственных продуктов для использования при самолечении. - Фарматека, № 4, 2000 г., с. 12-19.
2. Михайлов Ф.Т. Душа страдающего тела. -

В сб. Жизнь как ценность: Ин-т философии РАН, 2000, с. 242-268.

3. Чопра Д. Нестареющее тело, вечный дух. Пер. с англ. - М.: КРОН-ПРЕСС, 1994. - 320 с.

4. Свобода Р. Пракрити. Пер. с англ. - М.: Саттва, 1997.

5. Готвальд Ф.Т., Ховальд В. Аюрведа в бизнесе: Система оздоровления личности, рабочего места и предприятия. Пер. с нем. - М.: ФАИР-ПРЕСС, 2000. - 384 с.

ОСОБЕННОСТИ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПОДРОСТКОВ

Т.В.Пак, А.З.Нургазина

г. Павлодар

Подростковая групповая психотерапия

Метод групповой психотерапии подростков (ГПП) - один из наиболее эффективных и экономически целесообразных. Групповая психотерапия позволяет оказывать специализированную медицинскую и психологическую помощь максимально возможному количеству подростков, в ней нуждающихся, при этом она изначально психологическая приемлема и интересна для участников группы.

Терапевтический эффект ГПП достигается за счет:

- формирования адекватной самооценки и целостной Я-концепции;
- конфронтации с собственными неосознаваемыми проблемами;
- распознавания неадекватных паттернов эмоционально-поведенческого реагирования;
- использования личностных ресурсов;
- раскрытия своих переживаний и их верbalизации;
- совершенствования навыков контроля за ситуацией;
- научения строить отношения с другими и др.

Любая программа ГПП должна учитывать динамику группового процесса (фазы – адаптационная, фрустрирующая, конструктивная, реализационная). Основа терапевтической тактики для участников группы до 12 лет – опосредованное воздействие, акцент на эмоциональный и поведенческий компоненты психической сферы ребенка, и старше 12 лет – непосредственное осознание подростком причинно-следственных связей возникновения у него болезненного состояния, акцент на познавательную сферу психической деятельности.

Все существующие методы ГПП делятся на 3 вида: образовательные, аналитические и основанные на действии. Для подростков наиболее адекватными являются модели групповой психотерапии, основанные на действии. К ним относят аналитическую психодрамму, гештальт-терапию и др.

Основной вызов, который бросает терапевту работа с подростками, - необходимость заинтересовать их. Большинство взрослых начинают терапию добровольно, по собственному желанию, подростков часто «посыпают», «приводят» или призывают к лечению помимо их воли. Их родители, школа или инспекция по делам несовершеннолетних настаивают на посещении терапевтических сессий. Следовательно, отношение подростков к терапевту не является независимым, и они испытывают сильное искушение бунтовать, убегать или саботировать. Терапевт должен суметь «заманить» сопротивляющихся подростков в серьезный терапевтический процесс. Психологические особенности детей в этом возрасте – это стремление к группированию, потребность в интимности и кооперации. Подросткам просто необходимо быть членом какой-либо группы и это та приманка, которую может использовать терапевт, для того чтобы увлечь. Отношения со сверстниками – краеугольный камень для большинства подростков. Большую часть своего времени, внимания, интересов и энергии они посвящают налаживанию отношений со сверстниками. Групповая терапия использует эту возрастную особенность, предлагая подросткам то, чего они жаждут, но еще больше боятся – взаимодействие со сверстниками, которое сопровождается тревогой, вызванной открытием субъективного мира и формированием образа- Я.

Преимущества групповой психотерапии

Работа с подростками в группах предпочтительнее индивидуальной работы с ними по следующим причинам:

1. Групповая терапия бросает вызов мифу об уникальности подростка. Молодому человеку часто кажется, что нет такого другого, который испытывает такие же переживания, что и он, обладает таким же опытом, или понимает, какой период он

сейчас проживает. Осознание того, что другие люди тоже испытывают подобные эмоции и имеют схожие переживания, придаст силы, особенно, если люди, понимающие их переживания, являются сверстниками.

2. Групповая терапия проводится под руководством взрослого, в котором подростки нуждаются, и в то же время они нуждаются в возможности действовать независимо и своими собственными силами. Группа становится сценой, на которой можно отрепетировать независимое поведение со значимыми другими лицами, научиться доверительным межличностным контактам, смоделировать чувства ответственности, альтруизма, коллективной защищенности в условиях безопасности и поддержки, созданных психотерапевтом.

3. Групповая терапия понижает дискомфорт, который присутствует в индивидуальной терапии и возникает во взаимодействии: взрослый - ребенок. Многие молодые люди имеют негативный опыт общения со значимыми взрослыми, который складывался из неадекватных отношений с родителями в силу ряда причин, проблемных взаимоотношений с учителями, столкновений с представителями власти, работниками правоохранительных органов и т.п.

4. Групповая терапия блокирует подростковый нарциссизм. Трудные подростки склонны замыкаться в себе, они перестают учитывать другие точки отсчета, кроме своей собственной. Группа не терпит такой установки. Участники группы сами имеют потребность быть в центре внимания и не допускают, чтобы длительное время сцену занимал кто-то один. Члены группы, обычно, склонны не обращать особого внимания на нарциссических подростков, а иногда выражают им свое презрение, и этого бывает достаточно, чтобы последние изменили свое поведение. Конструктивная конфронтация со стороны участников группы более эффективна и действенна чем со стороны ведущего и не создает у подростка ощущения угрозы и опасности.

5. Групповая терапия – «полигон» для отработки новых социальных навыков поведения. В индивидуальной терапии роль психотерапевта, обучающего этим навыкам, ограничена собственными представлениями о взаимоотношениях с подростками и опытом общения, который имеет молодой человек. Работая в группе, подростки обучаются установлению доверительных межличностных контактов, умению включиться в групповую дискуссию, моделированию конфликтных ситуаций и адекватных форм эмоционального реагирования. Кроме того, при помощи групповой работы возможно развивать такие социальные навыки, как выражение эмпатии, уважения и заботы в отношении значимых других лиц.

6. Групповая терапия является способом развития взаимоуважения подростков. Оно лучше всего

выражается в стремлении понять друг друга. Здесь намного важнее реальные действия, выражающие внимание к другому, желание быть вместе, признание уникальности другой личности, безоценочное отношение, признание за ним права быть таким, какой он есть, поддержку, одобрение искренность.

7. Групповая терапия подростков минимизирует разногласия с персоналом (врачи, учителя, медсестры, психологи, консультанты и т. д.). Это утверждение справедливо для проведения терапевтической работы амбулаторно и в условиях стационара. Групповая терапия – это место и время, когда персонал и подростки могут обсудить разногласия во взаимоотношениях.

Показания и противопоказания

Показания – доклинические и клинические проявления пограничной психической, невротической и психосоматической патологии, нарушения адаптации, личностные расстройства, алкоголизм, нарко- и токсикомании, деформация навыков межличностного общения.

Противопоказания к ГПП относительны и в значительной мере обусловлены личностными и профессиональными качествами психотерапевта. К ним могут относиться – категорический отказ от лечения, выраженные декомпенсированные проявления двигательной расторможенности и агрессивности, ведущие к дестабилизации внутригруппового психологического климата, низкий интеллект (на уровне выраженной степени дебильности и глубже) и др.

Препятствием в использовании метода ГПП являются недостаточная спонтанность и гибкость психотерапевтов, их страх перед экспрессией подростков, а также отсутствие кадров детских и подростковых психотерапевтов.

Формирование группы и проведение занятий

Эксперты в области подростковой групповой терапии согласятся, что для эффективной работы группы необходимо несколько условий.

Отбор членов группы должен быть и проводить его необходимо ведущему группы. В идеале терапевт до начала работы проводит предварительные интервью с потенциальными участниками и выбирает из них тех, для кого групповая работа будет полезной, и тех, кто сам будет полезным для группы (или тех, кто совмещает в себе эти свойства). Также важна беседа с участниками о групповой терапии: что это такое, почему она важна, что будет происходить на занятиях, и какого поведения от членов группы вы ожидаете.

На практике же у групповых терапевтов обычно нет возможности выбора членов группы. Подростки, школьники или студенты для прохождения программ определяются в соответствии с политикой учреждения или учебного заведения, к которому они

относятся. Групповая терапия либо является частью обязательной для всех программы, либо назначается ее участникам в зависимости от природы их проблем: например, в группу особых проблем направляются девочки, пережившие сексуальное насилие, группа зависимых от психоактивных веществ предназначена для подростков, злоупотребляющих наркотиками или алкоголем, группу преодоления посещают дети разведенных родителей.

Клинически группа может быть гомогенная, но предпочтительнее гетерогенная: подростки с различной тяжестью клинической симптоматики невротических проявлений, обязательно страдающие психосоматическими заболеваниями и с нарушениями межличностных связей общения. Целесообразно в гетерогенную группу включить 1-2 подростков с истероидными психопатическими реакциями и нецелесообразно более 2-х с возбудимыми (эксплозивными), а также страдающих тиками, с тяжелым течением невроза, с выраженным органическими наслонениями.

Младшие подростки работают лучше в группах с однородным половым составом, в то время как старшие обычно получают больше пользы, участвуя в смешанных группах. Однополые группы подростков (11-13 лет) с большей вероятностью будут отражать жизненные реалии. Гетеросексуальные подростки, обычно, испытывают огромное любопытство к лицам противоположного пола. Девочки склонны рассказывать друг другу о том, какие мальчики им нравятся, а мальчики, обычно, оценивают девочек на расстоянии. Когда отношения между полами все же существуют, они и осуществляются в группах сверстников одного пола.

Более старшие подростки получают больше пользы от участия в смешанных группах. К возрасту 14-15 лет их внимание целиком захватывают вопросы отношений между полами. Терапевтическая группа – идеальные условия для изучения особенностей и нюансов этих отношений.

По продолжительности работы выделяют 2 вида ГПП: долгосрочную (60 и более часов) и краткосрочную (от 20 до 28 часов). При долгосрочной модели ГПП группа работает 3-4 раза в неделю по 1,5 часа в течение 3-х месяцев, краткосрочная психотерапевтическая группа – 4 часа ежедневно в течение 5-7 дней. Потребность подростков в краткосрочной групповой психотерапии существенно возросла за последнее десятилетие.

Количество участников в группе должно составлять от 6 до 12 человек. Группа из 2-х или 3-х подростков не оставляет возможности для групповой динамики, группа из 15-ти и больше человек неэффективна в своем процессе.

Часто терапевт не может влиять на количество участников, приходящих в его группы.

Если в какой-то из дней на сессии оказываются только 3 участника, они не являются группой,

поэтому необходимо проводить с ними нечто другое.

Если ваша группа внезапно разрастается с 8 до 20 человек, а ваша комната для занятий может вместить не более 12, то можно разбить группу на две части и провести отдельные занятия с каждой половиной, а можно сохранить эту большую группу и провести одно из упражнений, которое хорошо работает в больших группах.

Как только начинается групповая терапия, желательно ввести правило закрытости членства в группе. Закрытое членство обеспечивает лучшую динамику групповых процессов. Реальность же часто создает терапевту дополнительные трудности: членство в группе меняется по различным обстоятельствам, как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

На практике условия групповых занятий обычно далеки от идеальных, но все же можно добиться успеха. Залог этого – уверенность, энтузиазм и оптимизм ведущего. В возрастных группах 12 лет группой руководит психотерапевт, а старше 12-ти и в разновозрастных группах позиция психотерапевта меняется от роли «активного руководителя» к роли «активного партнера», «посредника», «члена группы».

Чтобы совладать с группой, состоящей из подростков, требуются немалое присутствие духа и изобретательность. Способность превращать препятствия в возможности лежит в области личных навыков и установок терапевта, ведущего группу. Спланированная структура занятия в неспокойных условиях может стать для терапевта залогом успеха.

В определенных случаях участники могут слишком далеко отклониться от темы, в сложные моменты терять нить беседы или выходить из себя, или, что не менее опасно, застыивать в немом оцепенении, в этих случаях разумно гибко изменить программу.

Использование терапевтом плана работы с подростками подобно мореплаванию – определены цель и курс, а все остальное зависит от погоды и команды.

Возможные ситуации внутри группы

Материалом групповой терапии может быть все. Если группа негативно реагирует на какое-либо упражнение или ситуацию, не проходите мимо, и не делайте вид, что вы ничего не заметили или что ничего не случилось. Сообщите группе о том, как она себя ведет. Это может быть апатичное или предубежденное поведение, косвенное или явное сопротивление, скрытые причины, о которых ведущий группы не знал, наконец, это может быть связано с внешними событиями.

Неожиданные реакции, возникшие во время проведения упражнения или вызванные «случайной» фразой, необходимо прорабатывать.

Временами, совершенно неожиданно или внезапно, всплывают личностные проблемы участников группы. Это требует внимания и терапевта, и группы. Необходимо расставить приоритеты и на некоторое время отвлечься от первоначальной темы. Важно, чтобы подросток получил поддержку в своем решении поделиться проблемой с группой. Ему необходимо и вмешательство ведущего, который должен избавить подростка от чрезмерного внимания участников. Выдержать баланс здесь непросто. С одной стороны, терапевт должен помочь подростку высказаться, с другой стороны, его необходимо защитить от чрезмерного и назойливого внимания остальных участников группы.

Неадекватное поведение участников на занятиях также может явиться основой для дискуссии. Будет конструктивнее, если ведущий сможет в этом случае заручиться поддержкой подростков в противостоянии девианту. В интересах группового процесса нельзя позволять, чтобы слишком много внимания уделялось одному человеку; это внимание может стать дополнительной выгодой и поощрением, и тогда подобное поведение будет проявляться и в дальнейшем.

Конфликт между участниками или между ведущим и участником также может стать материалом для работы. Обычно сделать реальный или воображаемый конфликт центром дискуссии уместно и важно. Если трения возникли между терапевтом и одним из участников, проработайте их сразу же. Таким образом, вы можете стать моделью разрешения конфликтной ситуации для всей группы, не говоря уже о позитивном воздействии на участника, вовлеченного в нее.

Дисциплина в группе

Подростковые группы могут быть таким пространством, где подростки чувствуют себя свободно и могут в условиях безопасности заниматься самовыражением.

Большинство учреждений, в которых проводятся группы с подростками, включая школы и учебные заведения, отличаются требованиями довольно жестких моделей поведения, которые можно изменить во время группы. Подростки во время групповой терапии не должны чувствовать себя, как на уроках (это им неинтересно и наскучило), хотя в группе происходит обучение и приобретение знаний, умений и навыков.

Ведущий группы должен уметь эффективно устанавливать и поддерживать дисциплину. Этого можно достичь, используя различные формы воздействия и акцентируя внимание на том, какое поведение является приемлемым, а какое – неприемлемым на каждой сессии. Таким образом, участникам напоминают правила и сообщают, что от них ожидают уважения к этим правилам.

Ведущий группы отвечает за дисциплинарные вопросы по нескольким причинам. Очевидная из них состоит в том, что важная цель групповых занятий с подростками – создание у них чувства принадлежности к группе. Дисциплина, определяемая сверстниками, а не ведущим, ставит членов группы в роли противников друг с другом. Другая причина заключается в том, что многие проблемные подростки видели слишком мало ролевых моделей ответственных взрослых, которые являлись бы для них авторитетными лицами и которые были бы способными к конфронтации. Ведущий группы может оказаться единственным или одним из очень немногих ответственных взрослых людей, с которого подросток «списывает» такую ролевую модель. Терапевтическое воздействие ведущего, включающее поддержку, сопереживание, принятие и вместе с тем принципиальность в поддержании порядка и дисциплины в группе, очень велико. Отношения с таким взрослым дают подросткам возможность идентифицироваться с личностью психотерапевта, а также скорректировать опыт проблемного родительского воспитания.

Вариант группового договора

Это наша группа. Ее успех или неудача зависят от нас самих. Мы собирались вместе в поисках самих себя. Наше участие должно быть честным; то, что мы надеемся приобрести – знания, умения, навыки. Выражая наши чувства, мысли, определяя поведение, мы можем узнать больше. Дружеские отношения и самосознание являются наградой. Мы будем уважать тайну каждого участника и не выносить происходящего в группе за ее пределы. Все, что мы видим здесь, все, что мы говорим, и все, что мы слышим здесь, давайте здесь и оставим.

У нашей группы есть правила: 1) все, что мы говорим, мы говорим для всех; 2) разговоры, не относящиеся к теме, не допустимы; 3) мы должны бережно относиться друг к другу.

Заключая «Групповой договор», подростки принимают на себя ответственность за судьбу группы.

Согласно «Групповому договору», враждебность или неуважение между участниками или между тренером и участниками – это одно из неприемлемых поведений. Если такое поведение есть у одного из участников, и оно повторяется, значит, настало время принимать меры.

Проблемные подростки ведут себя на группе точно так же, как и где-либо еще. Они будут разведывать границы дозволенного, чтобы узнать, как далеко они простираются. Когда границы установлены, участники группы чувствуют себя безопасно. Подросткам важно знать, что есть что-то или кто-то авторитетнее их. Введение и требование соблюдения правил групповой работы убеждает их в том, что ведущий контролирует ситуацию. Терапевт

должен управлять групповыми процессами так, чтобы участники группы чувствовали поддержку и руководство одновременно, а также имели свободу для приобретения независимого поведения.

Неприемлемое поведение

Проблемой подростковых групп часто является неприемлемое поведение. Группки и парочки выделяются тем, что садятся вместе, шепчутся и переговариваются друг с другом. Это может быть способом обособиться, выделиться, обратить на себя внимание, а может быть претензией на «элитность». Все это непродуктивно для групповой работы. В подобных случаях хорошо работает трехшаговая процедура.

1. Замечание. Напомните, что посторонние разговоры на группе не допускаются ее правилами.

2. Перемещение. Если замечание не решило проблему, разделите «нарушителей», попросив их, поменяться местами с другими участниками.

3. Удаление. Если подростки все же упорно продолжают общаться между собой, удалите их (или одного из них, если он является зачинщиком) с занятия. При этом необходимо объяснить всем, что ваши обязательства перед группой важнее, чем перед отдельным ее участником. Это действие является эффективным способом противостояния нарциссической установке подростков «Я важнее других».

Перед проведением следующего занятия необходимо поговорить с нарушителем, которого вы удалили. Эффективным может быть заключение с ним устного или письменного контракта о том, что его поведение будет приемлемым. Если подросток отказывается заключать с вами контракт, выражите свое разочарование, но проявите уважение к его выбору. Необходимость выгнать участника с занятия не предполагает его унижения. Наказание, сохраняющее достоинство подростка, может иметь сильный терапевтический эффект.

Участники, вызывающие проблемы

Часто проблемные подростки – это участники терапевтических групп, и некоторые из них создают проблемы на занятиях. Один из таких типов – это отвлекающие внимание (дистракторы – от англ. distractors). Отвлекающим нравится нарушать, замедлять, обесценивать, разлагать, портить и ослаблять групповые процессы, сопротивляться им и снижать настроение участникам группы. Ведущий знает о том, что у этих подростков есть веские причины вести себя именно так.

Отвлекающие часто ведут себя очень тихо, пока не выяснят положение вещей. Часто они попадают в терапевтические группы, имея длинные предыстории своего девиантного поведения. Родители оставили свои попытки справиться с ребенком (или им нет до него дела), учителя устали и сдались, и

теперь ваша очередь. Если даже подростка не удается увлечь занятиями, уроки для него все равно не пропадут даром. Например, если вы удалили участника с группы – на одно или два занятия, группа может проработать эту ситуацию совместно. Можно спросить членов группы, что они чувствуют по поводу поведения этого участника. Поделиться с группой своими чувствами, вызванными необходимостью выставить нарушителя за дверь. Это может продемонстрировать модель взрослых и зрелых отношений, когда принимается личность, а не принимается ее неадекватное поведение.

Можно включить в работу отвлекающих внимание подростков, предоставив им это самое внимание, которого они жаждут. Это можно сделать, попросив одного из них, прочитать «Групповой договор» и позволить ему оценить свои действия. Или другим способом дать знак уважения, внимания и вашей личной заинтересованности. При этом остальные участники группы видят, что вы предоставили отвлекающему лучший шанс из всех, которые могли дать.

Если эта процедура терпит неудачу и вызывающее поведение продолжается, пришло время вводить ограничения. Это конфронтация со стороны сверстников. Если у вас получится заручиться поддержкой других участников в противостоянии «отвлекающему», вы сделали эффективный шаг. Можно просто сказать, что вы сделали все, что могли, и спросить участников, как они относятся к поведению «отвлекающего». Это с одной стороны рискованно. Подростки могут быть безжалостными. Ведущему необходимо вызвать конструктивную конфронтацию. Если «отвлекающий» силен и пользуется в группе популярностью, дело обстоит серьезнее, но группа может устать от его выходок независимо от того, насколько они умны. Негативная установка «отвлекающего» к окружающему миру постепенно теряет свою актуальность. Ведущему необходимо уловить этот момент и использовать данную ситуацию для конфронтации со стороны сверстников, а это один из самых мощных и действенных терапевтических инструментов.

Некоторые подростки просто не хотят адекватно вести себя во время групповой работы или они могут быть не готовы к ней. Эта готовность может появиться после нескольких сеансов индивидуальной терапии.

Итак, вызывающее поведение провоцируется многими факторами. «Отвлекающий» подросток и его родители нуждаются в семейной психотерапии, если это возможно.

Привлекающие внимание (аттракторы – от англ. attractors). Аттракторы – тревожные, опасающиеся, апатичные, невнятно говорящие, неловкие подростки, притягивающие к себе внимание.

Эти тихони, отличающиеся пассивностью, беспомощностью, жалостью, притягивают к себе внимание всей группы. Первоначально атTRACTоры могут вызывать заботу со стороны других членов группы. Она проявляется в том, что участники пытаются «вытащить» их дружелюбными вопросами или одобрением. А может происходить прямо противоположное: участники будут избегать любого взаимодействия с атTRACTорами, которые из-за этого замыкаются еще больше. Ведущий может попытаться включить «привлекающего» подростка в общую дискуссию или в упражнение или может направить групповой процесс на демонстрацию силы такого «тихони», в зависимости от ситуации.

Подростки, привлекающие внимание (атTRACTоры), и подростки, отвлекающие внимание (дистракторы), имеют много общего. Своим поведением они нарушают групповой процесс, отвлекая внимание группы. Задача ведущего превратить их в активно работающих участников для того, чтобы они извлекли максимальную пользу из опыта пребывания в группе.

Игры и игровые упражнения

Один из основных инструментов групповой психотерапии подростков – это игры и игровые упражнения.

Игры – естественная потребность детского организма и одна из наиболее важных сторон жизни подростка, его гармоничного развития. Игровая техника широко применяется при проведении сеансов подростковой ГПП. Игровая терапия способствует снятию напряженности в группе, скованности, затруднения в общении, возникновению атмосферы доверия и открытости, благоприятствует эмоциональному отреагированию, дезактуализирует болезненные проявления, в первую очередь невротические, моделирует способы решения конфликтных ситуаций и формы коррекции негативных черт характера.

По своей лечебной целесообразности игры условно подразделяются на коммуникативные, терапевтические, характерологические, моделирующие адаптивное поведение в социуме и пр. Разработано и адаптировано для практического применения большое количество игр и игровых упражнений. Но более эффективно, когда психотерапевт в групповом процессе создает игры и упражнения в контексте терапии с учетом мифа пациента.

Литература:

1. Байяд Р.Т., Байяд Д. Ваш беспокойный подросток. - М.: Просвещение, 1991. - с. 224.
2. Берн Э. Групповая психотерапия. - М., Академический проект, 2001. - с. 380-382.
3. Желдак И.М. Практикум по групповой психотерапии детей и подростков с коррекцией семейного воспитания. Институт общеуманитарных исследований. - М., 2001. - с. 5-12.
4. Желдак И.М. Искусство быть семьей. Практическое руководство. – Минск.: МП «Лерокс», 1998. - 155 с.
5. Захаров А.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. - Л.: Медицина, 1982. - 215 с.
6. Захаров А.И. Групповая психотерапия неврозов у детей. Методические рекомендации. - Л., 1979.
7. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. - Л.: Медицина, 1988.
8. Коцунас Р. Основы психологического консультирования. - М., 1999. - с. 24-55.
9. Коцунас Р. Психотерапевтические группы: теория и практика. - М., 2000. - с. 42-55.
10. Кулаков С.А. Психопрофилактика и психотерапия в средней школе. – СПб, 1996.
11. Кэррел С. Групповая психотерапия подростков. - С.-П. Питер, 2002. - с. 35-64.
12. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - Л.: Медицина, 1983. - 256 с.
13. Лэндрет Г. Игровая терапия: искусство отношений. Международная педагогическая академия, 1994.
14. Мяггер В.К., Мишина Т.М. Семейная психотерапия: Руководство по психотерапии. - Л.: Медицина, 1979. - с. 297-310.
15. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. - М.: Медицина, 1986. - 384 с.
16. Эйдемиллер Э.Г., Кулаков С.А. Групповая психотерапия у подростков с пограничными неврально-психическими расстройствами. НПЖ невропатологии и психиатрии, № 5, 1990. - с. 118-125.
17. Эйдемиллер Э.Г. Семейная психотерапия при психопатиях, акцентуациях характера, неврозах и неврозоподобных состояниях: Методические рекомендации. - М., 1980. - 27 с.
18. Berkowitz, I.H., & Sugar M. (1975). Adolescent psychotherapy, group psychotherapy, family psychotherapy. In M. Sugar (Ed.), The adolescent group and family therapy (pp.3-23). New York: Brunner/Mazel.
19. Carrel S.E.(1991). Between teens groups. Unpublished masters' seminar paper, Southwest Missouri State University, Springfield.
20. Ellis A. (1974). Rational emotive therapy. In A. Burton (Ed.), Operational theories of personality (pp. 308-334). New York: Brunner/Mazel.
21. Grove, D. (1991, May). Heading the wounded child within. Seminar presented to professional therapists in St. Louis, MO.
22. Scheidlinger S. (1991, April). Group treatment of adolescents in school, clinical, and hospital settings. Seminar presented to professional therapists at Menningers Institute, Topeka, KS.

ПСИХИАТРИЯ

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ, ПУТИ РЕШЕНИЯ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

О.А.Голдобина

Проблема сохранения, улучшения индивидуального, группового и общественного здоровья является ключевой для системы здравоохранения. Психическое здоровье – важнейший элемент общественного здоровья, во многом определяющий экономическое и социальное благополучие нации (4, 5, 10, 11, 12, 14).

Одно из основных проявлений кризиса общественного здоровья в нашей стране – ухудшение его «душевной» составляющей (рост психических расстройств, самоубийств, убийств и т.д.) (3). Рост преступности, распространения алкоголизма, наркомании, суициdalной направленности поведения, а также показателей смертности в результате несчастных случаев, производственного травматизма прямым или косвенным образом обусловлен снижением уровня психического здоровья в обществе (4, 6, 7, 9).

Население Сибири находится под прессом экономических, социальных и экологических проблем, что повлекло за собой более высокий уровень потери здоровья, значительный рост психических расстройств, наркологической патологии, самоубийств, криминального поведения (1, 8, 13).

В последнее десятилетие (1991-2001 гг.) наблюдаются выраженные негативные тенденции в динамике психического здоровья жителей Алтайского края. Произошел рост (в 1,6 раза) числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением и получающих консультативно-лечебную помощь, как в целом, так и в большинстве нозологий в классе психических расстройств. Наиболее выраженным он был в нозологической группе «психические расстройства непсихотического характера». При этом рост распространенности психопатий составил 4,1 раза, специфических симптомов и синдромов – 3,3 раза, реактивных состояний – 2,4 раза.

Рост числа больных с диагнозом психического расстройства, установленным впервые в жизни, среди населения края за десятилетний период составил 1,7 раза. При этом значительно возросла первичная заболеваемость реактивными психозами (в 8,4 раза), старческими психозами (в 5,0 раз), психопатиями (в 4,4 раза), психосоматическими расстройствами (в 3,5 раза), последствиями органических поражений ЦНС (в 3,2 раза), специфическими симптомами и синдромами (в 2,3 раза).

В 1998 г. Алтайский край среди территорий РФ вышел на 2-е место по первичной заболеваемости психическими расстройствами, на 7-е место - по

общей заболеваемости данным видом патологии и на 1-е место по этим показателям в Западно-Сибирском регионе.

Наиболее выраженные негативные тенденции отмечаются в состоянии психического здоровья детско-подростковой популяции Алтайского края: в 2,1 раза возросло число детей, состоящих под диспансерным наблюдением и получающих консультативно-лечебную помощь; рост числа больных детей с диагнозом психического расстройства, установленным впервые в жизни, составил 1,9 раза. По данным за 2000 г. показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами у детей в Алтайском крае был в 1,8 раза выше, чем в среднем по РФ, показатель же общей заболеваемости превышал российский в 1,6 раза. За десятилетний период число подростков, получающих психиатрическую помощь, увеличилось в 1,8 раза; количество лиц с диагнозом психического расстройства, установленным впервые в жизни, возросло в подростковой популяции края в 3,0 раза. В 2000 г. показатели первичной и общей заболеваемости психическими расстройствами подростков в Алтайском крае были выше, чем в среднем по РФ в 2,1 и в 1,6 раза, соответственно.

По данным Алтайского краевого военного комиссариата более чем в 30% случаев причиной возврата призывников с краевого призывающего пункта являются психические расстройства. За период с 1991 по 2000 г.г. число призывников, исключенных с воинского учета и переданных в запас по статьям вследствие психического заболевания, увеличилось в 2,4 раза.

За десятилетний период в крае произошел значительный (в 1,7 раза) рост общей инвалидности. Первичная инвалидность за указанный период времени увеличилась в 2,4 раза (превышение над российским показателем в 2000 г. составило 1,7 раза). Существенно (в 3,6 раза) возросло число детей-инвалидов по психическому заболеванию, увеличился (в 5,8 раза) показатель первичной инвалидности (их превышение над соответствующими российскими показателями в 2000 году составило 1,8 раза и 2,6 раза, соответственно).

Неблагоприятная ситуация в крае сложилась и по распространенности среди населения наркологической патологии. За последнее десятилетие показатель первичной заболеваемости синдромом зависимости от наркотических веществ увеличился в 30,1 раза, рост показателя общей заболеваемости

составил 18,9 раза, а у подростков – 67,5 раз. В 1999 г. край занимал 5 место среди 89 субъектов Российской Федерации по числу больных наркоманией и 4 место – по количеству подростков, находящихся под наблюдением с данным видом патологии.

Важными показателями, отражающими состояние психического здоровья общества, являются такие, как динамика самоубийств и уровень тяжких преступлений против личности. Проведенный анализ материалов государственной статистики смертности населения края выявил, что в период с 1991 по 2000 г.г. уровень самоубийств увеличился на 38,1%, в 2000 г. превышение данного показателя над критическим, по мнению экспертов ВОЗ, уровнем частоты самоубийств составило 2,2 раза. Количество совершенных убийств возросло на 60,1%.

Социально-экономическая нестабильность, снижение жизненного уровня населения, слом устоявшихся жизненных стереотипов, дефицит финансовых ресурсов здравоохранения – все эти и другие факторы способствовали формированию и реализации негативных процессов в состоянии психического здоровья населения региона.

Социально-экономические преобразования, происходящие в нашей стране с начала 90-х годов, поставили здравоохранение в сложные условия функционирования в условиях выраженного недодофинансирования. В здравоохранении сложилась парадоксальная ситуация: значительное сокращение финансовых ресурсов в условиях существенного ухудшения показателей общественного здоровья. Особенно остро это отразилось на службах, финансируемых только из бюджета, в том числе и на психиатрии: произошло существенное снижение объемов финансирования психиатрической службы на фоне накопления числа лиц (в связи с демографическим старением и затяжной ситуацией социально-экономического дистресса), страдающих психическими расстройствами.

Как известно, ресурсы здравоохранения оказывают существенное влияние на доступность, объем и качество медицинской помощи, а их недостаток влечет за собой снижение роли системы здравоохранения в охране здоровья населения. Анализ ресурсного обеспечения выявил, что показатели обеспеченности психиатрической службы региона врачами и койками ниже российских. Обеспеченность населения края психиатрическими койками составляет 7,9 на 10 тыс. населения (в РФ – 11,9); врачами-психиатрами – 0,96 на 10 тыс. населения (в РФ – 1,13). Укомплектованность психиатрами составляет лишь 65,3%, психотерапевтами – 57,5% от должной. В крае не решена одна из основных задач организации психиатрической службы, обеспечивающая доступность специализированной помощи сельскому населению – укомплектованность районов края врачами-психиатрами из расчета не менее 1 ставки психиатра на

район (приказ Минздравмедпрома России от 13.02.95 г. № 27). С учетом того, что, в целом, показатель обеспеченности психиатрами в крае ниже, чем в среднем по РФ, а в сельской местности указанное различие еще более выражено – выявляется проблема обеспеченияющей доступности специализированной помощи для жителей сельских районов.

Продолжающееся ухудшение психического здоровья населения крупного агропромышленного региона страны в сложных социально-экономических условиях при дефиците ресурсов психиатрической службы потребовало принятия неотложных мер, способных нивелировать сложившиеся негативные процессы и тенденции психического здоровья, усилить влияние здравоохранения на состояние психического здоровья населения, оптимально используя при этом ограниченные ресурсы психиатрической службы.

В этих условиях была разработана и реализуется система информационных, профилактических, ресурсосберегающих организационно-медицинских технологий, направленных на решение задач сохранения и укрепления психического здоровья населения, повышение эффективности использования ресурсов психиатрической службы региона.

Важной составляющей данной системы является разработка и реализация стратегии мониторинга психического здоровья населения. На основе своевременной и достоверной информации мониторинг позволит осуществлять планирование (стратегическая функция) и принимать оперативные управленические решения (тактическая функция), позволяющие сохранить и улучшить потенциал психического здоровья.

Составляющими системы мониторинга психического здоровья населения Алтайского края являются следующие информационные технологии: оценка и мониторинг психического здоровья на индивидуальном и групповом уровнях; работа регистровых систем; социально-гигиенический, эпидемиологический мониторинг в детско-подростковой популяции; мониторинг программно-целевых показателей деятельности ЛПУ психиатрического профиля региона, обеспечивающий системный многоуровневый комплексный подход в оценке психического здоровья населения и возможность влияния на него.

В сложных социально-экономических условиях развитие и реализация одного из основных принципов здравоохранения – профилактического в деятельности службы психического здоровья на уровне региона является важным и необходимым, позволяющим обеспечить наибольшую результативность усилий здравоохранения, направленных на укрепление психического здоровья населения. Отчасти его реализация становится возможной путем разработки и внедрения комплексных целевых программ, носящих, прежде всего, превентивный характер.

С учетом изложенного в 2001 г. в Алтайском крае была принята и реализуется межведомственная комплексная целевая программа «Охрана психического здоровья населения Алтайского края на 2002 – 2006 г.г.», цель которой повышение уровня психического здоровья населения путем развития межведомственного сотрудничества в вопросах превенции психической патологии. Ее основные задачи:

- Совершенствование системы профилактики и ранней диагностики психических расстройств;
- Организация и осуществление мониторинга психического здоровья населения Алтайского края с приоритетом оценки распространенности и выявления психических расстройств, эффективности проводимых профилактических и лечебных мероприятий;
- Создание системы обучения, просвещения в области психиатрии для врачей первичной медико-санитарной помощи, педиатров, школьных психологов, работников социальных учреждений;
- Развитие реабилитационного направления деятельности службы психического здоровья региона.

Профилактический принцип, положенный в основу программы, обеспечивает развитие ресурсосберегающих медицинских технологий, которые, в свою очередь, позволяют решать комплекс приоритетных целей и задач в условиях дефицита финансовых ресурсов. Межведомственное взаимодействие в вопросах превенции психической патологии определяет для каждого ведомства свои конкретные цели и задачи.

Целевая программа «Охрана психического здоровья населения Алтайского края» является подпрограммой краевой целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера на 2002–2006 годы», утверждена Постановлением краевого Совета народных депутатов от 06.02.2002 г. № 15 «О законе Алтайского края «Об утверждении краевых целевых программ в области здравоохранения». В Законе о бюджете территории утверждена ее сумма на каждый финансовый год. Финансирование целевой программы в 2002 г. составило 1 млн. рублей.

В 2002 г. в крае разработана и реализуется «Концепция развития психиатрической службы региона в 2003-2008 г.г.», направленная на нивелирование выявленных негативных тенденций психического здоровья населения региона, оптимизацию деятельности службы психического здоровья (2). Ее разработка обусловлена необходимостью принятия экстренных мер для обеспечения доступности и улучшения качества психиатрической помощи населению с целью уменьшения отрицательных для региона последствий психических расстройств.

Ее основные задачи:

1. Структурное и функциональное реформирование психиатрической службы края (через

децентрализацию стационарной помощи, усиление амбулаторно-поликлинического звена), направленное на повышение эффективности и обеспечение доступности специализированной помощи для всех категорий населения на всей территории края; интеграция психиатрической службы в первичную медико-санитарную сеть:

- Выделение во всех районах края ставок врачей-психиатров из расчета не менее 1 ставки психиатра на район;
- Создание психиатрических отделений мощностью от 25 до 50 коек при ЦРБ районов края с численностью населения более 40 тыс. человек;
- Совершенствование процесса оказания психиатрической помощи на стационарном этапе с внедрением современных технологий диагностики, лечения и реабилитации больных, в соответствии с международными клиническими рекомендациями, стандартами, формулярной системой, с обязательным использованием технологий интенсивного лечения пациентов в условиях психиатрического стационара;
- Максимальное расширение и интенсификация процесса оказания квалифицированной помощи во внебольничных условиях (комплексация амбулаторной службы психологами, социальными работниками, психотерапевтами; внедрение бригадных технологий в лечение и реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами);
- Организация детско-подростковых межрайонных кабинетов в городах Алтайского края;
- Организация выносных приемов психиатров и психотерапевтов в соматические поликлиники городов края.

2. Развитие стационарозамещающих (ресурсосберегающих) форм психиатрического сервиса путем перепрофилирования недогруженных в стационаре коек в места дневного стационара; более широкого развертывания сети полустанционаров с внедрением таких форм организационно-медицинских технологий, как стационар на дому.

3. Совершенствование и развитие всех этапов специализированной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами: стационар, полустанционар, поликлиника с внедрением современных технологий выявления, учета, лечения и реабилитации:

- Стандартизация лечебно-диагностического процесса на всех этапах оказания специализированной помощи в соответствии с протоколами ведения больных психическими расстройствами;
- Разработка и реализация реабилитационных программ. Широкое использование в лечебном процессе культивации, социотерапии, терапии занятостью;
- Осуществление взаимодействия с различными организациями (центр медицинской профилактики, органы системы образования, учреждения

*Предложения управленческого характера, направленные на решение проблем
психического здоровья на региональном уровне*

Вскрытая проблема при оценке психического здоровья на региональном уровне за период с 1991 по 2000 гг.	Предлагаемые мероприятия
1. Выраженный рост распространенности среди населения края психических расстройств непсихотического характера	<p>1. Реализация на региональном уровне межведомственной комплексной целевой программы «Охрана психического здоровья населения Алтайского края на 2002 – 2006 гг.», позволяющей обеспечить межведомственное взаимодействие всех структур власти, институтов общества в реализации профилактического принципа, направленного на охрану психического здоровья населения региона (и, прежде всего, детско-подростковой популяции).</p> <p>2. Обеспечение доступности специализированной помощи населению края через:</p> <ul style="list-style-type: none"> Комплектацию штата районных психиатров (обеспечение доступности специализированной помощи жителям сельских районов); Децентрализацию стационарной психиатрической помощи; Организацию и развитие выездных форм работы; Расширение стационарно-замещающих форм психиатрической помощи (дневные стационары, стационар на дому); Интенсификацию лечебного процесса в условиях психиатрического стационара (открытие отделений интенсивного лечения); Организацию и развитие в структуре краевой психиатрической службы подразделений, отвечающих за оказание помощи лицам, страдающим непсихотическими формами психической патологии (психотерапевтическое подразделение АККПБ, психотерапевтические кабинеты соматических поликлиник, психосоматические отделения многопрофильных больниц).
2. Рост распространенности старческих психозов и слабоумия	<p>1. Развитие геронтопсихиатрического направления в системе оказания психиатрической помощи населению Алтайского края (открытие сети герiatricких кабинетов, дневного герiatricкого стационара, стационарного геронто-психиатрического отделения).</p> <p>2. Развертывание социальных учреждений для этой категории больных.</p>
3. Значительное увеличение доли женщин среди лиц, страдающих психическими расстройствами	<p>1. Реализация комплексной программы «Семья, женщины, дети» в части организации и проведения мероприятий, направленных на социальную поддержку семей с низким уровнем доходов; развитие службы семейных психологов и семейного консультирования.</p>
4. Рост (в 1,7 раза) инвалидности, связанной с психическими расстройствами	<p>1. Профилактика инвалидизации лиц, страдающих психическими расстройствами через:</p> <ul style="list-style-type: none"> •развитие микропсихиатрии (взаимодействие с акушерской службой, неонатологами); •обеспечение доступности специализированной помощи (комплектация штата районных психиатров, развитие выездных форм работы, комплектация службы социальными работниками и специалистами по социальной работе); интенсификацию лечебного процесса (открытие в психиатрических стационарах отделений интенсивной терапии для быстрого купирования психотических состояний; внедрение формулярной системы оказания психиатрической помощи). <p>1. Развитие социальной и трудовой реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами через воссоздание лечебно-трудовых мастерских при ЛПУ психиатрического профиля, создание спец. цехов и спец. участков на предприятиях города.</p>
5. Значительный рост распространенности психической патологии в детско-подростковой популяции (у детей – в 2,1 раза, у подростков – в 1,8 раза)	<p>1. Реализация комплекса мероприятий по первичной профилактике психической патологии (генетическое консультирование, планирование семьи)</p> <p>2. Реализация межведомственной комплексной целевой программы «Охрана психического здоровья населения Алтайского края на 2002 – 2006 гг.».</p> <p>3. Организация мониторинга психического здоровья детей и подростков на региональном уровне.</p> <p>4. Развитие превентивного направления в работе детско-подростковой психиатрической службы.</p>
6. Рост (в 18,9 раза) распространенности наркоманий и других аддиктивных состояний, особенно выраженный (в 67,5 раза) у подростков	<p>1. Организация социологического мониторинга аддиктивной патологии на региональном уровне.</p> <p>2. Реализация межведомственной комплексной целевой программы «Охрана психического здоровья населения Алтайского края на 2002 – 2006 гг.», целевой программы «Профилактика наркоманий».</p> <p>3. Обеспечение доступности наркологической помощи детско-подростковому контингенту через создание и развитие сети детско-подростковых диспансерных наркологических отделений.</p>
7. Увеличение (в 1,4 раза) числа самоубийств	<p>1. Развитие сети «Телефонов доверия».</p> <p>2. Открытие отделений кризисных состояний.</p> <p>3. Организация психолого-психиатрических бригад скорой медицинской помощи.</p>

общесоматической сети) по вопросам превенции и раннего выявления лиц, страдающих психическими расстройствами;

4. Совершенствование системы медикаментозного обеспечения лиц, страдающих психическими расстройствами, на всех этапах оказания специализированной помощи;

5. Внедрение принципов фармакоэкономики в деятельность региональной службы психического здоровья.

Система мероприятий, направленных на нивелирование выявленных негативных тенденций психического здоровья населения региона, оптимизацию деятельности краевой службы психического здоровья в общем виде представлена в таблице.

Предложенная система мер и мероприятий, направленная на нивелирование выявленных негативных тенденций психического здоровья населения региона, не в полной мере может обеспечить желаемый результат, поскольку данная составляющая общественного здоровья в значительной степени подвержена многофакторному влиянию и не может определяться только региональной системой охраны здоровья. Вместе с тем, в сложившихся условиях внедрение изложенных подходов в деятельность службы обеспечит смягчение и нивелирование последствий действия факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на психическое здоровье населения, будет способствовать повышению эффективности использования имеющихся ресурсов, обеспечит доступность и качество работы психиатрической службы. В конечном итоге, весь этот комплекс мер и мероприятий обеспечит усиление роли здравоохранения в формировании психического здоровья населения Алтайского края и улучшение его показателей.

Литература:

1. Бабенко А. И. Потери здоровья населения Сибири и стратегия его охраны: Автореф.дис..-докт.мед.наук. – М., 1995. – 43 с.

2. Голдобина О.А., Трешутин В.А. Обоснование, основные положения концепции и программы развития психиатрической помощи населению Алтайского края в 2003-2008 г.г. – Барнаул, 2002 – 40 с.

3. Гундаров И.А. Демографическая катастрофа в России: причины, механизм, пути преодоления. М., 2001. 208 с.

4. Гурович И.Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. - № 1. – С. 9 – 16.

5. Жариков Н.М., Киселев А.И., Иванова А.Е. Медико-демографические модели в психиатрии // Журн. невропатол. и психиатр. - 1994. - № 2. - С. 78-83.

6. Жариков Н.М., Иванова А.Е., Анискин Д.Б., Чуркин А.А. Самоубийства в Российской Федерации как социопсихиатрическая проблема // Журн. невропатологии и психиатрии. 1997. Вып. 6. С. 9-15.

7. Катков А.Л. Теория и практика формирования психического здоровья населения. Костанай, 1998. 266 с.

8. Колядо В.Б. Ретроспективная медико-демографическая диагностика облучения населения радиоактивными осадками при ядерных испытаниях и оценка потерь общественного здоровья: Дисс. ... д-ра мед. наук. – Новокузнецк, 1996. – 356 с.

9. Кошкина Е.А. Злоупотребление наркотиками и психоактивными веществами в России // XIII съезд психиатров России. М., 2000. С. 248.

10. Краснов В.Н. Охрана психического здоровья – общая ответственность // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. - № 2. – С. 5–7.

11. Семке В.Я. Психическое здоровье и общество // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1996. – № 1. – С. 5–7.

12. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. – Томск, 1999. – 403 с.

13. Трешутин В.А. Социально-гигиеническое обоснование мониторинговой системы управления здоровьем населения: Автореф. дис. ... д-ра мед.-наук. Барнаул, 2000.

14. Ястребов В.С., Солохина Т.А., Шевченко Л.С. и др. Организационный и экономический аспекты психиатрии // Журн. неврологии и психиатрии. 1998. Вып. 1. С. 5-9.

РОЛЬ И МЕСТО МОНИТОРИНГА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЬЯМ И ПОДРОСТКАМ

О.А.Голдобина, Я.В.Соколов

Состояние психического здоровья детей и подростков является важнейшей медико-социальной проблемой современного общества (9, 20, 23). За

короткий для эволюционно-биологических циклов период сформировались негативные тенденции в психическом здоровье детско-подростковой популяции,

характеризующиеся, прежде всего, ростом распространенности социально обусловленных нарушений, непсихотических психических расстройств, аддиктивного и делинквентного поведения (5, 10, 21). Своевременное выявление детей и подростков с риском возникновения в будущем тех или иных психических нарушений, а также с инициальными проявлениями психических расстройств чрезвычайно важно для сохранения их психического здоровья и, тем не менее, именно эти контингенты крайне недостаточно выявляются психиатрической службой.

С учетом изложенного, в Алтайском крае разработана и внедрена система мониторинга психического здоровья детей и подростков. Методика обследования включает постепенно усложняющиеся (с возрастом) задания и тесты, позволяющие получить представление о состоянии и развитии основных сфер психической деятельности ребенка с последующей разработкой на этой основе комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий с участием в их реализации специалистов системы образования (педагоги, школьные психологи) и здравоохранения (педиатры, детские и подростковые врачи-психиатры, психологи) (8).

В рамках проведения мониторинга психического здоровья населения края медицинскими психологами Алтайской краевой клинической психиатрической больницы в школах г. Барнаула проведено исследование уровня психического развития, индивидуально – личностных особенностей и психоэмоционального статуса 450 детей и подростков в возрасте от 7 до 16 лет.

Целью настоящего исследования являлось исследование уровня психического развития, индивидуально-личностных особенностей и психоэмоционального статуса детско-подросткового населения.

В ходе исследования были поставлены и решались следующие задачи:

- ❖ Проведение скринингового клинико-психологического исследования в детско-подростковой популяции;
- ❖ Оценка распространенности факторов риска, увеличивающих вероятность возникновения дизонтогений (нарушений психического развития), а также патологии эмоционально – волевой и личностной сферы у детей и подростков;

- ❖ Выделение (на основании статистического и содержательного анализа результатов экспериментально–психологического исследования, оценки факторов риска) детей и подростков с функциональными отклонениями в нервно-психической сфере, донозологическими состояниями синдромальной выраженности, риском возникновения нервно-психической патологии; детей и подростков с нарушенным нервно-психическим развитием, наличием психической патологии.

Исследование было проведено в трех возрастных подгруппах численностью по 150 человек каждая:

- первая возрастная подгруппа – дети в возрасте 7 – 8 лет, посещающие школу;
- вторая возрастная подгруппа – школьники 11 – 12 лет;
- третья подгруппа – подростки 14 - 15 летнего возраста.

Объектом исследования являлось психическое развитие, психоэмоциональное состояние и индивидуально–психологические особенности детей и подростков указанных возрастных подгрупп.

В качестве предмета исследования во всех подгруппах выступали факторы риска, увеличивающие вероятность возникновения дизонтогений (нарушений психического развития), а также эмоциональных и личностных нарушений. В зависимости от «точки приложения» факторы риска были поделены на индивидуальные и социальные.

Индивидуальные факторы риска включали в себя:

1. Наличие хронического соматического заболевания;
2. Наличие инвалидности;
3. Наличие генетической патологии;
4. Наличие хронического соматического заболевания;
5. Наличие инвалидности;
6. Наличие генетической патологии;
7. Наблюдение у психиатра (с уточнением периода наблюдения);
8. Наблюдение у невропатолога (с уточнением периода наблюдения);
9. Наличие аддиктивного поведения;
10. Наличие делинквентного поведения.

Социальные факторы риска включали в себя:

1. Состав семьи;
2. Образовательный уровень родителей;
3. Количество детей в семье;
4. Стиль воспитания в семье;
5. Психологический климат в семье;
6. Материальное положение семьи;
7. Наличие в семье лиц с алкогольной, либо наркотической зависимостью;
8. Наличие членов семьи с делинквентным поведением;
9. Семейная отягощенность психическими заболеваниями;
10. Среда общения ребенка (подростка).

Кроме факторов риска, предметом исследования являлись психические функции, эмоциональная сфера и личностные особенности детей и подростков.

Для исследования общей осведомленности и общей понятливости в возрастных подгруппах 7 и 11 лет использовались соответствующие субтесты методики Вексслера (WISC) (D. Wechsler, 1955). Преимуществом данной методики является наличие убедительных данных

по валидности, а также стандартов для каждого возрастного периода (13).

Для исследования концентрации и устойчивости внимания у детей 7-8-летнего возраста использовался тест с перепутанными линиями (тест Рея), оптимальный для работы с детьми данной возрастной подгруппы (22); а также субтесты «кодирование», «общая осведомленность» и «общая понятливость» из методики WISC, выбор которых был обусловлен наличием возрастных стандартов.

Исследование слухоречевой памяти в возрастных подгруппах 7, 11 и 14 – 15 лет проводилось с использованием стандартной пробы «запоминание 10 слов», принятой в отечественной патопсихологии (2, 6, 7, 12, 18), сенсибилизированной по методике А.Р.Лурия (1970) (2, 17).

Интеллектуальная сфера детей 7 и 11-летнего возраста исследовалась при помощи стандартной патопсихологической методики «классификация объектов» (2, 6, 7, 12, 18), дающей качественную оценку процессов мышления. Для количественной оценки интеллектуального развития ребенка, кроме вышеупомянутых субтестов WISC, в возрастных подгруппах 7, 11 и 14 – 15 лет использовались прогрессивные матрицы Дж.Равена (J.C. Raven, 1936) – методика, оценивающая невербальный компонент интеллектуальной деятельности, имеющая нормативы для каждой возрастной подгруппы (2, 4, 11, 12).

Для исследования устойчивости внимания и способности к его концентрации у подростков (14 – 15 лет) использовалась стандартная корректурная пробы (Bourdon, 1895). Исследование переключения и распределения внимания в данной возрастной подгруппе проводилось с использованием таблицы Шульте (2, 12). Обе методики являются принятыми в отечественной патопсихологии и позволяют оценить как количественные, так и качественные показатели активного внимания.

Для исследования уровня и качества аналитико-синтетических процессов, а также способности к абстрагированию в возрастных подгруппах 11 – 12 и 14 – 15 лет использовались принятые в отечественной патопсихологии методики исключения понятий, не соответствующих родовым признакам; а также понимания «условного смысла» метафор. При необходимости дополнительного обследования (при обнаружении отдельных патологических знаков), использовалась методика выделения существенных признаков, а также методика образования аналогий (2, 12). Все методики данной группы дают качественную оценку нарушений мышления.

Исследование верbalного компонента интеллектуальной деятельности у подростков проводилось с использованием школьного теста умственного развития (ШТУР). Данная методика представляет собой адаптированный вариант теста структуры интеллекта Амтхаузера и отличается достаточной надежностью и валидностью (4). Для исследования

тревожности, как ситуативно-обусловленного явления (реактивной тревожности) и устойчивой характерологической черты (личностной тревожности) в возрастной подгруппе 14 – 15 лет использовалась оценочная шкала Спилбергера-Ханина. Для исследования эмоциональной сферы в возрастных подгруппах 7, 11 и 14 – 15 лет использовался метод цветовых выборов Люшера (М.Люшер, 1948), основанный на субъективном предпочтении цветных стимулов. Коэффициент вегетативного тонуса (КВТ), вычисляемый на основании относительного расположения базовых цветов, достаточно надежно оценивает психоэмоциональное состояние исследуемого (2, 19).

С целью выявления и определения типов акцептуаций характера и вариантов конституциональных, органических психопатий и психопатических развитий; а также для выявления склонности к аддиктивному и делинквентному поведению, в возрастной подгруппе 14 – 15 лет использовался патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) (15, 16).

Для оценки факторов риска была разработана стандартизированная анкета, включавшая в себя возможные медицинские и социальные факторы риска. Анкета предлагалась для заполнения родителям, а в ряде случаев, по согласованию с родителями и школьным врачом, часть информации черпалась из индивидуальной медицинской карты обследуемых. В последующем проводилось ранжирование показателей анкеты с целью стандартизации количественных характеристистик. Был разработан алгоритм анализа, на основании которого создана программа автоматизированного анализа факторов риска.

Результаты исследования каждого пациента регистрировались в специально разработанном протоколе, откуда количественные и качественные показатели переносились в регистрационную карту. Данные каждой карты подвергались компьютерному анализу с помощью специально разработанной программы, которая производила первичную сортировку результатов в соответствии с имеющимися для каждой возрастной подгруппы нормативами, относя каждого испытуемого в одну из трех групп: «группу нормы», «группу патологии», либо «группу риска».

В процессе обработки качественным показателям по каждому фактору присваивалось числовое значение (ранг) в следующем диапазоне: от 1 до 4 баллов (отклонения в психическом развитии, выявленные в ходе экспериментально-психологического исследования и социальные факторы риска); от 1 до 9 баллов (индивидуальные факторы риска). Количество (диапазон) рангов зависело от вариабельности показателей, носивших дихотомический (к примеру, на учете у невропатолога состоит/не состоит), либо полигомический (состоит на учете

менее полугода/от полугода до года/от года до трех/свыше трех лет) характер (1). При этом наиболее высокий ранг присваивался показателям, характерным для нормы, минимальный – для группы патологии. Далее полученные баллы суммировались раздельно по каждой из трех групп (индивидуальные факторы риска; социальные факторы риска; отклонения в психическом развитии, выявленные в ходе экспериментально-психологического исследования).

Для отнесения испытуемых в «группу патологии», а также в «группу риска» по данным экспериментально-психологического исследования, имеющимся социальным и индивидуальным факторам риска, использовались количественные критерии – снижение соответствующего интегрального показателя (суммы рангов) ниже критических значений.

Дальнейшая обработка результатов исследования включала в себя описательный статистический анализ, а также корреляционный и факторный анализ (14, 24) с использованием программного обеспечения MS Excel #97, Statistica for Win 9#, Biostat for Win 9#.

По результатам обследования дети и подростки распределялись на три группы психического здоровья:

1-я группа – здоровые дети с нервно-психическим развитием, соответствующим возрасту;

2-я группа – дети и подростки с функциональными отклонениями в нервно-психической сфере, донозологическими состояниями синдромальной выраженности, риском возникновения нервно-психической патологии;

3-я группа – дети и подростки с нарушенным нервно-психическим развитием, наличием психической патологии.

Дети, отнесенные к первой группе, не нуждаются в активном наблюдении. В данном случае необходима работа по превенции психической патологии.

Дети, отнесенные ко второй группе, нуждаются в наблюдении и коррекционной работе с педиатром, школьным психологом, в случае необходимости – в консультации психиатра, психотерапевтическом, психокоррекционном воздействии.

Дети, отнесенные к третьей группе, должны быть направлены на консультацию к психиатру для проведения клинической диагностики и назначения необходимых лечебно-коррекционных мероприятий.

Представленная методика позволяет достаточно быстро проводить скрининг нервно-психического развития, индивидуально-личностных особенностей и психоэмоционального статуса детей и подростков в условиях школ.

Результаты исследования

В подгруппе детей 7 - 8 лет было обследовано 102 (68%) девочки и 48 (32%) мальчиков. По результатам экспериментально-психологического исследования в «группу риска» по развитию психической патологии было отнесено 38,7% (58)

испытуемых. На основании анализа индивидуальных факторов риска в «группу риска» включено 17,3% (26) детей. В данной возрастной подгруппе сочетание индивидуальных факторов риска с выявленными в ходе экспериментально-психологического исследования нарушениями развития основных сфер психической деятельности имело место в 6,7% (10) случаях. При этом лишь 17,2% детей, у которых выявлены патопсихологические нарушения, наблюдались у невропатолога, что свидетельствует о неполном охвате детей данной возрастной подгруппы указанным видом наблюдения.

На основании проведенной оценки распространенности социальных факторов риска к «группе риска» отнесено 24% (36) детей, при этом у 44,4% (16) из них имело место сочетание социальных факторов риска и патологии, выявленной в ходе патопсихологического тестирования. Наличие как социальных, так и индивидуальных факторов риска наблюдалось у 6,6% (10) детей, их сочетание с нарушениями психического развития, выявленными в процессе исследования, имело место в 2,6% (4) случаев.

В указанной возрастной подгруппе легкие нарушения концентрации и устойчивости внимания наблюдались у 32% (48) детей, более стойкие нарушения внимания – у 10% (15) испытуемых, легкие нарушения памяти – у 40% (60) детей. Сочетанное нарушение памяти и внимания, характерное для органической дисфункции, имело место у 7,3% (11) испытуемых; легкая задержка интеллектуального развития – у 15,3% (23) детей. При этом задержка неверbalного интеллекта в 7,3% (11) случаев сочеталась с нарушениями памяти, в 5,3% (8) – с патологией внимания, у 4,7% (7) испытуемых наблюдалось сочетанное недоразвитие вербальных и невербальных компонентов интеллекта.

Повышенная истощаемость активного внимания имела место у 27,3% (41) детей, в том числе в 10,6% (16) случаев наблюдалось наличие сочетания истощаемости со специфическими нарушениями внимания, что позволяет заподозрить органическую природу данного нарушения. У 23,3% (35) испытуемых имели место явления «пресыщаемости», приводящие к утрате интереса к выполняемым заданиям (возможно, как проявление возрастной незрелости). В 35,3% (53) случаев в ходе исследования наблюдалось нарастание явлений тревоги.

Корреляционный анализ показателей психического развития, индивидуальных и социальных факторов риска у детей данной возрастной подгруппы выявил незначительный спектр связей, их большую интеграцию в целостные факторы, которые можно обозначить как «фактор интеллекта» с корреляционными связями между уровнем невербального интеллекта, осведомленностью, понятливостью и уровнем обобщений ($p < 0,01$); «фактор предпосылок интеллекта» с корреляционными

связями между характеристиками внимания и слухоречевой памяти ($p < 0,05$); «эмоциональный фактор» - корреляция между работоспособностью, уровнем тревоги и наличием источника стресса, определяемые методом цветовых выборов Люшера ($p < 0,01$).

В подгруппе детей 11 – 12 лет обследовано 81 девочка и 69 мальчиков - 54% и 46%, соответственно. По результатам экспериментально-психологического исследования в «группу риска» по развитию психической патологии было отнесено 39,3% (59) испытуемых, в «группу патологии» – 2% (3) детей. По факту наличия индивидуальных факторов риска в «группу риска» было включено 11,3% (17) детей, социальных факторов риска – 23,3% (35) испытуемых. Сочетание выявленных в ходе экспериментально-психологического исследования нарушений развития основных сфер психической деятельности с индивидуальными факторами риска имело место в 6,6% (10) случаев, с социальными факторами риска – в 10,6% (16) случаев, сочетание двух групп факторов риска с патологией, выявленной в процессе исследования, наблюдалось у 2% (3) детей данной возрастной подгруппы.

Нарушения динамической составляющей активного внимания имели место у 58,7% (88) детей, нарушения активного внимания по «органическому» типу наблюдались в 27,3 % (41) случаев. Выраженные мnestические нарушения (как количественные, так и качественные) наблюдались у 19,3% (29) обследованных детей, негрубые мnestические нарушения – у 31,3% (47) испытуемых. Сочетание нарушений активного внимания и слухоречевой памяти по астеническому типу имело место у 22,7% (34) детей, по органическому типу – у 8,7% (13). Нарушения мышления, характерные в большей степени для органической дисфункции, наблюдались у 24,7% (37) испытуемых; нарушения мышления, характерные для возрастной незрелости – у 30% (45) детей. Сочетание нарушений мышления по органическому типу с нарушениями памяти отмечено в 10,7% (16) случаев, с нарушениями внимания – в 15,3% (23), с сочетанными нарушениями памяти и внимания – в 14% (21) (целостный церебрально-органический патопсихологический симптомокомплекс). Нарушения речи, как правило, не изолированные, а в комплексе со специфическими «органическими знаками» наблюдались у 4% (6) испытуемых.

В тоже время под наблюдением психиатра находился лишь 1 ребенок из данной возрастной подгруппы, на учете у невропатолога состояло 11,3% (17). Все дети, состоящие на учете у невропатолога, имели патопсихологические нарушения различной степени выраженности, в том числе 10 детей (58,8% от числа состоящих на учете) по степени выраженности патопсихологических нарушений отнесены к «группе риска».

Статистический анализ достоверности различий между подгруппой детей, состоящих на учете у невропатолога, и детьми,ключенными в «группу риска» по результатам экспериментально-психологического исследования, но не наблюдающихся у невропатолога, свидетельствует, что обе подгруппы сходны по характеру и степени выраженности имеющихся патопсихологических нарушений.

Изолированные явления микросоциально-педагогической запущенности наблюдались лишь в 0,7% (1) случаев. Снижение невербальной (культурально-независимой) составляющей интеллекта имело место у 2,7% (4) испытуемых. Подобное снижение в большей степени характерно для общего психического недоразвития с первичным преобладанием дефекта в интеллектуальной сфере.

Проведенный корреляционный анализ позволил выявить несколько взаимозависимых групп факторов:

- *первая группа* - нарушения слухоречевой памяти, общей понятливости, снижение уровня и качества процессов отвлечения и обобщения ($R=0,47$ для $P<0,01$);

- *вторая группа* – корреляция между общей осведомленностью, слухоречевой памятью и неравномерностью уровня обобщений ($R=0,45$ для $P<0,01$).

Нарушения внимания коррелировали лишь с мnestическими нарушениями.

Результаты факторного анализа позволили выделить две группы нарушений психической деятельности:

- *первая группа* характеризуется легкими нарушениями памяти, а также нарушениями динамической составляющей активного внимания (истощаемость);

- *вторая группа* характеризуется сочетанными нарушениями памяти, активного внимания по «органическому» типу, а также нарушениями интеллектуальной сферы (неравномерность уровня и качества процессов отвлечения и обобщения).

Указанные две группы факторов соответствуют принятому в отечественной патопсихологии детского возраста представлению о нескольких вариантах задержки психического развития церебрально-органического генеза, характеризующейся преобладанием динамических нарушений психических процессов, либо когнитивных (познавательных) нарушений.

Отличительной особенностью данной возрастной подгруппы является высокая распространенность у детей эмоциональной напряженности (64% (96) случаев). У 22,6% (34) испытуемых высокая эмоциональная напряженность характеризовалась преобладанием трофотропных тенденций (потребность в отдыхе, расслаблении), что свидетельствует о наличии высокого риска развития пограничных нервно-психических расстройств.

В подгруппе подростков 14 – 15-летнего возраста обследовано 92 (61,3%) девочки и 58 (38,7%)

мальчиков. По результатам экспериментально-психологического исследования в «группу риска» по развитию психической патологии было отнесено 37,3% (56) испытуемых, «группа патологии» не представлена. Социальные факторы риска имели место у 26% (39) подростков, сочетание выявленных в ходе экспериментально-психологического исследования нарушений развития основных сфер психической деятельности с социальными факторами риска имело место в 14,6% (22) случаев. Индивидуальные факторы риска в данной возрастной подгруппе не представлены. Отсутствовали подростки, состоящие на учете у невропатолога, либо психиатра.

В ходе экспериментально-психологического исследования у 38,6% (58) подростков выявлены легкие нарушения динамического компонента внимания (истощаемость, снижение устойчивости, переключения и распределения внимания), у 37,3% (56) испытуемых - легкие нарушения объема, либо эффективности запоминания на уровне слухоречевой памяти. Сочетанные нарушения памяти и внимания наблюдались в 24% (36) случаях, у 12,6% (19) подростков к ним присоединялись легкие нарушения интеллектуальной сферы (неравномерность уровня и качества обобщения, актуализация поверхностных признаков понятий). Значимых нарушений в интеллектуальной сфере не наблюдалось, в 16% (24) случаев имело место легкое снижение интеллекта.

Обращает на себя внимание значительная (38,6% (58) случаев) распространенность у испытуемых данной возрастной подгруппы повышенного уровня тревожности. В 35,3% (53) случаев в ходе экспериментально-психологического тестирования выявлены различные типы акцентуаций характера. Преобладали акцентуации по эмоционально-лабильному (15,1%), эпилептоидному (15,1%), астено-невротическому (13,2%) и неустойчивому (11,3%) типу; в меньшей степени были представлены гипертимный (7,5%), психастенический (7,5%), шизоидный (7,5%), истероидный (5,7%) и конформный (3,8%) варианты акцентуации. Смешанные варианты акцентуаций наблюдались в 13,2% случаев. Склонность к алкоголизации и delinquentному поведению обследованных подростков была выражена незначительно (5,2% испытуемых) и имела место у подростков с акцентуацией характера по неустойчивому типу и смешанными вариантами акцентуаций.

Следует отметить, что наличие явных акцентуаций характера фактически относит данную группу подростков в «группу риска», свидетельствуя об определенной вероятности формирования у них расстройств личности (психопатий), что имеет особую значимость на фоне авторитарного стиля воспитания, распространенного (20,8% случаев) в данной возрастной подгруппе.

По результатам исследования какой-либо значимой корреляции между вариантом акцентуации и характером взаимоотношений в семье, типом воспитания не выявлено, как не выявлено и значимой зависимости между церебрально-органическим патопсихологическим симптомокомплексом и наличием акцентуации. Проведенное исследование выявило высокую корреляционную связь между уровнем тревоги и наличием акцентуации ($p<0,05$). Подобное сочетание, имевшее место у 30,6% испытуемых, прогностически не благоприятно, так как высокий уровень реактивной тревожности повышает риск формирования личностной патологии.

Корреляционный анализ результатов тестирования подростков выявил наличие корреляции между факторами, входящими в когнитивный церебрально-органический патопсихологический симптомокомплекс (внимание, память, процессы отвлечения и обобщения, уровень как вербального, так и невербального интеллекта, $R=0,37$, $p<0,05$), а также наличие корреляционной связи между факторами интеллекта (осведомленность, понятливость, уровень вербального и невербального интеллекта). Какой-либо корреляции между когнитивными показателями и эмоционально-личностными факторами не выявлено.

Таким образом, проведенное исследование выявило высокую распространенность нарушений психического развития и эмоционального состояния в детско-подростковой популяции. Структура выявленных нарушений является специфичной для каждой возрастной подгруппы и отражает основные закономерности развития психики детей и подростков, а также особенности формирования дисфункций основных сфер психической деятельности на различных возрастных этапах. В раннем школьном периоде преvalируют нарушения памяти и внимания, а также нарушения эмоциональной сферы в виде повышенного уровня тревоги. В данной подгруппе детей уже наблюдаются паттерны нарушений высших психических функций, укладывающихся в церебрально-органический симптомокомплекс, который наиболее отчетливо проявляется у детей 11 – 12 лет в виде преобладания истощаемости психических процессов или когнитивных нарушений. В этой возрастной подгруппе распространенной является выраженная эмоциональная напряженность, зачастую сопровождающаяся явлениями астенизации. В подростковой подгруппе (14 – 15 лет) наблюдается относительное «выравнивание» когнитивных показателей. В то же время распространенный у подростков повышенный уровень тревоги свидетельствует об определенном эмоциональном неблагополучии, особенно, когда к тревоге присоединяется наличие акцентуации характера, распространенной в подростковой популяции.

Специфический характер нарушений психической деятельности требует дифференцированного

психопрофилактического, психокоррекционного и реабилитационного подхода к лицам, относящимся к «группе риска» в каждой из возрастных когорт. К примеру, для младших школьников решающее значение будет иметь работа со школьным психологом по формированию индивидуального подхода к планированию учебной деятельности и учебной программы с учетом особенностей работоспособности, внимания, памяти ребенка. Для подростков наиболее актуальными представляются психокоррекционные программы, направленные на адаптацию в социуме, психопрофилактическая работа (профилактика аддиктивного поведения). Для данной возрастной подгруппы значимой также является работа с родителями (индивидуальная, либо семейная психокоррекция), направленная на минимизацию нарушений воспитания и нормализацию взаимоотношений между подростком и родителями.

На основании данных скринингового обследования в регионе сформирована программа с введением электронного банка (базы) данных (или автоматизированный медицинский регистр), цель которой – обеспечение раннего выявления отклонений в психическом состоянии детей и подростков, и своевременное начало лечебно-коррекционных мероприятий. Формирование АМР на региональном уровне обеспечит в дальнейшем, с одной стороны, возможность получения объективных данных о состоянии психического здоровья населения региона, а с другой – разработку и проведение адресных мер, направленных на его улучшение, реализацию превентивного принципа деятельности службы психического здоровья. В конечном итоге все это позволит повысить эффективность усилий здравоохранения в формировании позитивной тенденции психического здоровья детей и подростков.

Литература:

1. Анастази А. Психологическое тестирование. Т 1. - М., 1982. - 318 с.
2. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. - Т., 1976. - 326 с.
3. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. - Киев, 1986. - 280 с.
4. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь – справочник по психодиагностике. - Киев, 1989. - 198 с.
5. Вострокнутов Н.В. Концепция делинквентного поведения детей и подростков в контексте международной классификации болезней 10-го пересмотра // Рос. психиатр. журн. 1999. № 3. С. 4-8.

6. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. - М., 1960. - 500 с.
7. Выготский Л.С. Лекции по психологии. - СПб., 1997. - 140 с.
8. Голдобина О.А., Трещутин В.А. Психическое здоровье на региональном уровне: проблемы, пути решения. - Томск, 2002. - 280 с.
9. Дербенев Д.П. Состояние психического здоровья городских подростков с неделинквентным поведением и делинквентов // Журн. неврологии и психиатрии. 1997. Вып.8. С. 48-52.
10. Дмитриева Т.Б. Социальная психиатрия в детско-подростковом возрасте – клиническая реальность нашего времени // Рос. психиатр. журн. 1999. № 3. С. 9–14.
11. Дружинин В.Н. Психодиагностика общих способностей. - М., 1996.
12. Зейгарник Б.В. Патопсихология. - М., 1986. - 286 с.
13. Измерение интеллекта детей / Под ред. Ю.З.Гильбуха. - Киев, 1992. - 133 с.
14. Лакин Г.Ф. Биометрия. - М., 1990. - 352 с.
15. Личко А.Е. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков. - Л., 1976.
16. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характеров у детей и подростков. - Л., 1983.
17. Лuria A.P. Мозг человека и психические процессы. - М., 1970. - 186 с.
18. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. - М., 1999. - 448 с.
19. Собчик Л.Н. Методы психологической диагностики. Метод цветовых выборов - модифицированный цветовой тест Люшера. М., 1990. 87 с.
20. Сухотина Н.К. Социально-стрессогенные факторы и невротические расстройства у детей // Социальная и клиническая психиатрия. 2000. Вып. 1. С. 5-10.
21. Худяков А. В. Аддиктивное поведение и делинквентность подростков // Рос. психиатр. журн. 2000. № 2. С. 50-55.
22. Шванцара Й. Диагностика психического развития. Прага, 1978. 387 с.
23. Шевченко Ю.С., Северный А.А., Иовчук Н.М. Проблемы охраны психического здоровья детей и подростков // Журн. неврологии и психиатрии. 1998. № 9. С. 37-40.
24. Юнкеров Г.И., Григорьев С.Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. - Спб, 2002. - 266 с.

ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ РАБОТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КАК ВАЖНЕЙШИЙ КОМПОНЕНТ ОБЕСПЕЧЕНИЯ УСИЛЕНИЯ РОЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕН

О.А.Голдобина, В.Я.Семке, В.А.Трешутин

Кризис в экономике влечет за собой негативные последствия для здравоохранения как одной из важнейших социальных сфер. В здравоохранении сложилась парадоксальная ситуация: значительное сокращение финансовых ресурсов в условиях существенного ухудшения показателей общественного здоровья. Нехватка финансовых ресурсов, в первую очередь, оказывается на качестве и доступности медицинской помощи. Важным в этих условиях является поиск моделей, организационно-медицинских технологий, обеспечивающих эффективное использование имеющихся ресурсов и усиление роли здравоохранения в формировании общественного здоровья населения (8, 11).

С началом адаптации здравоохранения к рыночным условиям, когда прежние принципы финансирования стали неэффективными, а новые, предусмотренные системой обязательного медицинского страхования, еще не заработали, решение приоритетных проблем охраны здоровья становится возможным только путем формирования и реализации адресных мер, направленных на достижение конкретной цели. При этом принципиально важным и необходимым становится использование метода программно-целевого планирования.

Качество медицинской помощи и тесно зависимая от него эффективность деятельности медицинских учреждений в условиях экономических преобразований в России - ключевые проблемы в управлении здравоохранением. И, если проблемам качества медицинской помощи в последние годы уделяется достаточное внимание, то эффективность деятельности медицинских учреждений остается «за кадром». А вместе с тем, это взаимосвязанные понятия, не существующие друг без друга.

Качество характеризуется доступностью, соответствием стандартам, медицинской и экономической эффективностью. По материалам совещания Европейского Бюро ВОЗ (1988 г.) качество медицинской помощи определяется как характеристика, отражающая степень адекватности технологий, выбранных для достижения поставленной цели и соблюдения профессиональных стандартов.

Независимо от характера обеспечения качества (структура, процесс, результат) непременным условием для обеспечения его заданного уровня является реализация следующих элементов: определение цели, определение проблем и приоритетов медицинской помощи, формирование критериев качества и установление стандартов (6, 7).

В Алтайском крае система управления качеством медицинской помощи, организационные формы и методы работы органов и учреждений здравоохранения, способствующие его повышению, были разработаны и внедрены в середине 80-х годов (1, 2). Она включала в себя стандарты: оснащения, объемов диагностики, лечения нозологических форм и результатов лечения. Эта система успешно работает и в настоящее время (5, 11).

В 1997 году в систему показателей качества деятельности ЛПУ помимо структурных и результативных были введены процессуальные, т.е. промежуточные критерии, характеризующие процесс оказания медицинской помощи (10). Они играют роль своеобразных индикаторов деятельности медицинских учреждений и служб. Выявление такого индикатора свидетельствует об отклонениях в медицинских технологиях от параметров стандарта. Оценка таких показателей в процессе деятельности служит основанием для более глубокого анализа функционирования системы и принятия современных, адекватных управленческих решений. Управленческие решения, принятые «по отклонению», обеспечивают предупреждение (или смягчение) неблагоприятных аспектов деятельности системы здравоохранения территории и предотвращение ошибок.

Для решения данной проблемы необходимо наличие единого информационного пространства здравоохранения на региональном уровне. В условиях такого крупного агропромышленного региона, каким является Алтайский край с низкой плотностью населения и большой численностью сельских районов (60), решение данной проблемы осуществляется через использование государственной автоматизированной системы (ГАС) «Выборы» (9).

Основным организующим документом, определяющим методологию и технологию мониторинга деятельности учреждений системы здравоохранения территории, явился приказ комитета администрации Алтайского края по здравоохранению от 02.06.97 г. № 138 «О создании единого информационного пространства и совершенствовании системы управления здравоохранением края». Приказом определены критерии эффективности деятельности ЛПУ территории по основным видам медицинской помощи. Мониторинг показателей здоровья и деятельности ЛПУ с 1998 года проводится ежеквартально по 156 основным показателям (11).

Вместе с тем, показатели психического здоровья и деятельность психиатрической службы

мониторировались в крайне усеченном варианте и фактически лежали вне поля зрения управлеченческой структуры. В условиях дефицита ресурсного обеспечения в службе психического здоровья региона отсутствовала система оценки эффективности их использования. Планирование деятельности психиатрической службы, отдельного ЛПУ осуществлялось, в основном, от достигнутого по принципу «не хуже, чем в прошлом году». Проводимый анализ основывался на динамике статистических данных, система которых является малоинформационной, а периодичность подачи (1 раз в год) - явно недостаточной.

Изложенное определило необходимость разработки и внедрения в деятельность службы психического здоровья региона системы организационных мероприятий, включающей: определение целей и приоритетных задач функционирования психиатрической службы; стандартизацию объема специализированной помощи на различных этапах ее оказания; выделение критериев качества (программно-целевых показателей) психиатрической помощи; совершенствование системы информационного обеспечения (3, 4).

Проблема эффективности психиатрической помощи тесно связана с критериями ее оценки. Оценка деятельности психиатрической службы в Алтайском крае на сегодняшний день осуществляется с помощью системы показателей, каждый из которых отражает одну из сторон работы учреждений или службы в целом. Выделение и мониторинг указанных показателей дополняет и объективизирует оценку деятельности психиатрической службы региона.

Перечень программно-целевых показателей (ПЦП) деятельности ЛПУ психиатрического профиля, районных психиатров определен приказом комитета администрации Алтайского края по здравоохранению и включает:

1. Показатели, оценивающие эффективность работы участкового (районного) психиатра:
 - первичная заболеваемость (выявляемость) с градацией по 3 основным нозологическим группам психических расстройств (психические расстройства психотического характера, в т.ч. шизофрения; психические расстройства непсихотического характера; умственная отсталость), возрастным когортам пациентов (дети, подростки, взрослые);
 - число посещений к участковому психиатру (функция врачебной должности);
 - количество больных, снятых с диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением, выраженным улучшением состояния и стойкой социальной адаптацией;
 - число лиц, впервые признанных инвалидами (с раздельным учетом взрослого и детского населения);
 - количество граждан, исключенных с воинского учета и переданных в запас вследствие наличия

психического расстройства (в том числе по ст. 20 приказа МО СССР № 315 (умственная отсталость)).

2. Показатели, оценивающие эффективность работы стационара, дневного стационара, стационара на дому:

- число пролеченных больных (дифференцированно по основным группам психических расстройств – больные психическими расстройствами психотического и непсихотического характера, умственной отсталостью);
- средняя длительность пребывания в стационаре при различных видах психических расстройств;
- процент повторных госпитализаций.

Программно-целевые показатели определены экспертным путем на основании сложившихся показателей за последние 5 лет с разделением: «район» – «город» – «село», а также с учетом сведений по Западно-Сибирскому региону и РФ.

Алтайский край имеет свои отличительные особенности: высокая доля сельского населения (47,7%; РФ – 27%), большое количество сельских районов (60), низкая плотность населения (15,6 чел. на 1 кв. км.) и обусловленная этим разветвленная сеть учреждений первичной медико-санитарной помощи (1018 ФАПов, 165 сельских врачебных амбулаторий, 113 участковых больниц, 60 центральных районных больниц). В этой связи с целью приближения специализированной помощи жителям сельских районов вся территория края разделена на 7 медико-географических зон. Рассмотрение и оценка мониторируемых программно-целевых показателей каждого конкретного сельского района проводится с учетом показателей медико-географической зоны (МГЗ), в которую входит данный район.

Приказом комитета администрации Алтайского края по здравоохранению регламентирована периодичность подачи информации (в соответствие с перечнем программно-целевых показателей) в Алтайский краевой медицинский информационно-аналитический центр.

Предложенная система оценки эффективности психиатрической помощи включает в себя набор универсальных показателей, имеющих количественное выражение, что позволяет подвергнуть их сравнению, подсчету, математической обработке. Их применение возможно как на уровне отдельного ЛПУ (его подразделений и служб), так и для оценки на территориальном уровне. Выделение и сравнительный анализ, мониторинг указанных показателей позволяют объективно оценить эффективность деятельности различных звеньев психиатрической службы региона. Критерием оценки эффективности работы психиатрической службы района, города, региона является степень достижения плановых программно-целевых показателей. Результаты мониторируются и оцениваются ежеквартально. Их оценка и обсуждение проводится на

межрайонных совещаниях, посвященных проблеме психического здоровья и деятельности психиатрической службы каждой медико-географической зоны. Отклонение какого-либо ПЦП от сложившегося по данной МГЗ, краю служит предметом обсуждения и поиска причины, повлекшей за собой данное отклонение.

Управленческие решения, принятые «по отклонению» обозначенных индикаторных показателей, обеспечивают своевременное предотвращение или исправление ошибок, нивелирование неблагоприятных аспектов деятельности службы.

Разработанная система связала единым информационным пространством ЛПУ психиатрического профиля, психиатров городов и районов края с органом управления здравоохранением, обеспечила обратную связь, повысив оперативность их взаимодействия.

Эффективность работы системы во многом обеспечивается проведением ежеквартальных выездных зональных совещаний с анализом и оценкой результатов деятельности звеньев психиатрической службы медико-географических зон региона и коррекцией (при необходимости) применяемых организационно-медицинских технологий. Вся необходимая информация для проведения зональных совещаний формируется благодаря разработанной системе мониторинга программно-целевых показателей деятельности психиатрической службы региона. Совещание возглавляет и проводит заместитель председателя краевого комитета по здравоохранению, главный психиатр края. В работе принимают участие главные врачи ЦРБ, районные психиатры. На совещании, с учетом анализа мониторируемых показателей психического здоровья, которые заносятся в паспорт медико-географической зоны и каждого района, проводится разбор выявленных проблем по каждому району с принятием конкретных управленческих решений:

- организация переподготовки специалиста района на рабочем месте в краевой клинической психиатрической больнице (ККПБ);
- рассмотрение проблем района с заинтересованными ведомствами (МСЭК, краевоенкомат и др.);
- организация тематического усовершенствования на ФУВе врачей-психиатров, педиатров по актуальным проблемам психиатрии;
- организация выездов в «проблемные» районы специалистов оргметодотдела Краевой клинической психиатрической больницы.

По каждому совещанию оформляется протокол с постановкой задач, направленных на решение выявленных проблем, указанием контрольных сроков исполнения. При необходимости формируется приказ краевого органа управления здравоохранения, направленный на решение выявленных проблем.

Указанная информация используется как индикатор оценки эффективности организации и качества

оказания психиатрической помощи при сдаче годовых отчетов главными врачами ЦРБ, краевых лечебных учреждений психиатрического профиля на итоговых коллегиях комитета по здравоохранению администрации Алтайского края (с участием глав административных территорий). Экспертом на этих отчетах выступает главный психиатр краевого комитета, использующий данные мониторинга показателей деятельности психиатрической службы, показателей психического здоровья населения различных территорий края. В основу оценки эффективности деятельности ЛПУ психиатрического профиля, районных психиатров положена степень достижения программно-целевых показателей.

Разработанные информационные и организационные технологии, ориентированные на выполнение программно-целевых показателей; внедренная практика проведения выездных зональных совещаний с анализом сложившейся в различных территориях края ситуации и принятием соответствующих управленческих решений – все это способствует усилению роли здравоохранения в формировании психического здоровья населения, оптимизации деятельности специализированной службы.

Таким образом, в сложных социально-экономических условиях, при изменении принципов управления, дефиците ресурсов здравоохранения и продолжающемся ухудшении психического здоровья населения крупного агропромышленного региона страны разработана и реализуется стратегия мониторинга здоровья населения, в том числе его основной составляющей – психического здоровья, способная нивелировать сложившиеся негативные процессы и тенденции. Разработка и внедрение новых информационных, организационно-медицинских технологий обеспечивает усиление роли здравоохранения в формировании показателей психического здоровья населения региона, делает возможным решение приоритетных проблем охраны психического здоровья путем формирования и реализации адресных мер, сосредоточения ограниченных финансовых ресурсов на достижении конкретной цели – сохранение и укрепление психического здоровья, нивелирование и смягчение последствий действия неблагоприятных факторов, оказывавших на него влияние.

Литература:

1. Аскалонов А.А. Управление качеством медицинской помощи // Сов. медицина. - 1988. - № 10. - С. 73-75.
2. Аскалонов А.А. Управление качеством медицинской помощи в регионе с низкой плотностью населения // Сов. здравоохранение. - 1988. - № 11. - С. 11-15.
3. Голдобина О.А., Трешутин В.А. Психическое здоровье на региональном уровне: проблемы, пути решения. – Томск, 2002. – 292 с.

-
4. Голдобина О.А., Трешутин В.А. Обоснование, основные положения концепции и программы развития психиатрической помощи населению Алтайского края в 2003-2008 г.г. – Барнаул, 2002 – 40 с.
 5. Герасименко Н.Ф., Киричков А.В., Егорова И.А., Трешутин В.А., Драчева Т.И. Лицензирование и аккредитация как система управления деятельностью лечебно-профилактических учреждений // Здравоохран. Рос. Федерации. - 1997. - № 4. - С. 25–28
 6. Вуори Х.В. Обеспечение качества медицинского обслуживания. - Копенгаген: ВОЗ, 1985. - 179 с.
 7. Исикава Каору Японские методы обеспечения качества / Пер. с англ. - М., 1988. – 215 с.
 8. Концепция создания государственной системы мониторинга здоровья населения России. – М., 1996. – 23 с.
 9. Трешутин В.А., Пуховец И.А., Мониторинговая система управления здоровьем // Вестник Межрегиональной Ассоциации «Здравоохранение Сибири», 1999, №2. С.5-12.
 10. Трешутин В.А., Герасименко Н.Ф., Егорова И.А. Методика оценки эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений: (Метод. рекомендации) – М., 1999. - 24 с.
 11. Трешутин В.А., Щепин В.О. Региональная система мониторинга здоровья населения и эффективность здравоохранения. - М., 2001. – 256 с.

ЛИЦО БОЛЕЗНИ (комментарий к общей психопатологии)

Г.М.Назлоян

Работая в психиатрическом стационаре, я ощущал потребность в посещении квартир труднодоступных пациентов - интерьер и быт восполняли недостающую деталь в картине болезни. В 1978 г. параллельно с лекарственным лечением я стал лепить портреты душевнобольных, надеясь, что выполненная профессионально скульптура выведет их на тропу здоровья. С годами все чаще приходилось переводить психотерапевтические сеансы в домашнюю обстановку (свою или пациента). Хотя мой стиль формировался под определенным влиянием японского искусства «улыбающихся» скульптур, на портретах оставался след болезни, то качество, которое скульпторы называют настроением. Этот «недостаток» лечебного портрета, как произведения искусства, замечали и коллеги, и модели, и их опекуны. Отец пациентки М., увидев портрет дочери, прослезился и сказал: «А Вы говорили, что болезнь не очень тяжелая!». Некоторые врачи даже научились определять диагноз по отлитым и высеченным маскам. В 1987 г. я поделился своими впечатлениями с корреспонденткой одной из газет, которая опубликовала статью под названием «Портрет болезни лепит врачи». Из этой публикации можно было узнать, что я овеществляю и уплотняю «плохого» члена пары – зеркального двойника больного, освобождая его самого от страдания. Только недавно, прочитав «Рождение клиники» историка М.Фуко, я понял, почему мне было комфортно работать дома или в атмосфере Московского института маскотерапии, где родственники пациентов активно участвуют в сеансах психотерапии. Мне стало ясно, что создание портрета вернуло нас к диагностическим принципам клиницистов XVIII столетия, когда пациенту оказывали помощь в условиях

открытого пространства, в окружении его родных и близких, чтобы как они считали болезнь «не утратила свое истинное лицо» (Фуко, с. 43). При обращении не только к лицу, но и к личности пациента, болезнь действительно проявляет себя по-другому, наблюдается явление «межнозологической» причинности (патологическое одиночество), а многие представления из общей психопатологии оказываются ненужными.

Общая или специальная психопатология, наука о закономерностях и природе психических расстройств, занимает особое место в практической психиатрии. В части описательной эта область знания не подлежит пересмотру, – существует сложная система аксиом (симптомы и синдромы), которую начинающий психиатр усваивает в необходимой степени и пользуется ею в своей профессиональной деятельности.

Из бесконечного потока опытных данных психиатр-клиницист выделяет безусловные (объективные) знаки болезни, структурно или суммарно объединяет их, а свободу выбора оставляет себе для нозографии. Это трудное искусство, оно из разряда виртуозных: мастерство заключается в том, чтобы, накладывая идею на опыт, создать иллюзию существования объективной и независимой от наблюдателя картины болезни. Симптомы и синдромы, как в остальной медицине, носят имя первооткрывателей или имеют авторское обозначение, часто неточное (но звучное) из греческого и латинского языков.

Мы тоже следовали клинической традиции, пока не встретили одно утверждение в самом начале «Общей психопатологии» К.Ясперса. Он пишет, что «навязчивые идеи, требующие высокого уровня

самосознания, не встречаются у детей, но обычны у высокодифференцированных личностей» (Ясперс, с. 35). Можно пропустить беспочвенную теорию о том, что интеллект взрослого человека более дифференцирован, чем интеллект ребенка, и отметить, что в детском возрасте навязчивые идеи, представления, фобии встречаются не менее часто. Больше того, все детство, по нашему мнению, пропитано навязчивостями и ритуалами. Тут возникают вопросы следующего порядка: данными какой клиники пользовался великий философ? Наблюдал ли он больных детей или детей вообще? Помнил ли он свое детство, когда писал эти строки¹?

В результате анализа этой и других дефиниций, особенно в трудах представителей Гейдельбергской школы, мы пришли к выводу, что в эпоху становления психиатрии как научной дисциплины возникли теоретические посылки, которые не всегда опирались на клинический опыт. Они, не встречая препятствий, дошли до наших дней, оказывали и продолжают оказывать влияние на формирование мировоззрения практического врача. Сторонникам же нозологического направления, пытавшимся вернуть приоритет клинического опыта, не удалось отмежеваться от общей тенденции и создать собственную теорию, они приходили к неразрешимым противоречиям. Один из многих примеров – тезис о нозологической специфичности синдромов, смена которых и создает нозологическую специфичность.

«Каждой нозологически самостоятельной болезни – считает известный клиницист А. В. Снежневский – свойственен типичный для нее синдром. Как бы ни усложнялся тот или иной синдром, он, как правило, продолжает сохранять, если так можно выразиться, свою родовую принадлежность» (Снежневский, с. 172). Это вполне корректно с медицинской точки зрения, синдром приравнивается к одной из нозологий, но в общей психопатологии синдрому, как мы заметили, придают универсальное значение. Оказывается, синдром получает собственное обозначение не только в результате суммирования или структурирования симптомов, но и благодаря принадлежности к более общей категории, которое сам же формирует. Если же учесть, что нозологическую специфичность по автору создает не просто синдром, определяемый в условиях *status presens*, а способ его развития (динамика), то придется смириться с фактом существования еще одного класса априорных истин – нозологических единиц. Когда это ас一闪， считает автор, то «астения неврастеническая,

артериосклеротическая, паралитическая; не слабоумие вообще, а эпилептическое, сенильное или олигофреническое» (там же). Нетрудно выявить порочный круг в этих рассуждениях, – из разрозненных симптомов возникает иерархическое целое (синдром), из иерархически же связанных синдромов – нозологическая единица, а дальше все распределяется в обратном порядке. Но даже формальная логика тут не нужна, автор сам отвергает сказанное – при «грубоорганических» и других психозах «могут возникнуть любые из известных синдромов», а «на глубоком уровне расстройства жизнедеятельности организма нозологическая специфичность патологии нивелируется» (там же, с. 173). Запутавшись в определениях специфики синдрома, создатель новой послевоенной психопатологии пытается выдвинуть еще одну концепцию (видимо эта тема его волновала всерьез).

Теперь «нозологическая специфичность болезни проявляется не в элементарных процессах (фактически в симптомах и синдромах – Г. Н.), а в особенностях расстройства всего организма как целого», а также в индивидуальной неповторимости и в личностных характеристиках пациента (там же, с. 173). Мы с удивлением замечаем, что организм, индивид, личность, даже возраст и кое-что еще предстают в авторской интерпретации как синонимы. А дальше удивлению нет уже предела: «Индивидуальность как качественная категория имеет здесь первенствующее значение, она делает каузальные связи неповторимыми. Индивидуальное преломление патогенетических факторов превращает абстрактные нозологические категории в совершенно конкретные явления с широчайшим диапазоном отклонения» (там же, с. 174). Что же имеется в виду – специфичность симптома, синдрома и нозологии или «каузальных связей», «патогенетических факторов», о которых, по чистосердечному признанию автора, ему ничего не известно, кроме того, что как раз, наоборот, возможно – это штампы, стереотипы, возникшие благодаря тысячелетним (филогенетическим или историческим) «тренировкам» организма человека? Наконец, что следует принять за истину – «широкайший диапазон отклонений» или строго ограниченный набор признаков в синдроме?

Ответ на первый вопрос есть, правда, несколько бесцеремонный: «В особенностях симптомов психической болезни проявляются особенности патологического изменения всей личности больного», то есть проводится не больше и ни меньше,

1 Можно также вспомнить каким «поверхностным» клиницистом был К. Ясперс по его неудачной патографии творчества Винсента Ван Гога. Как Крепелин, подчиняя клинику ошибочной идеи о том, что при шизофрении творческая душа погружается в «конечный хаос», он помимо безосновательной постановки диагноза, граничащей с «подвигом» Геростата, называет шедевры великого мастера позднего периода «мазней». Но не только он любил рассуждать впустую – вот уже сто лет из учебника в учебник переходит нелепое утверждение Эбинггауза, что экгибиционизм сугубо мужская болезнь. Таких «истин» достаточно много в литературе той эпохи. В. П. Сербский был одним из немногих врачей той эпохи, кто не терял здравый смысл, интуицию и даже чувство юмора, остальные слепо подчинялись авторитетам (см.: Ж. Гаррабе, Ю. В. Каннабих).

как приравнивание причины и следствия, фактора и феномена (там же). Но чтобы самим избежать путаницы вспомним, что, по одной из версий автора, симптомы определяют специфику синдрома, а синдромы – нозологической единицы. И это не случайная фраза, она отражает теперь другую концепцию, – специфика синдрома зависит от количества симптомов, «зависит от особенностей личности больного, ее индивидуальных свойств, предшествующих наступлению болезни изменений, возраста» (там же, с. 174). Значит, у здорового человека личности вовсе нет, так как у него нет ни одного симптома психического заболевания. (Здесь, видимо, уместно было бы говорить о нормальной и морбидной личности). Итак, возраст, личность, количество симптомов, индивид, организм, перенесенные в прошлом заболевания – все одно и тоже, может быть потому, что они видоизменяют «клиническую картину возникшего клинического расстройства...», проявления и исходное состояние психической деятельности» (там же, с. 175).

У представителей нозологического направления, наряду с позитивной критикой феноменологов, можно встретить несоразмерность понятий, неточность определений (синонимизация слов – «грубый и глубокий», «сложный и большой»; «личность, индивид и организм» и многих других), употребление одного и того же термина для обозначения разных по объему психопатологических явлений, а также квазинаучный язык формулировок, доступный лишь «посвященным». Нередко встречаются достаточно красивые высказывания, напоминающие точную поэтическую метафору, впрочем, есть слова и словосочетания, которых нет ни в одном словаре, но об этом более детально мы говорили в другом месте. Избыток субъективизма стал даже некой традицией, стилем мышления, а своего апогея достиг в «Общей психопатологии». А.В.Снежневского, где, как стало нам известно, синдром – это «упряжка», а резвые «кони-симптомы» несут седока к неминуемой духовной гибели (Снежневский, с. 167).

Определение синдрома

Основой общей психопатологии является синдромология (Р.Крафт-Эбинг). Синдром или симптомокомплекс – некое структурное образование, в тоже время, это сумма симптомов или возможно их ограниченный набор. Предполагается, что синдром инвариантен по отношению к нозологической единице и может встречаться при многих болезнях. Это противоречит общемедицинскому представлению о «закономерном сочетании симптомов, обусловленное единым патогенезом», где, как известно, синдром может быть интерпретирован либо как самостоятельное заболевание, либо как стадия строго определенной болезни. В таком случае, пользуясь выражением Юлии Кристевой,

можно предположить, что понятие о психопатологическом синдроме, созданное в эпоху становления больничной психиатрии, это «протез для ампутированной субъективности» (Кристева, с. 256). Недаром при определении синдрома на клинических разборах пациент должен покинуть кабинет – происходит остановка и кадрирование его текущего состояния, а сменой дискретных, по своей сути, «срезов» души монтируется картина болезни.

В тоже время синдром – это не просто фрагмент переживаний в усеченном времени, но фрагмент фрагмента, так как существует еще и понятие об основном (ведущем) синдроме заболевания. Возникает вопрос, что делать с второстепенными синдромами, которые присутствуют в переживаниях пациента? Определяются ли они как синдром, ведь практический врач видит их и стремится преодолеть?

Для распознания психопатологического синдрома количество элементов в одних случаях может варьировать (параноидный синдром), здесь достаточно присутствия ведущего признака (например, бреда преследования), в других случаях говорят о строго определенном наборе симптомов (четыре непременных признака помрачения сознания или три компонента эндогенной депрессии).

А.В.Снежневский считает, что, хотя «клиническому проявлению каждого нозологически самостоятельного психического заболевания свойственно преобладание одних синдромов над другими» (Снежневский, с. 167), иерархия синдромов может внезапно исчезнуть, когда патология «однажды возникнув, развиваясь цепной реакцией, включая в работу звено за звеном, сохраняя при этом фазы и периоды своего развития», приводит к генерализации (слово, заимствованное из неврологии) основного синдрома заболевания (там же, с. 168). Откуда приходят и куда уходят второстепенные синдромы, а также структурно неорганизованные и разрозненные симптомы, в каких отношениях они находятся между собой, науке неизвестно. Ясно лишь одно – при генерализации теряется структурный характер синдрома, даже тогда, когда генерализация означает не вытеснение, а объединение основных, второстепенных синдромов и всего остального в единый психопатологический комплекс. В таком случае, потеря структуры, это потеря «типичности в преобладании одних синдромов над другими...», «свойственная каждому отдельному психическому заболеванию» (там же, с. 167), что позволяет до генерализации или, как выражается автор, при «частичной» генерализации «клинически выделить отдельные психические болезни (нозологические единицы)» (там же). Получается, что при генерализации основного синдрома и исчезновении иерархических признаков структуры нозологическая единица перестает существовать. Что же говорить о моносимптомах, симптомах, которые «вне этой системы (структуры синдрома – Г. М.)

не имеют смысла»? Значит – человек не страдает или ему в таком случае помогать «не имеет смысла»?

Эти парадоксы родоначальник советской психиатрии остро чувствовал, он, несомненно, ощущал и спекулятивный характер своего учения о синдромах. «Стереотип развития болезни может выступать в качестве общепатологического, свойственного всем болезням стереотипа и стереотипа нозологического, присущего отдельным болезням (И.В.Давыдовский). Из такого положения вытекает необходимость обнаружения общих всем психозам закономерностей» (там же, с. 168). Очевидно, учение о синдроме и нозологии явление временное, нуждающееся в пересмотре, в радикальном преобразовании, приближении к общемедицинским стандартам. Отсюда привязанность текста к трудам патологанатома И.В.Давыдовского и невролога С.Н.Давиденкова. Поистине реформаторская идея, высказанная много лет назад создателем шизофrenологии, приведшей к шизофrenизации, если можно так выразиться, всего контингента психиатрических больниц. В этом месте, не имея оппонентов, только он сам и посмел пойти против себя, против собственной концепции о регистрах психопатологических расстройств.

Синдром как комплекс. По первому определению речь идет о комплексе симптомов: «Комплекс (от лат. complexus - связь, сочетание) - соединение отдельных психических процессов в целое, отличное от суммы своих элементов» (Психология. Словарь, с. 170). Нам трудно представить себе, что означает *сумма* психических элементов и чем отличается комплекс от этой мифической суммы, - понятно обычное толкование этого слова - «совокупность предметов или явлений, составляющих одно целое» (Большой энциклопедический словарь, с. 557). Но объединение патологических явлений в одно целое – это уже определение болезни, единственной и неповторимой.

Психоаналитическая же интерпретация рассматриваемого понятия имеет отношение к сфере причинности, а не следствия невротического расстройства. Комплекс оказывает патопластическое влияние на симптомы, определяет содержание психоза. Психоаналитическому комплексу (слову, полученному от Цигена посредством Блейлера и Юнга), как «группе психических процессов, объединенных единым аффектом» не свойственна также трансформация, так называемая, динамика синдрома.

Синдром как структура. Во втором случае можно говорить о структуре, причем структуре функциональной, подвижной, воспринимаемой как целое, тождественное самой себе, развивающейся по своим внутренним законам. Неотвратимость этого развития (в данном случае отрицательное прогрессирование), его темп определяет форму болезни, тип ее течения, влияет на врачебные прогнозы и выбор средств лечебного воздействия.

Нам представляется, что в этой части общая психопатология испытала на себе влияние гештальтпсихологии - инвариантность психопатологического синдрома по отношению к отдельным нозологиям, непременное присутствие синдрома в переживаниях любого пациента, динамика этой структуры, дискретный (скаккообразный) характер ее развития (М.Вергтаймер, В.Келер, К.Коффка, Х.Эренфельс).

Однако, как функциональная структура, синдром не является объективно существующим, воспроизведимым в эксперименте гештальтом, потому что, как форма, она не упорядочивает многообразие внешних явлений. Синдром не обладает функциями перцептровки равнозначных (с точки зрения симметричного целого) элементов, способный быть распознанным даже при частичном изменении всех его элементов (опыт с музыкальными нотами - свойства аккорда и свойства тональности). Важнейшей особенностью гештальтата (образа, формы, конфигурации), в отличие от синдрома, является заполнение всего поля сознания (вспомним эксперимент Келера с обезьянами). Еще одна немаловажная деталь заключается в том, что элементы гештальтата позитивны, а сама структура стремится (прегнанттенденция) к упрощению, а не к усложнению, к трансформации в оптимальную, «хорошую» форму, что сопровождается катартическим явлением - «инсайт». То есть гештальт имеет тенденцию к разрешению проблемной ситуации, а синдром – к ее усугублению. Гештальт, как истинная структура, структурно же изменяется, а синдром - за счет увеличения или уменьшения количества и качества элементов. Поэтому не существует легких, среднетяжелых, тяжелых и переходных гештальтов, как равно поверхностных и глубоких, малых и больших, если иметь в виду учение о регистрах психопатологических расстройств.

В синдроме отсутствует не только доминирование формы над содержанием, но прослеживается, минуя форму и структурные связи, взаимная обусловленность отдельных ее элементов или, выражаясь языком политиков, двусторонние отношения (например, содержание псевдогаллюцинаций и бреда); просматривается неравнозначность отдельных симптомов в синдроме, иерархический тип соединения элементов системы даже когда рассматриваются артефакты.

Существует еще одна немаловажная деталь, – структура в синдромологии означает болезнь априори (в этом ее аксиоматичность), параллелей с «хорошими» (здоровыми) структурами не проводится. По сути, это некий антигештальт или отрицание структурного (целостного) переживания вообще, норма в психиатрии означает отсутствие всякой структуры, синдром образно представлен как некое анатомическое новообразование в «психическом теле» по А.Эю.

Мы считаем беспочвенным, подобного рода, поверхностное отношение создателей общей психопатологии к столь ответственной части клинической психиатрии. В этой связи мы и обратились к анализу одной из «Валдайских лекций» А.В.Снежневского, которая была посвящена синдромологии, потому что считаем, что после Карла Ясперса и Курта Шнайдера в постклассическую эпоху развития психиатрии, именно он предпринял попытку построения общей психопатологии.

Хотя автор не проясняет свою методологическую позицию, он по существу отказывается от принятого в классическую эпоху психофизического параллелизма и строит ее на вульгарно-материалистической основе. Ученый не просто следует материалистическому принципу о приоритете тела над душой, а идет к полной идентификации соматических и психических явлений, отрицая де-факто - наличие специфической психической патологии. Наличие философской культуры не считается обязательным в практической психиатрии, но иногда это приводит к странным результатам. Выходит, что душа не просто функция тела, а ее вовсе нет ни по тексту, ни по контексту. «Любая причина болезни вызывает те или иные ее проявления («картины болезней») только через посредство эволюционно сложившихся, иначе, исторически предуготовленных физиологических механизмов» (Снежневский, с. 164).

Здесь не очень понятно, что же обсуждается - психическая или физическая болезнь, эволюционные или исторические ее механизмы? «Идентичность расстройств, установленных у больных столь различными болезнями (*психическими и соматическими* – Г. Н.), свидетельствует о существовании общих закономерностей патологии не только для нозологически разных психозов, но одинаково для всех болезней человека, в том числе и психических» (там же, с. 174). При подведении итогов автор проводит параллели между психическими и техническими «механизмами», опираясь на представление о частичном или полном отказе системы по И.А.Ушакову. В этой публикации есть другие противоречия, вот некоторые из них.

Он любит рассуждать об эволюционных механизмах возникновения болезней, но легко подменяет эволюционный принцип историческим, говоря о том, что стереотипы главнейших психических заболеваний возникли на определенном этапе исторического развития человечества. Иллюстрируя свою идею, автор парадоксально утверждает, что шизофрения и эпилепсия «возникли в человечестве давно, возможно (?), они были у *доисторического человека*» (там же, с. 164). Эти загадочные стереотипы болезни в одинаковой степени имеют отношение то к филогенезу, то к онтогенезу, то просто к биографии человека.

Говоря о причине психической болезни, он выделяет лишь первопричину, но как психоаналитики,

подменяя патогенез этиопатогенезом, он, в отличие от последних, не озабочен каузальной расшифровкой текущих расстройств. Эти «штампы» и «стереотипы», возникшие в «результате бесконечного повторения», запускаются с фатальной неизбежностью независимо от того, что послужило началом заболевания. «Любая внешняя вредность рано или поздно утрачивает свое значение в развитии заболевания. Кауза экстерна становится каузой интерна» (там же). Это как в голливудских фильмах – существо во чреве пожирает человека, и уже несчастный и брошенный смотрит по сторонам. «Человек — существо социальное, и этиология его болезней всегда социально обусловлена» – этиология, но не патогенез, ибо «социальная этиология болезней человека не совпадает с их сущностью», т.е. с патогенезом. Остается одна сплошная болезнь, одна сплошная асоциальность (там же, с. 164).

Но этого показалось мало, возникает еще и картина настоящего светопредставления, когда автор реализует свои амбиции в области фундаментальных наук, – цепной (т.е. процессуальный) характер соматогенеза по И.В.Давыдовскому, вдруг становится незапатентованной идеей о психопатологической цепной реакции (об этом он многократно воскликает, пугая аудиторию и создавая ритм своей риторики). Теперь, душевная болезнь, без всяких там аллегорий, уже запущенная атомная бомба, и слушатели, кадровые психиатры, будущие хозяева психиатрических отделений, могли бы в этом не сомневаться. (У меня были друзья, которые в молодости слушали Валдайские лекции и с восхищением вспоминали их в скучной обстановке загородных больниц). Но то, что эта бомба, а не ядерный реактор - тоже верно, - кауза интерна опять становится каузой экстерной, больной становится опасным для мира, «картина болезни выражает *вовне* цепную реакцию организма» (там же, с. 165).

На этом парадоксы не прекращаются, и мы вынуждены следовать дальше. Автор считает, что при психической болезни может иметь место выздоровление. «При наступлении выздоровления или ремиссии изменение клинической картины происходит в противоположном ее развитию направлении» (там же, с. 170-171). Тут благодушный тон вдруг резко меняется, он не прощает себе промаха, допущенного в начале лекции. «Из общей патологии болезни человека следует – говорит он по-крепелиновски жестко, - что при выздоровлении от болезни полного возвращения организма к прежнему, существовавшему до болезни физиологическому состоянию не происходит» (там же, с. 174). Заметим, что полного возвращения к прежнему физиологическому, и к психическому (о чем он все время забывает) состоянию не происходит даже у здорового человека.

«В понятие «малые и большие синдромы» - пишет автор - вкладывается различие степени

генерализации патологического процесса — вовлечение в страдание одного органа, одной системы органов или нескольких органов и систем, что и находит свое выражение в однородности или сложности клинической картины болезни» (там же, с. 169). Какого органа, каких систем органов — может быть полушарий или нескольких голов?

Обратимся также к вопросу о динамике синдрома. «Синдром, с точки зрения данного момента, — пишет А.В. Снежневский — статичен (статус презенс), с точки зрения отрезка времени, — динамичен» (там же, с. 167). Казалось такая простая и приемлемая фраза не нуждается в комментариях. Но, вспомним, что для автора «любой процесс, в том числе и патологический, всегда обращен в будущее», что «развитие болезни сопровождается увеличением числа симптомов и изменением их взаимоотношения, а также возникновением новых симптомов» и это «приводит к видоизменению картины болезни, превращению одного синдрома в другой» (там же), что все это происходит со скоростью «цепной реакции». Значит, речь идет о смене одного синдрома другим, а не о динамике, изменениях во времени, как можно было бы размышлять о человеке, в целом, имя и судьбу которого заменило больничное слово синдром. В том то и дело, что проблема времени не поставлена и не решена ни в клинической психиатрии, ни в психотерапии, она находится в зачаточном состоянии (Назлоян, 2001, с. 9-21). Именно поэтому и возникло учение о психопатологическом синдроме в такой нехарактерной для медицины форме.

В начале он декларирует, что «связь причины и действия не линейный, а всегда многосторонний, структурно-сложный процесс, формы причинных связей в органическом мире являются исключительно сложными» (Снежневский, с. 165). В тоже время по его убеждению «цепной характер процессов» — это фундаментальный принцип патогенеза, где «звено за звеном» происходит поступательное развитие психической болезни, а при успешном лечении — в обратной последовательности. «В основе патогенеза лежат глубоко автоматизированные «цепные» механизмы, действующие по принципу саморазвития, самодвижения, как и все физиологические механизмы» (там же, с. 165).

Структурный эффект синдрома, очевидно, возникает не в переживаниях больного, а в восприятии наблюдателя, ибо только другой человек или человек рефлексированный может ранжировать элементы и целое, пользуясь ценностными категориями. Можно предположить, что этот наблюдатель, скорее всего врач, а скажем не философ, писатель, журналист, которые тоже имеют доступ к чужой душе, они тоже видят неординарные явления, но не способны систематизировать их именно в таком порядке. Возникает иерархия симптомов (первичные и вторичные), а также самих синдромов

(основные и второстепенные), когда в диагностике несколько наивно вкрадываются функции прогноза и терапевтической озабоченности самого наблюдателя.

Так как структура синдрома существует в восприятии наблюдателя и дается ему в результате переработки собственных впечатлений, она является, по нашему глубокому убеждению, *концептом*, неким клише врачебного мышления (клинический стереотип), которое формируется в процессе профессионального обучения. Осуществляется концептуализация потока информации, идущего от пациента, в тоже время — утилизирование личностных планов, ввиду трудности охвата и стандартизации, которую требует любой даже самый благополучный стационар.

Резюме. Если сравнить труды представителей структурного и нозологического подходов, то больших расхождений мы тут не увидим. Как Ясперс пытается преодолеть структурный анализ психопатологических феноменов и, выдвигая тезис о субъективно-понятных сочетаниях, пытаясь приблизиться к клинике и к нозологиям, так и нозологисты ищут структурное определение синдрома, уделяют внимание поиску клинической каузальности психических расстройств, некоего универсального закона развития патологического начала. Их объединяет не только безусловное принятие общего списка симптомов, но и двойственность при определении предмета психопатологии на фоне значительной оторванности от больного, манипулятивность по отношению к нему, а также одинаковый недостаток духовного опыта. Это означает, что структуралистическая теория психиатрии не состоялась и некоторые ее главы должны быть переписаны заново, особенно, в той части, где она лингвистически противоречива или не опирается на опытные данные. Она также, как мы увидим ниже, может быть восполнена новыми наблюдениями и изысканиями.

Определение симптома

Симптом, как объективный признак (sign). Из двух способов обозначения клинических наблюдений симптомы душевного заболевания определяются посредством умозаключения, они принадлежат в лучшем случае к объективным, а не к субъективным признакам болезни, потому что лишены сигнальных свойств, сигнifikативной функции знака.

Напомним, что симптом определяется как «очевидный для самого больного признак какого-либо заболевания», а объективный признак, — как «любой очевидный для врача, но не всегда для больного признак, свидетельствующий о наличии у человека какого-либо заболевания». По большому счету — это даже не «знак-признак», а скорее «знак-символ» психической патологии, так как его денотат в большинстве случаев неизвестен. Поэтому рожденный как

смысовой знак, он нередко становится знаком экспрессивным, зависящим во многом от чувств и желаний самого наблюдателя.

В своем безупречном анализе клинического образа мышления М.Фуко допускает, на наш взгляд, лишь одно преувеличение и оно касается анализа понятий знака и симптома. Он считает, что «симптом становится знаком под взглядом, чувствительным к различиям, одновременности или последовательности и частотности» (Фуко, с. 148). Между тем, симптом и есть знак, независимо от способа его восприятия. Отношения здесь количественные, а не качественные, как слово или музыкальная нота. Нельзя забывать, что, как знак, симптом доступен не только врачу, но и больному, а также всем тем, кто прислушивается или присмотрится к нему. «Между знаком и симптомом существует решающее различие, обретающее свое значение лишь в глубине основной идентичности: знак – это и есть симптом, но в его исходной истине» (там же, с. 148-149). Речь идет по М.Фуко о «взаимной детерминации» симптомов, но ведь существует представление о моносимптоме, который, как зубная боль, определяет болезнь, и уже одного этого факта достаточно, чтобы выявить спекулятивный оттенок в рассуждениях автора.

Для того чтобы выделить психопатологический симптом, сделать его узнаваемым, мы должны рассмотреть его на фоне эталона (нормы), затем искать аналогию в общей медицине, - «скрытые смыслы обнаружаются путем аналогий». Если пациент В. жалуется, что у него в затылочно-теменной области «булькает что-то липкое, сладенькое», мы говорим себе, что так не может быть (отрицание основано на нашем знании о патологических черепно-мозговых ощущениях), принимая подлинность страдания, мы сомневаемся в подлинности сигнала.

В обычной медицине боль, зуд, жжение, как знаки болезни аутентичны, поэтому они не входят в реестр психопатологических расстройств. В каталогах, гlosсариях и руководствах по психиатрии существует лишь представления о ложных ощущениях (сенестопатиях) в составе ипохондрического, истерического и других симптомокомплексов. Эти расстройства воспринимаются как несоответствующие нашему врачебному опыту и нуждающиеся в опосредовании путем умозаключения по аналогии. Уникальность предмета нашей науки заключается в том, что симптомы психической болезни (знаки-символы) выявляются только в диалогическом контексте, когда врач, помимо клинического принципа «видеть и знать», должен «видеть, сомневаться и знать».

Когда мы говорим, что у больного лихорадка, мы просто фиксируем сигнал инфекционной болезни. Если же мы утверждаем, что в переживаниях пациента есть галлюцинации, - это означает

в отличие от творческой фантазии отсутствие адекватного восприятия больным внешнего мира или самого себя. Представление о реальной боли из соматической медицины переходит в область психической патологии только с добавлением слова фантомная, т.е. «не существующая». Нарушение функций мышечного аппарата конечностей становится психиатрической проблемой тогда, когда мы говорим об истерическом или алкогольном псевдопараличах. Даже приставка *психо* порой означает «ложный», - например, психастения, которая отличается от истинной астении и приближает нас к пониманию, так называемых, функциональных психозов. И все же один термин превзошел все остальные - псевдогаллюцинации, что расшифровывается как ложное ощущение ложного восприятия. Да и сам больной по большому счету не является истинным объектом терапевтической активности, леча его, мы часто забываем, что на самом деле лечим его опекуна или кого-то еще, – так не происходит в обычной медицине. Но, об этом и о методе параллельного лечения родственников душевнобольных мы будем говорить в другом месте.

Таблица симптомов и ее параметры. Диалогическая пара врач-больной в практической психиатрии образуется насильственным путем, так как терапевтический альянс между партнерами из-за анонозозии невозможен, объект не способен презентировать самого себя (Назлоян, 2002). В результате дуальных диалогических отношений врача и пациента создается неравное партнерство, когда врачу-психиатру не остается ничего другого как, пользуясь неким замешательством, вторгнуться во внутренний мир пациента и быть там «непрошеным гостем». Естественно, что этот мир не открывается ему в полной мере, он судит о больном поискаженным психическим давлением внешним реакциям, чаще рассуждает, как в известной шутке о постановке диагноза шизофрении фонарному столбу.

Приведем полный текст протокола беседы А.В.Снежневского с больным на первой лекции по шизофрении 10.03.1964 г. в Валдайской психиатрической больнице, предоставленный нам кафедрой психиатрии Симферопольского медицинского института. «Вводят больного. Снежневский – мы с Вами второй раз встречаемся? Больной – да. Вы в каком сейчас отделении? – в третьем. Вам лучше? – все равно. Вы лечитесь? – лечат. Как? – инсулином. Лучше становится? – нет. Вас необходимо лечить? – как хотите. Больны Вы или здоровы? Дело Ваше. Семья есть у Вас? – нет. А мат? – нет. Вас кто навещает? – мать. Значит, она есть? Почему Вы говорите, что ее нет? – (молчит). В больнице интересуетесь чем-нибудь, с больными общаетесь, книги читаете? – нет. Почему? Чем либо заняты? – нет, не делаю. Какие желания у Вас? – никаких нет. Вы несколько раз рассказывали о марсианах? – ничего

не говорил. У Вас, в свою очередь, есть ко мне вопросы? – нет. Спасибо. До свидания» (Снежневский, Шизофрения, лекции, 19.03.64, с. 14-15). В этой клинической беседе мы видим примитивный набор вопросов с однотипным их содержанием, насильтственный характер общения – а) больного вводят, б) начинает и завершает беседу врач. Выводы делаются на основе анамнеза. Единственный признак, который выделяется по текущему состоянию, негативизм, может иметь отношение к личности А.В.Снежневского, которого больной уже один раз видел и знает, что он поддерживает крайне неприятную для него шоковую терапию и еще – отсутствие опыта выступления пациента в аудитории. К тому же пациент пусть лаконично отвечает на обычные вопросы, – в какой палате лежит, кто навещает, а рассказ о марсианах когда-то дорого ему обошелся. Любопытно, что пациент единственный раз не отвечает на вопрос, т.е. проявляет истинный негативизм, когда ведущий пытается уличить его во лжи, «поймать» на слове. Нас интересует, зачем привели пациента? Что хотел показать лектор этой аудитории? Почему он не извинился перед больным, который не был расположен к беседе и, возможно, прервал сон или обед, а также перед курсантами, – извините больной «не в духе», беседа не удалась. Наконец, уместно ли продолжение шоковой терапии из-за обиды больного на мать (к тому же, под словом семья многие понимают жену и детей). Может быть, первые шоки уже привели к результату, и их надо было приостановить из-за отсутствия текущей симптоматики?

В обычной медицине диалогическая пара врач-больной троична, здесь пациент адекватно рефлексирован, он обращается к врачу, чтобы понять лишь скрытые причины болезненных ощущений, увидеть «незримую территорию» функционирования своего организма. Психически больной же нуждается в зеркале, способном воссоздать внутренний диалог и троичную структуру диалога с врачом. Цель врача не только в том, чтобы правильно организовать текущий диалог с пациентом, но и вернуть ему способность к существованию в условиях трехмерного пространства общения.

В трехмерном терапевтическом контакте с пациентом, имеющим непрерывный характер, врач занимает равное с больным положение (не он уподобляется больному, а больной поднимается выше своей социальной ступени), – тут непременное присутствие синдрома как целого и неделимого образования не столь очевидно. Синдром в ряде случаев распадается и перестает быть универсальной единицей отсчета для врача-диагноста; дискретный характер его развития (отрицательное прогрессирование), метаморфозы (в сторону усложнения) не подтверждаются в нашей практике; синдром, как отмечалось, приобретает общемедицинские черты, например, судорожный синдром. Понятие о

синдроме возвращается к своему исконному содержанию, обозначая определенную болезнь или стадию болезни, т.е. становясь классификационным признаком, а не действующей причиной. На первый план выходят элементарные признаки душевного расстройства (симптомы), что позволяет преодолеть малыйхват анализа психических нарушений способом обращения к личности пациента, к «лицу его болезни». Такой подход, на наш взгляд, предвидел К.Шнайдер и создал классификацию, которой сам, быть может, не воспользовался (мы имеем ввиду его концепцию шизофрении и отношение к аутизму).

Как известно, этот влиятельный клиницист разделял признаки психического заболевания на две крупные группы: соматологическая (этиологическая) и психологическая (симптомологическая). Именно в первой группе мы и находим синдромы в общемедицинском значении слова. «Соматическое» расстройство, например, прогрессивный паралич, имеет и свою структуру, и свое развитие и свои позитивные сигналы (симптомы), а также этиологию и патогенез. Во второй же группе определение синдрома как структуры, на наш взгляд, беспочвенно, здесь необходимо обращение к личности пациента, а не к ее больничному суррогату.

Напомним, что основное свойство психиатрического синдрома – его подвижность, динамика, а терапевтическая активность врача направлена не на ликвидацию структуры, а на ход ее развития. С другой стороны практическая психиатрия оказывает лекарственное воздействие не только в направлении остановки эндогенного процесса, т.е. процесса смены синдромов, но спонтанно под воздействием обстоятельств – в направлении подавления отдельных расстройств, в том числе, и, так называемых, вторичных. Таким образом, лечение психических болезней не только концептуальное, но и симптоматическое, что косвенно подтверждает систематику К.Шнайдера. В таком случае возникает другой вопрос – где терапевтическая граница между симптомами и синдромами?

Если основное свойство синдрома в его динамике, а симптома в нем самом, то концептуальное лечение (например, шоковая или противосудорожная терапии) возможно при доказанной процессуальности заболевания. Симптоматическое же лечение, чтобы не стать процедурой обезболивания, нуждается в поиске психических же причин душевного заболевания. Мы часто видим, что в процессе лечения из симптомокомплекса (временно или навсегда) выбывают те или иные структурные компоненты, что, скорее всего, и означает мифическую «остановку» патологического процесса или замедление его темпа путем расщепления. Итак, основой общей психопатологии должна быть симптоматология, потому что именно симптомы психического расстройства универсальны и могут присутствовать при всяком психическом заболевании.

Таблицы сигналов душевного заболевания в гlosсариях и руководствах принципиально не отличаются, они оставляют двойственное впечатление, - с одной стороны своей избыточностью (из-за желания авторов дать полный их список), с другой стороны, как это не парадоксально, недостаточной полнотой. Под избыточностью мы понимаем наименования феноменов, не отвечающих определению симптома как знака, признака или сигнала душевного заболевания. Обращает внимание наличие разных по объему понятий, - одни представляют собой, как и должно быть, элементарные неделимые явления (акоазмы, брадифазия, вербигерация, гиперестезия, галлюцинации, иллюзии, мутизм, парейдолии, эхолалия), другие - симптомокомплексы (автоматизм психический, бредовое настроение, депрессия, кататония, навязчивое состояние), третьи - нозологические образования (абузус, логоневроз).

Избыточность проявляется и в том, что есть наименования с порочной бесконечностью значений. Например, чтобы продолжить ряд из фобий не хватит и целой жизни – агарофобия, гленофобия, клаустрофобия, мизофобия, оксифобия, петтофобия, ситофобия, танатофобия... Чего только человек не боится? Здесь следует сказать и о попытке определения симптома через нозологию или синдром – эпилептиформное возбуждение, кататическое возбуждение. На последнем примере обнаруживается грубая лингвистическая шероховатость, - мы видим рядом импульсивное и эретическое возбуждение, которое, в свою очередь, не согласовано с двигательным возбуждением и речевым возбуждением, а также с возбуждением координированным и хаотическим.

Принцип локализации симптома. В общей психопатологии не исследуется фундаментальное свойство симптома, его локализация. Без свойства пространственной локализации говорить о патологии, тем более о психической болезни, невозможно. Это быть может самое слабое звено в общей психопатологии, ссылки на шаткую территорию памяти, восприятия, воли, мышления - атрибутов одной из моделей человека - беспersпективно. Отсутствие пространственной локализации психиатрических симптомов, обоснования клинической каузальности функциональных психозов делает эту медицинскую науку легко уязвимой.

Локальные и общие симптомы замещаются здесь неудачно подобранными словами о взаимной зависимости позитивных и негативных расстройств психики. В этой идее Джексона отражена одна из тех грубых ошибок синдромологии, которые наряду с дефинициями Ясперса и Шнайдера явились тормозом развития клинической психиатрии как медицинской науки. На самом деле в психиатрии все синдромы негативны, потому что состоят из минус-признаков, а рассматриваемая дихотомия

является утрированной формой представления о здоровом и больном началах психики. Довольно примитивный расклад, - теперь уже пациент весь болен, а врач делает еще один шаг назад, становится безучастным к его судьбе, голым наблюдателем. Лабораторное животное, «безгласная вещь» по М.М.Бахтину, становится безликим веществом.

При внимательном исследовании истинных признаков психического страдания можно обнаружить, что они лежат в плоскости диалога душевнобольного с внешним миром. Ничто не препятствует, к примеру, интерпретировать иллюзии и парейдолии как нарушение восприятия внешнего мира и как потерю «функции реальности» по П.Жане, «некоторых контактов» по О.Блейлеру, «эмоционального контакта» по О.Минковскому.

Человек живет во внешнем мире. Он живет с ощущением этого мира. В контакте с ним. Утверждение «Я существую» предполагает пространственно-временные параметры существования. На одной из фаз диалогических отношений запечатленный и интиериоризированный фрагмент действительности отчуждается и, как осколок зеркала, отражает образ «я». Больной Ю. из г. Никополя в состоянии острого психоза убежал в лес, шел туда, куда показывала ему трава, наклоненная дуновением ветра. Он находился в сложном диалоге с внешним миром. Самый простой диалог предполагает наличие партнера, другого человека. Отношения художника и модели упрощены настолько, что могут послужить основой для выяснения структуры диалога.

Представим себе мастерскую художника, где модель обретает предельно лаконичную форму. Прежде чем начать работу портретист (может в этом и состоит его мастерство) удалит все внешние и внутренние помехи. Он не потерпит избытка теней и света, плохой бумаги или легкомысленного отношения модели к его творчеству. Действуя «кнутом и пряником» он добьется гармонии с партнером по диалогу и выберет наилучший ракурс для обзора. Он также до мелочей продумает собственный образ мастера, пластику своих движений. Это прелюдия творческих отношений художника и модели.

Теперь художник-портретист отводит взгляд с модели на холст или картон, удерживая в кратковременной памяти целое и воспроизводимую деталь. После реализации текущего переживания, он переводит взгляд на модель, чтобы вобрать очередную порцию визуальных впечатлений. В тоже самое время, когда художник находится в состоянии творческой переработки образа, модель создает новый, или новую маску. В таком прерывистом режиме протекает всякий диалог, даже телефонный.

Кульминация наступает в тот момент, когда художник, реализуя свое визуальное впечатление, исчерпывает тему и вновь обращается к лицу портретируемого за новыми впечатлениями. Именно в этой точке общения происходит самоидентификация и

художника и модели. Фактор самоидентификации является началом и концом всякого диалога, более того, это его смысл и ценность.

Самоидентификация – главное событие духовной жизни человека, когда прошлое и будущее сливаются в настоящем. Будучи началом и концом диалогического мышления, она – его хрупкая основа, нуждающаяся в постоянном воспроизведении. Стойкое нарушение именно этого механизма неотвратимо приводит к психическим болезням.

Дискретность диалогического мышления определяет неделимое образование, представляющее триаду, которую можно описать только после принятия следующего условия. Оно заключается в том, что диалог не является простым,невременным событием, он направлен в будущее и коренное его свойство – фактор развития, интрига. В одной из версий структурные компоненты диалога последовательно сменяются один другим. Против часовой стрелки, если модель сидит справа от художника, по часовой стрелке, если слева. Возможны и другие плоскости «вращения» этой триады, но тогда наблюдатель должен сменить точку обзора.

Итак, художник смотрит на модель, фиксирует и отчуждает ее текущий образ. Затем, удерживая этот образ в своей памяти, он поворачивает взгляд на холст, а диалог продолжается с воображаемым партнером. Текущий образ модели эстетически исчерпывает себя; происходит гипотетически определяемая точка остановки творческого процесса, «пауза» в контексте настоящего, когда партнеры по диалогу предоставлены самим себе. Портретист в ожидании новых впечатлений, а модель с бездейственным еще, но уже образованным, зеркальным «я». Дальше все начинается сначала, но на новой ступени визуально-верbalного познания.

Художник совершает «захват» и «присвоение» образа пациента (моя модель, мой пациент). Затем он переходит к его воспроизведению. Вектор его творческой активности направлен в будущее. Момент окончательной реализации визуальных впечатлений совпадает с настоящим, здесь нет ни прошлого, ни будущего. Итак, по нашим наблюдениям, феномен диалога «я» и «ты» не исчерпывается тем, что партнеры смотрят друг другу «в глаза» (по Буберу и Франку), а продолжается и тогда, когда они «отводят глаза друг от друга» в процессе асимиляции воображаемого образа партнера по диалогу. Происходит соотнесение этого визуально-вербального комплекса с самим собой, с собственным зеркальным «я», со всей онтогенетической глубиной этого «я», до полного их соотнесения и совпадения. Здесь «атомарный» творческий акт завершается и возникает острые необходимости в новых впечатлениях. В этом настоящем есть начало будущего в виде интенционального прорыва, который формирует мотив следующего творческого события.

Дискретная природа диалога, незримая и гипотетическая на элементарном уровне, находит свое объективное воплощение, ощутимую форму в конце сеанса, всего творческого процесса. Эти концовки качественно одинаковы, они существуют в том сечении времени, когда, исчерпав текущее впечатление,

художник обращается к модели уже не за очередными визуальными впечатлениями, а чтобы словом, знаком дать понять, что сеанс, или же вся работа закончена. Получается резкое несовпадение с ожиданиями модели, надеждами на будущее - истинная утрата иллюзий, когда его оставляют в настоящем лицом к лицу с самим собой.

Так протекает диалог человека с самим собой, со своим зеркальным образом. Он, по справедливой оценке Бахтина, пока еще негативен, но не как на фотопленке, а как отсутствие приемлемой формы, значит и содержания. Затем проявляется, меняя оценочные категории на позитив, но проявляется не как фотобумага сразу и конкретно, а с многочисленными пространственно-временными искажениями. Образ должен «собраться», объективироваться, чтобы вывести нас во внешний мир.

Мы знаем, как много сил иногда требуется для воспроизведения собственного лица, какие страдания этот процесс может доставить в молодости и как утомляет он в старости. Естественно, что это труднее всегодается нашим пациентам – одни сохраняют и оберегают все ту же маску, другие на-глухо закрывают зеркала и прекращают контакты, третий много спят или убивают себя, чтобы проснуться обновленными в этом или в другом мире.

Уже в отсутствие полноценной связи с внешним миром при мощном движении в сторону восстановления прерванного диалога пациент испытывает мучительные переживания невротического или психотического свойства. Как субстанция и ее атрибуты патологическое отчуждение и симптомы болезни (перманентно меняющиеся свойства и состояния) существуют в одном временном срезе, «здесь и теперь», а не «там и теперь», как в психоанализе. Одиночество в нашем представлении является коренным, сущностным свойством любого психического нарушения, водоразделом между нормой и патологией в психиатрии.

Литература:

1. Большой энциклопедический словарь. М., 1998
2. Гаррабе Ж. История Шизофрении. СПб, 1999
3. Каннабих Ю.В. История психиатрии. М.: ЦТР МГП ВОС, 1994
4. Кристева Ю. Душа и образ // Интенциональность и текстуальность. Философская мысль Франции XX века. Томск, 1998
5. Назлоян Г.М. Концептуальная психотерапия: портретный метод, М.: ПЕР СЕ, 2002
6. Психология. Словарь. М.: Изд-во политической литературы, 1990
7. Снежневский А.В. Общая психопатология: Курс лекций. Валдай, 1970
8. Снежневский А.В. Шизофрения, лекции. Стенограмма лекций. Симферополь, кафедра психиатрии, 1964 г.
9. Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл, 1998
10. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997

РОЛЬ ИНТЕГРАТИВНОЙ МОДЕЛИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ИЗУЧЕНИИ ОСОБЕННОСТЕЙ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

А.Ю.Толстикова

г. Алматы

В последнее время интерес научных исследователей и практических врачей заметно возрос относительно области интегративной психотерапии. Синтетический (интегративный) подход используется и при лечении зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). Психотерапия зависимости от ПАВ представляет собой неотъемлемую часть общевосстановительных мероприятий, так как осуществляет реинтеграцию нарушенной вследствие употребления ПАВ психической деятельности. При этом работа психотерапевта направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности, восстановление ощущения ценности собственной личности и способности дальнейшей реадаптации в обществе.

При работе с пациентами необходимо понимать важность учета взаимодействия когнитивных, поведенческих, эмоциональных механизмов личностного функционирования. Пациенту совместно с психотерапевтом необходимо обрести контроль над эмоциональными реакциями и построить общую временную перспективу своей жизни без участия в ней психоактивных веществ. Ключевым моментом интегративной психотерапии является механизм неприятия чужого, неприемлемого поведения, которое сопровождало пациента в прошлом при употреблении ПАВ в его представлении о себе тетперешнем, при получении нового позитивного опыта поведения (образ «Я») (Van der Kolk B.A., Ducey C.P., 1989). При этом психотерапия должна способствовать снижению или полной ликвидации тревоги, подавленного эффекта при отнятии ПАВ и восстановлению чувства целостной личности и контроля над происходящим.

Наиболее полно восстановление чувства личностной целостности можно достичь при применении групповой психотерапии. Групповая психотерапия моделирует уникальную терапевтическую ситуацию, которая включает пациента в реальное взаимодействие с другими людьми. При этом создаются условия интенсивного психологического воздействия на все плоскости личностного функционирования. Групповая психотерапия открывает возможности влияния на когнитивные, эмоциональные, поведенческие аспекты личности, то есть действует интегративно.

В исследовании использовались группы, имеющие заданную структуру, нацеленные на выполнение конкретной задачи - избавление пациентов от депрессивных реакций при употреблении ПАВ, от зависимости к ПАВ, на работу с интерперсональной динамикой (работа «здесь и теперь»).

С нашей точки зрения, групповая психотерапия при лечении зависимости от ПАВ направлена на достижение определенных терапевтических целей:

- уменьшение чувства изоляции и приобретение чувства принадлежности, уместности, общности целей, комфорта и поддержки;
- создание поддерживающей атмосферы принятия и безопасности;
- работа в одной группе с теми, кто имеет зависимость от ПАВ, периодически испытывает состояния депрессии, тревоги, что дает возможность почувствовать универсальность собственного опыта;
- избавление от чувств изолированности, отчуждения, пустоты;
- обеспечение социальной поддержки и возможности разделить с другими пациентами состояние депрессии, дискомфорта, тревоги, страха;
- наблюдение за тем, как другие переживают вспышки дисфорических, депрессивных проявлений, что дает поддерживающий и одобряющий эффект;
- возможность быть в роли того, кто помогает, осуществляет поддержку, вселяет уверенность, способен вернуть чувство собственного достоинства;
- преодоление чувства собственной неполноценности;
- укрепление уверенности в том, что возможен прогресс в терапии (наиболее важный психотерапевтический критерий);
- получение возможности составить собственное представление о реальности изменений, которые происходят с каждым членом психотерапевтической группы.

При работе с пациентами использовались различные методики интегративной психотерапии, в частности, с применением принципов и методов феноменологического подхода - клиентцентрированная психотерапия, гештальт-психотерапия и когнитивно-поведенческая психотерапия. Психотерапевтический результат достигался при соблюдении основных и взаимосвязанных позиций: безусловное позитивное отношение к больному, эмпатия и конгруэнтность (триада К.Роджерса).

В рамках интегративной модели гештальт-терапии актуальным оставался принцип полного функционирования, что означало дополнение (или завершение) внутренней организации. Основным процессом, интегрирующим функционирование организма, являлось осознание. Одной из целей, применяемой нами, гештальт-техники явилось расширение осознания, повышение его гибкости.

При исследовании когнитивного содержания депрессивных и тревожных расстройств выявлено негативное представление пациентов о собственной личности, преобладал пессимистический взгляд на мир, нигилистический взгляд на будущее (интегративные проекции нейролингвистического программирования). Пациенты говорили об ожидании неопределенной опасности, неуверенности в себе, дефиците эмпатийной социальной поддержки, ощущении враждебности и агрессивности окружающего мира. Данные проявления формировали потребность в принятии ПАВ, чтобы «забыться, расслабиться, быть смелым, сильным». Нередко фрустрационные стигмы становились настолько интенсивными, что формировали мысли о нежелании жить. Преобладали следующие уровни функционирования (по Перлзу): «тупик», когда возникало чувство тоски, депрессии, безысходности, потеряянности. Пациенты говорили об утрате поддержки извне, не могли черпать ресурсы из собственной личностной ориентации, что еще больше вовлекало их в депрессивный круг. Ситуация «тутика» четко прослеживалась в семейных конфликтах, когда родители или супруг/а упрекали пациента в негибкости, несостоительности собственного «Я», а пациент испытывал неудовлетворенность укладом семьи и обвинял родных в отсутствии поддержки.

Другой уровень функционирования - имплозия. Это стадия, когда пациенты с чувством отчаяния, отвращения к себе приходили к полному пониманию того, как приемом ПАВ ограничили и подавили себя. Появлялось ощущение невыносимой тоски, тревоги, душевной пустоты, больные об разно говорили, что «умирают, находятся в невесомости».

Целью терапевтической работы являлось снятие блокирования и стимулирование процесса личностного развития, реализации возможностей и целей, создание «внутреннего стержня и опоры». Важным фактором при использовании гештальт-техники явилось развитие у пациентов готовности изменения принимать решения и делать выбор. Особая роль отводилась нами «диалогу между фрагментами собственной личности». Пациент принимал себя таким, какой он есть, пытался осознать, какие аспекты своего «Я» он отчуждает, что не принимает в себе, от чего хотел бы избавиться. «Диалог между фрагментами собственной личности» - процедура, в процессе которой происходит слияние фрагментированной личности. Данная техника выполнялась с помощью «пустого стула», когда пациенты отождествляли себя с противоположными сторонами своей личности, проводили диалог между ними.

В ходе обсуждения проблем, связанных с употреблением ПАВ, проигрывался диалог между «желанием быть кем-то» и «возможностью это осуществить», выделялись пути достижения целей. Разыгрывались ситуации и диалоги между «принимающими наркотики, алкоголь» и «свободными от приема психоактивных веществ». Данная психотехника использовалась для идентичности внутриличностного и межличностного конфликта, поддерживала концепцию «интериоризации-экстериоризации».

Таким образом, использование интегративных моделей психотерапии при зависимости от ПАВ является катализатором в направлении концептуального синтеза научных теорий личности, что позволяет еще более развивать и вносить коррективы в дальнейшую разработку теоретических и практических аспектов этого вопроса.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ГЕНЕТИКИ И ИММУНОЛОГИИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

А.Ю.Толстикова

г. Алматы

Изучение молекулярных основ зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) является наиболее актуальным и перспективным направлением современной медицинской генетики и наркологии. Разработка этого вопроса позволит не только решить проблему диагностики хромосомной патологии, предрасполагающей к зависимости от ПАВ, но и картировать гены или генные комплексы, расположенные в поврежденном хромосомном участке, изучить структуру гена, описать спектр его мутаций и на этой основе разработать ДНК-диагностику. Все

это позволит в будущем найти подход к эффективной генотерапии при зависимости от ПАВ.

Особый интерес представляет создание ДНК-маркеров, которые позволят установить наличие нарушенной структуры определенного локуса ДНК (Todd I.A., Mijovic C. et al., 1990). Использование ДНК-маркеров открывает перспективы точно картировать ген, поврежденный при предрасположенности к алкоголизму, наркомании, и определить крупные структурные повреждения района его локализации (Hanson I.M., Trowsdale J., 1991).

При исследовании больных, которые унаследовали аллель предрасположенности к зависимости от ПАВ, оказалось, что они могут не проявлять ее вследствие неполной пенетрантности (больные с определенным генотипом, которые проявляют фенотип, ожидаемый на основе этого фенотипа). Неполная пенетрантность проявляется при преобладании доминантных аллелей и в случае гомозиготности по рецессивным аллелям (Chorney M.J., Sawada I. et al., 1990). Другая группа пациентов, которая не унаследовала патологического аллеля, может получить заболевание, похожее на то, которое связано с таким аллелем, вследствие воздействия окружающей среды. Функция пенетрантности $f(G)$ тогда будет выражать вероятность болезни для каждого генотипа. Нужно учитывать, что функция пенетрантности может зависеть от таких факторов, как пол, возраст, влияние окружающей среды, а также от влияния других генов.

В последние десятилетия ученые обсуждают возможности использования мононуклеотидного полиморфизма (single nucleotide polymorphism-SNP) для целей картирования и идентификации генов предрасположенности к ПАВ. Считается, что локализация этих многочисленных маркеров позволит находить «нужные» гены и определять их варианты, приводящие к предрасположенности зависимости от алкоголизма и наркомании (Risch K., 1998).

Применение анализа с использованием SNP требует принципиально нового подхода. В литературе появляется все больше данных о влиянии ДНК-микрочипов, которые смогут осуществлять анализ сложных геномов и стать чрезвычайно эффективным диагностическим средством при поиске мутаций в генах, вызывающих развитие пристрастия к ПАВ. Микрочипы откроют перспективы сравнительного анализа экспрессии практически всех генов в различных клетках. Это приведет к возможности исследования влияния генетических факторов и факторов внешней среды на изменение экспрессии.

С нашей точки зрения, несомненный интерес представляет поиск генетических факторов, запускающих механизм «иммунологической поломки» в организме, приводящей к развитию зависимости от ПАВ. В этом аспекте привлекает внимание исследование действия цитокинов - группы полипептидных медиаторов, участвующих в формировании и регуляции защитных реакций организма. Их влияние на нервную систему показано в немногочисленных исследованиях (Жибурт Е.Б., Серебряная Н.Б., Каткова И.В., 1999; Thomson A.M., 1992;

Freund M. et al., 1994). Биологические эффекты цитокинов опосредуются через специфические клеточные рецепторные комплексы. На уровне организма цитокины осуществляют связь между иммунной, нервной, эндокринной системами. За последнее десятилетие клонированы гены большинства цитокинов и получены их рекомбинантные аналоги. Особый интерес для изучения зависимости от ПАВ представляют интерлейкин-1 альфа и интерлейкин-1 бета (Ia-1a ; Ia-1b), источниками которых являются моноциты, макрофаги, нейтрофилы, Т и В-лимфоциты. Ia-1a , Ia-1b способствуют пролиферации В и Т клеток, увеличивают экспрессию рецепторов к Ia-2 , оказывают разнообразные эффекты на центральную нервную систему и эндокринную систему.

Наиболее значимым и перспективным представляется изучение взаимосвязи генетических и иммунологических маркеров зависимости от ПАВ (цитокинов, нейропептидов).

Особую актуальность и интерес приобретает коморбидность депрессии и зависимости от ПАВ с позиции молекулярно-генетических и иммунологических показателей. Такая коморбидность может отражать общность происхождения нейрохимических сдвигов: нарушение функции серотонина, дофамина, пептидной системы. Среди нейропептидов наибольшее внимание привлекают кортикотропин-рилизинг-фактор и нейропептид У.

В нейрохимических исследованиях зависимости от ПАВ доминируют представления, согласно которым алкоголь, наркотики рассматриваются как средство освобождения от стресса, депрессии, тревоги, напряжения (Pohorecky L.A., 1991; Rasmussen D.D., Boldt B.M. et al., 2000). Установлено, что алкоголь вызывает гормональную и нейромедиаторную активацию сигнальной трансдукции, которая приводит к изменениям регуляции клеточных функций и изменению генной экспрессии (Diamond I., Gordon A.S., 1997).

Таким образом, анализ патологического влечения к ПАВ тесно связан с фундаментальными исследованиями функций организма, которые показывают, что все гены являются просто факторами риска, одними из множества, зависимых от разных обстоятельств, например, от популяции, в которой они действуют. На современном этапе изучения проблемы зависимости от ПАВ важно, опираясь на достигнутые результаты в области молекулярной генетики и иммунологии развивать свои собственные исследования, что необходимо для изучения и понимания глубинных механизмов, лежащих в основе патологического влечения к ПАВ.

НАРКОЛОГИЯ

КУЛЬТУРНО-ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ АСПЕКТАМ ПРОФИЛАКТИКИ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

А.Н.Кудров

г. Москва

1. Специалисты-экологи как группа риска

Причиной для разработки этой темы явилось осознание высокой степени риска, которому подвергаются студенты, обучающиеся по “экологическим” направлениям в технических университетах. Их профессиональная деятельность, ориентированная на решение локальных (отраслевых) экологических задач доступными **технологическими методами**, на фоне глобализации экологических проблем неизбежно ставит специалиста перед необходимостью **нравственно-го** выбора. Так как устойчивость экологических систем прогнозируется недостаточно надежно, то принимаемые решения определяются не столько личным опытом специалиста, сколько уровнем его личностного развития и **мировоззрения**. Это обусловлено тем, что глобализация экологических проблем является следствием нерешенных **правовых, политических и научных** вопросов развития цивилизации западного образца [1].

Перечисленные элементы - право, политика, наука - наряду с технологией, нравственностью и мировоззрением составляют сущность понятия **культура**. Поэтому на данном этапе развития общества профессиональная деятельность специалистов-экологов закономерно включает в себя “переживание” конфликтных ситуаций, не имеющих аналогов в прошлом. К тому же, техника, деловая этика и мировоззрение образуют первый (управляемый) круг проблем, а во втором круге находятся правовое регулирование экологических вопросов, возможности научного предвидения и политика. Конфликты, связанные с элементами второго круга, трудно поддаются решению и неподвластны воле, интеллекту и усилиям индивидуума, пока он остается просто специалистом-экологом, они требуют значительных усилий и помощи извне.

Благополучное “переживание” конфликтных ситуаций открывает путь к личностному росту. Этот процесс возможен, благодаря присущей человеку тяге к новому. Это стремление к новому (неофилия) благоприятно с эволюционной точки зрения. Неофилия повышает вероятность выживания, как индивидуума, так и биологического вида в целом. С другой стороны для нормального течения физиологических процессов

необходимо гармоничное сочетание объема интеллектуальных и физических нагрузок, нарушающее в условиях урбанизация и гиподинамики. Именно экологические причины являются источником непропорциональных нагрузок на нервную систему и психику. Эти диспропорции следует компенсировать доступными способами через обучение методам саморегуляции и оптимизации питания, питания в соответствии с особенностями метаболических потребностей нервной ткани и конституциональными особенностями индивидуума.

В настоящее время в технических университетах отсутствуют не только подобные дисциплины, но и преподаватели для них. Эти новые задачи, относящиеся к социобиологии, должны решаться специалистами, имеющими знания в области физиологии, психологии и психотерапии. За рубежом профессионалы в этой области называются специалистами по зависимости, так как в самом общем случае (а не только среди экологов) нерешенные культурно-экологические проблемы повышают риск обращения к стимуляторам, транквилизаторам или антидепрессантам (никотину, алкоголю, фармакологическим и нелегальным наркотикам). Так как у нас в стране подготовкой специалистов по этому направлению пока не готовят, то в данной статье рассмотрены некоторые методические вопросы по психологической помощи студентам, которые сталкиваются с несовершенством учебных программ.

2. Образование и обучение

Следует различать **образовательную и учебную** деятельность. Специалист высокой квалификации должен уметь анализировать новые задачи и принимать решения. Специалист-эколог отличается от технologа, фактически, только процессами и объектами, за которые он должен нести ответственность. Ответственность эколога связана с процессами в биосфере, однако, зависит от процессов в обществе. Эти процессы “внешние” по отношению к производству и отрасли, в целом, возвращают нас к ёмкому определению Геккеля: “...экономика природы”. Специалист-эколог, зная сущность технологических процессов, должен обладать пониманием социальной природы деятельности человека. Успешное овладение имеющимися

знаниями, включенных в учебный план, как и изучение комплекса дисциплин, предусмотренных программой подготовки специалистов, является необходимым, но недостаточным условием для осуществления конструктивной деятельности в области охраны окружающей среды. Правовое регулирование хозяйственной деятельности совершенствуется по мере углубления и конкретизации положений "Концепции перехода Российской Федерации к устойчивому развитию", но закономерно и систематически подменяется нормами морали, господствующей в общественном сознании. Поэтому следствием экономического роста неизбежно оказывается возрастание нагрузки на окружающую среду, на производственное оборудование, на персонал предприятия, а также на специалистов, которые обязаны "разрешать" возникающие спорные ситуации.

Механизм формирования стрессовой реакции, определяется с одной стороны, самой ситуацией, с другой стороны, владением правовой информацией и, в-третьих, личностными особенностями сторон, вовлеченных в конфликт. Поэтому в образовательном процессе должны быть решены важные задачи личностного развития за счет целенаправленной интеграции гуманитарных и естественных наук.

В высших учебных заведениях, ориентированных на определенную отрасль промышленности, в учебных программах общеобразовательных дисциплин расставляются соответствующие акценты, которые помогают ориентироваться в практических задачах отрасли. Однако отраслевые акценты не должны мешать взаимопониманию между экологами (биологами, технологами, социологами), для этого необходима единая естественно научная парадигма в **образовании эколога**. Согласно определению экологии, данному Эрнстом Геккелем в 1866 г., экология - наука о взаимоотношениях живых организмов между собой и окружающей их средой, сутью экологии является процесс познания экономики природы; антагонистических и неантагонистических взаимоотношений животных, растений и неорганических компонентов окружающей среды. Интеграция знаний из области физики, химии, биологии, осуществленная Э.Геккелем, позволила оформиться экологии как самостоятельной науке, однако практическое использование результатов развития экологии в разных видах деятельности человека (и отраслях промышленности, в частности) объективно вызывает специализацию технологов, исследователей и дезинтеграцию "общей" экологии. То есть экология изначально формировалась как интегральная область знания, однако углубление понимания взаимосвязей в природе, сопровождается секуляризацией разделов экологии и специализацией экологов.

Сложившееся положение с нерешенными экологическими проблемами находит отражение в определенных диспропорциях, в объемах, изучаемых студентами-экологами в технических университетах естественно-научных и гуманитарных дисциплин. Определенные противоречия обнаруживаются даже в блоке естественно-научных предметов: с одной стороны, качественно новые для технических ВУЗов дисциплины - физиология и токсикология, необходимые экологам, и, с другой - достаточно традиционные химия, физика, математика [2].

Рациональный причинно-следственный тип мышления, необходимый специалистам различных отраслей промышленности, требует такого же строго доказательного подхода к программам обучения физиологии и токсикологии. Однако эти дисциплины исторически тяготеют к медицине и гуманитарным наукам, в которых господствует конвенциональный тип мышления (апелляция к экспертным оценкам). Этот способ решения задач позитивно влияет на течение процессов в области практической психотерапии, но он непригоден в образовательных программах специалистов, обучающихся для работы с техникой. В результате, из курса экологии технических университетов выпали понятия устойчивости экосистемы, вида, особи, поскольку в других естественно-научных дисциплинах отсутствуют базовые понятия "неравновесность", "саморазвитие" и "устойчивость". Вместе с тем история становления любой из точных наук дает примеры и закладывает фундамент для понимания условий замены причинно-следственного на вероятностный тип мышления и разработки парадигмы устойчивого развития, как единственно возможного пути развития цивилизации. Самостоятельная работа студентов, ориентированная на анализ содержания учебных дисциплин с позиций парадигмы устойчивого развития, является сутью образовательного процесса и инструментом личностного роста.

3. Болезни личностного роста

Необходимость различия учебной и образовательной деятельности - это констатация сложившейся специализации в науке и технике. Подобная ситуация возникла в результате неравномерного развития науки, которая зародилась и расцвела в эпоху, когда появилась промышленность, производящая товары для рынка. Соответственно, развитие получили такие науки, как физика и химия, а биология и другие дисциплины, связанные с изучением человека, были отодвинуты на второй план. Нерациональное использование рыночных отношений и безразличие к изучению насущных проблем человека привели к возникновению такой ситуации, что человек, для которого все это

предназначалось, как-то выпал из сферы внимания науки. Даже исследования в области здоровья человека по экономическим причинам были ориентированы на разработку способов лечения заболеваний, при этом исследование механизмов их возникновения было важной, но второстепенной задачей. Зависимость здоровья человека от окружающей среды - первый аспект интеграции научных дисциплин, второй аспект - влияние сознания человека на состояние окружающей среды. Осознание этих связей является проявлением неофилии, пожизненно характерной для многих индивидуумов. Неофилия защищает психику и открывает возможность личностного роста. Этот процесс иногда называют “пятым измерением” жизни человека.

В тоже время вопросы личностного роста и формирования мировоззрения традиционно относят к области гуманитарных наук. Механическим объединением естественно-научных и гуманитарных дисциплин не обосновать возможность существования “устойчивого развития” и не решить задачу становления мировоззрения. Объективный и закономерный процесс обоснования учебных дисциплин является “вершиной айсберга” противоречий, внутренне **при-сущих** биосоциальной природе человека [3]. Существуют два важнейших противоречия, относящиеся к взаимоотношениям человека - экономика - окружающая среда: 1) групповой эгоизм и 2) менталитет.

Первое противоречие связано с тем, что индивиды, группы, массы - **субъекты** хозяйственной и социальной активности - весьма азартно и не взирая на последствия, преследуют свои частные цели за счет других ее субъектов. Второе противоречие заключается в том, что осознание **сущности и основания** своего бытия и продуктивная осознанность (целесообразность и произвольность) преобразований его форм, исходно и принципиально возможно лишь во всеобщих и необходимых формах **смыслообразующего** мышления. Однако реально осознание и попытки преобразования осуществляются в особых формах самых разных ограничений, называемых **стилем жизни** (этнических, эпохальных и даже профессиональных) - в формах исторически образующихся и меняющихся культур и субкультур.

В основе первого противоречия лежат инстинктивные стремления, проявляющие биологическую природу человека и являющиеся его “био-основанием”. Причем “био-основание” человека и психические реакции, связанные с инстинктивными и осознанными действиями человека по отношению к природе и обществу, изучаются физиологией человека, “био-основание” человека и экономическая сущность бытия - основные вопросы, изучаемые экологией человека, а “био-основание”

человека и его социальные функции - это область биосоциологии. Следовательно, начиная с физиологии человека необходимо проследить эволюцию понятий в учебном процессе, чтобы обеспечить преемственность учебных дисциплин и **целостность видения роли человека** в окружающей среде и экономике.

В части второго противоречия (менталитета) следует отметить, что ухудшение экологии в 70-80 гг. и сокращение продолжительности жизни в 90-е - это следствие второго противоречия, противоречия уровня менталитета и осознания **сущности и основания** своего бытия. Однако Россия в этом отношении не является исключением. “Биооснование” человека само является объектом исследований, которые в конце 19-го века поколебали основы общественной морали, ничего не дав взамен в понимании принципов органической жизни и основ этики взаимоотношений живых существ. На финише 20-го века мощь человеческого интеллекта оказалась нацеленной на уничтожение человека.

Из анализа двух противоречий следует, что **стиль жизни**, присущий западной технократической цивилизации порождает, с одной стороны, потребность в экологах, а с другой сомнения в возможности устойчивого развития. Последнее и является причиной внутреннего конфликта по типу Сизифова труда, психической неустойчивости, тяги к стимуляторам или антидепрессантам. Отметим, что устойчивое биологическое развитие индивидуума поддерживается по механизму обратной связи, причем большинство физиологических реакций поддерживают равновесие по механизму отрицательной обратной связи, тогда как психическая жизнь человека основана на принципе **положительной обратной связи** (усиление реакции в ответ на внешний раздражитель).

4. Задачи образовательного процесса

Положительная обратная связь - это активизация познавательной активности при изучении предмета, формируется при восприятии жизненно важной информации. Наличие такого типа связи необходимо для преобразования информационных процессов в продуктивную деятельность, в **смыслообразующее** мышление. Второе условие продуктивной (созидающей) деятельности - целостное восприятие мира. Именно формирование целостного восприятия мира (и, в частности, учебного процесса) - важнейший признак образовательного процесса и его отличие от совокупности учебных дисциплин. Таким образом, целью работы является: 1) разработка методологии формирования **целостного видения естественно-научных и гуманитарных дисциплин**, 2) **создание точек соединения естественно-научных**

дисциплин: с одной стороны, традиционных для технических университетов физики, химии, математики и, с другой стороны, с физиологией и токсикологией, преподававшихся ранее, главным образом, биологам и медикам.

Процессы “проявления” **точек соединения**, как и формирования **целостного видения**, наиболее интересны именно в подготовке экологов, так как взаимопонимание экологов-технологов, экологов-биологов и экологов-социологов, занятых глобальными экологическими проблемами, требует использования общего языка. Реализуя принцип положительной обратной связи, студенты экологи должны разрабатывать междисциплинарные межкафедральные темы рефератов и курсовых работ. Одновременно должен осуществляться контроль знаний, полученных (и сохраненных) в курсах дисциплин, предшествующих по программе подготовки. Рассмотрим некоторые примеры.

5. Самоорганизация и интеграция дисциплин

В настоящий момент мы должны отнести к иллюзиям веру в историческое предназначение образования, якобы способного, пусть не сегодня, но в ближайшем будущем, на основе новейших технологий обучения обеспечить сохранение на веки вечные самой главной ценности - **ценности человеческой жизни**. Существует внутренний конфликт из-за неучастия, из-за непричастности семьи - наименьшей из социальных групп, из-за секуляризации духовной жизни, из-за слишком недавнего разрыва наук о жизни, религии и школьного обучения (но не образования). Тем более трудно принять как аксиому абсолютную ценность сохранения биоразнообразия на планете. В тоже время разным уровням организации жизни: человек (с его социальной функцией) – родственные узы – социум (с экономическими связями) – социум (с этическими и политическими представлениями) свойственна внутренняя парадоксальность. Вероятно, именно парадоксальность и противоречивость уровней организации жизни биосфера является источником неравновесности, создающей условия для самоорганизации.

Интеграция дисциплин может быть эффективно восстановлена на примерах собственной жизни индивидуума. В самой тесной паре индивидуумов «мать-дитя» существуют и генетическая предeterminированность конституции, и различия в темпераментах, причем даже на уровне индивидуума обнаруживается инстинктивное стремление к преодолению предeterminированности. Эти обстоятельства являются первичными носителями феномена психосоматических заболеваний. Вот почему изначально существует наряду с естественно научным планом психосоматического феномена и символический план. Корни психосоматических заболеваний (и, в тяжелых случаях, химической

зависимости) нужно искать в отклонениях развития каждой составляющей жизни:

- раздражимость - биодинамическая ткань,
- восприятие - чувственная ткань,
- значение,
- смысл

и в нарушениях физиологических средств их единения [4, 5]. В совместно-разделенных телесных действиях матери и ребенка мать выполняет функцию означивания и осмысливания (наполнения смыслом) жизненных потребностей и телесных действий ребенка. Только тогда телесные действия ребенка изначально оказываются вписанными в психологическую систему “образа мира”, обретают пятое квазизмерение. Все составляющие жизни имеют проекции в разделах естественно-научных и гуманитарных дисциплин, анализ которых потребует экологической методологии, соответствующей парадигме устойчивого развития.

Методология эколога - это его аксиома, вырабатываемая с учетом более высоких уровней организации жизни, то есть жизни и болезней социума. Основная болезнь 20-го века - тоталитаризм. Без органичного синтеза гуманитарных и естественных наук в форме **аксиомы абсолютной ценности биоразнообразия жизни на земле**, без оформления этой аксиомы, как идеологии, невозможно образование эколога.

Оптимистичным достижением конца 20-го века является преодоление “стадности”. Её разрушают информационные технологии нового века. Информационные технологии не являются сами по себе продуктивными, а становятся ими, когда есть продуктивно мыслящие специалисты. Следовательно, из болезней социальной жизни предложен выход, но выход “очень узкий”. Хотя информационные технологии создают предпосылки для развития ноосферы, однако информационная техника стимулирует физическую обособленность, что противоречит биосоциальной природе человека.

Существуют биологически целесообразные для сохранения вида образцы поведения. У высших живых существ они подкрепляются эмоциональными стимулами. Именно последние определяют поведение животных. В отличие от животных человек способен мыслить абстрактно и произвольно формировать психические состояния, проявляющиеся в изменении физиологических функций. Поэтому исследование и преобразование собственного “индивидуального и неповторимого” организма открывает дверь к разрешению противоречий всё более и более высокого уровня. Биологический инстинкт, оформляющийся под воздействием стадности в групповой эгоизм, является обычным объектом изучения экологии. Находится ли групповое сознание в оппозиции к всеобщим формам осознания основания своего бытия? Экологические заблуждения (пищевые, металлургические) в

истории человека уже приводили к утрате пассионарности народов и закатам империй. Рост неврологических и психических заболеваний в Москве [6, 7] подтверждает неэффективность экономических механизмов. Следовательно, современный информационный этап развития цивилизации предъявляет новые требования к содержательной (смысловой) стороне образовательного процесса и вовлекает в этот процесс специально подготовленных психологов.

Литература:

1. Воробьев Ю. Глобальные проблемы как источник чрезвычайных ситуаций. - Основы безопасности жизнедеятельности, № 2, 1999, с. 10-16.
2. Кобрakov К.И., Кудров А.Н. О постановке дисциплины "Основы токсикологии" при подготовке студентов-экологов. Материалы конференции "Modern problems of organic chemistry, ecology and biotechnology". Луга, 2001, 78-79.
3. Михайлов Ф.Т. Душа страдающего тела. - В сб. Жизнь как ценность: Ин-т философии РАН, 2000, с. 242-268.
4. Гальперин Я.Г., Кудров А.Н., Переверзев Ю.И. Новейшие технологии и авторские методики в лечении, профилактике и реабилитации подростковой наркомании и алкогольной зависимости. - Материалы Всероссийской конференции "Новые информационные образовательные технологии XXI века", Москва, 15-16 мая 2001 г., с. 44-45.
5. Клиническая токсикология детей и подростков. Под ред. И.В.Марковой и др. Санкт-Петербург, Интермедика, 1999, - 400 с.
6. "О состоянии окружающей природной среды г. Москвы в 1997 году. Государственный доклад". - М.: "Прима-пресс", 1998. - 314 с.
7. "О состоянии окружающей природной среды г. Москвы в 1992 году. Государственный доклад". - М.: Московский целевой фонд "Экология и состояние среды обитания", 1993 г. - 168 с.

ОСНОВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ВЛИЯНИЯ НИКОТИНОВОЙ КИСЛОТЫ НА ОРГАНИЗМ. ОСОБЕННОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ОПИЙНОЙ НАРКОЗАВИСИМОСТЬ

И.В.Кравченко

г. Алматы

I. Никотиновая кислота в сравнении с другими витаминами имеет наибольшую фармакологическую активность. Разносторонность терапевтического эффекта НК объясняется сложным характером фармакодинамического действия этого витамина.

Никотиновая кислота и её амид играют существенную роль в жизнедеятельности организма: они являются простетическими группами ферментов – когедразы I (дифофориридиннуклеотида – НАД) и когедразы II (трифосфориридиннуклеотида НАДФ), являющимися переносчиками водорода и осуществляющие окислительно–восстановительные процессы. Когедраза II участвует также в переносе фосфата.

В печени, а также крови и, практически, во всех тканях организма никотиновая кислота претерпевает многократное обратимое превращение в НМН (никотинмононуклеотид) и, далее, в присоединении с АМФ (аденозинмонофосфат) в НАД и после фосфорилирования в НАДФ, под контролем системы киназ и с участием АТФ, НАД и НАДФ принимает активное участие во внутриклеточном метаболизме и процессах тканевого дыхания.

Пиридиннуклеотиды депонируются в паренхиматозных органах, а также в эритроцитах. Метаболиты НК экскретируются почками. Парентеральное

введение НК (в меньшей степени прием внутрь) сопровождается, так называемым, феноменом воспаления, проявляющимся в покраснении лица, ощущением покалывания и жара в коже лица и волосистой части головы, что объясняется массивным высвобождением гистамина НК, расширяет капилляры (без существенного влияния на системное АД), улучшает коллатеральное кровообращение, повышает фибринолитические свойства крови. Ангиотрофическое действие НК складывается из 2-х компонентов: влияние пиридиннуклеотидов на обменные процессы и улучшение кровоснабжения миокарда за счет расширения капилляров и анастомозов. Витамин PP участвует в процессах ассимиляции питательных веществ, синтезе липидов, регулирует рост тканей и состояние кожных покровов НК, обладает гипогликемическим действием. Препарат снижает содержание свободного холестерина в плазме, а также ЛПНП и ЛПОНП при одновременном повышении фракций липидов высокой плотности. По имеющимся данным НК занимает второе место по способности снижать уровень ЛПНП после севастрантов желчных кислот и статинов, а по способности снижать уровень ЛПОНП она превосходит другие известные гиполипидемические средства. НК замедляет прогрессирование и отчасти вызывает обратное развитие атеросклеротических изменений в коронарных артериях.

Препарат оказывает нейротропное действие, влияет на тормозные процессы в ЦНС, способствует закреплению условных рефлексов, улучшает когнитивную деятельность. НК способна потенцировать действие транквилизаторов, нейролептиков, снотворных средств. Суточная потребность в НК у детей от 6-16 мг, у взрослых 13-19 мг, в период беременности и лактации возрастает на 2-5 мг. Дефицит НК приводит к развитию пеллагры, проявляющейся, так называемой, триадой Д: дерматитом, диареей, деменцией. НК применяют при пеллагре, алиментарной дистрофии, в качестве гиполипидемического средства для профилактики и лечения атеросклероза, ишемической болезни сердца. Используется при спазмах сосудов конечностей, головного мозга, при вяло заживающих ранах, невритах лицевого нерва, инфекционных заболеваниях, при желудочно-кишечных заболеваниях, заболеваниях печени, в психиатрической практике в основном для лечения пограничных психических расстройств. В наркологической практике НК применяется при лечении алкоголизма. Препарат является эссенциальным компонентом антиабстинентной терапии, эффективен при белой горячке: включается в схемы метаболической коррекции и восстановительного лечения. Препарат также может улучшать неврологическое и психическое состояние (в том числе когнитивные функции), у больных наркоманией, особенно при наличии энцефалопатии. Лечебные и восполняющие недостаток НК суточные дозы обычно значительно превосходят суточную потребность в ней здоровых людей и находятся в интервале от 10 мг до 3 гр.

II. На базе лаборатории Львовского научно-исследовательского института охраны материнства и детства были проведены исследования направленные на вскрытие основных механизмов влияния НК.

Быстрота появления и кратковременность гиперемической реакции, закономерно сопровождающей введение НК, позволили думать о рефлекторном генезе этой реакции. Были проведены опыты на 30 животных. НК не блокирует рецептивные аппараты, а лишь возбуждает их. Общая депрессорная реакция развивается только при перфузии брызжечных вен. Сосудистая реакция, сопровождающая введение НК является рефлекторной, а ее рефлексогенным полем служат ангиорецепторы портальной системы. Едва ли, однако, всю многосторонность влияния НК можно свести только к рефлекторным реакциям. Давно уже установленная Варбургом и Христианом коферментная активность производных НК, в частности, дифосфоридипнуклеотидов (ДПН), заставило предполагать развертывание её действия в этой плоскости. Произведенные опыты показали, что однократное введение Н.К. в дозе 0,5 мг/1 кг сопровождается

увеличением содержания ДПН в артериальной крови и снижением уровня этого вещества в венозной крови, эти изменения развиваются в первые часы после введения; через 18-20 часов, содержание ДПН в артериальной и венозной крови возвращается к исходному уровню. Тот факт, что артериальная кровь более богата ДПН, чем венозная указывает на утилизацию ДПН тканями в процессе их жизнедеятельности. Анализ полученных данных показал, что кровь, оттекающая от головного мозга, содержит меньше ДПН, чем кровь, оттекающая, например, от мускулатуры. Отсюда были сделаны выводы, что более важное значение НК имеет для функционирования именно головного мозга. Были проведены исследования с участием 40 человек. В этих наблюдениях было установлено, что под влиянием НК упрочиваются ранее не стойкие дифференции, исчезает имевшее место инертное последовательное торможение, перестают проявляться фазовые реакции, а дремотное состояние, наблюдавшееся в ряде случаев, сменяется бодрым. Таким образом, применение НК сопровождается теми характерными признаками, на основании которых можно с уверенностью говорить об усилении и концентрировании внутреннего торможения. Индуктивным следствием усиления внутреннего торможения явились стабилизация и увеличение положительных условных реакций. Положительные изменения условно рефлекторной деятельности отчетливо связываются с фазой гуморальных влияний НК. Более детальное рассмотрение полученных данных показывает, что содержание ДПН в крови возвращалось к исходному уровню уже через 2-3 суток после прекращения витаминизации, в то время как положительные изменения условно-рефлекторной деятельности сохраняются на протяжении 9-10 суток. Это явление едва ли могло быть объяснено гуморальным механизмом. Наблюданная в последствии Н.К. фаза центрально – регуляторного воздействия является неотъемлемым следствием предшествующих гуморальных влияний.

Были сделаны следующие выводы: влияние НК на организм является фазным. Каждая из этих неотделимых друг от друга фаз представляет собой один из механизмов её влияния на организм. Основные из этих механизмов – рефлекторный, гуморальный и центрально-регуляторный. Тесно переплетаясь между собой, создавая в конкретных условиях жизнедеятельности организма то одну, то другую комбинацию действия, эти механизмы и обуславливают то, поистине, удивительное разностороннее влияние, которое отличает НК. Выяснение механизмов влияния никотиновой кислоты на организм выходит за пределы чисто теоретического интереса и приобретает практическое значение, т.к. помогает расчленить сложный комплекс фармакодинамического действия НК и более

направленно использовать каждое его звено. В практическом применении этого вещества вырисовываются определенные направления, связанные с физиологией его действия. Назначение НК для вызывания феномена «воспламенения», определения скорости кровотока, для лечения мигрени, болезни Рейно и во многих других случаях, когда используется сосудорасширяющее влияние этого вещества, основано на эффекте рефлекторной фазы действия. Применение НК как дезинтоксикационного вещества при медикаментозных и других интоксикациях, при заболеваниях печени и поджелудочной железы основывается на интенсификации обменных процессов, т.е. используются эффекты гуморального влияния НК.

Наконец, успех лечебного применения этого витамина в неврологической и, в особенности, в психиатрической и наркологической клинике, а также в спорте, т.е. в тех случаях, когда эффективность оценивается на основании уравновешивания соотношения основных корковых процессов или на основании скорости формирования двигательного навыка – в этих случаях, очевидно, на передний план выступает центрально-регуляторное действие Н.К.

На основании такого представления становятся, с одной стороны, более понятной та широта диапазона, терапевтического действия, которая свойственна НК, а с другой – создаются предпосылки для научного уточнения показаний и её применению.

III. На базе ГНЦМСК г. Алматы в отделении принудительного лечения с 1998 по 1999 г.г. больным, страдающим опийной наркозависимостью,

назначалась никотиновая кислота во время купирования абстинентного синдрома с целью метаболической коррекции и восстановительного лечения в дозах от 10 до 100 мг по схеме. Кроме потенцирования действия транквилизаторов, нейролептиков, снотворных средств, обезболивающих препаратов, что позволило значительно снизить дозировку данных веществ было также замечено, что наблюдается отсроченный эффект, продолжавшийся около 2-х месяцев после окончания терапии никотиновой кислотой, проявляющийся в снижении патологического влечения к опиатам, уменьшению случаев демонстративного поведения, в выравнивании эмоционального фона, повышении мотивации к выздоровлению, улучшению контакта больных с медицинским персоналом и другими пациентами, уменьшение степени конфликтности и повышение комфортности больных. Было проведено предварительное исследование. Проанализировано 94 истории болезни больных опийной наркозависимостью, находившихся на принудительном лечении в ГНЦМСК с 1998 по 1999 г.г.

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

Несомненно, никотиновая кислота может и должна применяться при лечении больных, страдающих опийной наркозависимостью.

Необходимо провести научное исследование с целью подтверждения влияния никотиновой кислоты на психопатологический статус опийного наркомана, повышение количественных и качественных показателей ремиссии и выработка конкретных схем, методик и практических рекомендаций по применению никотиновой кислоты.

ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОМАНИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

А.З.Нургазина, С.К.Букаева,
С.Н.Молчанов, А.М.Идрисова

г. Павлодар

В Казахстане, как и за рубежом, происходит стремительное распространение наркотиков и наркомании среди молодежи, и это связано с одновременным существованием нескольких групп факторов, каждая из которых, взятая в отдельности, отнюдь не является однозначно наркопровоцирующей. Мы имеем в виду особенности возраста, системный кризис общества, снижение жизненного уровня населения и др. Указанные группы факторов, взятые каждая отдельно, скорее создают общую негативную ситуацию детства в Казахстане. Однако их одновременное воздействие и порождает

необычайно благоприятные условия для молодежной наркомании. О вреде наркотиков для здоровья сказано много, однако весьма существенным мы считаем также и то, что употребление наркотических веществ способно оказать существенное влияние на психологическое развитие растущего субъекта, сделать невозможным приобретение им навыков владения жизненными ситуациями и достижение эмоциональной зрелости.

Подростковый период - определенный отрезок жизни между детством и зрелостью. В западной культуре он постоянно удлиняется, и полного

согласия по поводу сроков его начала и завершения нет. Обычно подростковый период рассматривается как промежуточная ступень между детством и взрослой жизнью, причем проходит он для каждого по-разному и в разное время, но, в конце концов, большинство подростков обретают зрелость. В этом смысле подростковый период можно уподобить переброшенному между детством и зрелостью мосту, по которому каждый должен пройти, прежде чем стать ответственным и творческим взрослым человеком (Филип Райс, 2000 г.).

Именно подростковый возраст представляет собой период особой концентрации конфликтов, часто приводящий к различным поведенческим отклонениям, таким как деликатность, агрессивное поведение, проживание в особой культуре (например, в религиозной секте), наркомания, суициды. На консультацию к специалисту приходят в тот момент, когда конфликты в семье наиболее выражены и из-за них у детей происходит дезадаптация в школе, нарушается общение со сверстниками и значимыми взрослыми.

И в связи с этим становится актуальным вопрос о создании программ профилактики наркомании в подростковом возрасте.

Первичная профилактика в наркологии располагает двумя основными методами – системой запретов и наказаний и санитарным просвещением (Личко А.Е., Битенский В.С., 1991; Братусь Б.С., 1974). Вспомогательным, но важным приемом является выявление контингентов высокого риска аддиктивного поведения.

При всей необходимости системы запретов для профилактики аддиктивного поведения у подростков только этой системой ограничиваться невозможно, так как - либо она оказывается недостаточно эффективной, либо вовсе недействительной. Санитарное просвещение предназначено разъяснить, какой вред для здоровья, для будущего, в целом, наносит злоупотребление алкоголем, наркотиками и другими токсическими веществами. Однако субъективная цена собственного здоровья в определенной части нового поколения подростков заметно упала – все более активной становится проблема саморазрушающего поведения (Попов Ю.В., 1987).

Информация о вреде злоупотребления алкоголем в глазах подростков приходит в явное противоречие с массовым распространением пьянства среди взрослых. В отношении наркотиков, вред их употребления, как правило, подростками легко признается, опасность стать наркоманом легко допускается. Большую часть подростков эта угроза удерживает от злоупотребления. Однако широкое распространение сведений о наркотиках может у другой части подростков пробудить и нездоровый интерес. Предполагается информировать подростков лишь о том, что встречается в данном регионе, и

раскрывать только вред для здоровья, лишение перспектив в спорте и выборе престижных профессий (Энтин Г.М., 1987).

Важным направлением, обеспечивающим профилактическую работу, являются научные исследования, предпринятые с целью выяснения факторов, способствующих эффективности профилактической работы, и препятствующих или затрудняющих ее. Так, во многих работах приведены наиболее существенные позитивные факты, относящиеся к этой области:

1. Большинство случаев алкоголизации и приема наркотиков относится к подросткам мужского пола.

2. Хорошие отношения между членами семьи подростка являются наиболее адекватным фактором профилактики поведения.

3. Родительская настороженность в отношении этих проявлений является хорошим предупреждающим условием.

4. Мероприятия профилактического характера, осуществляемые учителями, оказываются сравнительно менее действенными.

5. Подростки склонны считать, что в случае возникновения в их жизни каких-либо проблем, более целесообразно искать поддержки у своих друзей и только потом у родителей.

В другом исследовании была предпринята попытка выяснить источники, из которых подростки получают информацию о наркотиках, наркомании и токсикомании (Гульдан В.В., Романова О.А. и др., 1989).

Было выявлено 5 источников, которые приводятся ниже в порядке убывания частоты их упоминания:

- художественные и документальные фильмы;
- телепередачи;
- книги и брошюры;
- газетные и журнальные статьи;
- беседы со взрослыми;
- рассказы старших ребят и сверстников.

Одним из перспективных направлений профилактической работы является выявление групп риска. Описаны три группы риска по типу обуславливающего фактора: биологическая, психологическая, социальная. Эти группы выделяются с целью дифференциальной профилактики (Радченко А.Ф., 1989).

Выявленный контингент высокого риска должен стать объектом пристального внимания. Превентивные меры сводятся к санитарному просвещению, а на пути воспитательном основываются на опеке, наставничестве и наказаниях (Личко А.Е., Битенский В.С., 1991). Поиск «новых идеалов» осуществляется в гораздо меньшей степени. Следует заметить, что некоторые подростки из контингента высокого риска нуждаются не столько в опеке старших, сколько в поддержке сверстников.

Заслуживает внимания в этом отношении американский опыт создания специальной разветвленной организации «Алатин», объединение подростков-детей алкоголиков и действующей под эгидой организации «Анонимных алкоголиков». В группе своих сверстников с той же семейной бедой подростки учатся лучшему пониманию проблем их родителей и лучшим способам справиться с этими проблемами (American Psychiatric Glossary, 1988).

Аддиктивная стратегия взаимодействия с действительностью приобретает все большие масштабы. Сложившаяся в нашем обществе традиция борьбы с последствиями не решает проблему должным образом. Борьба с последствиями требует огромных затрат: физических, моральных, финансовых. Само по себе избавление от алкогольной или наркотической зависимости еще не означает полного исцеления. К сожалению, недооценивается разрушительный характер общих для всех видов аддиктивного поведения механизмов, в основе которых лежит стремление к уходу от реальности. Эти механизмы не исчезают со снятием зависимости. Избавившись от одной зависимости, человек может оказаться во власти другой, потому что неизменными остаются способы взаимодействия со средой. Молодое поколение заимствует эти образцы. Образуется замкнутый круг, выйти из которого очень непросто. Детское аддиктивное поведение – явление довольно распространенное. Но уделять внимание важно не только крайне тяжелым формам этого явления. Большого внимания требуют к себе те, чей уход от реальности пока еще не нашел своего яркого выражения, кто только начинает усваивать аддиктивные паттерны поведения в трудных столкновениях с требованиями среды, кто потенциально может оказаться вовлеченным в разные виды аддиктивной реализации.

Профилактика аддиктивного поведения особую значимость приобретает в подростковом возрасте. Во-первых, это нелегкий кризисный период развития, отражающий не только субъективные явления процесса становления, но и кризисные явления общества. А во-вторых, именно в подростковом возрасте начинают формироваться очень важные качества личности, обращение к которым могло бы стать одной из важнейших составляющих профилактики аддикции. Это такие качества как стремление к развитию и самосознанию, интерес к своей личности и ее потенциалам, способность к самонаблюдению. Важными особенностями этого периода являются появление рефлексии и формирование нравственных убеждений. Подростки начинают осознавать себя частью общества и обретают новые общественно значимые позиции; делают попытки в самоопределении.

Этапами профилактической деятельности могут стать следующие составляющие:

• **Диагностический**, включающий в себя диагностику личностных особенностей, которые могут оказать влияние на формирование аддиктивного поведения (повышенная тревожность, низкая стрессоустойчивость, неустойчивая я-концепция, низкий уровень интернальности, неспособность к эмпатии, некоммуникабельность, повышенный эгоцентризм, низкое восприятие социальной поддержки, стратегия избегания при преодолении стрессовых ситуаций, направленность на поиск ощущений и др.), а также получение информации о положении ребенка в семье, о характере семейных взаимоотношений, о составе семьи, о его увлечениях и способностях, о его друзьях и других возможных референтных группах.

• **Информационно-просветительский** этап, представляющий собой расширение компетенции подростка в таких важных областях, как психо-сексуальное развитие, культура межличностных отношений, технология общения, способы преодолевания стрессовых ситуаций, конфликтология и собственно проблемы аддиктивного поведения с рассмотрением основных аддиктивных механизмов, видов аддиктивной реализации, динамики развития аддиктивного процесса и последствий.

• **Тренинги личностного роста** с элементами коррекции отдельных личностных особенностей и форм поведения, включающие формирование и развитие навыков работы над собой.

Профилактика аддиктивного поведения должна коснуться всех сфер жизни подростка: семьи, образовательной среды, общественной жизни, в целом.

В семье для подростка значимыми факторами являются эмоциональная стабильность и защищенность, взаимное доверие членов семьи. Подросток нуждается в умеренном контроле его действий и умеренной опеке с тенденцией к развитию самостоятельности и умения принимать ответственность за свою собственную жизнь. Роберт Т. и Джина Байядр в связи с этим пишут: "...поражает контраст между теми детьми, которые сопротивляются "чрезмерному" контролю родителей, и теми, кто не делает этого. Иногда способный ребенок оказывается настолько зависимым от решений, принимаемых родителями, что достигает зрелости совершенно неготовым к самостоятельной жизни" (Байядр Р.Т., Байядр Д., 1995).

В сфере образования необходим пересмотр некоторых подходов в воспитании и преподавании учебных предметов. В связи с проблемой аддиктивного поведения актуальны такие стороны школьной жизни, как адекватная учебная нагрузка детей, приданье особой значимости личностному аспекту, касающемуся и детского, и педагогического контингента. Целесообразно включение в образовательный цикл предметов, интегрированных курсов, спецкурсов и факультативов, направленных

в своем содержании на расширение объема знаний о реальной жизни (см. информационно-просветительский этап профилактической деятельности и этап тренингов личностного роста). Данная информация необходима для обретения свободы выбора, для развития адаптивных способностей и понимания важности умения жить в реальной жизни и решать жизненно-важные проблемы без страха перед действительностью, и пользуясь разнообразными активными стратегиями преодоления стресса.

Полноценная профилактика аддиктивного поведения невозможна без участия в ней средств массовой информации – авторитетного и популярного пропагандистского органа. На представителей этой мощной индустрии должна быть возложена моральная ответственность за качество информационной продукции и за ее содержание. В печатных изданиях и телевизионных программах информация для подрастающего поколения в настоящее время носит, в основном, развлекательный характер. Дети воспринимают средства массовой информации, особенно телевидение, только как развлечение, что может уводить их от проблем реального мира, в целом, и проблем подросткового возраста, в частности.

В подростковом возрасте “решающее значение приобретает стремление детей найти свое место в

обществе” (Фельдшайн Д.И., 1995). “Подростки стремятся определить свое место в жизни, активно ищут идеал – “делать жизнь с кого?” (Фельдшайн Д.И., 1995). В связи с этим, очень важно, какие образцы поведения предлагает общество. В общественной жизни большую роль может играть система психологической и социальной поддержки подростков, обеспечивающая помочь молодому поколению в становлении, в здоровом удовлетворении потребностей.

Литература:

1. Байярд Р.Т., Байярд Д. – *Ваш беспокойный ребенок*. - М: Семья и школа, 1995.
2. Филип Райс «*Психология подросткового и юношеского возраста*»- М., 2000 г.
3. Ведищева М.М, Рыбакова Л.Н., Цеплин Г. «*Принципиальные вопросы проведения антинаркотической профилактики среди детей*».
4. Личко А.Е., Битенский В.С. «*Подростковая наркология*». Л., Мед., 1991 г.
5. Попов Ю.В. «*Психологические исследования и психотерапия в наркологии*». Л., 1989 г.
6. Фельдшайн Д.И. «*Проблемы возрастной и педагогической психологии*». – М., 1995 г.

ОБЪЕКТИВНЫЕ КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ВЛЕЧЕНИЯ К ПСИХОАКТИВНЫМ ВЕЩЕСТВАМ

А.Ю.Толстикова

г. Алматы

На современном этапе изучения проблемы зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) все чаще встречаются сообщения о применении унифицированных оценочных шкал (rating scales). Клинические оценочные шкалы, отражающие степень выраженности влечения к ПАВ, необходимы, чтобы, с одной стороны, иметь возможность статистически достоверно обрабатывать полученный материал, а с другой - избежать субъективной проекции в оценке степени влечения к приему ПАВ.

Необходимость глубокого и детального исследования, связанного со всеми уровнями (клиническим, клинико-психологическим и психометрическим) диагностики степени выраженности влечения к ПАВ обусловлена рядом причин:

1. Значительная теоретическая и практическая значимость проблемы влечения к употреблению ПАВ.

2. Учет специфики психодиагностики выраженности влечения к ПАВ. Данный фактор включает в себя установление в анамнезе пациента самого факта влечения к ПАВ. На этом этапе происходит

актуализация индивидуального опыта в потребности к наркотическому веществу.

В мировой психиатрической практике используется разнообразный комплекс специальных клинико-психологических и психометрических методик. Основным клинико-психологическим методом выступает структурированное клиническое диагностическое интервью-СКИД (SKID-Structured Clinical Interview for DSM) и клиническая диагностическая шкала (CAPS-Clinical-administered PTSD Scale). СКИД включает ряд диагностических модулей (блоков вопросов), обеспечивающих диагностику психических расстройств (аффективных, вызванных употреблением ПАВ).

Целью нашей работы явилось изучение степени выраженности влечения к ПАВ по диагностическим критериям «потребность влечения к наркотикам» (ПВН) по Иванцу Н.Н. В соответствии с поставленной целью было обследовано 188 больных с депрессивными реакциями в структуре зависимости от ПАВ. Из них, 87 пациентов с алкоголизмом, 86 больных с наркоманией, 10 пациентов

составили группу с сочетанным приемом алкоголя и наркотических веществ, у 4 человек отмечалось влечение к летучим веществам и психоактивным мулиторам, 1 больной - с зависимостью к седативным и снотворным средствам. Из них 163 - мужчины и 25 женщин в возрасте от 12 до 72 лет, средний возраст 32,3 года. Диспропорция по половому признаку составляла контингент больных на момент обследования.

Работа проводилась на базе Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии (г. Алматы), Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (г. Павлодар), Государственно-го научного центра медико-социальной коррекции (г. Алматы), областного центра наркологии (г. Павлодар), в клинике «Ак-ниет» (г. Алматы).

При анализе диагностических критериев степени выраженности к ПАВ преобладали следующие из них:

1. Наличие мыслей о желании употребить наркотик. Периодически возникающие мысли о наркотике отмечены у 145 пациентов. Постоянные, достаточно интенсивные мысли о наркотике, не поддающиеся волевому усилию, выявлены у 29 больных. 14 пациентов говорили вообще об отсутствии мыслей употребить психоактивное вещество.

2. Группа аффективных нарушений в структуре диагностических критериев ПВН включала в себя снижение настроения. Преобладало заметное снижение аффекта, диагностируемое не только по предъявляемым жалобам, но и на невербальном уровне (выражение лица, поза, мимика). Данные проявления отмечались у 178 обследованных пациентов. У 10 больных преобладала тоска, пациенты сами предъявляли жалобы на состояние тоски, тревоги. Данная группа аффективных нарушений объективизировалась использованием шкалы депрессивной симптоматики М.Гамильтонса, собственной оценочной шкалы для определения степени выраженности депрессии, а также, шкалы тревоги.

3 критерий предполагал оценить **нарушение функции сна в динамике**. Преобладали много-кратные пробуждения в течение ночи с последующим долгим засыпанием (180 пациентов), у 8 больных отмечалось позднее мучительное засыпание.

Нарушение сна играет существенную роль в диагностике ПВН. Как правило, эти симптомы появляются одними из первых при обострении ПВН, всегда говорят о достаточно глубине нарушений. Диагностическая ценность данного критерия возрастает при длительно (в течение нескольких дней) существующих нарушениях сна, трудно поддающихся медикаментозной коррекции.

4. Оценивались **поведенческие (психопатоподобные) расстройства**. На проявление поведенческих нарушений оказывает влияние индивидуальный

личностный радикал, поэтому данные нарушения трудно поддаются ранжированию. Однако в данной группе преобладали общие характерные признаки: просьбы о дополнительных назначениях, недовольство режимом в отделении, оговоривание сроков выписки (у 184 пациентов). У 4 больных отмечалась враждебность, агрессивность, негативизм.

5. Соматовегетативные нарушения. Регистрировались следующие их проявления:

- потливость;
- бледность кожных покровов;
- колебания пульса и артериального давления;
- сердцебиение;
- дрожь;
- респираторные симптомы;
- болевая симптоматика (у всех пациентов).

6. Сновидения. Являются своего рода маркером обострения ПВН. Преобладали единичные сновидения, повторяющиеся в течение нескольких дней (186 больных). Многократно повторяющиеся (в течение нескольких дней) отмечались у 2 пациентов.

7. Установка на лечение. Оценивалась по критерию: есть или нет. Преобладала положительная установка на лечение (179 пациентов), формально-вынужденная регистрировалась у 9 больных.

8. Критика к болезни. Оценивалась по критерию: есть или нет. Полная критика отмечена у 180 пациентов. Частичная критика - у 8 больных.

В данной шкале такие категории, как критика к болезни и установка на лечение, не ранжируются, однако диагностика нарушений в этой сфере дает более полное представление о тяжести общего психического состояния пациента.

Согласно диагностическим критериям ПВН 1-4 - «большие пункты», 5-8 -«малые» диагностические критерии. Для диагностики выраженности влечения к ПАВ достаточно 3 «больших» или 2 «больших» и 2 «малых» критериев. По данным нашего исследования степень выраженности к ПАВ по шкале Иванца Н.Н. носит «сильно выраженный характер». Наличие мыслей употребить наркотик было достаточно актуальным. В клинической картине преобладали аффективные нарушения, нередко сопровождавшиеся тревогой, которая проявлялась в аморфной настороженности, беспричинных опасениях, озабоченности, нервозности, напряженности, неспособности расслабиться, что отражалось на общем поведении и общении.

Таким образом, исходя из полученных данных, можно сделать вывод о том, что методы стандартизированной психиатрии в работе с больными, страдающими зависимостью от ПАВ, представляют интерес не только в плане установления диагноза, но и в плане оптимизации психокоррекционных и реабилитационно-восстановительных мероприятий, проводимых с пациентами.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ С ПОЗИЦИИ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

(обзорная статья)

А.Ю. Толстикова

г. Алматы

В связи с достижениями биологии, химии, молекулярной генетики значительно расширились возможности изучения клеточных и молекулярных механизмов развития пристрастия к психоактивным веществам (ПАВ).

При изучении этиологии и патогенеза алкоголизма и наркомании большое внимание уделяется особенностям внутренней среды организма. Именно в связи с этим в последние годы ведется интенсивное изучение механизмов взаимодействия ПАВ и эндогенных (генотипических) факторов. На современном этапе изучения проблемы зависимости от ПАВ важно понять природу этого взаимодействия, определив, в частности, количественный вклад в развитие алкоголизма и наркомании средовых факторов, с одной стороны, и генотипических, с другой. Развитие методов анализа взаимодействия средовых и генетических факторов привело к возможности его количественной оценки. Один из наиболее простых вариантов такого анализа может быть представлен в следующем виде:

$$P = \frac{1}{1 + e^{-L}}, \text{ где } P - \text{вероятность заболевания, } e - \text{средовые факторы, } L - \text{подверженность заболеванию}$$
 (Devor E.J., 2000).

Оценивая различные модели наследования алкоголизма и наркомании, можно предполагать, что наиболее адекватной из них является мультифакториальная модель. Вместе с тем все более очевидным становится высокая степень клинической и генетической гетерогенности алкоголизма. Например, показано, что существует определенная форма алкоголизма, предрасположение к которой наследуется сцепленно с X-хромосомой. Анализ наследования различных клинических признаков алкоголизма показал, что вклад наследственных факторов в формировании разных параметров болезни неоднозначен. Например, такой признак алкоголизма, как «частота приема алкоголя» характеризуется коэффициентом наследуемости $h^2 = 0,39$. Сходная величина 0,43 установлена для признака «количество» потребляемого алкоголя конкретным больным. Это свидетельствует о том, что вклад генетических факторов в вариабельность этих двух признаков существенен (Кумарев В., Яковлев А., 1999).

Немаловажную роль сыграли данные, полученные с использованием близнецового метода. Было показано, что конкордантность монозиготных близнецов по употреблению ПАВ выше, чем дизиготных. Различия во внутрипарном сходстве монозиготных и дизиготных близнецов отмечены и по

некоторым характеристикам потребления ПАВ, например, по частоте и регулярности, объему, способности контролировать и прекращать прием (Partanen J.K., Bruun K. et al., 1996). Показано, что потребность в ПАВ возникает в рамках генетически детерминированной индивидуальной нормы реакции в конкретных условиях внешней среды, включая социальные условия. Генетические исследования позволяют оценить вклад генотипических различий между индивидами в различия их фенотипов по подверженности к зависимости от ПАВ.

Употребление ПАВ во многих случаях является формой борьбы со стрессом, который может возникать как реакция на внешние воздействия, так и в ответ на эндогенный дисбаланс систем организма или эндогенные нарушения гомеостаза (Tarter R.E., Alteman A.I., Edwards K.L., 1985).

Данные биологических механизмов тревоги, депрессии говорят о том, что в их основе лежат нейрохимические процессы, связанные с функцией биогенных аминов, нейрогормонов, нейропептидов и их рецепторов, цитокинов. Важную роль в возникновении страха, тревоги, депрессии могут играть гипофизарные гормоны (вазопрессин, окситоцин), производные про-опиомеланокортина (АКТГ, β -липотропин) и продукты их дальнейшего процессинга-меланоцитстимулирующий гормон и эндорфины (Van Ree J.M., 1986). В последнее время по литературным данным особое значение в регуляции поведенческих функций отводится нейропептидам с опиатоподобным действием - эндорфинам и энкефалинам и их взаимодействию с опиатными рецепторами, которое не ограничивается опиатными рецепторами. Эффекты δ -эндорфина регулируют деятельность многих функций нервной системы и эмоциональный статус, копируются наркотическими веществами, однако их потребление приводит к развитию физической зависимости.

В ряде фундаментальных работ показана важная роль нейропептидов в этиологии, патогенезе и клинике наркомании и алкоголизма (Э. Коста, М. Трабукки, 1987). При обследовании больных наркоманией выявлено, что употребление героина приводит к подавлению высвобождения лутеинизирующего гормона из гипофиза. Это сопровождается вторичным снижением уровня тестостерона в плазме. Предполагают, что противотревожное и антидепрессивное действие наркотических средств, снижение полового влечения и напряжения являются важными компонентами в развитии наркомании. Пока остается дискуссионным вопрос,

обусловлены ли субъективно переживаемые эффекты непосредственно подавлением уровня лютеинизирующего гормона и тестостерона или же они связаны с воздействием наркотических средств на гипоталамические механизмы, контролирующие высвобождение лютеинизирующего гормона (Mirin S.M., Meyer R.E., Mendelson J.H. et al., 1989).

Комаревцева И.А., Белоус Ю.А. изучали содержание в плазме β -эндорфина, адренокортикотропного гормона (АКТГ) у больных с различными стадиями алкоголизма, токсикоманий, наркоманий, а также у здоровых доноров. Содержание β -эндорфина в плазме изменялось параллельно с АКТГ у больных всех групп. У больных хроническим алкоголизмом 1-2 стадии имелась тенденция к снижению этих показателей, а у больных 3 стадией, токсикоманиями, наркоманиями снижение было достоверным и довольно значительным (в 3-4 раза). Авторы пришли к выводу, что односторонняя динамика изменения содержания β -эндорфина и АКТГ в плазме при различных стадиях хронической алкоголизации, токсико-, наркоманий, свидетельствует о тесной генетической связи эндогенных пептидов с гормонами гипофиза, об общности патофизиологических механизмов формирования алкогольной и наркотической зависимости.

Сформулировано положение о патогенетики общих механизмах развития депрессии и алкоголизма (Нуллер Ю.А., Остроумова М.Н., Бережная В.А., 1981). Восстановление реакции коры надпочечников на дексометазон совпадает по времени с нормализацией клинического состояния больных алкоголизмом, что свидетельствует о большом значении гипофизарно-адреналовой системы для формирования алкогольной зависимости.

Показаны сложные взаимодействия между АКТГ и наркотиками. Основной причиной этого является двойственность свойств АКТГ, являющегося одновременно нейрогормоном с четко выраженным механизмом периферического контроля адреналового стероидогенеза и нейропептидом, ответственным за контроль таких сложных форм высшей нервной деятельности, как агрессия, страх, депрессия.

В последнее время среди исследователей, занимающихся биологическим обоснованием влечения к ПАВ, возрос интерес к пролактину, что связано с его участием в регуляции секреции нейромедиаторов, прежде всего, дофамина и серотонина. Нарушения секреции пролактина, выявленные при исследовании крови больных, отражают изменения обмена нейромедиаторов в мозге и позволяют приблизиться к расшифровке центральных механизмов влечения к ПАВ.

Данные литературы свидетельствуют о том, что при хронической алкогольной интоксикации отмена этианола или снижение его содержания в организме способствуют декомпенсации не только

системы гипоталамус-гипофиз - кора надпочечников, а также вследствие токсического воздействия алкоголя и его метаболитов наступает нарушение функций эндокринных желез (Maimdar S.K., Thompson A.D., 1980, Van Thiel D.H., 1980).

Участие нейрогормонов в патогенетическом механизме возникновения алкоголизма свидетельствуют о возможности включения гормональной терапии в комплекс лечебных мероприятий при этом заболевании. Имеются сообщения о высокой эффективности кортикотропина в лечении абстинентного синдрома, в картине которого доминируют астенические проявления соматоинтоксикационного генеза (Тихомиров С.М., Бахорев В.Д., 1986).

Показано, что под влиянием дофаминстимулирующих препаратов (α -ДОФА, парлодел) или ГАМК-блокирующих средств (пикротоксин) у больных алкоголизмом, находящихся в трезвом состоянии, наряду с нормализацией нейрогормональных показателей наблюдается подавление влечения и снижение толерантности к алкоголю. В состоянии алкогольной абстиненции хороший терапевтический эффект давали препараты, блокирующие дофаминэргическую систему или стимулирующие ГАМК-эргическую систему (предназолона гемисукцинат, аминалон, лития оксибутирят). Эти препараты не только нормализовывали нейрогормональные показатели, но и одновременно способствовали улучшению клинического состояния больных.

В последнее время высказывается точка зрения, что физическая зависимость от ПАВ представляет собой особую форму общего адаптационного синдрома (стресса), возникающего в рамках нормы реакции индивидуального генотипа на взаимодействие ксенобиотиков или их метаболитов с рецепторами эндогенных соединений, входящих в систему регуляции поведенческих характеристик и эмоционального статуса (наркотикоподобные соединения-НПС).

Рассматривая вопрос о вариабельности подверженности развитию физической зависимости от этианола, необходимо учитывать специфические переменные. В число этих переменных входят факторы, детерминирующие метаболизм этих соединений, как в условиях острого воздействия этианола, так и при хроническом его применении. Так, показано, что индивидуальная вариабельность, обусловленная аллелизмом соответствующих генов, может быть связана: с существованием изоферментов алкогольдегидрогеназы, с изоферментами каталазы, с вариабельностью активности микросомальной этианолокисляющей системы.

Комбинации вариантов этих переменных могут составить основу большого разнообразия фенотипов по признаку «подверженность алкоголизму». Фенотипическая изменчивость представляется еще

большой, если учесть уровень интеллекта (в вариабельность которого большой вклад вносят различия индивидуальных генотипов и который отчасти может определять отношение к алкоголю) и разнообразие внешнесредовых условий, эффект которых также зависит от индивидуальной, генетически детерминированной нормы реакции.

Таким образом, при наличии доступа к алкоголю один из фенотипов будет отличаться наличием высокой генетической предрасположенности к алкоголизму. На психологическом уровне такая предрасположенность проявляется в том, что в обычных или даже благоприятных условиях внешней среды у индивидуумов данной группы наблюдается персистирующая дисфория, описываемая как «минимальная дисфункция мозга» в детстве и как «социопатия» в старшем возрасте.

Для реализации данного фенотипа в зависимость от алкоголя необходим не только доступ к

этанолу, но и наличие высокой исходной толерантности к этому агенту, определенный уровень образования эндНПС, степень пролиферации рецепторов.

Маркер подверженности алкоголизму должен представлять собой сумму признаков, выражено ассоциированных с наиболее значимыми детерминантами вариабельности подверженности. Обнаружение каждой из таких ассоциаций свидетельствует о возможности установления сцепления при выделении генетически гомогенных групп фенотипов.

Таким образом, выявление ведущего патогенетического звена зависимости от ПАВ, разработка методов профилактики и рациональной терапии алкоголизма и наркомании - актуальная задача современной наркологии. Обзор литературных данных показывает, что решение этой задачи должно учитывать роль нейроэндокринных, иммунологических, генетических механизмов в патогенезе заболевания.

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

ПРОБЛЕМЫ ТРАНССЕКСУАЛИЗМА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

С.Ж.Жантасова, А.Б.Айтбембетова

Транссексуализм заключается в несоответствии психического чувства собственного пола и морфобиологической структуры тела, а также социального пола, которые воспринимаются как нечто «чуждое», принадлежащее противоположному полу. В связи с этим, а также с отвращением к собственному телу, принадлежащему противоположному полу, такие люди испытывают значительные страдания и стремятся возвратить себе тело, принадлежащее их полу, и жаждут признания их обществом в роли, соответствующей чувству собственного пола.

Нами, врачами обследованы, пролечены и, по их желанию, откомиссованы пациенты, которые хотели сменить пол (данные наблюдения проводились за 2001 и 2002 годы).

Пациент Г. 1972 г.р. обследовалась в марте 2001 года с диагнозом: «Транссексуализм, нарушение идентификации пола». В анамнезе первое сознание себя противоположным полом (мужским) появилось в 3,5 года. Играла только с противоположным полом (мальчишками). Одевалась в мальчишескую одежду, просила родителей называть ее мужским именем Алексей. В школьные годы собирала велосипеды, носила постоянно мужскую одежду, общалась в основном с противоположным полом, находила с ними общее понимание, были общие интересы. Когда впервые стали появляться вторичные половые признаки, молочные железы, ощущала дискомфорт, так как себя олицетворяла и соотносила лишь к мужскому полу. Когда пришли менструации в 12 лет - это ее угнетало, хотела, чтобы их не было. Перенесла болезнь Боткина, лечилась стационарно, также оперирована под общим наркозом из-за травмы. После окончания школы поступила в дорожно-транспортный институт, который успешно закончила в 1995 году. Учась в институте, познакомилась со своей будущей «супругой», с которой по настоящее время проживает в гражданском браке. В 1999 году искусственно проведено оплодотворение донорской спермой в центре репродукции человека. Оплодотворилась клетка нашей обследуемой донорской спермой, а вынашивалась беременность ее гражданской супружной. Ребенок родился из двойни с весом 2300 гр., рост 49 см. По дому наша больная полностью выполняет мужскую функцию. В мае 2001 года осознала серьезность операции по смене пола и поступила в РКПБ на обследование по смене пола. Обследуемая находилась в отделении около 4 мес., дано заключение

«Транссексуализм, нарушение идентификации пола». Рекомендовать Г. для смены социального (паспортного) пола вопрос о возможности смены ее биологического пола, рассмотреть после смены социального пола.

Пациент Ф. во 2 отд. поступает впервые в жизни по направлению ОМКО на обследование с диагнозом «Транссексуализм, нарушение идентификации пола».

Из анамнеза известно, что в раннем детстве любила заниматься с конструктором, складывать кубики, забивать гвозди, играть в подвижные игры, в основном, играть с мальчишками. В девичьи игры с раннего детства вообще не любила играть, не было кукол. Хорошо стала себя осознавать в 5-6 лет, когда одевали в платье, завязывали бантики на утренники, протестовала, плакала, закатывала «истерики», срывала бантики, отказывалась одеваться. Во время игры дети ей дали прозвище «Сеня». Отмечает, что первая влюбленность отмечалась в 5-6 летнем возрасте. Влюбилась в «Марину», которая была очень красивой, с соломенными волосами, в нее влюблялись все мальчишки. Заступалась за нее, целовала ее в щеку, но чувство никогда не раскрывала. В школу пошла в 7 лет, училась на 4-5, большое предпочтение отдавала геометрии, физике, химии, любила литературу, физкультуру, с 3 класса занималась в музыкальной школе по классу фортепиано, но одновременно любила заниматься гандболом. В школьные годы оставалась активной, живой, подвижной, была лидер, комсорг в классе и школе, отличалась волевым целеустремленным характером, присущ был большой максимализм. Менструальный период с 12-13 лет, месячные были болезненные, иногда обильные, иногда нет, не всегда в срок - встретила с удивлением и с испугом, испытывала отвращение, «как будто какие-то нечистоты». В этот период стали увеличиваться молочные железы, отношение было как к чужому - «со мной не должно это происходить». В 13 летнем возрасте впервые занималась петтингом с девочкой в течении 6 мес., в последствии эта девочка уехала. В этом возрасте одевается в мужскую одежду, а женские платья оставляет нетронутыми. Первая интимная близость была в 14 летнем возрасте с девочкой 16 лет по обоюдному согласию. Испытала оргазм впервые - было приятно, расслабленность, эти отношения продолжались 3 мес. После школы в 1990 году поступила в институт Искусств в г. Бишкеке, успешно закончила в

1995 г. по специальности дизайн интерьера, художественный оформитель. С первого по третий курс прожили с девушкой, которую очень любила, была большая любовь, прожили в гражданском браке, выполняла наша обследуемая мужскую роль: зарабатывала деньги, подрабатывала, дарила подарки, помогала, оберегала ее. Практически, пока проживали, интимная близость была регулярной. В 19 лет в 1994 году узнала о возможности коррекции смыны пола. Попытались рассказать родителям, но должной поддержки не получили, а, наоборот, мать ее партнерши их разлучила, выдав ее замуж. Очень глубоко переживала по этому поводу, были случайные связи, но радости не испытывала, плохо спала, была подавленной. Близкие друзья обращались к ней как к мужскому полу, называли Савелий.

После госпитализации проведено полное обследование и дано заключение: Психических расстройств не выявлено за исключением нарушения половой идентификации.

Пациент К. 1983 г.р. в 2 отд. РКПБ поступает впервые. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. До 16 лет потерял и отца и мать - оба умерли своей смертью. С 2-х летнего возраста проживает в городе Алматы. Помнит, что с этого возраста просил одеть ему девичье платье, хотелось играть в куклы. В детском саду называл себя девочковым именем - Ларисой, Ингой, Ирой, красил губы шоколадными конфетами, красовался перед зеркалом, говорил, что выйдет замуж за Сашу. Во дворе также играл только с девочками в игры типа дочки-матери, домики. В школу пошел в 7 лет. В начальных классах ходил в школьной форме, продолжал дружить в основном с девочками, во 2 классе нравился одноклассник Виталик. С 5 класса стал отращивать волосы, чтобы путали на улице «девочка это или мальчик?», была школьная подруга Рита. С ребятами в классе проблем не было, они его не трогали, а оберегали, интереса в общении с ними также не испытывал. Во дворе был лидером, нравилось быть в центре внимания. Любимые занятия - пение, нравилось посещать цирк. В мечтах всегда видел себя либо красивой актрисой цирка, либо стюардессой, нравились красочные мероприятия. Ломку голоса отрицает, эрекция с 13-14 лет, полюций не было. К 15 годам отрастил волосы, мечтал быть похожим на одну знакомую матери, выбирал себе подходящее имя. Мама и бабушка, видя изменения в поведении, никогда не осуждали его. С 15 летнего возраста стал выглядеть как девушка, носить женскую одежду. Чтобы скрыть половой член - тугое бельё. В поведении вел себя как девушка, принимал ухаживания со стороны молодых парней, нравилось, когда его принимали за девушку. Однажды, одев женское платье,

пошел в парк, где его чуть не изнасиловали. Шел себе одежду сам, выбирая в основном брючные комплекты. В 11 классе вышел на работу на радио. Стал встречаться с молодым мужчиной. 4 месяца отношения носили платонический характер, затем вступили в половую связь (оральный и анальный секс), еще 4 месяца мужчина не догадывался, кто его партнерша. Но, узнав об этом, отношения не разорвались, продолжали встречаться - в общей сложности 1 г. 8 мес. Со слов больного оргазма не испытывал. Работая на радио с собственным проектом, приобрел псевдоним Д. с 16 лет. В 2000 г. его голос признан лучшим женским голосом Казахстана. В 2000 году комиссован в военкомате. С 2001 года работает параллельно в модельном агентстве фотомоделью и макензией. Работа нравиться, отношения с коллегами ровные. Пытается записать песни на радиостанции. Встречался еще с двумя мужчинами, которые знали, что он - транссексуал. Мечтает получить высшее журналистское образование, сменив паспортный пол, решить материальные проблемы.

Был осмотрен комиссией психиатров, дано заключение, что психическое состояние характеризуется гипоманией с идеями транссексуализма.

Приведенные примеры - лишь небольшая часть подобных пациентов, пронаблюдавшихся в отделение неврозов. Из числа обследованных заключение ставились как вялотекущий процесс, психопатоподобное состояние, ядерная форма транссексуализма, даже были формы шубообразной шизофрении. Соответственно этому давалось разрешение или нет. Поэтому были повторные комиссии. Иногда проблемы ограничивались материальной стороной. Но лечение, как правило, результата не имело. Поэтому соответствующие выводы тоже неординарны, как бы хочется помочь этим людям, так как у них затруднена адаптация в людской среде, не осуществляются их жизненные планы, появляются со временем другие неудовлетворенности. В последнее время такая категория пациентов обращается к нам, когда задумываются о создании партнерского союза, для обретения того или иного пола в основном для прохождения какой-либо регистрации для полноценной общественной жизни. Если пациент намерен идти как бы до конца, то есть пройти все этапы оперативного вмешательства, гормоно-терапию, адаптацию в новом половом аспекте, то придется только посочувствовать таким людям и пожелать им огромного терпения. Думается, что психотерапевтическая помощь им предстоит также немалая. Соответственно, разработки в этом плане необходимы, поэтому в отделении неврозов они рассматриваются и уточняются.

ИЗУЧЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ У ПОДРОСТКОВ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С НЕЙ

А.З.Нургазина, А.М.Идрисова,
С.К.Букаева, С.Н. Молчанов, Т.В.Пак

г. Павлодар

Проблема девиантного поведения у подростков постоянно находится в центре внимания не только психиатров, но и психологов, педагогов, а также представителей социальных служб. «Отклоняющееся» поведение часто сопровождается алкоголизацией и употреблением токсических веществ, что является одним из серьёзных факторов, подрывающих психическое здоровье подрастающего поколения. Происходит задержка развития социальных и трудовых навыков, представления подростков о моральных нормах остаются стереотипными и недоразвитыми, укрепляется инфантильное отношение к себе, как к особому существу, на которое не распространяются общие законы, растёт количество суицидов (Мягер В.К., 1983; Агазаде Н.В., 1988; Sudak H. C., 1984), происходит десоциализация подростков. Увеличение потребления ингалянтов во многих странах захватывает все более младший возраст (Узлов Н.Д., 1986). Прием различных психоактивных веществ подростками нередко представляет собой попытку «самолечения» психологического неблагополучия (Cooper D.,1987; Duche D.,1988). Употребление различных токсикоманических веществ и алкоголя до формирования физической зависимости ряд авторов объединяют в понятие “аддиктивное поведение” (Miller W., 1984; Landry M., 1987). Особенности же формирования аддиктивного поведения у подростков остаются недостаточно изученными. Особенно важно исследование мотивационной сферы личности подростков с аддиктивным поведением. Это объясняется, с одной стороны, принципиальной важностью ее для целостной характеристики личности человека (Божович Л.И., 1968, 1972), а с другой стороны тем, что становление мотивационной сферы является наименее исследованным фактором в структуре «девиантной личности».

В последние десятилетие в Казахстане чрезвычайно актуальным стали проблемы, связанные с потреблением подростками психоактивных веществ, включая наркотические средства. Рост распространённости потребления подростками психоактивных веществ приводит к тяжелым медико-социальным последствиям, в связи, с чем назрела настоятельная необходимость поиска путей профилактики наркозависимости.

В Республиканском научно-практическом центре медико-социальных проблем наркомании было проведено исследование 62 подростков, из них 51 подросток мужского пола и 11 подростков женского пола. Из них 57 подростков являются учениками 5-11 классов детского дома и школы –интерната г. Павлодара и 5 подростков учащимися других школ и неработающими.

В ходе исследования клинико-психологических механизмов, лежащих в основе формирования аддиктивного поведения у подростков, была разработана программа психокоррекционной работы для данного контингента подростков.

В качестве основных методов были использованы клинико-биографический, клинико-психопатологический, клинико-психологический, метод включенного наблюдения в процессе индивидуальной и групповой психотерапии. При исследовании клинико-биографического метода, обращается внимание на анамнез, патогенетический анализ заболевания, а также внимание на текущий и прошлые этапы потребления всех ПАВ (аддиктивных средств), включая алкоголь и марихуану/гашиш.

Наиболее важными характерными являются количество, способ, длительность потребления табака и токсикоманических средств, социальная адаптация.

Субъективный анамнез, т.е., сведения, полученные в результате расспроса подростка, по возможности, дополнялись и сопоставлялись с объективным анамнезом (сообщения с места учебы).

Не маловажным фактом в развитии «аддиктивного поведения» является роль наследственности.

При анализе факторов влияющих на формирование наркомании у подростков, как видно на диаграмме 1, на первом месте - отягощенность алкоголизмом отца, на втором месте – алкоголизм матери.

При анализе особенностей развития заболеваний у подростков из анамнеза подростков выявлено большое количество перенесенных инфекций. Наиболее частыми из заболеваний являются ОРЗ, ЧМТ, сколиоз, энурез, как видно на диаграмме № 2.

На диаграмме № 3 приведены наиболее часто встречающиеся типы нарушения поведения у подростков исследуемой группы.

Диаграмма 1

Сравнительная характеристика факторов влияющих на формирование наркомании у подростков

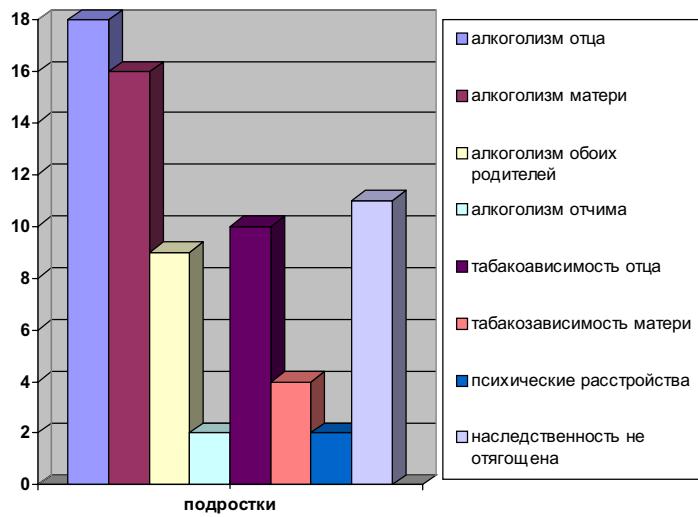


Диаграмма 2

Особенности развития и перенесенные заболевания у подростков

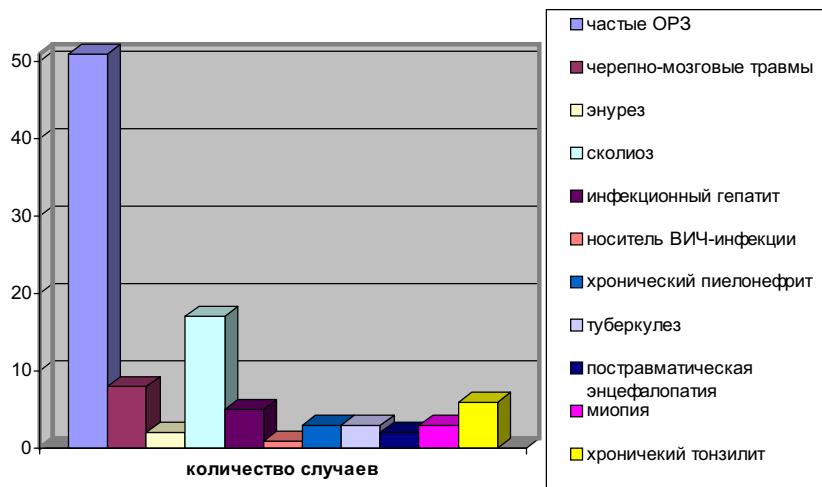
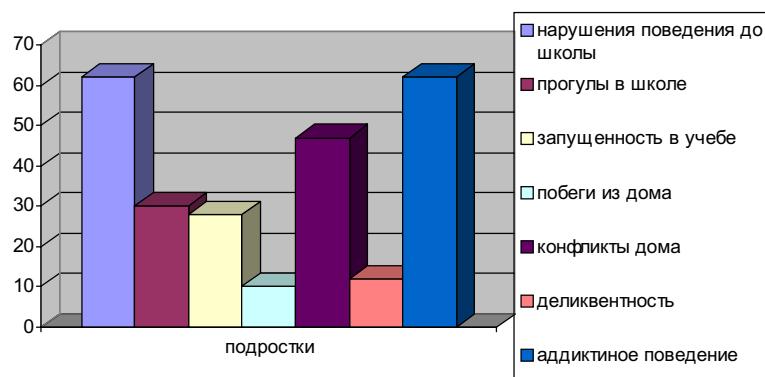


Диаграмма 3

Типы нарушений у подростков исследуемой группы



Ранее злоупотребление табаком и алкоголем тесно связано с различными нарушениями поведения и патохарактерологическими реакциями, причем многие из них отмечались задолго до начала употребления психоактивных веществ, а некоторые из названных реакций тесно связаны с аддиктивным поведением.

У подростков отмечались нарушения поведения, проявляющиеся чаще всего в виде реакций активного протеста (непослушание, грубость, агрессивное поведение). Подростки не готовы к усвоению материала и систематическим занятиям в силу личностных особенностей отсутствие критики к своему поведению, а возникающее нервное напряжение способствует частым прогулкам.

Нерегулярное посещение школы приводило к запущенности в учебе, дублированию классов частью подростков.

Попытки давления на подростков приводили к тому, что они совершали побеги из дома. Побег можно рассматривать как один из вариантов компенсаторного поведения несовершеннолетнего в конфликтной ситуации, и как регрессивную форму психологической защиты в виде символической формы ухода от действительности. Мотивами побега нередко служили как жесткое обращение с подростком, так и то, что его тяготила принадлежность к социально-неблагополучной семье.

Подростки, находясь в возрасте созревания, пребывая в угнетенном или напряженном состоянии из-за своих жизненных неудач и конфликтов с окружающими, легко шли на поводу у ровесников, которые, видя их «психическое состояние», соблазняли их необычными переживаниями, с помощью которых можно забыть все огорчения. Отсутствия каких-либо общих интересов, тем для разговоров,

целей в жизни, снижение критики к происходящему побуждало их вновь контактировать с ровесниками, чтобы обмениваться мнениями, впечатлениями, о подвигах. Под влиянием реакции группирования происходит формирование начальной стадии алкоголизации или наркотизации, которую некоторые авторы называют «социальной зависимостью» (Орлов И.В. 1990) или «групповой зависимостью» (Строганов Ю.А., Кананадзе В.Г. 1978). Так формировался этап групповой психической зависимости от токсических веществ.

При анализе, у всех подростков исследуемой группы отмечается злоупотребление психоактивными веществами, которому предшествовало ранее табакокурение.

При исследовании выяснилось, что у 35 подростков употребление табака составил 6 и более лет.

У 26 подростков употребление табака составил - от 1 до 3 лет.

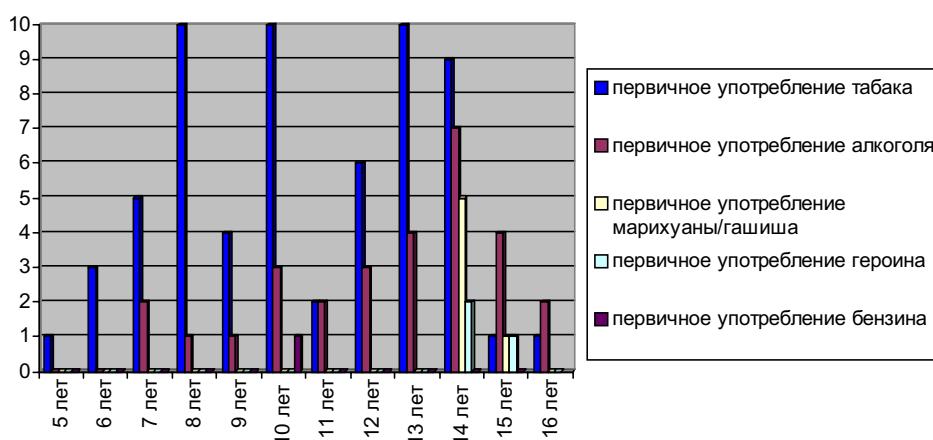
И у 1 подростка стаж употребления табака составил менее 1 года.

Употребление алкоголя у подростков носит эпизодический характер.

Употребление марихуаны/гашши наблюдалось у 6 подростков мужского пола. Прием героина у 2 подростков женского пола в 14 лет, в дозе 0,05г сухого вещества 1 раз в 2-3 месяца. Последнее употребление около года назад. Первая проба препаратов опия у подростка мужского пола в 14 лет носит эпизодический характер. Прием наркотических веществ у всех подростков носит эпизодический характер. У 2 подростков отмечается прием бензина (летучих средств) в течение 6-8 месяцев.

На диаграмме 4 показано распределение подростков в зависимости от возраста употребления психоактивных веществ.

Диаграмма 4



При клиническом обследовании подростков установлены признаки психического инфантилизма, в основном, на фоне нормального или ускоренного физического развития. У них отсутствовали планы на будущее, представления о правилах и нормах

поведения были стереотипными и недоразвитыми, снижена критика к своему поведению, не сформировалось чувство ответственности за свои поступки, они обладали бедной фантазией. В сложных жизненных и конфликтных ситуациях возникали

детские поведенческие реакции в форме пассивного протеста.

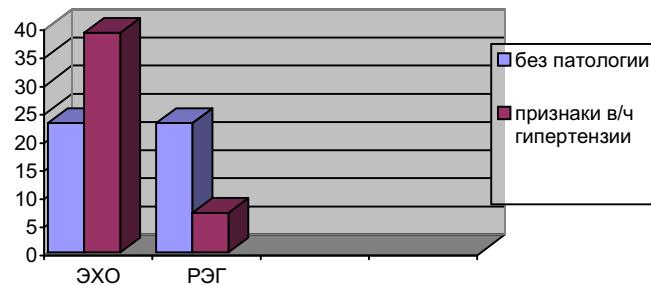
Таким образом, подросткам обследуемой группы свойственно раннее проявление различных нарушений поведения, которые предшествовали приему ПАВ.

Исследование позволяет нам выделить следующие факторы формирования наркотической зависимости:

- 1.Стресс;
- 2.Любопытство;
- 3.Внушаемость;
- 4.Педагогическая запущенность, инфантилизм;
- 5.Последствия травм;
- 6.Недостаточное развитие навыков поведения в условиях жизненных проблемных ситуаций.

Диаграмма 5

Результаты обследования подростков на наличие признаков резидуально-органической недостаточности



В ходе проведенного нейрофизиологического обследования было выявлено - у 23 подростков на ЭХО и РЭГ без особенностей; у 39 подростков имеются признаки внутричерепной гипертензии. Это свидетельствует о наличии у подростков резидуально-органической недостаточности ЦНС, которая является одним из признаков проявления у подростков аддиктивного поведения.

По статистическим данным в ходе обследования нервной системы пациентов и анализа истории их жизни в раннем возрасте выявлено, что до 95% будущих наркоманов появляется на свет с явлениями церебральной дисфункции. Педиатры считают, что до 70% всех наших детей появляется на свет с той или иной степенью нарушения развития центральной нервной системы. Органические расстройства нервной деятельности служат не только почвой для приема тех или иных психоактивных веществ, они в конечном итоге являются почвой детской преступности, для роста числа детских самоубийств, уходов из дома и, вообще, неадекватных форм поведения.

В ходе изучения формирования у подростков аддиктивного поведения была разработана программа профилактики развития наркотизма, которая основана на проведении у подростков групповой психотерапии. Особенно эффективно является выделение таких групп еще до начала злоупотребления подростками алкоголя и наркотиков. Это поможет значительно облегчить профилактическую работу и сделать ее более эффективной. Психологическая коррекция включает в себя групповую психотерапию и работу с подростками с аддиктивным поведением. Групповая психологическая коррекция подростков является эффективным методом

воздействия на подростков, а также она является мощным оружием расширения навыков адаптации. Она дает возможность использовать большое число приемов когнитивно-поведенческой психотерапии для усиления стратегии совладания с трудностями и повышения самооценки.

Кроме того, задачей групповой психотерапии было научить подростка ответственно (по-взрослому) воспринимать окружающий мир, тренировать психологические механизмы совладания (coping) взамен психологической защиты. В процессе групповой психотерапии подросток имеет возможность повысить собственную социальную компетентность. В ее аспекте проведения групповой психотерапии, ее динамика, структура, показания, противопоказания могут быть наилучшим образом раскрыты посредством описания ее теоретических основ и опыта практического применения данного метода.

Литература:

1. Короленко З.Т., Завьялов В.Ю. Мотивы аддиктивного поведения у токсикоманов. /Психологическая наука и практика: тезисы доклада научно-практической конференции. – Новосибирск, 1987.
2. Кулаков С.А. Проблемы и перспективы групповой психотерапии подростков и с патологическими нарушениями поведения. Возрастные аспекты групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях. / Сб. науч. трудов. – Л.: 1988.
3. Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков: социально-психологическое и психиатрические аспекты. – Минск: 1988.
4. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. – изд. 2-е, доп. и перераб. – Л.: Медицина, 1985.

-
5. Муратова И.Д., Сидоров Л.И. Формирование начальных клинических проявлений алкоголизма в подростково-юношеском возрасте /Всерос. съезд невропатологов и психиатров, 4-й: тезисы докл.–М: 1980.
6. Cooper D.E. The role of group psychotherapy in the treatment of substance abusers// Amer.J.Psychother.–1987.
7. Duche D.J. Inhalation de Sol. vants chez. les pre-adolescents // Neuropsychiatie de T. En fanse. – 1988.
8. Landry K. Addiction diagnostic update DSM-IIIR psychoactive substance use disorder // J. Psychiat, Drugs. –1987.

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ГРУППАМИ ДЛИТЕЛЬНО И ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ПАЦИЕНТОВ

В.И.Шушкевич, Г.Р.Сорока,
В.А.Яшина, П.П.Саенко

г. Рудный

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

По статистике, 22% лиц с жалобами психосоматического характера отнимают до 50% и более рабочего времени врача (Stromgren E., 1955, Lunn V., 1964), причем не менее 30% (а по мнению большинства авторов, не менее 50%) больных, обращающихся с соматическими жалобами в стационар, нуждаются в коррекции эмоционального состояния. Поэтому, особое внимание при отборе больных для лечения, уделялось пациентам с, так называемыми, психосоматическими заболеваниями (гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и др.) (В.Б.Захоржевский, 1989 г.), относимых к категории длительно и часто болеющих, больных с толстыми картами, у которых значительную роль в клинической картине на фоне соматического страдания играют невротические черты.

Ранее было отмечено (В.И.Шушкевич, 1991 г.), что в результате активной психотерапевтической работы на одном из крупных предприятий г. Рудного с такими пациентами, экономическая эффективность от снижения дней нетрудоспособности в 1990 г. составила (по подсчету экономистов завода «Казогнеупор» совместно с ВКК городской поликлиники) 51443 рубля (около 50000 долларов США по текущему курсу).

Поэтому, задача сохранения положительных социальных установок и трудоспособности была одной из наиболее важных в нашей работе. Также, особое внимание уделялось наличию у пациентов заболеваний из, так называемой, ирритирующей триады (В.Б.Захоржевский, А.Л.Дмитриева с соавторами, 1989 г.), включающей шейный остеохондроз, хронический холецистит, хронический тонзиллит. Именно при этих заболеваниях выявлялась

периферическая ирритация, в виде болезненности вегетативно-сосудистых точек в местах прикрепления сухожилий мышц и фасций к костным выступам, изменение токсичности и чувствительности отдельных мышц и мышечных групп, а также характерны гемодинамические (нарушения) расстройства общего и местного характера, затрагивающие мозговое кровообращение, вызывающие гипоксию мозга и ограничивающие функциональные возможности корковых клеток, в условиях психоэмоционального напряжения, что позволило выдвинуть гипотезу о роли циркулярной гипоксии в патогенезе невротических расстройств.

Под нашим наблюдением находилось 60 человек (40 женщин и 20 мужчин), проходивших лечение в ГККП «Городская поликлиника» г. Рудного в 1999-2002 г.г. в возрасте от 21 до 62 лет (37,4+8,2).

Согласно клиническим проявлениям, пациенты распределились следующим образом:

1. С бронхиальной астмой, атопической, психический вариант - 20 чел. (33,3%)
2. С язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки - 15 чел. (25%)
3. С гипертонической болезнью 12-а ст. – 25 чел. (41,7%)

Причем, зафиксировано при сборе анамнеза, что в 40% (24 чел.) случаев сопутствовал шейный остеохондроз, хронический холецистит и хронический тонзиллит, соответственно, у 45% (27 чел.) и 25% (15 чел.) случаев.

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

Практически у всех больных преобладали пограничные психические расстройства в виде астено-вегетативной, аффективной, обсессивной и ипохондрической симптоматики, т.е. имели дело с контингентом больных неврозами и психосоматическими расстройствами.

Лечебный комплекс включал проведение методов суггестивной психотерапии, эриксоновской психотерапии, музыкотерапии, иглорефлексотерапии с активным использованием медикаментозного и физиолечения.

Групповая психотерапия проводилась для коррекции нарушений отношения личности и приобретения навыков адекватного общения, причем большое внимание уделялось подражательности, изменению мотивации и взаимной индукции в создании специфических условий взаимоотношения пациентов друг на друга.

Параллельно проводилась коррекция заболеваний из группы ирритирующей триады.

В процессе лечения в обследуемой группе наблюдалось:

- изменение установок в отношении болезни – 50 человек (83,3%),
- изменение самооценки в положительном плане у 33 человек (55%),
- осознание больным причин возникновения невротических симптомов 54 человека (90%).

В среднем на 30% снизилось число обострений и дней нахождения на больничном листе вышеуказанных пациентов в сравнении с данными по группам больных, не принимавших в таком объеме психотерапевтической помощи.

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

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

Выводы:

1. Достаточно высокая медико-социальная эффективность психотерапевтической помощи подтверждает необходимость создания и расширения структур психотерапевтической службы на базе общесоматической лечебной сети, что полностью коррелирует с последними приказами Минздрава Республики Казахстан.

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

Литература:

1. В.Д.Тополянский, М.В.Струковская *Психосоматические расстройства*, Москва, Медицина, 1986 г., с. 6-7
2. В.Б.Захоржевский, Л.Л.Дмитриева и др. *Неврозы. Экспериментальные и клинические исследования*. Ленинград, Наука, 1989 г., с. 126.
3. В.И.Шушкевич Роль ирритирующей триады в генезе первично-психической патологии. (Сб. Вопросы психиатрии и наркологии. Кустанай, 1991, с. 72).
4. В.И.Шушкевич *Об опыте психотерапевтической работы на промышленном предприятии*. (Сб. Вопросы психиатрии и наркологии. Кустанай, 1991 г., с. 212).
5. 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, № 3, с. 28-31.
6. А.У.Тлеубаева, В.А.Яшина, Н.Б.Осипова, В.И.Шушкевич *Особенности психотерапевтической работы в ГККП «Городская поликлиника» г. Рудного. Вопросы ментальной медицины и экологии*, 2001г., т. 7, с. 60-61.

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

ПРОБЛЕМЫ СУИЦИДОВ И ВОПРОСЫ ПРЕВЕНТИВНОЙ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

А.Е.Бирюков, Т.Ж.Насырова

г. Усть-Каменогорск

Для многих стран мира, различающихся друг от друга по своему общественно-политическому устройству, этническому составу населения, уровню развития культуры, она превратилась в одну из сложнейших медико-социальных проблем, требующих для своего решения разработки и реализации целого ряда превентивных мероприятий. Самоубийство находится в ряду первых причин смертности трудоспособного населения, покушение на самоубийство зачастую влечет за собой необратимое нарушение здоровья, инвалидизацию, оно приводит к временной или постоянной потере трудоспособности. Экономический ущерб для страны складывается из потерь людских ресурсов – основной производительной силы общества, затрат на содержание суицидентов в больнице, выплата больничных листов, пособий по инвалидности и пенсий иждивенцам, находившимся на содержании у погибшего.

Необходимость борьбы с суициальными проявлениями определяется не только экономическими потерями, которые несет страна, и которые естественно нельзя игнорировать, но вытекает, прежде всего, из гуманистической сущности нашего общества.

Охрана и укрепление здоровья трудающихся, снижение смертности населения, рост благосостояния народа, являются важнейшими социальными задачами страны и выступают одним из компонентов её социальной политики.

Профилактика самоубийств и покушений на самоубийство требует тщательного изучения сущности этих явлений, ясного представления о масштабах и характере проблемы суицида. Любая программа социальной превенции может считаться достаточно полной и рационально обоснованной лишь в том случае, если ей предшествуют соответствующие научные исследования и практические разработки.

Необходимо дальнейшее углубление и расширение суицидологических исследований, изучения, действия и взаимосвязи сложных и многообразных факторов, прямо или косвенно влияющих на возникновение суицидального поведения. Экономическим, педагогическим, социально-экологическим, правовым, медицинским и другим рекомендациям должен предшествовать анализ всех аспектов суицида, причин его возникновения, экономических и нравственных последствий этого явления

и, кроме того, разработка критериев оценки эффективности программы и результатов превентивности деятельности. Для того чтобы снять илинейтрализовать влияние факторов, лежащих в основе суицида, необходимо их, прежде всего, выявить и адекватно изучить.

Было бы серьезной ошибкой предполагать в генезе суицида действие какого-нибудь основного или даже единственного фактора и строить программу суициdalной превенции исходя из этих ограниченных представлений. Так, еще до недавнего времени некоторые исследователи пытались объяснить суицид исключительно влиянием психопатологических расстройств. Такой подход означал бы, что профилактику самоубийств нужно возложить на психиатрию. Подобные попытки оказались несостоятельными. Большое число суицидентов, по данным многочисленных исследований, составляют лица, которые никогда не лечились у психиатров и в течение жизни никогда не обнаруживали каких-либо поведенческих особенностей, позволяющих отнести этих людей к категории психически больных.

Этиология суициdalного поведения достаточно сложная, в ней обнаруживается целый комплекс разнообразных психологических и социальных факторов, находящихся между собой в особой взаимосвязи.

При анализе суицида как относительно устойчивого статистически повторяющегося явления и при разработке соответствующих общегигиенических мероприятий широкого профиля необходимо учитывать влияние социоэкономических, социокультурных и социально-психологических факторов, роль которых можно усмотреть, если обратить внимание на распределение самоубийств в современном мире.

Наибольшее число самоубийств по данным официальной статистики приходится на долю экономически развитых стран. В развивающихся странах, с низким жизненным уровнем число самоубийств минимально, суицидальные показатели там, в несколько раз меньше, чем в индустрально-развитых странах. Однако, по мере экономического развития этих стран, число самоубийств в них увеличивается.

В развитых странах самоубийства встречаются среди всех слоев общества, причем прямой корреляции между вероятностью совершения суицида и уровнем материального достатка не прослеживается.

Мотив бедности, точнее экономических трудностей составляет не столь значительную часть и отнюдь не доминирует среди таких гораздо более распространенных мотивов, как одиночество, развод, неразделенная любовь, смерть близких, профессиональные неудачи, страх наказания, неизлечимые болезни, ощущение своей ненужности и физической немощи в старости. Это свидетельствует, в частности, о том, что влияние социальных факторов на возникновение суицида носит, как правило, косвенный характер.

В перечне мотивов суицида нельзя усмотреть особой «суициальной специфики», они являются отражением обычных жизненных трудностей. Психологическое состояние, в котором принимается суициальное решение, называется кризисным. Психофизиологической почвой для формирования кризисных психологических состояний являются стрессы.

Стресс-реакции возникают в процессе активного приспособления человека к новым сложным социокультурным условиям его существования, они могут наступать и в случае расхождений между притязаниями индивида и реальными условиями его существования, отношением к нему окружающих. Наконец, эти реакции могут быть следствием длительного влияния психотравмирующих воздействий.

В последнем случае, так называемый, дистресс означает снижение жизнестойкости, способности противоборствовать различного рода жизненным трудностям. Эта сложная психофизиологическая реакция организма возникает в ответ на влияние всякого рода информационных физических и эмоциональных перегрузок, которые постоянно испытывает современный человек.

Такой подход к пониманию феномена суицида обуславливает двуплановую задачу профилактики самоубийств. С одной стороны встает проблема выявления и изучения стрессогенных факторов, действующих на человека, и разработки мер предотвращения илинейтрализации этих факторов. С другой стороны, возникнет задача, которая должна решаться медиками и психологами – это своеобразное купирование психологического кризиса.

Однако одного сочувствия к человеческим переживаниям мало, в наше время появилась актуальная необходимость в организации социально-психологической помощи людям «уставшим от жизни».

Наши предложения основаны на организации именно превентивной суицидологической помощи населению.

Служба должна объединять меры медицинского, социального, правового и педагогического характера.

В ней должны сотрудничать психиатры, психологи, социологи, юристы. Служба должна устанавливать рабочие контакты со всеми лечебно-профилактическими учреждениями (в первую очередь, с психиатрическими диспансерами и станциями скорой медицинской помощи, травмпунктами, больницами

и поликлиниками общего профиля, органами внутренних дел, учреждениями социального обеспечения, службой спасения). Принцип комплексности службы вытекает из сложности причин и условий суициального поведения, требующего для своей профилактики широкого фронта и многообразия прилагаемых усилий.

В арсенале средств суицидологической превенции должны быть и такие, которые обеспечили бы экстренную психологическую помощь лицам, находящимся в кризисных состояниях. Причем, важно, чтобы эта помощь была оказана в период конфликтного напряжения еще до суициальных тенденций, когда потребность в психологической поддержке извне достаточно высока, чтобы стимулировать активный поиск эмпатического контакта. С момента же принятия решения о самоубийстве потребность личности в общении резко падает и поэтому предотвращение суициальных поступков становится делом чрезвычайной сложности.

Мы предлагаем следующую структуру суицидологической помощи. Основным структурным элементом суицидологической службы должны являться кабинеты социально-психологической помощи населению (КСПП). Они должны располагаться в городских общесоматических поликлиниках, высших учебных заведениях, крупных промышленных предприятиях, городских центрах службы спасения.

При условии консультации в кабинетах высоко квалифицированных специалистов и адекватной информации населения, адресованной к широким контингентам практически здоровых лиц в кризисных состояниях, среди обращающихся процент душевнобольных сводится к минимуму. Принцип приема пациентов анонимный.

Эти кабинеты должны существенно отличаться от традиционных психиатрических учреждений и их различных модификаций. Около 28-30% суицидентов подлежат психиатрическому учету и психиатрическому лечению в диспансерах.

Соответственно, во внебольничных звеньях (КСПП), ориентированных преимущественно на психически здоровое население, должна располагаться суицидологическая служба и кризисный стационар на базе клинических больниц общего профиля.

Кризисный стационар – это отделение с открытым режимом, предназначен для лиц, находящихся в состоянии психологического кризиса с острыми и подострыми ситуационными реакциями на непатологическом уровне и с неврологическими депрессиями.

Стационар занимается «кризисной интервенцией» и реадаптацией пре- и постсуицидальных пациентов. Виды помощи, получившие название «кризисной интервенции», находятся на пересечении психиатрии, психологии, социологии и других областей.

Завершающим звеном суицидологической службы явился бы «телефон доверия», предназначенный для неотложного психотерапевтического купирования кризисных состояний. Между амбулаторными и стационарными звеньями службы и «телефона доверия» должна быть преемственность и тесная взаимосвязь.

Для того чтобы телефонная служба эффективно решала задачи купирования кризисных состояний и предупреждения возникновения и развития аутоагgressивных тенденций у обратившихся, оказываемая «телефоном доверия» психотерапевтическая помощь должна соответствовать определенным принципам. Такими общими принципами психотерапии по «телефону доверия» являются:

1. Принцип эмоционального принятия обратившегося, как личности и готовности к пониманию его кризиса и психического состояния.

2. Принцип анонимности

3. Принцип партнерства в психотерапевтической беседе, то есть принцип совместного анализа обратившимся и психотерапевтом кризисной ситуации

4. Принцип самостоятельности психотерапевтической беседы по «телефону доверия», как вида помощи, беседа по телефону не служит преамбулой к личной встрече с сотрудником телефонной службы, в необходимых случаях абоненту дается рекомендация обратиться в кабинет социально-психологической помощи или другое лечебно-профилактическое учреждение.

Основными видами помощи по «телефону доверия» должны являться неотложная и эмпатическая психотерапия (наряду с ориентирующей и разъяснительной), границы между которыми во многих случаях бывают условными.

Неотложная помощь представляет собой психотерапевтическую беседу, направленную на купирование острых аффективных реакций и суицидальных тенденций. Для неотложной психотерапии характерна высокая степень эмоциональной вовлеченности и активности врача в психотерапевтической беседе.

Сочетая в себе максимальную доступность, высокую степень доверительности в контакте, большие психотерапевтические возможности, служба экстренной психологической телефонной помощи явила бы важным и эффективным средством профилактики суицидального поведения.

Таким образом, каждое структурно-функциональное подразделение комплексной суицидологической службы предназначено для предупреждения и купирования суицидального поведения на различных этапах его развития.

Приведенные ниже цифры, за 3 последних года, свидетельствуют о том, что удельный вес суицидов от общего числа умерших (по ВКО и г. Усть-Каменогорску) продолжает оставаться достаточно высоким, что характерно, по видимому, не только для одной, отдельно взятой области.

Всего умерших по Восточно-Казахстанской области:

1999 г. – 18282

2000 г. – 18626

2001 г. – 18206

Из них суицидов по области:

1999 г. – 723

2000 г. – 794

2001 г. – 923

В том числе по г. Усть-Каменогорску:

1999 г. – 141

2000 г. – 128

2001 г. – 118

ПСИХОСОМАТИКА, МИФ И РЕАЛЬНОСТЬ

М.Н.Валивач, Ю.А.Россинский

г. Павлодар

Проблема психосоматических расстройств в современном мире стоит очень остро. Н.Пезешкиан (1996) отмечает, что «... сегодня мы уже не можем больше проходить мимо того факта, что примерно 60-80% всех заболеваний обусловлены психикой или, по крайней мере, опосредованы ею» (Пезешкиан Н., 1999).

Однако, вопросы, связанные с психосоматическими заболеваниями – далеко неоднозначны. Дело в том, что в настоящее время среди многих врачей общесоматического профиля, врачей невропатологов, психиатров, психотерапевтов существует миф, что психовегетативные нарушения могут постепенно

привести к органическим соматическим болезням, т.е. функциональные расстройства психического генеза «переходят» в органическое заболевание. Если раньше психосоматика порой служила «свалкой» для неорганических заболеваний разной этиологии (Бройтигам В. с соавт., 1999), то сегодня психосоматика является другой «свалкой», куда часто «сваливают» органические заболевания под «убедительным» предлогом: «это все от нервов». К сожалению, некоторые врачи, оказываясь в тупике лечения отдельных органических заболеваний, следуя этому принципу, отправляют пациентов на дальнейшее лечение к психиатру и не проводят патогенетическое лечение.

Самая интригующая и привлекательная концепция психосоматики – психоаналитическая – заключается в том, что функциональные соматические (вегетативные) нарушения могут со временем трансформироваться в стабильные органические изменения, т.е. в соматические заболевания. Так, в исследованиях З.Фрейда выдвигается базисный постулат формирования «невроза органа», представляющего собой реальное органическое соматическое заболевание, за счет смещения энергии интрапсихического конфликта на сферу функционально-анатомических образований («конверсии на орган»). При этом психическая энергия (*libido*), отделенная от вытесненного представления, ассоциирующегося с конфликтом (например, недопустимого желания) преобразуется в энергию иннервации и порождает телесные (соматические) симптомы.

В современной психосоматике, как отмечают В.Бройтигам с соавт. (1999), различают предрасположенность, разрешающие и задерживающие развитие болезни факторы. Предрасположенность (диспозиция) – это врождённая (например, генетически обусловленная), а при определённых условиях и приобретённая готовность, которая выливается в форму возможного органического или невротического заболевания. Толчком к развитию такого заболевания являются трудные жизненные ситуации. Если манифестируют невротические или соматические заболевания, то они развиваются по собственным закономерностям, которые, однако, тесно связаны с факторами окружающей среды (Бройтигам В. с соавт., 1999). Однако К.П.Кискер с соавт. (1999) отмечают, что «в рамках наших рассуждений об определении мы говорим также о «психосоматическом», где дискуссионным является вопрос относительно значения психосоциальных факторов в качестве предрасположенности и предотвращения заболевания. Ввиду этого такое расширительное определение, как «психосоматический», означает не более чем «психосоматический пациент»... Особенности психофизических механизмов, в частности в вопросах «выбора» того или иного органа, неясны» (Кискер К.П. с соавт., 1999). H. Weiner (1977) отмечает, что современные психосоматические аспекты этих заболеваний должны заново определяться и переоцениваться.

Поэтому, как указывают В.Бройтигам с соавт. (1999) – современные тенденции развития психосоматики заключаются в усилении акцента на терапевтические задачи; в последние годы возникла тенденция к более дифференцированному подходу к проблемам лечения соматически больных.

Возвращаясь к мифу о переходе функционального расстройства в органическое заболевание, отметим, что основную трудность в этой концепции представляет данный переход. Анализ литературы показывает, что «доказательства» такого перехода носят спекулятивный характер. И на

сегодняшний день этому нет доказательств. Длительное время существования психосоматики не добавило экспериментальных патофизиологических доказательств перехода функциональных расстройств психосоматической природы в органические. Причиной отсутствия экспериментальных доказательств, по нашему мнению, является то, что такого перехода не существует, т.е. функциональные расстройства никогда не переходят в органические. А те редкие казуистические примеры, которые приводятся в литературе, по всей видимости, изначально были органическими заболеваниями, первые проявления которых, были ошибочно прияты за функциональные.

Разберем на примере основные психосоматические заболевания:

Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки: по представлениям классической психосоматики, является результатом длительной парасимпатикотонии. В настоящее время показано, что язвенная болезнь – это инфекционное воспалительное заболевание желудка, вызванное *Helicobacter pylori*. Воспаленная слизистая желудка легче травмируется соляной кислотой, чем здоровая. Парасимпатикотония может вызвать обострение заболевания, но не является его причиной.

Гипертоническая болезнь, по представлениям классической психосоматики, является результатом длительной симпатикотонии. Однако, как показал В.М.Дильман (1987), в основе эссенциальной гипертензии лежит снижение чувствительности каротидных барорецепторов и органические нарушения ряда других регулирующих механизмов, когда повышенное артериальное давление воспринимается как нормальное, т.е., речь идет об органическом дефекте в системе гомеостаза. Естественно, снижается диапазон приемлемого вегетативного реагирования, и эмоционально-вегетативные реакции могут привести к декомпенсации состояния, но они также не являются его причиной. Более того, клинический опыт показывает, что у многих людей с избыточным симпатическим реагированием, длившимся десятилетия, так и не развивается гипертоническая болезнь.

Идиопатический отек Квинке и синдром Рейно (сосудистые заболевания) рассматриваются как преимущественно психосоматические расстройства. Однако доказано, что причиной идиопатического отека Квинке, является дефицит C₁-эстеразы – фермента, регулирующего активность системы комплемента, которая отвечает за ряд местных сосудистых реакций в очаге инфекции. При дефиците C₁-эстеразы, избыточная активация комплемента с нарушением кровоснабжения ткани и местным отеком, может вызываться неспецифическими факторами, например, механической травмой или вегетативной реакцией, т.е. причина носит «органический» характер, а вегетативная неустойчивость

может послужить лишь провоцирующим фактором. Более того, переливание донорской плазмы с нормальной активностью С₁-эстеразы на время нормализует состояние больного. Аналогичная ситуация и с синдромом Рейно, который является проявлением системных заболеваний и развивается в результате повреждения сосудов иммунными комплексами.

Нейродермит, бронхиальная астма, ревматоидный артрит часто относят в ряд психосоматических расстройств, с акцентом на ведущую роль психотравмирующих факторов на развитие этих заболеваний. В настоящее время строго доказана ведущая патогенетическая роль в их развитии иммунологических нарушений, чаще всего генетического характера. Естественно, что вегетативные реакции, а также колебания функции коры надпочечников (повышение и снижение синтеза противовоспалительного гормона кортизола и естественного антагониста медиаторов аллергии - адреналина) при психосоматических расстройствах могут, как облегчать, так и усиливать проявления данных заболеваний.

Инсулиннезависимый сахарный диабет также относят в ряд психосоматических расстройств, где ведущей причиной ставят психотравмирующие факторы. По мнению В.М.Дильмана (1987) и многих других авторов, в основе данного заболевания лежит прогрессирующее снижение чувствительности рецепторов инсулина в гипоталамусе и других тканях. В эпидемиологических исследованиях, в частности, было показано, что внутриутробное развитие плода на фоне неадекватного поступления питательных веществ, может преждевременно снизить чувствительность инсулиновых рецепторов и способствовать ускорению развития сахарного диабета. Замедлить развитие данного заболевания можно низкокалорийной диетой, соблюдение которой требует подавления чувства голода. Естественно, что психосоматическое состояние влияет на способность человека контролировать собственную массу тела, т.е. ускорять или замедлять развитие сахарного диабета. Например, переедание часто является одним из механизмов психологической защиты или вариантом аддиктивного поведения, и у лиц с нарушенной чувствительностью инсулиновых рецепторов этот психосоматический механизм может ускорить развитие сахарного диабета. В этом случае, мы можем говорить о том, что психотравмирующие факторы или психологические проблемы не являются причиной развития сахарного диабета, а лишь способствующими факторами, и/или коморбидными состояниями.

Тиреотоксикоз. Три основных заболевания (все аутоиммунные) – тиреоидит Грейва, подострый тиреоидит и тиреотоксикоз в начальной стадии тиреоидита Хашимото. Во всех случаях есть аутоантитела против антигенов щитовидной железы и при

гистологическом исследовании – лимфоцитарная инфильтрация. Один из симптомов тиреотоксикоза является эмоциональная лабильность, она может усиливаться под влиянием психогенной стимуляции.

Инфаркт миокарда – осложнение атеросклероза коронарных артерий. Причина атеросклероза – нарушение обмена жиров, особенно – холестерина. В результате – нарушение питания сердечной мышцы. Любые факторы, вызывающие нагрузку на сердечную мышцу (прежде всего физическое напряжение, повышение АД, тахикардия любой природы), могут провоцировать инфаркт. Эмоциональные реакции могут быть причиной тахикардии и повышения АД, но они не причина, а только способствующие факторы у человека, уже страдающего атеросклерозом коронарных сосудов.

Болезнь Крона – аутоиммунное заболевание кишечника с макрофагальными инфильтратами кишечной стенки с последующим распадом и образованием изъязвлений и свищей. Характерны поносы толстокишечного типа иногда с кровью. Эмоциональные факторы с парасимпатикотонией могут усилить поносы. Помогает лечение гормонами и длительные курсы салазопиридазина и аналогов.

Рак. Существует две группы причин – мутации клеток и снижение клеточного иммунитета. Показано, что у депрессивных может снижаться клеточный иммунитет и повышается частота рака. Тем не менее, депрессия – это способствующий фактор, а не основной. Весь прогресс онкологической науки заключается в поиске все более тонких генных и биохимических изменений при раке, а не в психосоматике.

Из вышесказанного видно, что при некоторых органических соматических заболеваниях снижается диапазон толерантности организма к эмоциональным и вегетативным колебаниям. Т.е., те эмоциональные и вегетативные реакции, которые, сами по себе не могут вызвать каких-либо органных повреждений, а лишь способствуют повреждениям при уже существующих органических заболеваниях. При этом нет ни одного доказательства, кроме логических спекуляций, что психосоматические механизмы приводят к органическим расстройствам. В тоже время, механизмы развития всех перечисленных заболеваний изучены достаточно подробно и доказано, что они могут возникать без психологических причин. Поскольку, психическое состояние может оказаться мощным декомпенсирующим фактором, то его роль нужно оценивать и учитывать при лечении, не забывая при этом, что основное лечение должно быть направлено на истинную органическую причину.

Выводы:

- Современная доказательная база позволяет говорить лишь о таких чисто или преимущественно психосоматических расстройствах, как психовегетативный синдром, тягостные физические ощущения при депрессии, сенестопатии и

прочие психопатологические симптомы и синдромы. Не существует основательных доказательств психосоматической природы органических заболеваний.

2. Психическое состояние индивида может, как смягчать, так и обострять течение многих органических соматических заболеваний.

3. Следовательно, областью приложения психосоматической медицины являются:

(а) вегетативные нарушения и соматические ощущения при психических заболеваниях,

(б) те органические соматические заболевания, на течение которых можно существенно повлиять путем регуляции психического статуса,

(с) нервные и психические расстройства, вызванные органическими соматическими заболеваниями (психогении и соматогении).

4. В задачи психосоматической медицины входят:

- лечение психических расстройств, сопровождающихся психовегетативным синдромом и/или жалобами соматического характера без органической основы;

- коррекция психоэмоциональных нарушений, усугубляющих проявления органических соматических заболеваний (например, если у гипертоника эмоциональный конфликт, то декомпенсируется гипертония, в этом случае, коррекция эмоционального статуса будет способствовать компенсации гипертонической болезни);

- коррекция психоэмоциональных расстройств, вызванных органическими соматическими заболеваниями (например, коррекция чрезмерного страха смерти от гипертонического криза как психогенного расстройства у гипертоника). Примером другого рода может быть корсаковский синдром, развившийся вследствие дефицита тиамина (витамина В₁) при хронической диарее. Первый пример иллюстрирует относительно «чистую»

психогенную реакцию на факт наличия соматической болезни. Второй пример иллюстрирует органическое мозговое расстройство, развившееся как следствие соматического заболевания. В реальности психосоматические нарушения включают нарушения, как первого, так и второго типа, которые могут оказывать взаимное влияние друг на друга. Например, психогенный страх смерти у гипертоника обычно протекает на фоне формирующейся гипертонической энцефалопатии, снижающей компенсаторные возможности мозга. Более того, психогенный и соматогенный компоненты нарушений или расстройств деятельности ЦНС в таких случаях могут формировать порочные круги. Например, учащение эпизодов повышения артериального давления вследствие психогении ускорит прогрессирование гипертонической энцефалопатии, а энцефалопатия, в свою очередь, может способствовать декомпенсации психогении.

Литература:

1. Брайтагам В., Кристиан П., Рад М. *Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер. с нем. Г.А.Обухова, А.В.Бруенка; Предисл. В.Г.Остроглавова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.;*
2. Дильман В.М. *Четыре модели медицины. – Л.: 1987. – 288 с.;*
3. Кискер К.П., Фрайбергер Г., Розе Г.К., Вульф Э. / *Психиатрия, психосоматика, психотерапия / Пер. с нем. И.Я.Сапожниковой, Э.Л.Гушанского. – М.: Алетейя, 1999. – 504 с.; ил. – (Гуманистическая психиатрия);*
4. Пезешкиан Н. *«Психосоматика и позитивная психотерапия». – М.: «Медицина» 1996. – 464 с.;*
5. Weiner H.: *Psychobiology and Human Disease. Elsevier, New York 1977.*

ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВЕДЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

С.М.Козлова, Н.В.Шахназарова

г. Калуга

Психологическое сопровождение пациентов с диагнозом ВИЧ-инфекция представляет собой особое направление в практике психологического консультирования, что объясняется спецификой данного заболевания. Помимо того, что диагноз ВИЧ-инфекция является пожизненным, в дальнейшем будет происходить ухудшение физического состояния пациента, причем невозможно определить заранее, как скоро это случиться.

В настоящее время в России нет четко обозначенной, единой схемы психологического ведения

пациентов, инфицированных ВИЧ, однако, практические психологи, занимающиеся консультированием таких людей, испытывают в этом острую потребность. Структурированная организация работы по этому направлению представляется актуальной, вследствие интенсивного роста количества зараженных. Так, на 1 декабря 2001 года в РФ официально зарегистрировано 86 тысяч инфицированных ВИЧ, на 6 апреля 2002 года – 190 тысяч человек, т.е. всего лишь за 4 месяца количество зараженных увеличилось в 2 раза. Несмотря на это,

психологическое сопровождение таких пациентов является сравнительно новым направлением, поскольку основная помощь инфицированных ВИЧ на данный момент акцентируется на решение вопросов медицинского и социального характера.

Психологическое сопровождение пациента, потенциально инфицированного ВИЧ, должно начинаться до постановки диагноза, где основная функция психолога - прогнозирование возможных психоэмоциональных реакций на сообщение положительного результата анализа. При этом важно, чтобы сам факт, а также процесс консультирования не вызывал дополнительной тревоги и подозрений.

Важным этапом процесса психологического ведения пациентов является помочь в ситуации сообщения диагноза о ВИЧ-инфицированности, т.к. в этот момент человек, как правило, переживает эмоциональный шок. По результатам исследований Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, степень испытываемого стресса в этот момент, по классификации DSM – III – R , квалифицируется как чрезмерно тяжелая.

С момента сообщения диагноза человек подвергается постоянному стрессовому воздействию, в качестве которого выступает факт болезни и связанные с этим ограничения в его привычной жизни. Пациент никогда уже не будет полностью здоров, а значит невозможно найти способ избежать стрессового воздействия. В процессе развития заболевания восприятие силы воздействия стрессора будет изменяться – усиливаться или ослабевать – однако, никогда не исчезнет полностью, таким образом, стресс приобретет хронический характер.

Подобный диагноз способен повлечь за собой изменения в ценностно-смысловой и мотивационной структурах личности, что усложняет процесс адаптации. Поэтому роль психолога на данном этапе - помочь человеку научиться жить вместе с болезнью так, чтобы дальнейшее развитие личности не ограничивалось по причине заболевания.

Следующий важный аспект в процессе психологического ведения пациента появляется на этапе назначения медикаментозной терапии. Трудности в этом смысле возникают по причине того, что необходимость назначения терапии опережает субъективные ощущения ухудшения самочувствия. Как следствие, встает вопрос о приверженности лечению, соблюдению рекомендаций врача и назначенных схем лечения, в решении которого основную роль играет работа психолога.

Последний этап консультирования происходит в терминальной стадии (собственно стадия СПИДа), и должен быть направлен на принятие пациентом близости и неизбежности собственной смерти.

Особый интерес представляет схема взаимодействия медицинского психолога Центра СПИД с другими специалистами. По нашему мнению, необходимо создание многопрофильной бригады, включающей в себя таких специалистов как врач-клиницист, врач-эпидемиолог, медицинский психолог. Принцип команды, который представляется наиболее приемлемой формой взаимодействия, предполагает выполнение каждым специалистом своей определенной функции, но вместе с тем, тесное сотрудничество специалистов друг с другом, т.е. взаимообмен информацией, ведение пациентов в одном направлении, общая цель.

Таким образом, организация процесса психологического сопровождения пациентов инфицированных ВИЧ представляет собой актуальную проблему, требующую немедленного разрешения и конструктивной реорганизации работы медицинских психологов в Центрах по профилактике и борьбе со СПИД.

Работа выполнена на базе Калужского областного центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями при содействии Центра системных исследований (проект SRC-097-007) и поддержке Российского гуманитарного научного фонда и правительства Калужской области (грант № 02-06-00427а/Ц).

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ, ПСИХИЧЕСКОЕ И СОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК АСПЕКТЫ ИНТЕГРАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В «ПОГРАНИЧНОЙ» ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

к.м.н. Ю.А.Россинский

В настоящее время крайне актуальной является проблема роста пограничных нервно-психических расстройств, психодезадаптационных состояний, аддиктивного, суициdalного, отклоняющегося

г. Павлодар

поведения. Если уровень «больших» психических заболеваний во все времена и у всех народов относительно одинаков и составляет 1-4% (по данным разных авторов), то уровень «пограничной»

патологии уверенно растет с каждым годом. В.Я.Семке (2001) сравнивает невротическую личность с барометром «нашего времени». В этом отношении, на первый план ментальной медицины выходят вопросы, связанные с формированием и развитием психологического здоровья. Естественно, многие «пограничные» состояния требуют лечебной коррекции соматического и психического здоровья, т.е. целостное восстановление интегрального здоровья по определению А.Л.Каткова (1998). Поэтому, современная психиатрия, психотерапия, психология имеет уверенную тенденцию движения в сторону интегративно-развивающих подходов био-психо-социо-духовной модели.

Интеграция терапевтических стратегий и уровней личности (клинико-биологического, психологического, социального, духовного), дают возможность патогенетического подхода к проблеме «нездорового» человека. Особенно это касается подросткового возраста.

Подростковый возраст – крайне важный этап развития и становления индивида как биологического объекта – устойчивого носителя определенных психических свойств, обретающих в этот период качество идентичности. Данный период, как никакой другой, формирует «качество» психического здоровья индивида, определяющего степень его социальной ценности. И в то же время, «пубертатный период» – наиболее уязвимый возраст для агрессивных влияний внешней и «внутренней» среды. Рассогласование систем гомеостаза, их неравномерное созревание, повышенная социальная уязвимость подростка, обусловленная рисками «поискового поведения», создают наибольшую вероятность возникновения различных «донозологических» или пограничных форм психических расстройств или манифестации более глубоких патологических процессов. Вышесказанное говорит о значимости обсуждаемой проблемы.

Ранее мы обсуждали вопросы связи «биологического» и «психологического» – связи биологического/соматического и психического здоровья, в частности, их роли в определении терапевтических стратегий пограничных нервно-психических расстройств (Россинский Ю.А., 2001-2002, Россинский Ю.А. и др. 2002-2003, Валивач М.Н. и др., 2000). Результаты наших исследований выявили, что социальные факторы, имеющие достоверные корреляционные взаимосвязи с расстройствами психической адаптации (РПА) в подростковом возрасте, не выступают изолированно от биологических факторов, а в сочетании с ними.

Для комплексной оценки состояния межсистемных взаимосвязей организма при РПА, мы использовали трехуровневый подход (Валивач М.Н., 1998). Мы рассматривали нарушения на уровне клетки генетического и приобретенного характера в качестве первого уровня. Вторым уровнем нарушений рассматривались отклонения в системах

гомеостаза, третий уровень это болезни в их нозологическом понимании или, иначе, фенотипический уровень.

Мы изучили роль процесса полового созревания и участия гипоталамуса в рамках обсуждаемых расстройств психической адаптации на примере подростков женского пола, имеющих данные расстройства. В этом отношении наше исследование позволило выявить и обозначить две группы дезадаптаций:

1. РПА, которые тесно связаны с процессом полового созревания и с гипоталамической дисфункцией, как реакции гипоталамуса на эндокринный дисбаланс. Данные РПА проявлялись психовегетативной симптоматикой, изменением полового поведения, неярко выраженнымми, эмоциональными нарушениями (3^й уровень) и лабораторно зарегистрированным эндокринным дисбалансом (2^й уровень). Мы предполагаем, что данные РПА имеют регредиентный тип течения, и мы их обозначили, как типично-подростковые или «пубертатные». Эта группа дезадаптаций достоверно связана с несоответствием «биологического» и «социального» возрастов, т.е. имела достоверные связи с более ранним проявлением и более яркой выраженностью сексуальности, более высоким уровнем ЛГ, тестостерона, в сравнении с не имеющими РПА. В ней чаще регистрировались нарушения функции надпочечников и признаки гиповитаминозов и микроэлементозов (Валивач М.Н. и др., 2001, Россинский Ю.А., 2001, Россинский Ю.А. и др., 2001).

2. Вторую группу составили подростки, у которых были зарегистрированы один или более вариантов нарушенной психической адаптации, но при этом клинически и лабораторно не регистрировались признаки психовегетативного синдрома с гипоталамической реакцией на эндокринный дисбаланс. В противоположность подросткам с гипоталамическими реакциями – психовегетативными нарушениями, эти исследуемые имели менее выраженную сексуальность, у них чаще регистрировались бытовое неблагополучие и соматические болезни. Не связанные с процессом полового созревания или «непубертатные» РПА, гипотетически могут иметь прогрессирующий характер течения (Россинский Ю.А., 2001).

В контексте обсуждаемых расстройств психической адаптации наше исследование позволило обнаружить взаимосвязи и взаимовлияния симптомокомплексов, характерных для гиповитаминозов и микроэлементозов (нарушения 1^{го} уровня) с гормональным статусом (2^й уровень) и, в свою очередь, влияние гормонального статуса на психологические и поведенческие характеристики (3^й уровень).

Вышесказанное говорит о важности биологического, соматического и психического здоровья. Однако проблемы развития аддиктивного поведения, в том числе наркомании и алкоголизма, тесно связаны с низким уровнем адаптации индивида к

быстро меняющимся условиям среды, что приводит к неудовлетворенному восприятию собственной жизни и окружающего мира. В данном случае речь идет о психологическом здоровье, которое определяет понятие качества жизни индивидуума. По определению В.Я.Семке и М.Ф.Белокрыловой, качество жизни – это достигаемость желаемого и удовлетворенность достигнутым (Семке В.Я., 2001). Т.е. качество жизни отражает удовлетворенность своим социальным функционированием (Кемберг О. 1976).

Ancient Wisdom, Modern Faith (1995-2002) относят в категорию психологического здоровья то, как мы функционируем, как мы можем регулировать путь, которым мы идем, и приспосабливать мир вокруг нас, как мы относимся к себе и другим. Harold W. Faw (1995) отождествляет психологическое здоровье со способностью каждого «успешно справляться с разнообразием вызовов жизни и риском неудач». E.H.Fromm (1955), определяя психологическое здоровье, сосредотачивается на различных аспектах здоровых или положительных человеческих отношений. Jennifer Kunst, Siang-Yang Tan (1996) отмечают, что «психологическое незддоровье» наступает тогда, когда личность не способна удовлетворить свои жизненно важные потребности и не способна быть социально компетентной в плане проживания в сложном мире, сохраняя удовлетворительные отношения и адаптивное поведение. А.Л.Катков (1998, 2002) определяет психологическое здоровье как: способность человека и общества адекватно усваивать, перерабатывать и генерировать новую информацию, позволяющую гибко, мобильно выстраивать конструктивные жизненные сценарии и успешно реализовывать их в быстроменяющейся, агрессивной среде.

Многие исследователи отождествляют психологическое здоровье с психическим. А.Л.Катков (1998) отмечает необходимость разделения этих двух аспектов категории интегрального здоровья. В свою очередь, разделение психического и психологического здоровья определяет «необходимость применения иных, чем чисто медицинских подходов, адресности и вектора таких подходов» (Катков А.Л., 1998). Действительно, как отмечает Б.С.Братусь (1997), понятно, что психически здоровый человек может быть лично ущербным.

Такое разделение мы считаем совершенно оправданным, как для понимания патогенеза пограничных нервно-психических заболеваний, психо-дезадаптационных и аддиктивных состояний, так и для построения интегративно-развивающих терапевтических стратегий данных расстройств.

Проведенное нами многоуровневое исследование проблемы наркозависимости в Республике Казахстан, в котором приняло участие 7500 респондентов – граждан пяти регионов (10 областей и города Астана и Алматы) в возрасте 7-55 лет, позволило

идентифицировать феномен антинаркотической устойчивости (Многоуровневое..., 2001). Была выявлена определенная группа людей, которая является активно-устойчивой к формированию и развитию наркотической зависимости. Эти лица при любых жизненных изменениях не станут наркозависимыми. Всех этих лиц объединяет определенный набор личностных свойств, который, по сути, является компонентами феномена антинаркотической устойчивости.

Основные компоненты или «составляющие» феномена антинаркотической устойчивости:

1. Полноценное прохождение и завершение этапа идентификации личностного развития;
2. Адекватно сформированные навыки выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев;
3. Качество «внутренней» ответственности (внутреннего локуса контроля), тесно связанное с предыдущим пунктом;
4. Наличие адекватно сформулированного, «собственного» конструктивного жизненного сценария с системой ценностей, исключающих потребление наркотических веществ;
5. Наличие достаточных ресурсов для реализации вышеизложенных сценариев;
6. Полная информированность о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации основных жизненных сценариев.

Как мы видим, что все эти аспекты являются составляющими психологического здоровья, за исключением пятого и шестого пунктов, которые одновременно относятся и к категории психического здоровья.

А.Л.Катков (1998) отмечает, что в настоящее время речь уже не может идти только об охране психического здоровья, что современная ситуация диктует необходимость формирования и развития психического и психологического здоровья. В.Я.Семке (2001) так же отмечает идею разработки новейших методов и способов формирования здоровой, гармоничной личности. О развитии психологического здоровья отмечают и другие авторы. Michael W. Parker et al. (2001, 2002) говорят о методах, направленных на развитие психологического здоровья у солдат для успешного продвижения по службе, а также у пожилых людей для «успешного старения».

Мы уже упомянули о важности разделения категорий психического и психологического здоровья для разработки терапевтических стратегий. Когда мы говорим о восстановлении биологического, соматического, психического здоровья, основной лечебной стратегией является реабилитация, т.е. восстановление прежних способностей (re-возврат, ability-способности).

Совсем другое дело представляется нам, когда мы говорим о психологическом здоровье и аспектах его

составляющих. Если у личности изначально не развиты те свойства, которые определяют ее личностно-социальную компетентность, если она в силу этих причин изначально не способна адаптироваться и удовлетворить свои жизненно важные потребности в сложном и быстроменяющемся мире, как в этом случае мы будем восстанавливать то, что изначально не развито или развито недостаточно? Целесообразно ли восстанавливать прежний «статус», приведший личность к проблеме или болезни? В этом случае, выход будет найден только через формирование и развитие новых личностных качеств, через развитие психологического здоровья, через формирование новой личности. Как отмечают Дэвид Бразье и Кэролайн Бич – представители феноменологической мультимедийной психотерапии: «Речь идет не о починке чего-либо, но о вырастании из существующего состояния. Дело не в выздоровлении от чего-то минувшего, а в обучении искусству переплетения прошлого и настоящего в новый узор. Мы говорим не о решении проблем, а о росте. Речь идет не о том, чтобы отыскать нужную улицу, а о том, чтобы сделать город свободным» (Д.Бразье, К.Бич, 2001). Таким образом, цель психотерапии не только и не столько реабилитация, а неоабилитация (neo-новые, ability-способности) – формирование новой, более зрелой личности, через развитие качественно новых способностей и личностный рост (Катков А.Л., 2002, Катков А.Л., Россинский Ю.А. 2002, Россинский Ю.А. 2003).

Неоабилитация должна стать основой психотерапевтических стратегий и обязательной составляющей патогенетического лечения пограничных нервно-психических расстройств, психодезадаптационных и различных аддиктивных состояний и коррекции личностных проблем. Реабилитация и неоабилитация имеют свои цели, задачи и дают возможность патогенетического воздействия на проблему или болезнь.

Цели и разновидности терапевтического вмешательства реабилитации:

а. Биологический уровень – медикаментозная терапия, физиотерапия, традиционная терапия (рефлексотерапия и т.д.), т.е. восстановление биологического гомеостаза и/или редукция некоторых психопатологических расстройств (например, нормализация настроения, поведения). Цель – восстановление биологического/физиологического гомеостаза;

б. Психологический уровень – психологическое консультирование и психотерапия (индивидуальная, групповая, семейная), т.е. редукция психопатологической симптоматики и восстановление прежних психологических свойств личности. Цель – удовлетворение личностно-психологических потребностей пациента и восстановление прежнего психологического статуса личности;

с. Социальный уровень – социальная коррекция, трудотерапия, терапия занятостью. Цель – удовлетворение психосоциальных потребностей и восстановление прежнего социального статуса пациента;

д. Духовный уровень – отсутствует.

Цели и разновидности терапевтического вмешательства неоабилитации:

а. Биологический уровень – отсутствует.

б. Психологический уровень – психологическое консультирование и развивающая психотерапия, формирующие и развивающие новые личностные качества и психологические свойства (например, феномен антинаркотической устойчивости, повышенной стрессоустойчивости и т.д.). Цель – личностный рост через развитие новых качеств и психологических свойств личности, зрелость; формирование и реализация новых жизненных целей;

с. Социальный уровень – формирование и развитие нового социального опыта, приводящего к новому социальному статусу, новые социальные потребности и возможности. Цель – формирование социально-компетентной личности; социальная компетентность в изменяющейся жизни;

д. Духовный уровень – предоставление возможностей для формирования новой, более зрелой личностной идеологии, и развития новых духовных потребностей и интересов. Цель – формирование целостной автономной духовно-зрелой личности; жизнеутверждающая личностная философия, мудрость.

Если рассматривать реабилитацию в контексте приложения к различным аспектам интегрального здоровья, то в большей степени она будет направлена на соматическое, психическое и в меньшей степени психологическое здоровье. Если рассматривать неоабилитацию, то в большей степени ее мишенью будет являться психологическое, в меньшей степени психическое здоровье. Таким образом, значимость оценки психологического здоровья при лечении пограничных нервно-психических расстройств, аддиктивных состояний, в том числе алкоголизма и наркомании, крайне важна и требует дальнейшего своего изучения.

Литература:

1. Бразье Д., Бич К., Феноменологическая мультимедийная терапия. В кн. Инновационная психотерапия, под редакцией Д.Джоунса. СПб. «Питер», 2001, (Серия «Практикум по психотерапии») с. 238-263;
2. Братусь Б.С. К проблеме человека в психологии / Вопросы психологии. 1997. – № 5. – С. 3-19;
3. Валивач М.Н. Опportunisticные инфекции слизистых оболочек (практическое применение системного подхода). Павлодар, НПФ ЭКО. 1998, - 288 с.;

-
-
4. Валивач М.Н., Россинский Ю.А., Гаськов А.П., Джунусов Г.А. Сомато-психические взаимосвязи у девочек-подростков г. Павлодара (приложение трехуровневого подхода к анализу соматопсихических влияний у девочек-подростков). Вопросы ментальной медицины и экологии. Том VI, № 4. Москва-Костанай. 2000, с. 58-69.;
5. Валивач М.Н., Россинский Ю.А., Гаськов А.П., Джунусов Г.А. Сомато-психические взаимосвязи у девочек-подростков г. Павлодара (приложение трехуровневого подхода к анализу соматопсихических влияний у девочек-подростков). Вопросы ментальной медицины и экологии. Том VI, № 4. Москва-Костанай. 2000, с. 58-69.;
6. Катков А.Л. Теория и практика формирование психического здоровья населения. К 29. Костанай, 1998. – 268 с.;
7. Катков А.Л. Обоснование сквозной модели лечения, реабилитации и профилактики распространения наркозависимости в Республике Казахстан. Вопросы наркологии Казахстана, том 1 № 2, 2001, с. 9-12;
8. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых. Вопросы наркологии Казахстана. Том 2, № 2, 2002., с.84-88;
9. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Комплексное исследование качества социального психического здоровья: Информационное письмо. РНПЦ МСПН, Павлодар, 2002. – 24 с.;
10. Многоуровневое исследование проблемы наркозависимости в Республике Казахстан. Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Комитет по борьбе с наркоманией и наркобизнесом при Министерстве юстиции Республики Казахстан, Агентство социальных и маркетинговых исследований «БРИФ Центральная Азия», Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании. 2001, 456 с.;
11. Россинский Ю.А. Клинико-биологические особенности проявлений расстройств психической адаптации у подростков женского пола. Диссертация, Томск – 2001, 246 с.;
12. Россинский Ю.А. Связи психологических характеристик с биологическим, культуральным и социальным воздействием в исследовании девочек-подростков. Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. Материалы X научной отчетной сессии, посвященной 20-летию НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН / Под ред. академика РАМН В.Я.Семке. Выпуск 10, Томск, 2001, С. 78-79;
13. Россинский Ю.А., Валивач М.Н. Клинический подход и применение интегративно-развивающего психотерапевтического процесса в лечении пограничных состояний, психосоматических и наркологических расстройств (биологический уровень). Вопросы ментальной медицины и экологии. Том 8, № 4, 2002 г.;
14. Семке В.Я. Основы персонологии. М.: Академический проект, 2001. – 476 с. – (Серия «Б-ка психологии, психоанализа, психотерапии»);
15. Семке В.Я. Клиническая персонология. Томск: МГП «PACKO». – 376 с.;
16. Fromm, E.H. (1955). *The sane society*. New York: Holt Rinehart & Winston.
17. Faw H.W., *Psychology in Christian Perspective*, (Grand Rapids: Baker Book House, 1995), p. 168;
18. Kunst J., Siang-Yang Tan, «*Psychotherapy as "Work in the Spirit": Thinking Theologically about Psychotherapy*», *Journal of Psychology and Theology*, winter 1996, p. 288.;
19. Parker M.W. *Physical, spiritual and psychological aging in a social context: usual and successful. nts. and Settings.*, SW 583 *Physical, Spiritual and Psychological Aging in a Social Context.htm*. 2002, Dr. Michael Parker, School of Social Work, The University of Alabama;
20. Parker, M.W., Fuller, G.F., Koenig, H.G., Vaitkus, M.A., Bellis, J.M., Barko, W.F., Eitzen, J., & Call, V.R. (2001) *Enhancing soldier and family well-being across the life course: A developmental model of successful aging, spirituality, and health promotion for the 21st century, part I. Military Medicine*. 165: June.
21. Parker, M., Fuller, G., Koenig, H., Bellis, J., Vaitkus, M., & Eitzen, J. (2001). *Soldier and family wellness across the life course: A developmental model of successful aging, Spirituality and Health Promotion, Part II. Military Medicine*, 166, July, 561-570.
- 22.. Parker, M., Bellis, J., Harper, M., Bishop, P., Moore, C., Thompson, P., & Allman, R. A (in press) *Multidisciplinary model of health promotion incorporating spirituality into a successful aging Intervention with African American and White elderly, Practice Concepts, The Gerontologist*. 2002, Dr. Michael Parker, School of Social Work, The University of Alabama;

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В РОССИИ

Н.В.Шахназарова, И.А.Горбачев, С.М.Козлова,
А.М.Соболева, К.В.Петухов

г. Калуга

На май 2002 года в России было зарегистрировано около 200 тысяч ВИЧ-инфицированных. По экспертным оценкам количество не выявленных больных составляет около 1 миллиона, в 2005-2008 годах начнется «массовое» заболевание СПИДом инфицированных в 1995-2000 годах, а количество носителей вируса возрастет в 5-15 раз. В настоящее время оказание помощи ВИЧ-инфицированным ведется в центрах по профилактике и борьбе со СПИДом, которые, в основном, занимаются медицинскими аспектами заболевания. Между тем, все большее количество специалистов приходит к выводу, что психологический аспект не менее важен.

Можно выделить следующие этапы работы с ВИЧ-инфицированным (и, соответственно, ситуации психологического сопровождения):

- 1) Профилактика ВИЧ-инфицирования
- 2) Постановка диагноза
- 3) Диспансерное наблюдение
- 4) Активная противоретровирусная терапия
- 5) Ведение пациента в терминальной стадии СПИДа

К некоторым особенностям, существенно влияющим на организацию процесса психологического сопровождения работы с ВИЧ-инфицированными, относятся (по этапам работы):

1) Широкое распространение недостоверной информации о ВИЧ/СПИДЕ; участие в профилактической работе большого круга лиц, в том числе неимеющих необходимых знаний и навыков; низкая эффективность большинства профилактических мероприятий, нацеленных на распространение информации, а не на изменение опасных моделей поведения; неохваченность системой здравоохранения основных групп риска (наркоманов, работников коммерческого секса, лиц ведущих беспорядочную половую жизнь).

2) Формальная обязательность психосоциального консультирования при обследовании на ВИЧ и неготовность персонала лечебных учреждений к эффективному его проведению; особенности ситуаций постановки диагноза при эпидрасследованиях, обследовании наркоманов, заключенных; высокая стрессогенность ситуации.

3) Проблемы адаптации ВИЧ-инфицированных к диагнозу; предотвращение суицидов и тяжелых нервных расстройств; необходимость изменения моделей поведения для предотвращения инфицирования окружающих; необходимость оказания психологической помощи в рамках медицинских учреждений с целью сохранения врачебной тайны.

4) Трудности формирования приверженности терапии; высокая желательность обеспечения социальной поддержки больного; консультирование по поводу нетрадиционных методов лечения.

5) Резкое ухудшение somатического состояния; неизбежность смерти и невозможность прогнозирования ее точных сроков; психологическое консультирование и поддержка родственников умирающего.

Оптимальной была бы схема «командной» работы врача-эпидемиолога, терапевта, нарколога-психиатра, медицинского психолога и социального работника, однако, сегодня по ряду причин такая организация работы затруднена. Наиболее реальной на данный момент является оказание психологической помощи больному лечащим врачом. При этом, медицинские психологи должны обеспечить психологическое сопровождение работы специалистов с ВИЧ-инфицированными.

Система психологического сопровождения работы специалистов с ВИЧ-инфицированными на наш взгляд должна включать в себя следующие компоненты:

- 1) Научные исследования, систематический анализ и пересмотр опыта работы.
- 2) Психологический инструментарий и система его сопровождения, прежде всего, эффективные тестовые методики позволяющие прогнозировать психологическое состояние и реакции ВИЧ-инфицированного на разных этапах работы с ним и выявлять больных, нуждающихся в специальной психологической, психотерапевтической или психиатрической помощи.
- 3) Базовое обучение специалистов основам психологического консультирования с учетом особенностей ВИЧ-инфицированных на разных этапах работы с ними.
- 4) Супервизия, повышение квалификации и обмен опытом.
- 5) Система поддержки и реабилитации специалистов, работающих с ВИЧ-инфицированными.

Для построения такой системы в масштабах страны необходима «настроенная» на передачу опыта и психологическую поддержку специалистов система коммуникаций между ними (внутри отдельных учреждений здравоохранения; в рамках системы учреждений, обслуживающих ВИЧ-инфицированных; с коллегами «на стороне»). Формирование такой системы коммуникаций планируется в рамках Российской информационной сети AIDS.NET.RU.

Работа выполнена на базе Калужского областного центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями при содействии Центра системных исследований (проект SRC-097-007) и поддержке Российского гуманитарного научного фонда и правительства Калужской области (грант № 02-06-00427а/Ц).

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОТЕРАПИИ

М.М.Решетников

Часть 1

Аналитическое исследование выполнено по открытому плану в связи с разработкой нового приказа Министерства здравоохранения «О психиатрической и психотерапевтической помощи» и проектом Отраслевой программы Министерства здравоохранения РФ «Реорганизация сети психиатрической помощи в Российской Федерации» (на 2003-2008 годы)

Страховая медицина появляется не с введение тех или иных законов, а с формированием принципиально нового терапевтического навыка – считать.

Введение

Современный этап российских реформ вызвал фундаментальные изменения в системе охраны здоровья нации и со всей очевидностью поставил проблему осмыслиения ситуации, в частности, с точки зрения трех ключевых вопросов: стоимости, качества и доступности психотерапевтической помощи для населения. Самостоятельной проблемой является оценка действенности профилактической, терапевтической и коррекционной работы, а также – сугубо прагматических вопрос – их экономической эффективности.

Все эти проблемы для российских специалистов, традиционно не питающих склонности считать, являются новыми, и требуют как общеметодического анализа, так и апелляции к зарубежному опыту (при обязательной критической переоценке последнего, так как и экономические, и юридические базисы всего комплекса этих проблем, фактически, не сравнимы).

Появление этой работы имеет свою историю, так как вначале она задумывалась как рецензия на книгу «Стоимость и эффективность психотерапии»¹, но в итоге вылилась в гораздо более широкие размышления на эту тему, а это несколько иной жанр. В тоже время, мы будем активно апеллировать к упомянутой выше работе. Уже после начала подготовки этого материала, было осознанно, что он будет лишь этапным, так как вряд ли удастся изложить и проанализировать все возникшие идеи в краткие сроки, диктуемые активной подготовкой новых официальных документов Министерства здравоохранения. В этом разделе будет предпринята

попытка осмыслить только чрезвычайно интересные обобщения зарубежных коллег из США и Канады, в частности, материалы: John P. Docherty “Рыночные реформы здравоохранения и экономическая эффективность психотерапии”², а также – Joel Sadovoy and Kristopher Perry “Психотерапевтическое обеспечение и экономическая эффективность (с канадской точки зрения)”³.

АМЕРИКАНСКИЙ ОПЫТ

Запрос и стоимость

Ссылки на беспрецедентный рост психопатологии и неутешительные прогнозы ВОЗ на ближайшие десятилетия в этой сфере стали уже общим местом, и мы не будем повторять их. Упомянем лишь, что, как прогнозируется, уже к 2020 году психические заболевания станут ведущими причинами инвалидизации населения планеты, при этом – униполярная депрессия займет второе место (после ишемической болезни) в первой десятке заболеваний, приводящих к инвалидности.

На фоне этих неутешительных прогнозов наши американские коллеги, в первую очередь, обращают внимание на постоянное расширение спектра психиатрической помощи и психотерапевтических услуг, и столь же беспрецедентный рост их стоимости, а также увеличение удельного веса и повышение популярности частных терапевтических учреждений за два-три последних десятилетия. Так, например, в США:

¹ Cost-Effectiveness of Psychotherapy. Edited by Nancy E. Miller and Kathryn M. Magruder, - N-Y: Oxford University Press, 1999. – 347 pp.

² Docherty J.P. Market-Based Health Reform and the Cost-Effectiveness of Psychotherapy. Там же. – С. 3-14.

³ Sadovoy J., Perry K. Psychotherapy Services and Cost-Effectiveness: A Canadian Perspective. Там же. – С. 327-334.

- количество частных психиатрических лечебниц с 1970 по 1988 год возросло с 150 до 444 (то есть – почти в 3 раза или до 296%);
- количество случаев госпитализации по психиатрическим показаниям с 1965 по 1990 год увеличилось с 1.565.525 до 2.262.474 случаев в год (в 1,5 раза или 145%);
- количество амбулаторных посещений пациентов, имеющих психиатрические диагнозы за 1965-1990 годы, возросло с 1.071.000 до 5.810.405 в год (в 5 раз или 543%);
- количество амбулаторных посещений по причинам, связанным с парапсихиатрическими нарушениями, за тот же период увеличилось почти в 10 раз.

Здесь, впрочем, как и далее, неуместно какое-либо сравнение. Мы вряд ли уступаем США в уровне психопатологии, но количество специалистов, действующих в области психического здоровья: психиатров, психотерапевтов, психологов, психиатрических медсестер (с высшим образованием) и социальных работников у нас, примерно, в 10 - 15 раз меньше. Поэтому целью данного анализа является не сравнение, а выявление и изучение тенденций в их социально-экономической и исторической перспективе.

С этой же точки зрения следует рассматривать и американские данные об экономике сохранения психического здоровья, где наблюдается беспрецедентный рост расходов. Например, бюджет Национального Института Психического Здоровья США с 1945 года до 1996 года (более поздних данных нет) увеличился с 1 млн. 119 тыс. долл. до 661 млн. 290 тыс. долл.: немыслимая цифра – 59000%! При этом в данные 1996 года не включены средства федерального правительства США, выделяемые Национальной Ассоциации Охраны Психического Здоровья и на борьбу со злоупотреблением наркотиками, бюджет которых составляет около 2 миллиардов долларов. А совокупные расходы всех организаций, занятых или привлекаемых к охране психического здоровья в США только за период с 1969 по 1990 год увеличились с 3, 3 млрд. долл. до 28,4 млрд. долл. (в 8,6 раза).

Законодатели и правительство США оценивают рост расходов на медицину в целом, как «пугающий», при этом – в области психиатрии и психотерапии, где стоимость лечения и общие затраты росли за последние десятилетия почти в 3 раза быстрее, чем в соматической медицине, эти оценки звучат как «удручающие».

Тем не менее, официально констатируется, что спрос на психиатрическую и психотерапевтическую помощь, и, особенно, на амбулаторное лечение в последние десятилетия постоянно превышает спрос на услуги общей медицины, что требует

пересмотра системы предоставления такой помощи пациентам и расширения перечня страховых случаев в психотерапии.

Качество

По мнению квалифицированных американских экспертов, основной проблемой в области качества охраны психического здоровья являются: диагностика, выбор метода и определение протяженности курса лечения (в последнем случае – с точки зрения его адекватности имеющемуся психическому расстройству). Здесь, судя по всему, мировая и российская медицина имеют общие проблемы, среди которых следует выделить главные. Во-первых, это «региональный разнобой» (а точнее было бы сказать: «полный волонтеризм» отдельных специалистов даже в одном и том же городе) в выборе методов терапии или коррекции, которые более относятся с индивидуальными предпочтениями конкретных врачей или психологов, чем с клиническими показаниями.

Но там, где мы традиционно апеллируем к отдельным наблюдениям или «отдельным недостаткам», наши западные коллеги оперируют данными конкретных исследований и цифрами. В частности, авторами рецензируемого исследования отмечается, что врачи общей практики, как правило, вообще не распознают депрессии, а в тех единичных случаях, когда такой диагноз ставится, ошибочные заключения составляют 56%. Как бы это не казалось странным, но психиатры и психотерапевты ставят такие же ошибочные диагнозы – депрессии без достаточных на то оснований в 64%⁴! Наиболее эффективные и имеющие солидное научно-практическое обоснование психосоциальные методы лечения фобий применяются лишь у 15 - 38% пациентов с этим заболеванием.

Следует особо отметить, что проведенный в США анализ многочисленных случаев негативных результатов лечения и рецидивов депрессии свидетельствует, что большинство из них обусловлены недостаточной дозой или недостаточной продолжительностью курса лечения. В частности, в 29% случаев, при наличии явных показаний антидепрессанты вообще не назначались, еще в 24% случаев они назначались или в недостаточной дозе или вообще – для приема «время от времени». При этом положение о наблюдении за реакциями пациентов на назначение тех или иных препаратов, а также – сочетании медикаментозного лечения с психотерапией выполняется в единичных случаях. Одновременно с этим, несмотря на совершенно противоположные рекомендации ведущих медицинских центров, среднесуточная доза нейролептиков, назначаемая стационарным больным,

⁴ Для этого есть конкретное объяснение, не имеющее ничего общего с гипердиагностикой, о котором будет сказано ниже

увеличилась за последние десятилетия почти в 2 раза. Во многих случаях необоснованно пролонгируются сроки стационарного лечения пациентов. В качестве особого вывода (делающего честь нашим коллегам) следует отметить, что в случаях неудачного лечения или рецидивов, у терапевтов начинает превалировать отрицательное отношение к пациентам и избегание трудных случаев.

Доступность

По современным данным, более 40 млн. граждан США (14% от 285 млн. населения) не имеют медицинских страховок и, следовательно, не могут претендовать на сколько-нибудь качественное медицинское обслуживание. Еще более удручающие данные выявлены при «эпидемиологическом» обследовании: оказалось, что лишь менее 30% лиц, страдающих психическими заболеваниями, получают хоть какую-то профессиональную помощь. Квалифицированную психотерапевтическую помощь, даже из тех категорий населения, которым она доступна, получают менее 50% пациентов с аффективными расстройствами, около 30% - с тревожно-мнительным синдромом и лишь 20% зависимых.

Таким образом, следует сделать вывод, что данные, приведенные в разделе «Спрос и стоимость», отражают спрос и, соответственно, затраты, примерно, на 30-40% всех потенциальных пациентов. Почему одни прибегают к психотерапевтической помощи, а другие нет? Это вопрос, на который может быть много гипотетических ответов, но лучше бы его исследовать.

Еще более удивительными (и некоррелирующими с приведенными выше) представляются данные о низкой частоте повторных обращений за помощью лиц, страдающих хронической психиатрической патологией и зависимостями: только 42% таких пациентов, в среднем, хотя бы раз в год обращались в психиатрические учреждения по поводу их основного заболевания, и только 26% - получали при этом квалифицированную профессиональную помощь.

Какой вывод можно сделать? Вероятно, существуют две различных категории пациентов с психопатологией: проявляющие заинтересованность в лечении и не имеющие таковой.

Выполним ли социальный заказ?

Растущая обеспокоенность состоянием психического здоровья во всем мире диктует весьма специфический социальный заказ: снизить стоимость, повысить качество и увеличить доступность квалифицированной психиатрической и психотерапевтической помощи. Несколько забегая вперед, вероятно, следует признать, что в рамках действующей парадигмы теории и практики, этот социальный заказ невыполним. Следовательно, требуется пересмотр парадигмы, актуальной теории и

сложившейся практики. Но прежде чем говорит о пересмотре, следовало хотя бы попытаться оценить наличное состояние дел в этой сфере.

Мы не будем здесь обращаться к таким серьезным методологическим вопросам, как понятия «нормы» и «патологии» в психиатрии, психотерапии и психологии, которые, по нашему представлению, также требуют существенного пересмотра. Рассмотрим вопросы более «приземленные» и более практические.

Методический бум

Благодаря преимущественно работам З.Фрейда и его последователей, уже в начале 40-х годов XX века психотерапия, фактически, сложилась, как самостоятельная специальность, и уже к концу 50-х стала неотъемлемой частью системы здравоохранения в большинстве передовых стран мира. Характерной особенностью этого периода стало беззуржное творчество специалистов: хотя большинство квалифицированных экспертов считают, что количество научно-обоснованных методов в психотерапии весьма ограничено (психодинамическая, поведенческая, гештальт, рациональная, суггестивная, когнитивная), в настоящее время описано уже несколько сотен «новых» методов и модификаций, претендующих на самостоятельность. Как неоднократно отмечал Б.Д.Карвасарский, некоторые психотерапевты считают, что жизнь прошла зря, если им не удалось предложить собственный метод.

Другой проблемой является все более заметное «размытие» понятия психотерапии, как узко медицинской (то есть – исключительно врачебной) сферы деятельности. Отношение к этому процессу у специалистов (и врачей, и неврачей) очень различно. Одни придерживаются строго «медицинской модели», другие, с учетом тенденций мировой практики, расширяют ее до «медицинско-психологической», третьи, вслед за австрийскими специалистами, предлагают вообще вывести психотерапию за рамки «прокрустова» ложа медицины. Каждая сторона имеет свои, и достаточно убедительные, доводы и обоснования. Если читателя интересует точка зрения автора, то она ближе к «медицинско-психологической», уже хотя бы потому, что не замечать явную (и ее стоило бы оценить как положительную) тенденцию к психологизации психотерапии уже просто невозможно. Эта психологизация включает и методологический, и кадровый компоненты, при этом последний, вероятно, наиболее ярко демонстрирует ведущую тенденцию: по нашим данным на одного систематически практикующего врача-психотерапевта в России приходится, как минимум, 3 практикующих психолога, при этом существенно, что профессиональная компетентность и первых, и вторых оценивается пациентами с равной значимостью. Ранее действовавшее (и пока не отмененное) положение о том, что врач-психотерапевт это

исходно врач-психиатр игнорируется практически повсеместно самими руководителями психотерапевтических служб регионов России.

Но это - почти позитив. А что в негативе? К сожалению, пока следует признать, что, несмотря на обилие научной литературы и даже появление специализированных институтов для подготовки психотерапевтов по конкретным направлениям, в целом, наша сфера деятельности ближе к варианту некоего «кустарного производства», где есть отдельные более или менее искусные специалисты, применяющие те или иные методы в своих кабинетах и достигающие тех или иных успехов у тех или иных отдельных пациентов (о чем они обычно с удовольствием сообщают в профессиональной печати – автор не делает для себя исключение). Что здесь плохо? Во-первых, нет сравнимости результатов и контроля. Во-вторых (и это, как представляется, самое важное) деятельность этих специалистов в большинстве случаев никак не связана со всей остальной системой охраны здоровья, не говоря уже о таких «высоких» материалах, как принадлежность к конкретной школе, обеспечение систематического супervизорского контроля коллег и т. д.

Борьба за рынок

Борьба за рынок дополняет упомянутые выше недостатки еще одним: потребность терапевта получить, иметь и удерживать пациента, подвергает последнего систематическому риску оказаться в роли подопытного кролика, на котором проверяется та или иная методика или техника, которой придерживается (или просто «как раз сейчас разрабатывает») конкретный терапевт, вместо того, чтобы получить именно тот вид помощи, в котором пациент нуждается и, который в данном конкретном случае был бы наиболее эффективным. Есть ли, вообще, в психотерапевтической практике ситуации, когда, например, динамический терапевт отправил бы пациента к поведенческому или директивному? Возможно ли, вообще, создание в нашей сфере деятельности такой ситуации, когда терапевту было бы выгодно, чтобы пациент получал самый эффективный при его форме расстройства вид терапии?

В Англии, как известно, есть специальные государственные диагностические службы, которые определяют: куда или к кому лучше направить этот «страховой случай»? Может быть, стоило бы уловить и эту тенденцию?

Если эти диагностические службы появятся, они, безусловно, должны быть государственными. Но, это вовсе не значит, что и психотерапия должна быть только государственной. Если обратиться к тенденциям, то легко заметить, что частный сектор в современной российской медицине наиболее интенсивно развивается в таких сферах как: психотерапия, стоматология, косметология, массаж и

мануальная терапия, а также – психофармакология и пищевые добавки, то есть – там, где речь идет не о жизненных показаниях, а о качестве жизни. Почему бы не переложить эти сферы на частный сектор практически полностью (за исключением социально незащищенных категорий населения), и разгрузить, таким образом, не слишком обильный бюджет Министерства здравоохранения, а высвободившиеся средства направить в область финансово-емких высоких медицинских технологий? Как известно, любые тенденции можно пресечь, но обычно законодатели стараются их улавливать, анализировать и использовать в интересах государства.

Неопределенность статуса психотерапии

Борьба за психотерапевтический рынок дополняется «неурегулированностью» отношений с психиатрией. Если кратко сформулировать эту проблему, то ее суть состоит в том, что каждый уважающий себя психиатр считает себя «немного психотерапевтом» и не склонен рекомендовать пациенту обратиться к специалисту в смежной области знаний и практики - это с одной стороны. А с другой, квалифицированный психотерапевт, как правило, не очень доверяет психиатру, так как обычно имеет опыт ситуаций, когда, направленный им для консультативной помощи к психиатру пациент, возвращался с «пачкой рецептов» и рекомендацией «бросить эту ерунду» (в одних случаях это может относиться к проблемам пациента, а в более «жестких» - и к психотерапии, в целом).

Психотерапевты очень любят винить во всем психиатров? Но всегда ли они (то есть, мы – психотерапевты) правы? Попробуем взглянуть на проблему с иной точки зрения. Одной из современных тенденций является расширение основных направлений деятельности системы здравоохранения в области, традиционно обозначаемые как социальная сфера. Психотерапия не является исключением. Но, она, гораздо больше, чем все остальные области медицины, выходит за рамки того, что традиционно принято относить к здравоохранению. Являются ли, например, межличностные и внутриличностные конфликты, неудовлетворенность семью, недостаточной общительностью или способностью нравиться другим, а также затруднения в разрешении проблемных ситуаций личной жизни и даже суицидные мысли, наркомании, курение или разногласия в решении вопросов планирования семьи (составляющие, в совокупности, более 50% причин обращений к психотерапии) сугубо медицинскими или хотя бы чисто психиатрическими проблемами? Не является ли нонсенсом то, что психиатр несет ответственность за суицид пациента почти в той же мере, что хирург за летальный исход на операционном столе? Кто, вообще, может отвечать за волю, мотивации, аффективные порывы или поступки другого? Еще один аспект той же

проблемы: почему практически во всех руководящих документах психиатр оказывается более ответственным, чем психотерапевт? Почему мы никак не можем признать, что психиатрия и психотерапия – это не только родственные, но и качественно различные специальности, в которые приходят люди с исходно различными профессиональными установками?

Специфика содержания и задач психотерапии

Как отмечает Б.Д.Карвасарский с соавторами⁵ (2000): «В русскоязычной литературе ...принятым является определение психотерапии как системы лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного» (с. 657). Если убрать из этого определения «лечебного» и «больного», то от медицины практически ничего не остается, так как воздействием на психику занимается и педагогика, и телевидение, и политика, и реклама и т.д. Через психику и на психику воздействуют все: от первого (еще внутриутробного) контакта ребенка с матерью до последнего - со священником, родственником, близким другом или врачом. Напомним также, что многие, из обращающихся к психотерапевтам и психологам, ни соматически, ни психически больными не являются.

Правда, не будем здесь лукавить и передергивать, психотерапия – это особый вид общения, имеющий очень солидное научное и эмпирическое обоснование, которому учат долго и основательно, особенно, с точки зрения того, где искать корни самых различных психологических проблем и каковы могут быть формы и методы их разрешения?

Отношение к психотерапии, как профессии, по определению уже упомянутого Б.Д.Карвасарского, «второго сорта» остается преобладающим. Здесь много вины самой психотерапии, очень мало апеллирующей к обобщению клинических данных и эксперименту. Но, есть и чисто бытовая причина. Многие, в том числе врачи, считают психотерапию разновидностью обычной беседы, с которой она не имеет ничего общего, кроме того, что и там, и здесь используются слова. Чтобы еще раз прояснить это широко распространенное заблуждение, позволим себе еще одно образное сравнение: мы все умеем пользоваться ножом; скальпель – это тоже вариант ножа, и им также можно воспользоваться в бытовых целях. Но возьмет ли на себя смелость, умеющий пользоваться ножом или скальпелем на бытовом уровне, оперировать, например, мозг человека, который устроен намного проще, чем психика? То, почему труднее всего научиться будущему терапевту – умение постоянно анализировать: «Не что говорит пациент, а как он говорит, и почему он говорит именно об этом?» - а также: как это соотносится

с состоянием его аффективной сферы, психическим развитием и актуальным психо-эмоциональным состоянием и массой других психических параметров, одно перечисление которых заняло бы несколько страниц. Не говоря уже о том, что реакции квалифицированного терапевта всегда строго соотносятся с конкретной методикой и методологией, формой патологии и этапом лечения. И представление о психотерапевте, дремлющем в кресле напротив или у изголовья пациента – не имеет ничего общего с его сверхдетерминированным интеллектуальным и эмоциональным напряжением. Те, кто работают в рамках реальной психотерапии, хорошо знают, что при эффективной работе специалист просто не в силах принять более 6-8 пациентов за полный рабочий день.

Тем не менее, вопрос о целях и задачах психотерапии остается достаточно сложным. Пролистав несколько авторитетных изданий, я нигде не обнаружил их четкого определения. В большинстве случаев, цели и задачи психотерапии идентифицируются с проблемами пациентов (или подменяются ими): «разрешение внутри- и межличностных конфликтов», «оказание помощи в раскрытии потенциала и самореализации личности», «повышение чувства ответственности за свои решения и свое поведение», «расширение временной перспективы», «улучшение социального самочувствия и социальной адаптации» и т.д. и т.п. В какой мере это относится к психиатрии?

Профессиональная компетенция

Здесь, после некоторой апологии, мы вынуждены говорить преимущественно о недостатках. В силу специфики «работы за закрытой дверью» каждый конкретный случай психотерапии, фактически, всегда оказывается вне профессионального или какого бы то ни было иного контроля. Современная законодательная база, в принципе, вообще не регулирует вопрос о том: кто может заниматься психотерапией? Если быть более точным, то эта законодательная база прикрывается «фиговым листком», на котором начертано, что психотерапия – это медицинская специальность, которой, в соответствии с российскими законами и приказами Министерства здравоохранения, может заниматься только врач-психиатр, имеющий дополнительную подготовку и т.д. Но все мы знаем, и это уже отмечалось, что это положение повсеместно не выполняется, и осмелимся предположить – никогда не будет выполняться. Психологам, теми же актами, предписано заниматься только «психологическим консультированием», но – ни в коем случае – не психотерапией, хотя: в чем разница между первым и вторым (с точки зрения психотерапевтического

5 Карвасарский Б.Д. (ред.) Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб.: Питер. 2000. – 1024 с.

процесса) вам не скажет никто. В обоих случаях встречаются два человека, и их интеракция осуществляется преимущественно в форме разговорной речи и некоторых невербальных компонентов. Есть только одна разница, но опять же - не с точки зрения процесса: психотерапевт с предшествующей психиатрической подготовкой обладает правом назначения медикаментозного лечения и установления психиатрического диагноза, а психолог (впрочем, как и врач, который стал психотерапевтом, минуя психиатрию) - нет. Но наличие или отсутствие этих прав не имеет никакого отношения к проблеме профессиональной компетентности психотерапевта.

Добавим к этому, что за исключением первых мучительных попыток введения института профессионального тренинга и супервизий в рамках таких направлений психотерапии, как психоанализ и гештальт, ни в процессе обучения психотерапевта, ни в процессе его практики к уровню его компетентности и способности к этой деятельности, фактически, не предъявляется никаких требований (и, даже, если апеллировать к квалификационным тестам – они характеризуют знания, но не навыки и содержание профессиональной деятельности специалиста).

Характерно, что даже чрезвычайно деликатные попытки «приоткрыть закрытую дверь» наталкиваются на тезис о приоритете конфиденциальности и авторитета специалиста, являющегося самостоятельным лечебным фактором. И это, действительно, сложный вопрос: что важнее – контроль над содержанием практики, реальное исследование ее эффективности и изучение опыта – или конфиденциальность, открывающая неограниченные возможности для паранаучных спекуляций?

О единстве теории и практики

Тезис, вынесенный в заголовок, никем не оспаривается. Но есть одна специфика современности – наши теории почти никак не апеллируют к практике. Или – апеллируют к практике, вообще, без конкретных случаев. То же самое повторяется в большинстве руководств по психотерапии, где описываются техники, кратко иллюстрируемые теми или иными случаями (чаще – выдержками из случаев). Описание конкретных случаев с конкретной техникой и даже теорией также иногда встречаются. Но, обобщения практики (я имею в виду – одной и той же конкретной техники, например, на 50–100 клинических случаев) – это уже нечто, почти не существующее. Есть несколько известных нам зарубежных источников, например, работы L.Luborsky & B.Singer⁶, сравнивающих различные методы психотерапии. Но, если мы заблуждаемся, то будем благодарны за любые монографические источники, где описывается, например, психотерапия

депрессий, навязчивостей или фобий. Исключение составляет, пожалуй, только шизофрения, и то, преимущественно, опять же за рубежом.

Психиатры критикуют нас большей частью справедливо. Мы с удовольствием и нередко высокохудожественно описываем свою деятельность, но в наших трудах пока не слишком много науки, исследований и измерений, доказательности, повторяемости и проверяемости результатов. Может быть, так и должно быть? Может быть, это все-таки не наука? А если наука, то почему такое положение сохраняется с такой завидной устойчивостью?

Нужны ли нам вообще разработки в области стандартизации психотерапевтических методов и процедур? Если нужны, то почему их нет? Есть ли у нас специалисты по конкретным формам заболеваний? И если они есть – почему нет системы отбора пациентов для направления их по профилю того или иного специалиста? Почему лишь единично представлены работы, где обсуждаются показания и противопоказания к тому или иному методу психотерапии, и, главное, не только обсуждаются, а и обосновываются? Много ли вообще в психотерапии результатов, которые могут быть приписаны какой-то конкретной методике, а не всей психотерапии?

Еще несколько вопросов. Существуют ли какие-либо объективные методы оценки профессиональной компетентности практикующих специалистов? Знаем ли мы, вообще, в какой мере компетентность и навыкиказываются на результатах? Или нам это не нужно?

О сложностях соединения теории и практики

К предыдущему разделу есть много возражений (и вполне объективных). Во-первых, мы почти никогда не имеем дела с каким-то «гомогенным» расстройством личности. Это, чаще всего, «буket». Во-вторых, какими бы «чистыми» аналитиками, бихевиористами или гештальтистами, мультимодальщиками или интегративщиками мы не являлись, в практике каждого, безусловно, присутствует некая комбинация всех терапевтических подходов и методов, помноженная на специфику конкретной стадии терапии, и еще больше – на индивидуальную одаренность или, во всяком случае, неповторимую индивидуальность конкретного терапевта. Во фразе о том, что ведущим терапевтическим фактором является личность терапевта (особенно, если эта личность квалифицированная), почти все правда. В итоге методов оказывается столько же, сколько специалистов. Может быть нужен иной подход: изучение не методов, а специалистов, как некоего весьма специфического терапевтического инструмента.

6 Luborsky L., Singer B. Comparative studies of psychotherapies: is it true that “everyone has won and all must have prizes”? – Archives of General Psychiatry, 1975. #32. pp. 995-1008.

Почему нет? Но это, опять же вопрос. Его можно еще раз расширить: в зависимости от формы патологии и специфики общения с конкретным пациентом терапевт всегда немного «модифицируется». И тогда оказывается, что методов столько, сколько пациентов.

Совершенно четко пока можно сказать только одно: обратная связь между теорией и практикой – оставляет желать много лучшего. Но это не значит, что она не достижима.

Что, вообще, понимается под заключением «успешный случай». Как правило, снижение или исчезновение симптома и удовлетворенность пациента терапией. Правильно ли это? Попробуем по-мыслить сугубо медицинскими аналогиями: если при остром животе путем обезболивания мы достигли исчезновения или редукции симптома: пациент перестал стонать, прижимать руки к животу и расслаблено выразил благодарность доктору – этого достаточно? Можно больше не беспокоиться? Здесь опять же – только вопрос. А, зная о конверсионной природе многих из наших симптомов и такие красивые термины как «компромиссное образование», этот вопрос можно продолжать до бесконечности.

Если бы хотя бы часть тех сил, которые тратятся на обоснование исключительности той или иной психотерапевтической школы, была направлена на исследования, и не только личных ощущений терапевтов об их успешности или недостаточной успешности, вероятно, мы могли бы подойти к этой проблеме более адекватно и качественно изменить ситуацию.

Вне всякого сомнения, есть масса очень хороших психотерапевтов, но психотерапевтическая система, основанная на реально действующих стандартах подготовки специалистов, оценки их профессиональной компетентности и эффективности деятельности, пока только складывается.

Перспективы

Пока они не кажутся радужными. И главная причина – нет заинтересованности сторон. Каких? Официальная медицина, как уже отмечалось, относится к психотерапии, как специальности «второго сорта», хотя в методически безупречных исследованиях K.Grawe, R.Donati & F.Bernauer⁷ было убедительно обосновано, что включение (фактически нетребующих никаких вложений, кроме подготовки специалистов) методов психотерапии в комплекс лечебных процедур снижает расходы на поддержание психического и соматического здоровья населения в 3 раза.

Странно, но эти результаты, практически, никого не заинтересовали, кроме самих психотерапевтов. Также как и известные аналитические

материалы ВОЗ, что более 40% пациентов, обращающихся к врачам-интернистам, нуждаются не в терапевтической, а в психотерапевтической помощи. Специалистам Министерства здравоохранения не составит труда вычислить: сколько психотерапевтов нам нужно. И в этом плане разработка проекта Отраслевой программы Министерства здравоохранения РФ «Реорганизация сети психиатрической помощи в Российской Федерации» должна вызвать самое пристальное внимание всех заинтересованных сторон, так как она должна стать стратегической программой не только на 2003-2008 годы, но и заложить основы будущего поступательного развития российской психиатрии и психотерапии.

Как представляется, в этой программе должны быть предусмотрены специальные разделы для стимуляции развития частной медицины и негосударственного сектора подготовки и переподготовки специалистов, которые демонстрируют гораздо большую мобильность и адаптивность к условиям рыночной экономики. Тем более, что главной пока остается проблема кадрового дефицита, а психотерапия – это не та сфера, где эта проблема может быть решена директивными мерами.

Кадровый дефицит в психотерапии позволяет каждому, кто научился хотя бы просто слушать пациента, выдавать себя за психотерапевта, и при этом быть достаточно «успешным», прежде всего, материально успешным. И зачем, скажите, такому специалисту контроль компетентности или качества? И здесь очень важен западный опыт, где этот контроль осуществляют не государство, а исключительно профессиональные психотерапевтические сообщества, но не любые, а, как правило, аффилированные государством.

При общем взгляде пока получается, что все выглядит не очень оптимистично. Но это, только на первый взгляд. Мы начали об этом думать и говорить. И это дает надежду.

КАНАДСКИЙ ОПЫТ

Юридическая база и экономика

Юридическая база национальной системы здравоохранения Канады была установлена только в 1984 году с принятием закона «О здоровье нации». При этом страхование в отношении негосударственного сектора медицины было запрещено, и все канадские врачи оказались в рамках жестко централизованной системы финансирования. В результате Канада получила «взлетающие до небес» цены на все виды лечения, которые становятся все более непосильными для федерального бюджета здравоохранения, что, естественно, существенно ослабило влияние центральных органов здравоохранения

⁷ Grawe K., Donati R. & Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Horgfe-Göttingen-Bern-Toronto-Seattle, 1994.

на провинции. В связи с этим в последние годы наметилось движение в сторону возрождения частного сектора в психиатрии и психотерапии, которое происходит при существенном противодействии федерального правительства, которое пытается сохранить действующую систему, «скрываясь» за декларациями о «неотъемлемом праве канадцев на всеобщую доступность здравоохранения». Их оппоненты задают непраздный вопрос: если у государства нет средств для обеспечения всех доступной и квалифицированной медицинской помощью, почему бы не позволить части граждан, которые способны и хотят платить за это сами, делать это?

Канадские эксперты отмечают, что при действующей форме страховой оплаты медицинских услуг практически невозможно получить реальные данные об их стоимости и экономической эффективности, так как, например, в психиатрии при приеме счета к оплате фиксируется только продолжительность лечения, а не его содержание.

Регламентация психотерапевтической деятельности

Следует отметить, что канадское законодательство не предусматривает каких-либо обязательных документов или специальных сертификатов для занятия психотерапевтической деятельностью ни в одной из провинций. Хотя, определяется продолжительность приема пациента – от 15 до 30 минут, и выделяется немедицинская и медицинская модели психотерапии, при этом – в последнем случае оговаривается не только использование вербальных и невербальных коммуникаций между терапевтом и пациентом, но и возможность назначения медикаментозного лечения. В отличие от США, государственное страховое финансирование предусматривается только для психотерапевтов, имеющих диплом врача, в том числе, врача – непсихотерапевта, но в некоторых провинциях возможность страховой оплаты проведения психотерапии врачом общей практики ограничивается шестью сеансами в год.

В силу этих обстоятельств, как отмечают канадские исследователи, врачи сами определяют свою нагрузку и то, что они ... пишут в своих отчетах. В качестве дополнительной негативной тенденции «государствливания» всей психиатрии канадскими аналитиками отмечается все более возрастающая трудность для нового пациента «попасть на прием», особенно это касается пожилых пациентов и детей.

Очереди на прием в государственные психиатрические и психотерапевтические учреждения можно ждать месяцы и даже годы, особенно в случаях потребности в индивидуальной психотерапии. Даже семейные врачи и врачи общей практики предъявляют претензии психиатрам и психотерапевтам за

их «недоступность» для тех, кто нуждается в квалифицированной помощи. Правительство предпринимает в этой вопросе попытки «политического давления» на врачей, но, как и во всех других случаях «нематериального побуждения», эти попытки остаются безуспешными, тем более, что законом врачам всех специальностей запрещено выставлять счет за лечение на сумму, превышающую установленную правительством (естественно, что при равной оплате, они предпочитают «легких» и «успешных» пациентов). По этой же причине, лучшие специалисты и наиболее тяжелые случаи оказываются в сфере частной психотерапии, преимущественно – немедицинской, но – с постепенно увеличивающейся «прослойкой» психиатров, которые в этом случае имеют право самостоятельно назначать гонорар и получать плату за свои услуги непосредственно от пациента.

Государственные психотерапевты-психиатры в Канаде, также и частные, ориентированы преимущественно на психодинамические методы психотерапии. Выбор начала и завершения лечения определяется совместным решением терапевта и пациента, но не существует никаких критерии оценки его результатов или эффективности.

В официальных документах министерства здравоохранения Канады указывается, что врач-психотерапевт должен иметь специальную подготовку в области психотерапии, но нигде не определяется ее содержание.

Рост объема психотерапевтических услуг

Объем психотерапевтических услуг в Канаде постоянно увеличивается, но в немедицинском секторе психотерапии он растет значительно быстрее, хотя стоимость услуг и у психотерапевтов-врачей, и у неврачей – примерно одинакова. Например, в провинции Онтарио психиатры проводят в год в среднем 3 миллиона амбулаторных приемов общей стоимостью около 200 миллионов долларов (то есть, примерно, 66 долларов за один визит). Нужно отметить, что амбулаторная психиатрическая помощь «покрывает» 80% всех пациентов, и только 20% получают стационарное психиатрическое лечение. В рамках немедицинской модели психотерапии в Онтарио в год проводится около 2,5 миллионов сессий, и их общая стоимость составляет около 125 миллионов долларов (50 долларов за сессию). Однако последние данные, безусловно, занижены, так как здесь специалист сам получает оплату и сам отчитывается о суммах, полученных за лечение, тем более, что по другим данным, специалисты в частном секторе берут за свои услуги на 10-50% больше, чем в госсекторе, а средняя «стоимость» пациента, по расчетам канадских экспертов, составляет 782 доллара в год при средней продолжительности терапии 7, 8 сеансов (то есть, получается около 100 долларов за одну сессию). Здесь

сразу можно сделать дополнительный вывод о преимущественной ориентации канадских специалистов на краткосрочную терапию.

Уместно отметить, что в анализируемой провинции Онтарио зарегистрировано около 1500 психиатров, столько же (около 1500) психологов и более 400 социальных работников, действующих в области психотерапии (на 10 миллионов населения).

Страховые случаи и особенности финансирования

Очень важная особенность. В канадской страховой медицине редко применяются «подушные» страховые отчисления. Как правило, правительство заключает договоры на финансирование тех или иных медицинских организаций, институтов или учреждений, и уже сама эта организация осуществляет из выделенного ей федерального бюджета выплаты конкретным врачам (естественно, членам или сотрудникам именно этой организации). То есть, если какая-то организация заключает очень выгодную сделку с правительством, то эта сделка «больно ударит» по тем врачам, которые не принадлежат к этой организации и тем пациентам, которые не обслуживаются этой организацией. Исключительный контроль министерства здравоохранения над финансированием, с одной стороны, казалось бы, позволяет контролировать ситуацию, а с другой, делает совершенно неясным вопрос эффективности терапии, впрочем, как и распределения, и расходования средств. В последние годы действующая система подвергается все большей критике и, вероятно, будет пересматриваться.

С учетом имеющихся данных, мы можем только в качестве примерных ориентиров показать средние расходы на всю психоневрологическую помощь в провинции Онтарио: годовой бюджет этого вида медицинской помощи составляет около 3 миллиардов долларов, таким образом, при населении провинции в 10 миллионов человек среднедушевые расходы составляют 30 долларов на человека. Из упомянутых выше 3 миллиардов 80% идет на психиатрию, и 20% - на психотерапию.

К этому следует добавить еще одну специфику: количество выделяемых из федерального бюджета средств напрямую зависит от количества врачей (но не пациентов) в конкретном городе или провинции. В результате возникает очень интересная ситуация, когда в целях сокращения бюджетного бремени правительство уменьшает наборы в медицинские университеты, сокращает количество ставок врачей-психиатров в клиниках, увеличивает срок послевузовской подготовки психиатра с 4 до 5 лет и одновременно ограничивает количество мест в этой 5-летней резидентуре.

Оплата и качество деятельности специалистов

Почасовая оплата, как уже отмечалось выше, сильно разнится, однако средний заработок канадского

психиатра (с включением оплаты совмещения, преподавания и т.д.) составляет около 160 тысяч канадских долларов. При этом, психиатры-психоаналитики зарабатывают в среднем примерно вдвое больше. В связи с этим многие психиатры остаются таковыми на государственной службе, и действуют в качестве частнопрактикующих психоаналитиков после нее. При этом правительство вынуждено признать такое положение, так как его попытки «сдерживать» ставки оплаты врачей в госсекторе не могут конкурировать с требованиями рынка.

Еще одна очень существенная деталь: по данным изучения мнений пациентов, практически невозможно получить адекватную психотерапевтическую помощь в рамках страховой медицины, и существует огромный разрыв между качеством этой помощи у одного и того же врача, в зависимости от того, в какой ипостаси он выступает: государственной или частной.

Несмотря на неопределенность статуса психотерапии, к страховым случаям относятся следующие ее направления: психоанализ, поведенческая психотерапия, интроспективный метод, гештальт и гипноз.

Хотя врачи общей практики и психиатры обязаны ставить диагноз при каждом обращении пациента, имеется выраженная тенденция в интересах конфиденциальности (и, не будем скрывать, заинтересованности пациента) ставить как можно менее специализированный диагноз, самыми распространенными среди которых являются депрессия, фобии и соматоформное расстройство, а также - ипохондрия.

Заключение

Действующая в настоящее время в Канаде система финансирования и контроля деятельности психиатрической и психотерапевтической служб не позволяет сколько-нибудь адекватно оценивать ее экономическую эффективность. Сохраняющаяся, хотя и постепенно модифицирующаяся, ориентация правительства на фискальные меры и методы контроля скорее искажает, чем проясняет ситуацию. Усиление этих мер, имеющее своих сторонников, способно привести вообще к исчезновению некоторых видов психотерапевтической помощи или их уходу в финансовое «подполье», что, естественно, скажется на здоровье нации. Улавливание рыночных тенденций развития и канализация последних представляется единственным адекватным выходом.

«Двойная бухгалтерия» в области официальной отчетности и реальной диагностики психических заболеваний не может быть искоренена и, следовательно, для нее должны быть найдены приемлемые формы, удовлетворяющие и потребности прогностических верной статистики, и экономически заинтересованного государства, и морально раздвоенного

специалиста, и ориентированного на конфиденциальность пациента. Но при этом, психотерапия не может развиваться далее без надежного учета и отчетности.

Относительно непродолжительные курсы терапии (7, 8 сессий на одного пациента в год) позволяют предполагать, что психотерапия нередко используется в качестве дополнительного или «кодового» названия для совсем иных видов лечения, в связи с законодательно определенным количеством оплачиваемых сессий в год (6 – у врача общей практики), или, соответственно, она «маскируется» в отчетности под другие страховые случаи.

Тем не менее, большинство специалистов приходят к общему выводу, что в такой специфической сфере деятельности как психотерапия, специалист должен опираться не на определенные нормативы, финансовые или временные стандарты, а на терапевтические нужды пациента.

Основные тенденции

Таким образом, с учетом поставленной задачи - улавливать тенденции, последние могут быть сформулированы следующим образом:

В экономике психиатрии и психотерапии:

- рост общего количества и удельного веса психопатологии,
- повышение стоимости психотерапевтических услуг,
- незначительное увеличение количества случаев госпитализации,
- повышение ориентации на амбулаторную психотерапевтическую помощь,
- пугающий рост расходов на медицину в целом,
- беспрецедентный рост расходов на оказание психотерапевтической помощи,
- невозможность обеспечения растущего социального запроса на основе общедоступной (бесплатной государственной) и даже страховой медицины.

В организации психотерапии:

- расширение спектра психотерапевтических услуг,
- повышение общего спроса на получение психотерапевтической помощи,
- увеличение удельного веса частных психотерапевтических учреждений,
- неэффективность нематериальных методов стимулирования специалистов,
- усиление внимания к вопросам подготовки специалистов,
- последовательное расширение взаимодействия врачей-психотерапевтов с немедицинскими и неспециализированными формами оказания психотерапевтической помощи (реализуемой психологами, врачами общей практики, социальными работниками и медицинскими сестрами по уходу),
- повышение ориентации на качество работы и общественную экспертизу деятельности специалистов.

В методологии психотерапии:

- усиление внимания к проблемам диагностики, выбора метода и определения протяженности курса психотерапии с точки зрения их адекватности имеющейся патологии,
- расширение методических подходов психотерапии преимущественно за счет обращения к психологическим и социально-психологическим концепциям,
- ориентация на разработку методов объективного контроля за ходом и результатами психотерапевтической помощи,
- повышение внимания к научному обоснованию и научному анализу психотерапевтической практики,
- формирование представлений об обязательности сочетания психиатрического и психотерапевтического подходов, как с точки зрения комплексности терапии, так с позиций контроля за реакциями пациентов на психофармакологическое воздействие.

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЛИГА

Вашему вниманию предлагаются материалы базового семинара, проходившего на кафедре психотерапии, медицинской психологии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования в преддверие Международного Конгресса «Психотерапия Европы - Психотерапия Азии». Семинар был посвящен мультимодальности как определяющей качественной характеристики российской психотерапии. Под мультиформальностью понимается использование в теоретических исследованиях и практической работе совокупности

концепций и методических приемов, выработанных в рамках нескольких различных психологических и клинических школ.

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.

БАЗОВЫЙ СЕМИНАР ПО МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

22 мая 2002 г., Москва

Российская медицинская академия последипломного образования, кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии

Присутствовали:

Баранников Александр Сергеевич	д.м.н., профессор
Бурно Марк Евгеньевич	д.м.н., профессор
Катков Александр Лазаревич	д.м.н., профессор
Криндач Валентин Павлович	Президент ассоциации гуманистической психологии
Макаров Виктор Викторович	д.м.н., профессор
Чеглова Ирина Алексеевна	к.м.н., Ученый секретарь семинара

B.В.Макаров: Вступительное слово. Представление участников семинара. Регламент.

Уважаемые участники семинара. В конце 80-х - первой половине 90-х годов мы в Красноярске проводили декадники по психотерапии, где пытались осознать психотерапию как таковую, и где присутствовали представители разных модальностей и часто доказывали друг другу, какая модальность лучше. И у нас были длительные обсуждения, которые длились сутками, где люди доказывали, что их модальность лучше. Очень быстро, в течение двух-трех лет, мы перешли уже к другому стилю, в это время психологи начали заниматься психотерапией. Это было в 90-е годы. Мы пришли к тому, чтобы взять от каждой модальности то, что можно использовать в психотерапии. И, по сути дела, вот там и начал складываться тот вариант психотерапии, который я называю мультиmodalной эклектической психотерапией. То есть, из каждого метода, из каждой модальности берется кусочек, и используется все то, что работает. Более сложный вариант - я пытаюсь его называть мультиmodalная интегративная психотерапия, которая, в отличие от эклектической психотерапии, состоит в том, что профессионал обучается сначала одному методу, приобретая хорошие высокие знания в этом методе, а затем уже, обучаясь другим методам, набирает отовсюду дополнительные знания, умения и элементы мировоззрения. Для мультиmodalной интегративной психотерапии мне известны такие системообразующие методы, как клиническая психотерапия, трансактный анализ, и совершенно не подходит в качестве системообразующего метода нейролингвистическое программирование, так как специалисты, которые начинают с этого, дальше уже никуда не идут, а выглядят самодостаточными. Я говорю на основании своего более чем 20-летнего опыта. Есть еще некоторые модальности, которые не могут быть системообразующими. И третье - это то, к чему можно идти, - это, так называемый, мультиmodalный системный вариант. Он

характеризуется тем, что сначала это - общая психотерапия (не какой-то метод), затем - частная психотерапия в разных подходах.

То есть сегодняшняя мультиmodalная психотерапия может складываться в нашей стране в трех вариантах: мультиmodalная эклектическая, мультиmodalная интегративная и мультиmodalная системная. Хочу обратить ваше внимание на то, что в Европейской ассоциации психотерапии была длинная и очень напряженная дискуссия по поводу российской психотерапии в электронных средствах информации. Я очень внимательно следил за этой дискуссией, не вступая в нее. И последнюю точку в этой дискуссии поставил Серж Гингер, регистратор Европейской ассоциации психотерапии, который проводит сейчас у нас тренинг. Российский психотерапии, официально присвоили название «мультиmodalная психотерапия». И теперь мы в Европе официально называемся «мультиmodalная психотерапия».

A.С.Баранников: Что в Европе понимают под мультиmodalной психотерапией?

B.В.Макаров: В Европе под мультиmodalной российской психотерапией понимают мультиmodalную эклектическую психотерапию. Они называют это «русский салат».

B.П.Криндач: Интересно, кто предложил эти различия - эклектическая, системная, интегративная?

B.В.Макаров: Все эти три названия предлагаю я. Вместе с тем я не готов доказывать, что это только мое определение, потому, что психотерапия столь обширна и столь огромна, что каждое свое открытие ты начинаешь находить в книгах. Но такую систематику предлагаю я.

A.С.Баранников: Проблема мультиmodalности и эклектичности может рассматриваться и как теоретическая, и как практическая. Совершенно очевидно то, что сегодня отечественная психотерапия не может претендовать на звание «интегративная», т. к. такой принятой всеми интегративной теории на настоящее время нет. Речь идет о форме,

признаваемой в Европе. Я думаю, что это отражает положение дел в российской психотерапии. Мультимодальность - это понятие, которое не определяет конечной цели, возможностей и способов ее достижения и т.д. В тоже время, мультимодальность отражает наши исторические особенности, условия развития нашей психотерапии. В своем письменном сообщении я изложил свой взгляд на универсальные и отечественные проблемы теории психотерапии. Они являются одновременно и запросом и ресурсом в развитии российской психотерапии. Если европейское психотерапевтическое сообщество определяет нашу российскую психотерапию как мультимодальную - это факт, который необходимо принять. Я понимаю желание Виктора Викторовича трактовать этот термин как можно более широко, для того, чтобы туда вошли все тенденции, все возможности развития. Поэтому нам ничего не остается, кроме того, как оперировать этим фактом. Эта проблема функциональная, но то наполнение, которое дает Виктор Викторович, выделяя эклектическую, интегративную и системную мультимодальную психотерапию, позволяет иметь выход на перспективы. Но главная перспектива российской психотерапии в том, чтобы иметь свое собственное лицо, и она будет его иметь обязательно. Приобретение этого лица - очень сложный и растянутый во времени процесс, который нельзя прокочить. Его можно лишь инициировать, чем мы сейчас и занимаемся. Вопрос создания своих, российских теорий - это очень важная задача. Мне кажется, что это рано или поздно произойдет. В наибольшей степени меня волнует именно эта проблема. Я не буду подробно раскрывать содержание своего сообщения, хочу только сказать, что мне хотелось бы видеть российскую клиническую психотерапию, соединяющейся с психотерапией всемирной, входящей в мировые движения. Я бы сделал акцент на том, что модели личности в рамках существующих мировых парадигм не всегда хорошо согласуются с теми факторами, которые по существу являются формообразующими для клинической картины. Я бы обозначил эту проблему как одну из наиболее важных проблем в плане развития интегративности. Я занимаюсь интегративными подходами, пытаюсь создать антропологию, которая удовлетворила бы и клиницистов. Думаю, что необходимо всячески поддерживать национальные интегративные тенденции.

Не совсем корректно трактовать интегративное движение в Европе только как английское, так как принцип интегративности - это психотерапевтическая универсалия, которую нельзя узурпировать. В определении различных направлений психотерапии - и новых, и уже существующих (их сейчас очень много), мне кажется, необходимо соблюдать определенную корректность в обозначении названий. Необходимо видовое название, отражающее часто

универсальный механизм психотерапии, дополнять уточняющими характеристиками. Тогда никто не сможет узурпировать то, что по праву принадлежит другим. Я думаю, что термин «интегративная психотерапия» принадлежит всем, и в этом - наше будущее.

М.Е.Бурно: Насколько могу судить, стараясь читать западную литературу, в чем видят разницу между психотерапией эклектической и интегративной? Ведь эклектика - смешение всяких способов, смешение сплошь и рядом беспорядочное. Модальность - это образ, способ, метод. А интегративная психотерапия - это своего рода созвездие, слаженный букет методов психотерапии, которые связаны между собою единой концепцией и звучат в едином интегративном поле. В этом и смысл понятия «интеграл». Ведь психотерапия начиналась у нас с клинической психотерапии, которая неотделима от клинической медицины. И также, как и клиническая медицина, она исходит из клиники и обычно не лечит одним каким-то способом. Основоположник отечественной клинической психотерапии Семен Исидорович Консторум писал, что именно клиника должна править психотерапевтом. Клиника подсказывает нам, что и когда надо сделать, какие психотерапевтические методы применить. В этом - существо клинической психотерапии. Для клинического психотерапевта, и в давние времена, да и сейчас, нет вопроса о том, какой метод выше, лучше другого, а есть вопрос о том, какой метод или несколько методов лучше применить в конкретных обстоятельствах. Вот это и есть пример интегративной мультимодальности, основанной на клиничизме. Западные же модальности, начиная с психоанализа, выходили из символически-теоретических особенностей души западных творцов психотерапии. Эти модальности слишком личностны, чтобы соединяться между собой. Эрнст Кречмер сказал, что Фрейд напялил свой сексуальный невроз и его лечение на все человечество. Когда ближайшие ученики Фрейда захотели творчески развивать психоанализ, привнося в него свое, Фрейд проклял их. И они создали свои модальности. И, как-то вот оно ишло, что психологическая психотерапия на Западе несет не себе яркий отпечаток незыблевой личности автора в каждой модальности, озабочена чистотой каждого метода. Российская психотерапия может быть как клинической, так психологической, но она все равно мультимодальная, работая разными методами в зависимости от обстоятельств. Мультимодальность у нас в природе, в природе реалистических российских душ.

В.П.Криндач: По-моему, чтобы яснее видеть тенденцию, целесообразно расположить эти терапии по шкале внутренней организованности. Тогда крайним полюсом хаотичности окажется эклектическая как просто совокупность, не обязательно связанных между собой подходов. Следующая

ступень - мультимодальная, где уже зарождается соотнесенность подходов. Следующая - системная, когда подходы группируются вокруг некоей субъективно выбираемой доминанты. Затем интегративная, когда ценности разных подходов уравновешиваются. Далее я ввел бы предложенное Н.Н.Свидро название «интегральная», здесь появляется качественный скачок в степени организованности терминологии разных подходов, объединяются, расширяя словарь и, инструментарии подходов дополняют друг друга, что позволяет интегральному психотерапевту работать в смешанных техниках в более широком поле запросов клиентов. В интегральной психотерапии уже намечается единая концептуальная база, по отношению к которой частные психотерапии выглядят как разные языки, выражющие с разными акцентами по существу одно содержание

И, наконец, кульминация или завершение этой тенденции к синтезу подходов - существующая пока только как отдаленный идеал холистическая психотерапия, единый и непротиворечивый язык, ясно выраженная, антропологически обоснованная концептуальная база. Это полюс, противоположный хаосу эклектики.

А.Л.Катков: В качестве преамбулы я предложил бы вниманию участников мое видение проблемы, которую мы сегодня здесь обсуждаем - о перспективах различения таких направлений, как **школьная психотерапия, мультимодальная психотерапия, интегративная** или интегральная психотерапия. Когда мы говорим о том, что наука развивается в рамках узкодисциплинарных подходов, здесь имеет место школьная психотерапия, когда же мы говорим о том, что существуют междисциплинарные подходы, здесь речь может идти о мультимодальной психотерапии. А, когда мы говорим о том, что есть внедисциплинарные подходы, то тогда, наверное, речь может идти об интегральной психотерапии. Здесь я бы хотел отметить, что, если мы говорим о внедисциплинарных подходах вообще, то подразумеваем, что существует или может существовать некая концепция психического, которая объединяет не одно научное направление, и в их конкуренции рождается некое новое качество. Могут существовать разные платформы, но, на мой взгляд, в качестве внедисциплинарного подхода может быть использован функциональный. Если мы зададимся таким вопросом, зачем нужна психотерапия, и почему она вообще развивалась. Если мы попытаемся это выяснить исходя из функции психотерапии как уникальной развивающей технологии, в основном, технологии кризисного развития, как это было раньше, и технологий развития, как это есть теперь, и, я надеюсь, в будущем, то тогда все становится на свои места. Если мы пойдем таким путем, нам будет ясно, например, что интегративное движение в психотерапии должно быть

двуихполюсным. То есть, потребность в психотерапии обусловлена тем, что нас уже не удовлетворяет темп, с которым мы развиваемся, человечество в целом, что существующие практики развития - воспитание, образование, - не обеспечивают нужного темпа. Отсюда становится понятен интерес к психотерапии у всего гуманитарного фронта - и философов, и психологов и т.д. Вот, что в ней такого есть, что привлекает специалистов из всех его областей. Если мы пойдем таким путем, то ясно, что надо установить различия между этой уникальной развивающей практикой и тем, из чего она вышла, что ее сопровождает. Получается, что интеграция должна быть не только однополюсной. Нужно идентифицировать психотерапию как самостоятельное научное и практическое направление, которое имеет свой предмет. Это один полюс. А другой полюс интеграции, если мы в целом представляем себе миссию и задачу психотерапии, то нам ясно, что интегрироваться психотерапия должна с другими гуманитарными развивающими направлениями. То есть она должна каким-то образом канализировать и технологии, и подготовку специалистов. Вот каким должен быть полюс интеграции, если мы будем исходить из внедисциплинарного подхода и руководствоваться конструктивным принципом.

Вслед за этим, возможно, как мне кажется, развитие психотерапии в ключе, с одной стороны, прикладной теории, а с другой стороны - фундаментальной теории. Если мы установим, в чем же уникальность этой развивающей технологии, если мы понимаем, что уникальность связана и с ресурсом личности терапевта, и с феноменом терапевтического пространства, то мы приходим к выводу, что, в сущности, предмет психотерапии, как таковой, до поры до времени остается в тени. Это и является причиной того, что профессиональная интеграция психотерапии, как научно-практического направления, существенно задерживается. Работа в этом направлении будет предпосылкой и ресурсом не только для прикладной теории и практики, но и обеспечит почву для выхода на создание фундаментальной теории психического. Здесь появляются контуры этой функциональной концепции, о которой говорить, может быть, еще рано, но которая, может быть, в ближайшее время будет создана. Если иметь в виду внедисциплинарный подход, то изолированно психическое уже просто невозможно представить. Если это уже другой научный архетип, внедисциплинарный его назвать нельзя. Но, это будет совершенно новая наука, поскольку очень уж сложная наша профессия, она будет конструировать уже не теорию психического как такового, а, теорию всего, с такими категориями как время, пространство. И в этой теории все это будет самым тесным образом смыкаться. И, чтобы завершить свое выступление, хочу сказать, что перспективы

двуихполюсного интегративного движения в психотерапии представляются не национальной, а наднациональной универсалией, то есть стилем или способом мышления в науке. А наука не национальна по своей природе. Хочу сказать, что мне было приятно услышать, что российская психотерапия получила оценку со стороны экспертов других стран, то есть можно считать, что российская психотерапия вышла, минуя школьный этап, на междисциплинарное рассмотрение проблемы. Это здорово, и теперь остается сделать следующий шаг.

А.С.Баранников: Я считаю, что функциональность - это необходимая основа в любой системе знаний, и, определяя ее, всегда нужно указывать, для чего она предназначена.

А.Л.Катков: Да, теория, и то, как она соотносится с практикой. Это очень важно для того, чтобы мы сразу друг друга понимали. То есть не единство внутреннего построения психотерапии, а то, какую функцию она выполняет по отношению к потребителю. Что там такого, в этой функции уникального, почему психотерапия обеспечивает максимальные изменения в короткое время - то, чего не обеспечивают другие развивающие практики. Если мы сфокусируем свое внимание вот на этой детали, на этой функциональной уникальности психотерапии, то здесь многое становится ясным.

А.С.Баранников: Я бы хотел сказать, что вот этот момент, связанный с функциональностью, я бы выделил как одну из серьезных теоретических проблем, характерных не только для России. Конечно, функциональность предъявляет определенные требования к используемой картине психики. Эта проблема порождает педагогическую антропологию, психотерапевтическую антропологию и т.д. И проблема функциональности всегда возникает в таких случаях. У меня, например, был опыт преподавания психологии управления, а до этого - опыт клинический, психологический. Тогда возникла проблема функциональности моих знаний, и я почувствовал этот «функциональный» холодок очень хорошо.

Когда я говорил о перспективах российской психотерапии, как интегративной психотерапии, я хотел подчеркнуть то, что своеобразное лицо российской психотерапии связано с ее историей и функциональным предназначением, как клинической психотерапии. Оно, по-видимому, все равно, будет формироваться и, рано или поздно, проявится. Оно будет ярче и современней, если более универсальными будут теоретические основы отечественных интегративных концепций.

А.Л.Катков: Я бы вот еще, если у нас теперь свободная дискуссия, о чем хотел сказать, к вопросу о функции. Тут какой подводный камень есть. И он перекочевывает из одного руководства в другое, где рассматривается вопрос о цели психотерапии. Если мы будем зацикливаться на какой-либо определенной концепции психического, то определять

этни цели будет очень сложно. Вообще говоря, внедисциплинарный подход не предполагает привязки к какой-то определенной концепции. Здесь не может быть этого. Другой вопрос, что из этого подхода могут вытекать одна, вторая, третья концепции психического. Их много будет. И, вот они уже будут совершенно другого масштаба, в смысле целей.

А.С.Баранников: Я хотел бы сказать, что, по-видимому, психотерапия все равно всегда будет авторской, даже, принимая во внимание всю универсальность своих оснований.

М.Е.Бурно: Да, тут, конечно, естественны разногласия, дискуссии... Я вот не могу от себя уйти в том смысле, что для меня психотерапия - не теоретическая наука. То есть, не такая наука, как теоретическая математика, физика. Для меня психотерапия - это научное искусство, как и вся клиническая медицина. И, если это так, если в психотерапии живет земное переживание, то, конечно же, и психотерапия будет различаться в разных странах, и зависеть от национальных психологических особенностей, культуральных особенностей.

А.Л.Катков: Марк Евгеньевич, я хотел бы подискутировать с Вами. Да, конечно, это так, в конкретных ситуациях с конкретными людьми. Но, это не повод лишать психотерапию универсальности, лишать статуса научно-практического направления. Если мы будем выводить, а я уверен, что мы его выведем, основной предмет психотерапии, вообще, чем она занимается, то мы увидим, что в разных странах, разных национальностей, в разных ситуациях, психотерапевты, достигают гораздо более существенных результатов, чем педагоги и воспитатели, консультанты и другие специалисты. Это происходит, будь то Таиланд, Япония, Казахстан, Россия, в общем, неважно где... Этот основной предмет психотерапии, тем не менее, универсальный. Именно он будет тем самым объектом научного рассмотрения и, будет идентифицировать психотерапию как самостоятельное научно-практическое направление. Если в этом полюсе ничего не происходит, то тогда нам трудно вообще выполнять свою миссию. Что должно перекочевывать в развивающий гуманитарный фронт? Те же самые переваренные, слегка видоизмененные психотехнологии, что ли? Или что-то еще должно тут быть? И поэтому я думаю, что одно абсолютно не исключает другое. То есть наука - это не значит, что только универсальные механизмы работают и модели. Естественно, что психотерапия может быть наукой, когда мы вот здесь рассуждаем. Как только мы прекращаем говорить и начинаем, так сказать, реальную психотерапию, она перестает быть наукой. И вот это уже искусство и так далее. И чем больше искусства, тем больше, естественно, эффект.

М.Е.Бурно: А зачем наука тогда, если она не работает в практике жизни?

А.Л.Катков: Ну, как раз мы ее используем практически в работе. Наука, это способ адаптации

вообще для человечества, способ улучшить наше с вами качество. Способ того, чтобы наша профессия стала эффективнее. Вот, если мы, допустим, таиландцу, новозеландцу или грузину, армянину скажем, что ваша коммуникация с тем же самым национальным, с моннациональным оформлением будет эффективнее, если вы будете яснее видеть основной предмет психотерапии и ваша психотерапевтическая коммуникация отличается от педагогической, допустим, или воспитательной... То тогда вот это все-таки - научный подход. Он усиливает продуктивность, он обогащает искусство, он создает прочную платформу этому. И одно абсолютно не исключает другого. Это два способа движения, которые использует человечество, правая и левая нога, наука и искусство - вот это что.

М.Е.Бурно: Давайте поговорим о конкретном, как строится концепция, которая делает интегративную психотерапию интегративной в отличие от эклектического подхода. Вот эта самая концепция. Как строится, из чего она происходит. Для меня - строится, происходит именно из живых запросов пациентов и клиентов.

А.Л.Катков: Я думаю и, говорил здесь о том, что для интегративной психотерапии, если мы будем искать какую-то определенную концепцию, то никакую интегративную психотерапию мы не получим. То есть, на самом деле, это не конкретная концепция, это, так называемый, внедисциплинарный подход. Он не предполагает какой-либо концепции. Вот, если мы в этом внедисциплинарном подходе найдем какой-то принцип, который нам гораздо больше дает, допустим, чем все другие принципы... Я предлагал на обсуждение принцип - функциональный - представить психотерапию как уникальную технологию кризисного развития, как уникальную практику кризисного развития индивида, развития, вообще. Тогда, этот внедисциплинарный подход поможет нам продвинуться и в прикладной теории психотерапии, и даже в фундаментальной. Потому, что яснее становится предмет психотерапии. То есть, это, абсолютно, не отрицает то, что вы говорите.

М.Е.Бурно: Я сказал, что психотерапевтическая концепция строится из живой работы с пациентами, хотя бы с самим собою, из того, что хотят от нас пациенты. Из того, что у них болит. И что помогает. Из всего этого. То есть я смотрю на психотерапию, сообразно своей природе, не как на теоретическую науку, в отличие от вас, а как на научное искусство. Ведь клиническая психотерапия построена не на теории. На теории построена психология. Этим психолог отличается от клинициста. Экзамен по медицине по книгам не сдашь, а по психологии это делают.

А.Л.Катков: Марк Евгеньевич, я думаю, что одно не исключает другое. И это, в общем-то, не антитеза на самом деле. Я предлагаю продвинуться

далее. Вот пациент приходит с тем, что у него болит, и я предлагаю ответить на вопрос: почему вы лучше помогаете ему, чем, допустим, воспитатель, педагог и т.д. Если мы отвечаем на этот вопрос - это и есть функциональный подход, - то тогда мы приближаемся к предмету психотерапии и, тогда из этого выводится, с моей точки зрения, очень много интересных прикладных моментов. И в практике, и в теории, естественно. И так мы, может быть, приблизимся к той самой концепции, о которой мечтаем.

М.Е.Бурно: Так это естественно, что в лечении мы помогаем гораздо лучше, чем педагог, зато педагог помогает гораздо лучше изучить, допустим, иностранный язык. Это, мне кажется, так просто.

А.Л.Катков: Но вот мне кажется, что не совсем, потому что если мы, все-таки, слегка абстрагируемся от психотерапевта, и это ведь тоже можно назвать обучением, но это не важно... Но, почему в единицу времени изменений происходит значительно больше в психотерапевтической коммуникации... И, образно говоря, почему там, в психотерапии, возможны те чудеса, которые гораздо реже встречаются, допустим, в коммуникациях с теми же специалистами других развивающих практик? Вот о чем идет речь.

М.Е.Бурно: О каких чудесах Вы говорите?

А.Л.Катков: Об изменениях, улучшениях, выздоровлениях в рамках клинической медицины, статистика такая есть, есть исследования по выявлению эффективности психотерапии, их проводилось достаточно много. Это и есть чудо.

М.Е.Бурно: Ну, хорошо, тогда давайте назовем чудом. Вот, например, ребенок научился буквам складывать в слова и читать - разве это не чудо?

А.Л.Катков: Марк Евгеньевич, речь не идет о естественном развитии. Можно назвать чудом все, что угодно, вот, например, человек 20 лет назад выглядел так, а через 20 лет будет выглядеть эдак. Но здесь прошло двадцать лет, это все-таки прошло определенное время... Но вот, если есть возможность изменить этот естественный процесс в сторону ускорения, и значительного. То это то, в чем, с моей точки зрения, очень большая нужда сейчас. Почему такой интерес к психотерапии, чем вызван этот интерес? Вот, если есть возможность ускориться таким способом, то здесь и надо посмотреть, почему психотерапия гораздо чаще, чем другие развивающие практики, достигает в этом смысле успеха.

М.Е.Бурно: Психотерапевтическое просто жизненно важно. А, если человек не научился иностранному языку, то у него от этого не так уж болит.

А.Л.Катков: Да, с болезненными, с кризисными состояниями - психотерапия всегда была, да и сейчас, в первую очередь, востребована, потому что это технология кризисного развития. И человек должен этот кризис преодолеть, чтобы не испытывать страдания, и так далее... Но вот чем дальше,

тем больше из психотерапии опять-таки обратным реверсом заимствуются технологии, чтобы ребенка быстрее научить читать. Для того, чтобы быстрее его научить считать. Для того, чтобы уровень и качество его психологического здоровья стали как-то повыше. Вот, о чем идет речь, и мне кажется, что это чрезвычайно важно. То есть, это - второй полюс интеграции, где уже собственно психотерапевтическое нужным образом осмыслено и оформлено; сформированы уже каналы, определенные способы передачи информации тем же учителям, тем же воспитателям, чтобы они, и весь гуманитарный фронт стал более эффективными. Вот тогда и, таким образом, психотерапия выполняет свою миссию. И, вот это моя точка зрения на данный процесс и объяснение, почему психотерапия так важна, так нужна, и почему она от эксплицитивной сферы все больше и больше превращается в социальную. Социальная - это не характеристика какой-то модели, а как раз характеристика этой самой миссии, которую чем дальше, тем больше она выполняет. Так вот, если мы собрались здесь для того, чтобы развивать нашу профессию, и здесь становится яснее ее основная цель и миссия, тогда некое представление о внедисциплинарных походах, интегральных может нас прородить в этом направлении.

М.Е.Бурно: Конечно, психотерапия должна и будет развиваться. И что-то большее, настоящее будет здесь получаться. Я бы только не называл интеграцией соединение в психотерапии психологического, медицинского с искусством, с философией. Есть, есть, конечно, и здесь некая интеграция. Но, однако, все равно остается психотерапевтический стержень. Этот психотерапевтический стержень, сосуд - он может и должен наполняться всем, что имеет отношение к душе человека. Все нужно брать в психотерапию, все, что лечит душу человека, все чтобы и сама психотерапия стала глубже, богаче.

А.Л.Катков: Вот я и хотел бы уточнить, что же Вы считаете стержнем психотерапии, Марк Евгеньевич, ведь стержень-то можно наполнять чем угодно. Что же такое стержень психотерапии? И, это очень важный вопрос.

М.Е.Бурно: Стержень психотерапии... В широком смысле это -профессиональное целебное распрастрачивание своей души, профессиональная помощь человеку средствами своей души.

А.Л.Катков: Я полагаю, все-таки, время пришло основательно разобраться с этим основным предметом психотерапии, который обозначается как душа. В этой общей концепции, к которой мы когда-то придем, с душой, вообще, все очень интересно получается, и психотерапия потому сейчас не наука, и она может только условно считаться наукой, что предмет у нее уж больно сложный, и предмет-то всеми известными сейчас научными архетипами, я уж не говорю - подходами научными, -

именно архетипами - он никак не объективизируется. Нет объективности у идеи. И вот, чтобы нам как-то приближаться только к этому предмету, поступь у нас должна быть шире, чем сейчас, и поступь у нас будет несколько шире, если мы будем выходить за узкодисциплинарные подходы, а будем интеграцию понимать в смысле внедисциплинарных подходов, как таковых, тогда мы подберемся к этому предмету. Если, как Марк Евгеньевич, прекрасно обозначает этот предмет душой, мы останемся на настоящем уровне, то мы и останемся на уровне такой вот литературной или иррациональной психотерапии. А, вот, если новую реальность мы будем конструировать таким образом, чтобы из нее уже не выпадало слово «душа», которую теперь можно исследовать, изучать и так далее, то тогда и будет достигнут уровень, который сможет обеспечивать эту интегральность или интегративность.

М.Е.Бурно: Художник Кандинский пытался в своем творчестве обнаружить самую суть жизни, суть центральную вечную и бесконечную, которая, может, и будет существовать без коров, деревьев, людей. И остались только гармония линии и краски. Я задохнулся в такой реальности-гармонии без земной, живой душевно-телесной индивидуальности, теплой, хотя бы собачьей.

А.Л.Катков: Душа никуда не денется. Вот я опять к тому же возвращаюсь. Если мы в наших терминах, во всем нашем языке, который привязан к объективности, во всем нашем профессиональном тезаурусе, в котором, вообще-то, мало порядка, но это потому, что категории-то какие сложные, с которыми мы пытаемся разбираться, будем подходить с этими определениями к предметности и объективности, то у нас ничего не получится. Ничего. То есть в отношении обсуждаемой категории действительно нужно новое мышление. И, вот, если мы о мышлении теперь говорим как о способах мышления - об узкодисциплинарном, междисциплинарном и т.д., у нас хотя бы появляется шанс к этому подойти. К той самой концепции или теории, которая, может быть, создаст какую-то общую платформу для объединения психотерапии и выявления ее уникальности. Но вот этот язык весь из рационального, от объективности, предметности и т.д.; и он здесь никуда не годится, а понятие «душа» уводит больше из этой реальности, во что-то другое, а вот что это другое? Здесь нужно по-другому об этом думать, по-другому это представлять, если это возможно, хотя и очень непросто. Вот, где уровень концепции психотерапии - той общей концепции, о которой мы говорим, но к нему надо идти.

М.Е.Бурно: Да, абсолютное, исчерпывающее определение дать невозможно. Дать теоретическое определение души - это, все равно, что дать теоретическое определение человека, любви. Тогда не будет ни души, ни человека, ни любви, ни психотерапии. Я восхищаюсь мощью теоретической мысли Александра Лазаревича, но я другой.

А.Л.Катков: Да, для нас важно сейчас отметить, чем наука отличается от искусства. Дело в том, что есть правило: если мы даем определение, что есть душа, или Бог или что угодно другое, то человек в русле этого определения получает воспроизведимый опыт. Я имею в виду индивидуальный, но, по крайней мере, слова «верификация», «предсказуемость» здесь должны быть. Поэтому в София-анализе, я думаю, что мы получим только один из миллионов возможных ответов. Каждый день человек задает себе вопросы, и каждый раз он на эти вопросы отвечает себе по-разному. Но, наука сейчас такова, что на научном уровне невозможно дать это определение, и невозможно сейчас определить предмет психотерапии. Но, какие-то попытки, усилия должны предприниматься, потому что иначе психотерапия так и не сможет считаться наукой.

В.П.Криндач: Да, в научных рамках приходится говорить о воспроизводимости, а мы каждый раз имеем дело с уникальностью человека. И, здесь, быть может, на первые роли выходит искусство, практика, а не наука с ее нормативностью, рациональностью. А это - как раз из области иррационального. Вам не нравятся эти расплывчатые понятия, образные определения. А, ведь мы без об разного мышления вообще понимать ничего не в состоянии. Вам, как ученому человеку, безусловно, известно, что более 90% информации обрабатывает ваше правое полушарие, а 10% - левое. И вот, если вы с оставшимися восемью процентами собираетесь заняться всеобщими определениями, то спасибо я вам не скажу.

А.Л.Катков: Уважаемый, Валентин Павлович, я хотел сказать только одно, все узкие способы мышления для определения предмета психотерапии не годятся, ни узодисциплинарные, ни междисциплинарные. Годятся - внедисциплинарные подходы, где объектность, как таковая, уже потихонечку исчезает. А, может быть, существенно исчезает. И мы начинаем оперировать категориями, нашим тезаурусом, который на 99-99,9% процентов привязан к этой реальности... вот он уже не годится. Но если этого не разрабатывать, то мы никак к нашему объекту ближе, чем есть на сегодняшний день, не подойдем. И тогда мы не будем особенно эффективны для всего гуманитарного развивающего фронта, который както смотрит на психотерапию и пытается использовать ее как источник. Я и не предлагаю рассматривать этот предмет в рамках той науки, которая не в состоянии объяснить этот феномен. Я предлагаю развивать новую науку, но, тем не менее, это будет наука, и область человеческой практики, которая будет в состоянии воспроизводить уже этот опыт. И, тогда мы не будем затемнять свой основной предмет, обозначая его какими-то другими терминами и, при этом, пытаясь называться наукой.

В.В.Макаров: Я хотел бы тоже сказать, очень коротко. Мы ушли от идеи мультимодальности. Мы резко вышли на уровень самых высоких обсуждений. Меня не очень волнует, что психотерапия сегодня не наука. Мы знаем, что такое психотерапия на самом деле, каждый из присутствующих знает. Ну, не наука, да, сегодня - не наука, а завтра будет наука. Что переживать-то по этому поводу? Ясно, что сегодня психотерапия - точно не религия. Это понятно. И, когда к нам приходят те, которые пытаются сделать это религией, мы говорим: «Это не к нам» Ясно, что психотерапия - это формирующаяся наука, ясно, что это наука, искусство, ремесло. Мы понимаем это. Мы понимаем, что в психотерапии сегодня огромное количество мессий. Вот на конгресс их сотня придет. Христос еще не пришел. Но, вот как в Израиле тогда, помните, наверное, мессий много, а вот Христа пока нет. Так вот, давайте пока вернемся к мультимодальности. К мультимодальности, к нашей национальной и ненациональной мультимодальности. Мультимодальная системная психотерапия - это подход, основанный на психотерапии как на единой системе. Есть система общей и частной психотерапии. То есть она основана не на отдельных модальностях, а на модальностях, которые превращены в систему, объединяя все, что есть общего и проникая друг в друга.

М.Е.Бурно: Все-таки не понимаю, чем тогда системная мультимодальная психотерапия отличается от интегративной?

В.В.Макаров: Интегративная - это следующее. Вот, я изучал клиническую психотерапию. И это мой стержень. И на эту клиническую психотерапию я интегрирую все другое, что есть вокруг. Вот сюда я интегрирую. Вот это интегративность. Поэтому, что я пришел из клинической психотерапии. Понятие интегративная психотерапия - это понятие стран без глубоких корней психотерапии, к которым относятся Англия и Россия. В Англии не было глубоких корней. Только Фрейд последние годы жил в Англии. Я представляю себе это так. Стержень есть, например, в форме клинической психотерапии, а остальное все на нее интегрируется. А системная - это уже высший полет и высший пилотаж, это тот идеал, к которому мы стремимся, и к которому вы продвинулись значительно дальше, чем все другие присутствующие.

М.Е.Бурно: А разве интегративный психотерапевт не чувствует себя в психотерапии как в системе?

В.В.Макаров: Он знает, откуда он пришел. Я пришел из клинической психотерапии, вы там и остались. Я знаю, откуда я пришел. А системный психотерапевт пришел из психотерапии как системы, общей психотерапии, которую развивает, например, господин Криндач.

В.П.Криндач: Я занимаюсь залатыванием дыр в психотерапевтическом образовании. У нас много недообразованных психологов-практиков и крайне

карикатурно образованных психотерапевтов. Сопоставляя тот объем психотерапевтических навыков, который получает врач-психиатр, можно говорить только о бедности образования, которое можно получить в рамках психиатрии. Не лучше обстоит дело с образованием на факультетах психологии и последипломным образованием. Для такой страны, как наша, пережившей культурную изоляцию, необходимо взять все самое лучшее из этого мирового фонда психотерапии, изучить самые лучшие методики. У нас есть и запрос, и страсть, и интерес к этому. У нас есть шанс создать широкое и вмещающее все крупные подходы видение. Вот такой диалог произошел у меня с Сержем Гингером. Серж говорит: «это не гештальт». А я спрашиваю: - Серж, а почему тебя это волнует? А потому, - говорит он, - что мы не вправе выходить из декларированного направления. У нас, по счастью, этих ограничений пока нет. И поэтому мы можем себе позволить использовать все, что эффективно и совместимо.

М.Е.Бурно: А воспитанный в вашей школе психотерапевт, он способен человеку со сложными душевными переживаниями, со сложным характером помочь психотерапевтически, помочь найти свою нишу в жизни? Смысл жизни.

В.П.Криндач: Да. Если же «сложный характер» находится уже в ведомстве психиатрии, то в сотрудничестве с врачом-психиатром.

М.Е.Бурно: То есть с помощью психиатрической психотерапии.

В.П.Криндач: Иногда нужна медикаментозная помощь. Я не думаю, что столь уж велика разница в методах между психиатрической психотерапией и психотерапией, предназначеннной для душевно здоровых людей.

М.Е.Бурно: Системная психотерапия включает в себя вообще все психотерапевтическое?

В.П.Криндач: Я считаю, что клиническая психотерапия является частью всемирного золотого фонда. И входит в программу нашей школы.

М.Е.Бурно: И это есть единая психотерапевтическая система, которая включает в себя и клиническую, и психологическую психотерапию? То есть, вы образовали такой психотерапевтический университет, в котором преподается все?

В.П.Криндач: Все - необъятно. Все самое ценное, включая элементы клинической психотерапии.

М.Е.Бурно: И все-таки, теория не может объяснить. Вот, бывает, только через некоторое время понимаешь, почему именно эти слова сказал пациенту.

А.Л.Катков: Марк Евгеньевич, я долго занимался этим вопросом и довольно-таки долго к этому шел. Когда мы выделяем тексты психотерапевтические и контексты, мы выделяем технологические и сущностные уровни психотерапии, когда мы предмет психотерапии начинаем выделять и ощущать, как раз тогда можно объяснить, почему я

сказал именно это слово, и почему это происходит. То есть не научить человека говорить другим темпом, или на другом уровне, а помочь ему понять, что происходит, приоткрыть этот поток, научить не пугаться его, а идти навстречу этому потоку, повышая свою эффективность. Но это опять та дорога, о которой я пытался сказать. Ничего не закрываетя, все, наоборот, открывается, и, по моим ощущениям, все становится, наоборот, поинтереснее, и, появляется больше разнообразия. Но оно как раз осмыслено и складывается в такие вот красивые узоры. Это и есть способ мышления, который помогает увидеть эти узоры, и нет там таких закономерностей, что часть меньше целого. Трудно представить, но, тем не менее, это так.

М.Е.Бурно: То есть, я и сам не знаю, что мною движет та самая изначальная теоретическая идея...

В.Б.Макаров: Хорошо. Давайте вернемся к теме мультимодальности в психотерапии. И, я прошу, на завершающем этапе нашей дискуссии давайте говорить о мультимодальной психотерапии. Мы вот активно расширяемся и выходим на самый высокий уровень обобщения и противоречий - это тема другой встречи. Она, я надеюсь, состоится в будущем.

А.Л.Катков: То есть, мы этот предмет пытаемся обсуждать опять-таки в русле даже не холистического, а в русле дисциплинарного подхода. Это категорически не рекомендуется. Отсюда и противоречия, и даже шаг назад, если не два. Тема должна быть адекватной способу обсуждения. А что касается мультимодальной психотерапии, то я бы для себя вычленил, что это, безусловно, следующий шаг к чрезвычайно творческому и конструктивному развитию психотерапии. Потому, что системность, с моей точки зрения, это этап раскрытия потенциала психотерапии. Это следующий шаг. И очень хорошо, что российская психотерапия получила такую аттестацию. Если мы будем рассматривать системность как некое продвижение к тому, что должно быть в психотерапии с точки зрения ее миссии, то это очень серьезно. Теперь практика должна соответствовать этому принципу системности и включать его в себя. И образовательная практика, и консультативная.

А.С.Баранников: Мы сейчас обсуждаем вполне конкретный вопрос - предлагаемые три формы мультимодальной психотерапии. Это мультимодальная эклектическая, мультимодальная системная и мультимодальная интегративная. И я хотел бы прояснить понятия. Эклектический подход - это, действительно, как бы окрошка, которая имеет системообразующим фактором опыт и интуицию самого психотерапевта. В системной - это одна из модальностей или парадигм, которая является той основой, на которую что-то добавляется. И это и есть ее системообразующий фактор. А интегративная - высшая форма... Я так чувствую иерархию этих форм.

В.В.Макаров: Вообще-то у меня наоборот. Системная - это самая обобщающая.

А.С.Баранников: Я так понимаю, что интегративная мультимодальная - это такая психотерапия, системообразующую основу которой создает сам психотерапевт. Он создает принципы терапии, занимается теоретической работой, он создает концепцию. А в эту концепцию встраивает уже дополнительно какие-то подходы. То есть, это система, которая создается самим психотерапевтом, но, это система, которая содержит принципы, теоретические основы. Это - его теоретическое творчество.

В.В.Макаров: Я хочу сказать, что мультимодальная психотерапия с первого шага и до последнего - творческая, в отличие от психотерапии модальной. Модальная психотерапия допускает творчество в изучении модальности. А когда начинается творчество чуть в сторону, то, к примеру, Фрейд неверных учеников отлучил. А мультимодальная - изначально творческая. Она многовариантна, она не может быть маловариантной. Я обозначил три ступеньки, но каждая ступенька многовариантна. И каждый психотерапевт действительно создает свою систему. И каждый психотерапевт - творец. Если ты занимаешься психотерапией мультимодальной, то ты учишься каждый день.

В.П.Криндач: Мне нравится такая креативная интерпретация термина. Вероятно, стоит более подробно комментировать вводимые термины.

В.В.Макаров: Для этого мы и собираемся. Вот у нас базовый семинар. Первый базовый семинар

по мультимодальной психотерапии. И я хочу сказать, что я в рамках этого подхода собираюсь изучать любовь. И теоретически, и клинически, я собираюсь заниматься амурологией. И хуже она от этого не станет.

А.Л.Катков: Так вот что всеми нами движет. Это душа. А когда мы в теории задаемся таким вопросом, то оказывается, что мы вытесняем напрочь вот этот предмет. Вытесняем это из своей профессии - это тоже довольно интересно.

В.В.Макаров: Я занимаюсь транзактным анализом. Я изучил все формы взаимодействий, кроме близости и любви. Теперь ишу подходы к изучению их. Мне кажется, что в нашей области не должно быть запретных тем. Я против того, чтобы были запретные темы. Вот говорят - ах, любовь, ах, душа. Если возникают запретные темы, то мы якобы не можем заниматься психотерапевтическими исследованиями. Мы себе уже можем позволить касаться всего этого достаточно квалифицированно и достаточно нежно. И в изучении психотерапии, конкретно, мультимодальной психотерапии, мы, в общем-то, сильно продвинемся. Здесь имеются разные формы заказа - и от общества, и от международного сообщества, и от большинства психотерапевтов, работающих в нашей стране, и каждому из нас от себя лично.

Мы завершаем наш семинар. Мы подготовим стенограмму и опубликуем ее в нашей газете, журнале, в электронных средствах взаимодействия.

ПСИХОТЕРАПИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

М.Е.Бурно

Клиническая психотерапия традиционна для нашей страны. Она развивалась у нас, тесно связанная с клинической психотерапией немецкого языка, особенно с начала XX века, и могла, хотя и с трудностями, развиваться как частица медицины, прежде всего, психиатрии, в идеологически строгое время сталинщины и застоя... Существом клинической психотерапии является применение разнообразных психотерапевтических методов в зависимости от клинической картины. Клиника должна править психотерапевтом – отмечал Консторум, - она подсказывает ему, когда и что следует применить.

В постсоветское, демократическое время психологи и врачи стали широко заниматься у нас запрещенной прежде западной и восточной психологической психотерапией.

Многие из практических психотерапевтов, в соответствии с запросами отечественных клиентов и свойственной нам душевной широтой, жизнью практичностью, отсутствием склонности детально, годами совершенствовать себя в каком-то одном методе, стали применять различные психологические психотерапевтические способы (психоаналитические, экзистенциальные, технические). В этом видится наша отечественная склонность к мультимодальности.

Нередко у нас сегодня и клиническая психотерапия (у которой мультимодальность в крови) перемешивается в практике с мультимодальной психологической психотерапией, что, думается, обогащает отечественную психотерапию, высвечивая ее особенное лицо в психотерапевтическом мире.

В.П.Колосов

Интегративная, эклектическая, мультимодальная терапия – эти определения психотерапевтического процесса приобретают все большую популярность и понимание среди специалистов. Это вполне естественно, ввиду того, что психотерапия ориентируется на какую бы то ни было научную школу ограничена и уязвима для критики по ряду причин: во-первых, любое расстройство психической деятельности неразрывно связано с неспецифическими реакциями всего организма, эмоциями, поведением, когнитивными функциями, телесностью, отношениями и т.д.; во-вторых: во многом остаются неизвестными этиологические, патогенетические механизмы душевных расстройств, есть и ряд других обстоятельств. Ввиду этого любая научная доктрина психотерапии не более чем условность, грубая схема, позволяющая хотя бы частично структурировать процессы менタルного лечения.

В большинстве современных направлений психотерапии прослеживается идея, смысл которой сводится к пробуждению у пациента конструктивных сил, внутренних ресурсов, стремление к саморазвитию. В биохимическом аспекте речь идет, по-видимому, об активизации нейро-пептидных

комплексов, сложнейшей системы глобальной интеграции приспособительных механизмов адаптации высокого уровня, проявляющихся в поведенческих реакциях инсайта, творческого подъема, озарения, активизации душевных и физических сил. В практической психотерапии эти процессы наиболее ярко проявляются в измененных состояниях сознания разного вида, и множество методик в прямом или завуалированном виде, часто сознательно, иногда интуитивно нацелены на раскрытие самоидентичности, установления гармоничных взаимодействий с собой и миром.

Конкретный же выбор психотерапевтических методик гибко строится с учетом глубокого изучения клинических реалий, личностной типологии, индивидуальной истории, системы взаимоотношений, соматического состояния и т.д. – психотерапевт не «пробует» те или иные психотерапевтические подходы, а вырабатывает строго аргументированную стратегию терапии.

Таким образом, фактор взаимодействия терапевта и клиента остается основополагающим, конкретные же технологии определяются стратегией оптимального выбора и зависят от предпочтений и профессионализма терапевта.

ПОЛНОЧНЫЕ РАЗМЫШЛЕНИЯ РОССИЙСКОГО МЕТАМОДАЛЬНОГО ПСИХОТЕРАПЕВТА

В.П.Криндач

«Российская мультимодальная психотерапия» – вежливое название эклектической психотерапии, которая не стала менее эклектичной, изменив имя.

Западная психотерапия является не в меньшей (а, вероятно, в большей) степени мультимодальной, т.е. эклектической, не испытывая по этому поводу неловкости.

Российская мультимодальная психотерапия (РМП) – уникальный исторический феномен, конгломерат направлений, развившийся с удивляющей стремительностью всего за десятилетие.

Состав РМП разделяется на то, что произросло на невспаханной российской почве из зерен, занесенных западным ветром, и на самобытные, собственно российские психотерапии (психотерапия творческим самовыражением М.Е.Бурно, методика Ф.Е.Василюка и мн. др.). Интересны перспективы синтеза этих двух слагаемых.

Уникальность феномена РМП в том, что ее становление сопоставимо со становлением личности ребенка в благоприятствующей развитию семейной среде: много разрешений и мало запретительных и ограничивающих установок, характерных для западных институтов. Возможно, у РМП «хороший жизненный сценарий».

В РМП иное, чем в западной мультимодальной психотерапии соотношение между центробежной и центростремительной тенденциями.

Центробежная тенденция – удаление направлений друг от друга, специализированная терминология, все менее понятная соседям – в большей степени, чем на западе уравновешивается центростремительной тенденцией – сочетанием технологий, синтезом подходов.

Было бы натяжкой и искущением объяснять это тяготением российских психотерапевтов к соединению подходов и техник «изначальным духом

соборности» и влечением натурфилософскому пониманию, якобы присущими российскому национальному характеру. Причина стремления российских психотерапевтов объединять в своей работе различные стили, подходы и техники прозрачна: образование, получаемое прямо или опосредованно из западных источников и из самобытных российских фрагментарно – с миру по нитке и каждое лыко в строку профессиональных умений. Нам не до стерильной чистоты стиля, удерживаемого в строгих рамках подхода: клиенту требуется результат, а не чистота стиля.

Другая немаловажная причина познательности центростремительной тенденции в РМП – отсутствие пока что влиятельных надзирающе-запретительных инстанций, которые пеклись бы об упомянутой чистоте. Правоверный, следующий букве учения гештальтист, может уличить коллегу в применении гипноза или использовании терминов ТА: «Это не гештальт!». Но, именно российскому психотерапевту познательно ответить на это: «Гештальт – все, что завершает гештальты» (хотя любопытно, что этот афоризм принадлежит германскому гештальтисту Томасу Бонгарду).

Целое, зародившись как однородное, дифференцируется на расходящиеся части. В философии это называется теорией эманации, в социологии неизбежностью специализации, в Библии – вавилонским столпотворением. Может быть, именно РМП вследствие особенностей ее становления в благоприятной для новаций «эпохе хаоса» выпадает честь быть, хоть в какой-то мере, исключением из этого неумолимого правила.

Конкретные предпосылки обретения РМП холистичности (следующая, пока не близкая ступень после интегральности и мультимодальности) таковы:

1. существуют, пронизывающие все общепринятые психотерапевтические подходы, сквозные темы целостной психотерапии, такие как неоконченные дела прошлого и их завершение; структура психотерапевтической сессии: присоединение-интервью-заключение контракта-фокусировка-следование-ведение-завершение; поддержка клиента; эмпатическое понимание и др. Родившиеся в частных подходах, эти темы стали достоянием целостной психотерапии, ее инвариантами, даже если имеются различно в разных психотерапиях. Эти темы скрепляют целое, противодействуя центробежной тенденции.

2. существуют игнорируемые «школьным» принципом образования (т.е. преждевременной специализацией) базовые навыки психотерапевта, абсолютно необходимые, по моему твердому убеждению, и подлежащие освоению на первых стадиях образовательного процесса, как фундамент независимый при любом выборе последующей психотерапевтической специализации.

3. существует, наконец, социальная востребованность РМП, именно и преимущественно в ее интегральном и холистическом вариантах: дефицит психотерапевтов в России высок и, разнообразию запросов клиентов отвечает только широкий технологический и понятийный инструментарий терапевта.

Упомяну в заключение не без гордости, что разработанная и применяемая мною совместно и паритетно с Е.А.Соловьевой методика ведения психотерапии и обучения психотерапии, названная «синтез подходов» указывает на возможность вмещения психотерапевтом разумеется не всех ресурсов РМП, но, все-таки, авторизованных, сближенных, получивших единый непротиворечивый язык ключевых направлений современной психотерапии, обретающей в этой соединенности качество метамодальной.

МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В РОССИИ

В.В.Макаров

В истории психотерапии можно обнаружить, что до Революции 1917 года психотерапия в России развивалась вместе с психотерапией развитых стран Европы. Российская психотерапия живо интересовалась всем тем новым, что появлялось за рубежом. Новые подходы проходили апробацию и внедрялись в практику. Кроме того, уже тогда российская психотерапия отличалась клиническим. Специалисты были подготовлены в области клинической медицины. Свои психотерапевтические знания и умения применяли в работе с больными в

медицинских учреждениях различного профиля. В Советский период, в тоталитарном обществе, психотерапия развивалась в весьма усечённом, фрагментарном варианте. Сложились две школы: московская и ленинградская. Московская школа испытывала значительно большее влияние медицины, в целом, и психиатрии, в частности. Вместе с тем, внутри Московской школы нарастала тенденция к мультиmodalности. Ленинградская школа эволюционировала в сторону своего включения в психиатрию. И в течение последнего десятилетия

официальная психотерапия в России во многом вошла в структуру психиатрии, как одна из её составляющих. Ранее соединение психиатрии с психотерапией и дало развитие специальному направлению – клинической психотерапии. По нашему определению, это такая врачебная психотерапия, которая использует парадигмы психотерапии, психиатрии и той клинической дисциплины, где она применяется. Важно отметить, что практическая психология во время становления клинической психотерапии в нашей стране не была развита. Поэтому влияние психологии в клинической психотерапии оказалось весьма незначительным. Клиническая психотерапия получила наибольшее развитие в психиатрии для лечения пограничных состояний и в наркологии при терапии некоторых форм зависимостей. Кроме того, клиническая психотерапия развивается в психосоматической медицине, онкологии, гинекологии, других разделах медицины. Самостоятельными разделами клинической психотерапии являются психотерапия детей и подростков. Клиническая психотерапия традиционно использует свой сложившийся набор модальностей. Их всего три: гипноз, аутогенная тренировка и рациональная психотерапия. Впрочем, запрета на использование других модальностей не было и нет. И каждый специалист волен привлекать знания и умения из других методов психотерапии. Ведь клиническая психотерапия с самого начала складывалась как эклектическая система

В дальнейшем всё увеличивается число специалистов, занятых клинической психотерапией. Так, по данным А.А.Чуркина и Н.А.Твороговой численность врачей психотерапевтов в Российской Федерации постоянно возрастает. И за последнее десятилетие увеличилось с 755 человек на всю федерацию в 1990 году до 1822 человек в 1998 году. Увеличился и коэффициент совместительства – с 1,3 в 1990 году до 1,8 в 1998 году. А это значит, что рабочие места психотерапевтов занимают врачи других специальностей, зачастую мало подготовленные в области психотерапии. По нашим же расчётам (1) в ближайшие годы число врачей-психотерапевтов из выпускников медицинских вузов должно увеличиваться по 80 человек на всю Российскую Федерацию ежегодно. Всё это при условии, что законодательная база психотерапии не изменится. Это при условии, что специалисты будут покидать ставки врачей-психиатров. А ведь эти ставки также не полностью заняты. И вакансий там не меньше, чем в клинической психотерапии. В сложившихся условиях особенно важной и своевременной представляется отраслевая программа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Реорганизация сети психиатрической помощи в Российской Федерации (2003-2008 г.г.)». Согласно программе, необходимым представляется разукрупнение и децентрализации учреждений психиатрического

профиля, расширение амбулаторно-первичного и внестационарного её звеньев. В проекте, справедливо, отмечено, что увеличение кадрового состава, оказывающего психиатрические услуги населению, следует расширять особенно в направлении подготовки психотерапевтов (планируется подготовить 3900 специалистов), медицинских психологов и социальных работников (соответственно, 3600 и 9500).

Клиническая психотерапия является нашим национальным достоянием. Сохранение и развитие данного метода представляется важной задачей. Вместе с тем, отождествление клинической психотерапии со всей психотерапией, вообще, ошибочно. Эта ошибка широко распространена в медицине нашей страны. В результате всю психотерапию считают принадлежащей психиатрии, и готовить психотерапевтов возможно только из числа врачей-психиатров со стажем практической работы не менее трёх лет. Такое заблуждение вредно оказывается как на дальнейшем развитие клинической психотерапии, так и всей психотерапии постсоветского пространства.

Вместе с тем, в последние два десятилетия клинические психотерапевты начали интересоваться психологическими подходами в психотерапии. А таких подходов открылось перед нами множество. И они обеспечивают не только концептуальное понимание расстройств, но и объяснение методов воздействия – техник. Отличие этой психотерапии в её технологичности. Когда методы воздействия можно разложить на их составляющие. Клиническая психотерапия начала обогащаться и практической психологией.

Новое движение в психотерапии началось далеко за пределами профессионального сообщества, в среде, критиковавшей советский строй и ставящей своей целью его свержение, – в среде диссидентов. Это еще раз подчеркивает антагонизм современной психотерапии и тоталитарного государственного устройства. Из-за железного занавеса, разделявшего нашу страну и развитые страны, к нам начали попадать отдельные психотерапевтические издания. Они переводились и распространялись в ксерокопиях. А когда этот занавес лишь немного приподнялся, таких изданий стало больше. В большей степени они касались психотерапии западного мира. Впрочем, не обходили стороной и концепции Востока, правда, чаще, опять же, через призму западного опыта. Этими изданиями интересовались научные сотрудники, представители творческой интеллигенции, некоторые врачи и отдельные психологи. Переводились книги. И каждая такая книга становилась событием, открывающим новые горизонты. Ксерокопии книг распространялись по стране. Сложились группы людей, специализирующиеся на распространении ксерокопий переводов книг. В последующем часть этих переводов была издана типографским способом. Появились сторонники тех или иных направлений психотерапии,

проповедующие эти учения. Вслед за ними появились те, кто проповедовал свои авторские подходы, основанные на зарубежных концепциях. И те и другие самоучки почти всегда были талантливы и мало образованы как профессионалы психотерапии.

Собрания интересующихся новыми подходами проходили негласно в малых неформальных группах. Проповедники зарубежной психотерапии сосредоточились на пропаганде новых психотерапевтических подходов и образовании своих сторонников. И в меньшей степени, точнее даже лишь единицы из них, занимались психотерапевтической практикой. Обученные ими специалисты сразу приступали к обучению новых желающих, благо, недостатка в таких желающих не было. Так, осуществлялось наше первое открытие западной психотерапии двадцатого столетия.

Начиная с конца восьмидесятых годов, психотерапия была занята освоением новых методов и технологий. В этой области открывались всё новые захватывающие возможности. Именно в это время психотерапией в России начали заниматься психологи, ранее сосредоточенные на теоретических, часто, оторванных от практики изысканиях и психологической диагностике.

Наиболее интенсивно и открыто освоение новых методов началось далеко от столиц - в Сибири. Там отсутствовали сложившиеся школы "советской психотерапии", да и административные ограничения по идеологическим мотивам были менее последовательны. Этот своеобразный взрыв на востоке страны характеризовался: демократичностью, экспансией во внеклиническую среду и интересом передовой интеллигенции к психотерапии; убеждением, что концепции являются порождением своего времени, но многие техники психотерапии с ними не связаны и даже прослеживаются с древних времен; резким опережением практики по отношению к теории. Наряду с психотерапией Запада изучались духовные практики Востока, и народная медицина, и духовные практики России.

Складывающееся новое направление в психотерапии основывалось на медицине, как клиническая психотерапия, на психотерапевтических модальностях Запада, духовных практиках и народной медицине Востока и постсоветского пространства.

Так, широкую известность и популярность приобрели красноярские декадники по психотерапии. С 1987 по 1996 годы они собирают психотерапевтов, представляющих разные модальности, психологов, представителей смежных профессий. В течение десяти дней читаются лекции, проводятся дискуссии, тренинги, круглые столы, семинары по различным направлениям психотерапии. В результате, складывается новое направление психотерапии - Российская мультиodalная психотерапия. Современная клиническая, эклектическая психотерапия в нашей стране постепенно трансформируется в

мультиodalную российскую психотерапию. Эта психотерапия основана на нескольких школах. Она глубоко переработала теорию и практику этих школ. Она всё же является национальной российской, ибо в основе её лежит чисто российский метод - клиническая психотерапия. После 1996 года психотерапевтические декадники начали широко проводиться в ряде городов России и в Казахстане.

Декадники являются частью образовательного процесса, после завершения которого выдавался сертификат психотерапевта. В последующем оказалось, что это образование близко к предлагаемому Европейской Ассоциацией Психотерапии. Когда профессиональное образование психотерапевта осуществляется на базе завершённого (высшего) образования и состоит из: теории, практики и эксклюзивного раздела личной терапии. Уровень профессиональной подготовки психотерапевта подтверждается национальным сертификатом психотерапевта. А его соответствие международному уровню подтверждается Европейским Сертификатом Психотерапевта и внесением в Единый Европейский Реестр Профессиональных Психотерапевтов.

Можно сказать, что выделение отдельных модальностей и мультиodalный подход в психотерапии сегодня представляются главным в понимании будущего. История развития психотерапии часто шла путём трагического разрыва учителей со своими учениками, изменявшими частоте метода или даже предлагавшими свой метод. Творчество внутри школ было возможно только в освоении содержания данных школ. Интерес к другим школам психотерапии расценивался как нелояльность. Ещё и сегодня есть множество профессионалов, глубоко знающих модальность, в которой они работают, и ничего другого. Лидеры отдельных модальностей заняты охраной своих границ и частоты рядов. Тогда как мультиodalный подход предполагает полную реализацию творческого потенциала на всех этапах освоения и применения психотерапии. Впрочем, далеко не все распространённые модальности сегодня настроены на кооперацию с другими методами. Многие остаются закрытыми. Становлению мультиodalной российской психотерапии способствовало и формирование профессионального сообщества психотерапевтов.

В 1996 году создана Профессиональная Психотерапевтическая Лига (Лига). Она объединяет различных специалистов в области психотерапии. Членом Лиги может стать профессиональный психотерапевт или обучающийся психотерапии. Лига входит в Европейскую Ассоциацию Психотерапии (ЕАП). Она является зонтичной организацией ЕАП на территории России.

Сама ЕАП - молодая, динамично развивающаяся, включающая в себя 39 стран Европы и самое крупное объединение профессионалов, по принципу принадлежности к профессии психотерапевта.

Ей всего одиннадцать лет, и по Европейским стандартам ее можно отнести к совсем юным профессиональным объединениям.

Лига разделяет созданные ЕАП положения Страсбургской декларации по психотерапии. А значит, признает психотерапию отдельной, самостоятельной профессией.

Лига представляет российскую психотерапию и во Всемирной Организации Психотерапии. Это также молодая организация, возникшая по инициативе ЕАП восемь лет назад. Сегодня она объединяет крупнейшие национальные психотерапевтические ассоциации со всех континентов, из более 90 стран мира.

Сегодня Профессиональная Психотерапевтическая Лига объединяет около 2000 тысяч психотерапевтов из России; Белоруссии, Германии, Израиля, Казахстана, Киргизии, Латвии, Узбекистана, Украины, Эстонии. Данные профессионалы принадлежат к различным модальностям психотерапии, интересуются мультимодальной психотерапией и говорят на русском языке.

Можно выделить три варианта мультимодальной психотерапии: эклектический, интегративный и системный. Эклектический вариант складывается, когда начинающий психотерапевт изучает по-немногу различные модальности психотерапии. И каждое, даже короткое образовательное событие обогащает его каким-то психотерапевтическим навыком, технологией или приёмом. Такие специалисты заинтересованы в своём совершенствовании в практике психотерапии и совсем не озабочены теорией. Обычно они используют «всё, что работает». Даже, проявив себя в качестве эффективного специалиста, они затрудняются объяснить, как же они достигли полученного результата. Впрочем, описать техники и технологии своей работы всегда готовы. Обычно они предпочитают краткосрочную психотерапию. Часто избегают глубинной работы с бессознательным. Сообщество профессионалов им нужно для того, чтобы обмениваться информацией и обогащать свой арсенал новыми техниками работы. Они могут проходить курс личной терапии.

Обычно ограничиваются не глубокой личной терапией и не особенно нуждаются в супervизии своей работы.

Мультимодальный интегративный вариант характеризуется тем, что психотерапевты в начале становятся профессионалами в одной модальности и, уже, затем обогащают свои профессиональные возможности за счёт усвоения достижений других модальностей. Таким специалистам важно входить в профессию через ворота именно той модальности, которая может стать базисом их профессиональной

жизни, и к которой у них больше способностей. С этой целью им важно познакомиться с различными модальностями. Такой «шведский стол» подходов и методов обычно обеспечивают наши декадники по психотерапии. Важно отметить, по нашему опыту некоторые методы могут стать эффективными базовыми модальностями, тогда как другие не приспособлены для этих целей. К первым, в частности, относится клиническая психотерапия и трансактный анализ. Тогда как ко вторым – нейролингвистическое программирование. После фундаментального освоения базового метода. Пройдя теорию, практику, личную терапию и познание границ собственной личности. Такие профессионалы начинают изучение других модальностей, интегрируя фрагменты их теории и практики в свои представления и арсенал технологий. Такие психотерапевты обычно нуждаются в сообществе, проходят личную терапию и супervизию.

Мультимодальная системная психотерапия базируется на общей психотерапии. Её теории и практике. И на глубоком знании нескольких психотерапевтических модальностей. Подготовка начинается с общей психотерапии. После её завершения, следует частная психотерапия, которая может быть представлена несколькими модальностями. Причём каждая из них изучается основательно и даже фундаментально. Такой профессионал проходит глубокую личную терапию. Он постоянно прибегает к услугам супervизора. И, конечно, является активным членом профессионального сообщества. Он постоянно повышает свою профессиональную квалификацию. А на определённом этапе своей профессиональной карьеры испытывает потребность заниматься исследовательской работой и передавать свои знания.

Важно отметить, что в настоящее время в России уже сложились авторские методы интегративной психотерапии. В их числе можно назвать «Терапию творческим самовыражением» М.Е.Бурно и «Дианализ» Ю.В.Завьялова. С нашей точки зрения, мультимодальность, интегративность является основным, магистральным путем развития психотерапии XXI века. Ведь стремление максимально полно использовать потенциал психотерапии, по сути дела, не оставляет нам других столь же перспективных возможностей.

Важно отметить, что после длительной дискуссии, Европейская Ассоциация Психотерапии признала за Российской психотерапией право называть себя мультимодальной. Вместе с тем, мультимодальная психотерапия в России ещё не сложилась полностью. Она формируется в последние годы с нашим участием и нашими усилиями!

СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

МЕТОДЫ СЕНСОЛОГИИ В ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ САМОПОДГОТОВКИ

Л.Э.Авилова

г. Санкт-Петербург

Область практической деятельности, условно названная «сенсология», основана на естественных человеческих способностях к чувствованию, восприятию и реагированию. Инструмент для изучения, диагностики и коррекции – сам человек.

Человек пребывает в огромном спектре внесознательных взаимодействий (психобиоэнергоинформационного, энергоинформационного и энергетического характера). Эти взаимодействия подвластные прямому наблюдению, контролю и контролируемым действиям. Реальность – все, что включено в спектр личностного восприятия.

Методы сенсологии это способность в каждом конкретном моменте жизни, в условиях постоянного изменения окружающего пространства создавать новые методы и подходы с целью выхода на внутренний план состояний и проявления способностей к сверхчувственному восприятию действительности.

Профессиональная самоподготовка здесь ничто иное, как процесс естественных, присущих конкретному «психическому личностному существу» и контролируемых им, глубоких внутренних и внешних изменений – направленных мутаций, следствие которых – повышение жизнеспособности.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ И МЕТОДЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ

В.И.Евдокимов

г. Санкт-Петербург

Живые организмы представляют собой динамические энергетические системы, подчиняющиеся законам вселенной, и человек постоянно находится в системе энергообмена организма с окружающей средой. Это означает, что каждое мгновение живой организм получает и расходует «энергию». Процессы усвоение и преобразования различных типов энергий происходят на бессознательном уровне. В основе синдрома хронической усталости лежит

нарушение в системе саморегуляции и дисбаланс количества получаемой и расходуемой «жизненной энергии». С помощью целенаправленной интроверсии можно активизировать зоны насыщения. Также необходимо оптимизировать расход энергии в жизнедеятельности. Это достижимо через упорядочивание мыслительного процесса, контроль за эмоциональными и психическими состояниями и реакциями, развитие навыков управления ими.

БИОСЕНСОРНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ – ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ

А.С.Захаревич

г. Санкт-Петербург

Основной задачей биосенсорной психотерапии является подготовка специалистов, обладающих способностями непосредственного видения, контроля и управления психическими и физиологическими процессами клиентов. Подготовка таких специалистов осуществляется в образовательных проектах Санкт-Петербургского

Института Эниологии и Социальных Исследований (ИЭСИ).

В основу образовательных программ положены разработанные специалистами (ИЭСИ) концепции организма человека и его психики, и создана методология коррекции психики человека, во многом отличная от существующих.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ СЕНСОЛОГИИ В РАБОТЕ С БЕРЕМЕННЫМИ

С.К.Игнатьева

г. Санкт-Петербург

В докладе раскрываются особенности протекания беременности с точки зрения специалиста, обладающего сверхчувственным восприятием и владеющего практикой энергоинформационных взаимодействий. Рассматривается беременность, как особое погруженное состояние сознания женщины, которое позволяет выйти на прямое, глубокое взаимодействие с еще не родившимся ребенком.

Владение женщиной такими возможностями позволяет заметить малейшие изменения, проявленные на тонких уровнях, как в собственном состоянии, так и в состоянии ребенка, а также при необходимости скорректировать их с целью наиболее естественного протекания беременности и гармоничного развития ребенка. В докладе рассматривается возможность дородового воспитания ребенка.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ СТАНОВЛЕНИЮ И РАЗВИТИЮ УСПЕШНОГО БИЗНЕСА

Е.В.Соколова

г. Санкт-Петербург

Предприниматели обращаются с жалобами на частые неудачи в бизнесе. Существует три основных негативно влияющих фактора, самостоятельно непреодолимые: личностный, форс-мажорный, экономический. Все эти факторы являются корректируемыми.

В основе коррекции лежит диагностика - традиционная психодиагностика и парapsихологическая.

Каждый из "камней преткновения" требует своего доминирующего подхода: личностный -

традиционного психоанализа, форс-мажорный - парapsихологии, экономический не всегда, преодолим, но всегда частично корректируется.

"Беда не приходит одна" - решение личностных проблем само по себе может устраниить причину обращения.

Помочь можно любому клиенту, цель которого успех.

Успешен в жизни - успешен в бизнесе.

МЕТОДЫ СЕНСОЛОГИИ В ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МАТЕРИ И РЕБЕНКУ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

А.Ю.Хромова

г. Санкт – Петербург

Основные проблемы, возникающие в послеродовом периоде у женщин, и их отражение на ребенке: психические изломы после родов в роддоме; осознание себя в новом качестве; разные виды страхов; непонимание и отсутствие глубинного контакта с ребенком; изоляция и уход в быт, в ребенка; потеря себя; хроническая усталость; проблемы взаимоотношений с родственниками; сложности восстановительного периода...

Разница в протекании послеродового периода у женщин, подготовленных к родам методами сенсологии и прошедших обычную подготовку.

Подходы и методы работы сенсолога в послеродовом периоде: превентивность, акцент на создании среды общения, предпочтительность сопровождения, развитие сверхчувственного восприятия, осознанность взаимодействий, самопознание и саморазвитие, раскрытие естественных процессов...

БИОЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПРИ СТРЕССОГЕННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЯХ

О.Г.Шапиро

г. Санкт-Петербург

Термин «стресс» с позиций биоэнергоинформационных (БЭИ) взаимодействий можно определить как состояние активизации (напряжения) уровня БЭИ обмена организма, возникающее при предъявлении к нему любых требований, т.е. при воздействии любых стресс-агентов.

Психосексуальные расстройства у мужчин и женщин могут являться следствием нарушений (дисбаланса) БЭИ – обмена организма или при остром воздействии интенсивного стресс-агента (как это было в Нью-Йорке 11 сентября 2001 г.), или при

слабом, но длительном его воздействии (как пример - нестабильная социальная среда), а также при недостаточной активизации защитных БЭИ механизмов человека.

В Институте Эниологии и Социальных Исследований (Санкт-Петербург) разработаны и успешно применяются современные методы восстановления нормального БЭИ-обмена, позволяющие эффективно проводить профилактику и коррекцию стрессогенных расстройств организма человека, в том числе и в психосексуальной сфере.

ПСИХОБИОЭНЕРГОИНФОРМАЦИОННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КАК ОСНОВА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Н.Л.Шарейко

г. Санкт-Петербург

Сам процесс психотерапии является актом взаимодействия между человеческими существами вне зависимости от подготовленной базы общения сознательного плана.

Физическое тело человека, равно как и все его проявления (голос, запах и др.) является выражением психики на уровне взаимодействий физического мира.

Проявленность и достоверность физичности зависит от спектра восприятия существа.

Выделенность психотерапии из общей возможности исцелять словом (т.е. целительства) не меняет сути происходящего.

Взаимодействие между людьми охватывает гораздо более широкий пласт мира, чем физическая реальность для обычного человека (отсюда интуиция, чудесные исцеления и др.).

Поэтому часто апробированные методики, применяемые психотерапевтами, могут оказаться безуспешными из-за отсутствия необходимых личностных качеств врачающего, т.е. успех психотерапевтического акта определяется в гораздо большей степени личностью врачающего, чем применяемыми им методиками.

Личность человека является комплексом таких же материальных образований, как и физическое тело, что обуславливает непосредственную реакцию (положительную или отрицательную) на часто бессознательном уровне для людей с обычным спектром восприятия.

Психотерапия – это один из жестко структурированных подходов целительства, которое, в свою очередь, можно назвать искусством психобиоэнергоинформационных взаимодействий.

РЕЗЮМЕ

РАЗВИТИЕ ТВОРЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ ЛИЧНОСТИ В РЕФЛЕКСИВНОЙ ДИАЛОГО-ТЕРАПИИ

Давыдова Г.

Рефлексивная диалого-терапия впитала и переосмыслила ряд основных конструктивных положений и процедур психотерапии, а именно, это выражается в применении диагностических средств, способствующих максимальной индивидуализации процесса, эффективному устраниению препятствий в развитии индивида; принятии установки на высокую двустороннюю мотивацию, с одной стороны, и минимизации затраченного на достижение результата времени, с другой.

САМОАНАЛИЗ. МЕТОД САМОСКАНИРОВАНИЯ

Касьянова В.П.

Использование метода самосканирования для исследования эпизодов зачатия, рождения и раннего детства, которые невозможно проанализировать обычными психоаналитическими методами, позволяет прояснить причины, формирующие невротические внутренние противоречия, и снять фиксацию либido в данных моментах развития личности.

АКТУАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ ПСИХОАНАЛИЗА В КОМПАНИЯХ MLM

Кудров А.Н.

В данной работе рассматриваются задачи психологического консультирования распространителей продукции, кампании построенных на принципе многоуровневого маркетинга (MLM). Автор затрагивает, кроме этого, психические причины заболеваний.

ОСОБЕННОСТИ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПОДРОСТКОВ

Пак Т.В., Нургазина А.З.

В настоящей статье рассматриваются особенности групповой психотерапии подростков с учетом возрастных и психологических характеристик. Описаны наиболее интересные этапы группового процесса с практической точки зрения, сложные ситуации и способы превращения препятствий в возможности в групповой психотерапии подростков.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ, ПУТИ РЕШЕНИЯ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Голдобина О.А.

Данная статья посвящена анализу основных тенденций в динамике психического здоровья жителей Алтайского края. Также описывается межведомственная комплексная целевая программа «Охрана психического здоровья населения Алтайского края на 2002-2006 г.г.», цель которой – повышение уровня психического здоровья населения путем развития межведомственного сотрудничества в вопросах превенции психической патологии.

РОЛЬ И МЕСТО МОНИТОРИНГА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ

Голдобина О.А., Соколов Я.В.

В Алтайском крае разработана и внедрена система мониторинга психического здоровья детей и подростков. Методика обследования включает постепенно усложняющиеся (с возрастом) задания и тесты, позволяющие получить представление о состоянии и развитии основных сфер психической деятельности ребенка с последующей разработкой на этой основе комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий.

ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ РАБОТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КАК ВАЖНЕЙШИЙ КОМПОНЕНТ ОБЕСПЕЧЕНИЯ УСИЛИЯ РОЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Голдобина О.А., Семке В.Я., Трешутин В.А.

С началом адаптации здравоохранения к рыночным условиям, когда прежние принципы финансирования стали неэффективными, а новые, предусмотренные системой обязательного медицинского страхования, еще не заработали, решение приоритетных проблем охраны здоровья становится возможным только путем формирования и реализации адресных мер, направленных на достижение конкретной цели. При этом принципиально важным и необходимым, по мнению авторов, становится использование метода программно-целевого планирования.

ЛИЦО БОЛЕЗНИ

Назлоян Г.М.

Общая и специальная психопатология, наука о закономерностях и природе психических расстройств, занимает особое место в практической психиатрии. В данной статье определяется существующая сложная система аксиом, – симптомы и синдромы – которую начинающий психиатр усваивает в необходимой степени.

РОЛЬ ИНТЕГРАТИВНОЙ МОДЕЛИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ИЗУЧЕНИИ ОСОБЕННОСТЕЙ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Толстикова А.Ю.

Исследовалась роль интегративных подходов психотерапии в изучении особенностей формирования депрессивных состояний при употреблении психоактивных веществ. Формировался контроль над эмоциональными реакциями и выстраивалась перспектива жизни без участия в ней психоактивных веществ. Происходило стимулирование процессов личностного развития, появлялась возможность социальной реадаптации.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ГЕНЕТИКИ И ИММУНОЛОГИИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Толстикова А.Ю.

Показана возможность изучения молекулярно-генетических и иммунологических параметров зависимости от психоактивных веществ. Особый интерес представляет создание ДНК-маркеров, которые позволяют установить наличие нарушений в определенном локусе ДНК. Особый интерес и актуальность приобретает изучение взаимосвязи генетических и иммунологических маркеров зависимости от ПАВ, а также, корреляционные коэффициенты депрессивных состояний и генетико-иммунологических связей влечения к ПАВ.

КУЛЬТУРНО-ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ АСПЕКТАМ ПРОФИЛАКТИКИ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Кудров А.Н.

В статье рассмотрены вопросы психического и соматического здоровья студентов – будущих специалистов в области защиты окружающей среды и безопасности технологических процессов. Делается вывод о необходимости создания методик, направленных на мотивацию развития личности с учетом конституционных особенностей индивидуума. Ключевым моментом мотивации в процессе подготовки специалистов-экологов может явиться проверка междисциплинарных связей в сознании студентов и интеграция дисциплин с целью формирования целостного видения роли человека в экономике и экологии.

ОСНОВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ВЛИЯНИЯ НИКОТИНОВОЙ КИСЛОТЫ НА ОРГАНИЗМ. ОСОБЕННОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ОПИЙНОЙ НАРКОЗАВИСИМОСТЬЮ

Кравченко И.В.

Никотиновая кислота в сравнении с другими витаминами имеет наибольшую фармакологическую активность. В данной работе представлены результаты изучения механизмов влияния никотиновой кислоты на организм человека и особенности воздействия на психопатологический статус больных, страдающих опийной наркозависимостью.

ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОМАНИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Нургазина А.З., Букаева С.К., Молчанов С.Н., Идрисова А.М.

Данная работа посвящена изучению актуальных принципов создания программ профилактики наркомании в подростковом возрасте, а также вопросы реализации данных программ с учетом современного состояния жизни общества.

ОБЪЕКТИВНЫЕ КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ВЛЕЧЕНИЯ К ПСИХОАКТИВНЫМ ВЕЩЕСТВАМ

Толстикова А.Ю.

Изучалась степень выраженности влечения к психоактивным веществам по шкале Иванца. Обследовано 188 больных, выявлен сильно выраженный характер влечения к психоактивным веществам. Полученные данные представляют интерес в плане оптимизации психокоррекционных и реабилитационных мероприятий.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ С ПОЗИЦИИ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Толстикова А.Ю.

Расширились возможности изучения клеточных и молекулярных механизмов развития пристрастия к психоактивным веществам. Большое внимание уделяется формам взаимодействия психоактивных веществ и генотипических факторов. Пристальный интерес вызывает изучение особенностей формирования депрессивных состояний при алкоголизме и наркомании с учетом генетических и нейробиологических факторов.

ПРОБЛЕМЫ ТРАНССЕКСУАЛИЗМА В РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Жантасова С.Ж., Айтбембетова А.Б.

В данной статье приводится описание ряда клинических случаев. Врачами обследованы, пролечены и откомиссованы пациенты которые хотели сменить пол (данные наблюдения проводились за 2001 и 2002 годы).

ИЗУЧЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ У ПОДРОСТКОВ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ПИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА

Нургазина А.З., Идрисова А.М., Букаева С.К., Молчанов С.Н.

В Республиканском научно-практическом Центре медико-социальных проблем наркомании было проведено исследование 62 подростков. В ходе исследования клинико-психологических механизмов, лежащих в основе формирования аддиктивного поведения у подростков, была разработана программа психокоррекционной работы для данного контингента подростков.

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ГРУППАМИ ДЛИТЕЛЬНО И ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ПАЦИЕНТОВ

Шушкевич В.И., Сорока Г.Р., Яшина В.А., Саенко П.П.

В статье проанализирована эффективность комплексного подхода в лечении контингента лиц из группы, так называемых, длительно и часто болеющих за период 1999-2002 г.г. (60 человек). При анализе динамики клинической картины обращает внимание сочетание соматизации со сложными вегетовисцеральными нарушениями, в генезе которых лежит длительная соматическая ирритация симпатической нервной системы.

ПРОБЛЕМЫ СУИЦИДОВ И ВОПРОСЫ ПРЕВЕНТИВНОЙ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Бирюкова А.Е., Насырова Т.Ж.

В предлагаемой работе обсуждаются основные проблемы суициdalного поведения, подчеркивается необходимость полноценного изучения данного явления, этиологии суицидов, необходимость организации превентивной суицидологической помощи населению, а именно создание службы, объединяющей медицинские, социальные, правовые и педагогические меры.

ПСИХОСОМАТИКА, МИФ И РЕАЛЬНОСТЬ

Валивач М.Н., Россинский Ю.А.

Длительное время существования психосоматики не добавило экспериментальных патофизиологических доказательств перехода функциональных расстройств психосоматической природы в органические. По мнению авторов такого перехода не существует. В данной статье на примере разбираются основные психосоматические заболевания.

ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВЕДЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Козлова С.М., Шахназарова Н.В.

Психологическое сопровождение пациентов с диагнозом ВИЧ-инфекция представляет собой особое направление в практике психологического консультирования, что объясняется спецификой данного заболевания. В данной работе описываются основные этапы психологического ведения пациентов с ВИЧ-инфекцией.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ, ПСИХИЧЕСКОЕ И СОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК АСПЕКТЫ ИНТЕГРАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В «ПОГРАНИЧНОЙ» ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Россинский Ю.А.

Современная психиатрия, психотерапия, психология имеют уверенную тенденцию движения в сторону интегративно-развивающих подходов био-психо-социо-духовной модели. В работе подчеркивается важность биологического, соматического и психического здоровья, а также психологического здоровья как определяющее понятие качества жизни индивидуума.

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В РОССИИ

Шахназарова Н.В., Горбачев И.А., Козлова С.М., Соболева А.М., Петухов К.В.

В данной статье выделяются этапы работы с ВИЧ-инфицированными, описываются особенности, существенно влияющие на организацию процесса психологического сопровождения, также представлены основные компоненты системы психологического сопровождения работы специалистов.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Решетников М.М.

В настоящей работе предпринята попытка осмыслить чрезвычайно интересные обобщения зарубежных коллег из США и Канады, касающиеся рыночных реформ здравоохранения и экономической эффективности психотерапии.

**ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЛИГА**

Вашему вниманию предлагаются материалы базового семинара, проходившего на кафедре психотерапии, медицинской психологии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования в преддверие Международного Конгресса «Психотерапия Европы – Психотерапия Азии». Семинар был посвящен мультимодальности как определяющей качественной характеристике российской психотерапии.

**ПОЛНОЧНЫЕ РАЗМЫШЛЕНИЯ РОССИЙСКОГО
МЕТАМОДАЛЬНОГО ПСИХОТЕРАПЕВТА**

Криндач В.П.

Российская мультимодальная психотерапия (РМП) – уникальный исторический феномен, конгломерат направлений, развивающийся с удивляющей стремительностью всего за десятилетие. Автор данной статьи делится своим мнением по поводу становления РМП.

МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В РОССИИ

Макаров В.В.

После длительной дискуссии, Европейская Ассоциация Психотерапии признала за Российской психотерапией право называться мультимодальной. Вместе с тем, мультимодальная психотерапия в России еще не сложилась полностью. Автор считает, что мультимодальность, интегративность являются основным, магистральным путем развития психотерапии 21 века.

THE SUMMARY

DEVELOPMENT OF CREATIVE RELATIONS OF THE PERSON IN REFLECTIVE DIALOG-THERAPY

Davydova G.

Reflective dialog-therapy has absorbed and has rethought a number of the basic constructive positions and procedures of psychotherapy, namely, it is expressed in application of the diagnostic means promoting the maximal individualization of process, to effective removal of obstacles in development of the individual; acceptance of purpose on high bilateral motivation, on the one hand, and minimization of the result of time spent for achievement, on the other hand.

INTROSPECTION. A METHOD OF SELF-SCANNING

Kasyanova V.P.

Use of a method of self-scanning for research of episodes of conception, birth and the early childhood which cannot be analysed usual psychoanalytic methods, allows to clear the reasons forming neurotic internal contradictions and to remove fixing a libido in the given moments of development of the person.

ACTUAL PROBLEMS OF A PSYCHOANALYSIS IN COMPANIES MLM

Kudrov A.N.

In the given work problems of psychological consultation of distributors of production, campaign constructed on a principle of multilevel marketing (MLM) are considered. The author mentions except for it the mental reasons of diseases.

FEATURES OF GROUP PSYCHOTHERAPY OF ADOLESCENTS

Pak T.V., Nurgazina A.Z.

In present article features of group psychotherapy of adolescents are considered in view of age and psychological characteristics. The most interesting stages of group process from the practical point of view, complex situations and ways of transformation of obstacles in an opportunity in group psychotherapy of adolescents are described.

MODERN PROBLEMS OF MENTAL HEALTH OF THE POPULATION, WAY OF THE DECISION AT A REGIONAL LEVEL

Goldobina O.A.

Given article is devoted to the analysis of the basic tendency in dynamics of mental health of inhabitants of Altai territory. The interdepartmental complex target program «Protection of mental health of the population of Altai territory for 2002-2006», which purpose - increase of a level of mental health of the population also is described by development of interdepartmental cooperation in questions of mental pathology prevenyion.

ROLE AND PLACE OF MONITORING OF MENTAL HEALTH IN THE DECISION OF PROBLEMS OF RENDERING OF THE SPECIALIZED AID TO CHILDREN AND ADOLESCENTS

Goldobina O.A., Sokolov J.V.

In Altai territory the system of monitoring of mental health of children and adolescents is developed and introduced. The technique of inspection includes gradually becoming complicated (with age) tasks and tests, allowing to receive representation about a condition and development of the basic spheres of mental activity of the child with the subsequent development on this basis of a complex of treatment-and-rehabilitation actions.

PROGRAM-VENTURE PLANNING OF PSYCHIATRIC SERVICE AS THE MAJOR MULTIPLIERS OF MAINTENANCE OF EFFORT OF A ROLE OF PUBLIC HEALTH SERVICES IN FORMATION OF MENTAL HEALTH OF THE POPULATION AT A REGIONAL LEVEL

Goldobina O.A., Semke V.J., Treshutin V.A.

With the beginning of adaptation of public health services to market conditions when former principles of financing became inefficient, and new, stipulated by system of obligatory medical insurance, yet have not earned, the decision of priority problems of health protection becomes possible only by formation and realization of the address measures directed on achievement of a specific goal. Thus essentially important and necessary, in opinion of authors, there is use of a method of program-venture planning.

FACE OF ILLNESS

Nazloyan G.M.

The general and special psychopathology, science about laws and a nature of mental disorders, takes a special place in practical psychiatry. In given article are determined existing complex system of axioms, - symptoms and syndromes - which beginner psychiatrist acquires in a necessary degree.

ROLE OF INTEGRATIVE MODEL OF PATHOGENETIC PSYCHOTHERAPY IN STUDYING FEATURES OF FORMATION OF DEPRESSIONS AT THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

Tolstikova A.J.

The role of integrative approaches of psychotherapy in studying features of formation of depressions was investigated at the use of psychoactive substances. The control above emotional reactions was formed and the prospect of life without participation in it psychoactive substances was built. There was a stimulation of processes of personal development, there was an opportunity social readaptation.

PROSPECTS OF RESEARCH REGION MOLECULAR GENETICS AND IMMUNOLOGY AT STUDYING A PROBLEM OF DEPENDENCE FROM PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

Tolstikova A.J.

The opportunity of studying of genetic and immunologic parameters of dependence from psychoactive substances is shown. Special interest represents creation of DNA-MARKERS which allow establishing presence of infringements in determined DNA locus. Special interest and the urgency get studying interrelation of genetic and immunologic markers of dependence from PAS, and also, correlation factors of depressions and genetic-immunologic communications of PAS drive.

THE CULTURAL - ECOLOGICAL APPROACH TO PSYCHOSOMATIC ASPECTS OF PREVENTION OF CHEMICAL DEPENDENCE

Kudrov A.N.

In article problems of mental and somatic health of students - the future experts in the field of defense of an environment and safety of technological processes are considered. It is judged necessity of creation of the techniques directed on motivation of development of the person in view of the constitutional features of an individual. The key moment of motivation during training of experts-ecologists can be check of interdisciplinary communications in consciousness of students and integration of disciplines with the purpose of formation of integral vision of a role of the person in economy and ecology.

THE BASIC MECHANISMS OF INFLUENCE OF A NICOTINIC ACID ON AN ORGANISM. FEATURES OF INFLUENCE ON THE PSYCHOPATHOLOGICAL STATUS OF THE PATIENTS WITH OPIOMANIA

Kravchenko I.V.

The nicotinic acid in comparison with other vitamins has the greatest pharmacological activity. In the given work results of studying of mechanisms of influence of a nicotinic acid on an organism of the person and feature of influence on the psychopathological status of the patients with opioidomania are submitted.

PREVENTION PROGRAM OF DRUG ADDICTION AT ADOLESCENTS

Nurgazina A.Z., Bukaeva S.K., Molchanov S.N., Idrisova A.M.

The given work is devoted to studying of actual principles of creation of prevention programs of drug addiction at adolescents, and also questions of realization of the given programs in view of a modern condition of life of a society.

OBJECTIVE CRITERIA OF DEFINITION OF A DEGREE OF EXPRESSIVENESS OF A PSYCHOACTIVE SUBSTANCES DRIVE

Tolstikova A.J.

The intensive degree of a psychoactive substances drive on scale Ivanets N.N. was studied. It is surveyed 188 patients, strongly expressed character of a psychoactive substances drive is revealed. The received data are of interest by way of optimization psychotherapy and rehabilitation actions.

MODERN OPINIONS ON FORMATION OF DEPRESSIONS FROM A STAND OF GENETIC AND IMMUNOLOGIC MECHANISMS OF DEPENDENCE FROM PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

Tolstikova A.J.

Opportunities of studying of cellular and molecular mechanisms of development of predilection to psychoactive substances have extended. The big attention is given forms of interaction of psychoactive substances and genotypic factors. Steadfast interest causes studying features of formation of depressions at alcoholism and narcomania in view of genetic and neurobiological factors.

PROBLEMS OF TRANSSEXUALISM IN REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Zhantasova S.Z., Aytbembetova A.B.

In given article the description of some clinical cases is resulted. By doctors are surveyed, treated patients which wanted to change the sex (the given observations were carried out in 2001 and 2002).

STUDYING OF FORMATION AT ADOLESCENTS OF ADDICTIVE BEHAVIOR AND PSYCHO CORRECTIONAL WORK

Nurgazina A.Z., Idrisova A.M., Bukaeva S.K., Molchanov S.N.

In the Republican scientific - practical Centre of medico-social problems of drug addiction research of 62 adolescents was carried out. During research of the clinic-psychological mechanisms underlying formation of addictive behavior at adolescents, it was developed program of psycho correctional work for the given contingent of adolescents.

ABOUT FEATURES OF PSYCHOTHERAPEUTIC WORK WITH GROUPS OF LONG AND FREQUENTLY SICK PATIENTS

Shushkevich V.I., Soroka G.R., Jashina V.A., Saenko P.P.

In article efficiency of the complex approach in treatment of a contingent of persons from group, so-called, long and frequently sick for the period 1999-2002 г.г. (60 people) is analyzed. At the analysis of dynamics of a clinical picture the combination of somatization with complex vegetovisceral disturbances pays attention, in genesis which lays long somatic irritation of sympathetic nervous system.

PROBLEMS OF SUICIDES AND QUESTIONS OF PREVENTIVE SUICIDALOGICAL SERVICES

Biryukova A.E., Nasirova T.Z.

In offered work the basic problems of suicide behavior are discussed, necessity of high-grade studying of the given phenomenon, ethiology of suicides, necessity of the organization of preventive suicidalogical services to the population, namely creation of the service uniting medical, social, legal and pedagogical measures is emphasized.

PSYCHOSOMATIC, A MYTH AND A REALITY

Valivach M.N., Rossinsky J.A.

Long time of existence of psychosomatic has not added experimental pathophysiological proofs of transition of functional frustration of psychosomatic nature in organic. In opinion of authors such transition does not exist. In given article the basic psychosomatic diseases are described on examples.

PROBLEMS OF PSYCHOLOGICAL CONDUCTING THE HIV-INFECTED

Kozlova S.M., Shahnazarova N.V.

Psychological support of patients with the diagnosis the HIV - INFECTION represents a special direction in practice of psychological consultation that speaks specificity of the given disease. In the given work the basic stages of psychological conducting patients with the HIV-INFECTION are described.

**PSYCHOLOGICAL, MENTAL AND SOMATIC HEALTH AS ASPECTS
OF INTEGRATED HEALTH AND THEIR VALUE IN «BOUNDARY»
PSYCHIATRY AND A NARCOLOGY**

Rossinsky J.A.

The modern psychiatry, psychotherapy, psychology have the sure tendency of movement aside integratively-developed approaches of bio-psycho-socio-mental models. In work importance of biological, somatic and mental health and also psychological health as determining concept of quality of life of an individual is emphasized.

**PROBLEMS OF THE ORGANIZATION OF PROCESS OF PSYCHOLOGICAL
SUPPORT OF THE HIV-INFECTED IN RUSSIA**

Shahnazarova N.V., Gorbachev I.A., Kozlova S.M., Soboleva A.M., Petuhov K.V.

In given article stages of work with HIV-INFECTED people are allocated, the features essentially influencing the organization of process of psychological support are described, the basic multipliers of system of psychological support of work of experts also are submitted.

**ECONOMIC AND ORGANIZATIONAL-METHODICAL
PROBLEMS OF PSYCHOTHERAPY**

Reshetnikov M.M.

In the present work attempt to comprehend extremely interesting a generalization of foreign colleagues from USA and Canada, concerning market reforms of public health services and economic efficiency of psychotherapy is undertaken.

**THE RUSSIAN PUBLIC ORGANIZATION
PROFESSIONAL PSYCHOTHERAPEUTIC LEAGUE**

Materials of the base seminar which was taking place on faculty of psychotherapy, medical psychology and sexology of the Russian Medical Academy of post diploma educations in a threshold of the International Congress «Psychotherapy of Europe - Psychotherapy of Asia» are offered to your attention. The seminar was devoted to multimodality as to the determining qualitative characteristic of the Russian psychotherapy.

MIDNIGHT REFLECTIONS OF RUSSIAN METHAMODAL PSYCHOTHERAPIST

Krindach V.P.

Russian multimodal psychotherapy (RMP) - a unique historical phenomenon, the conglomerate of directions developing with surprising precipitancy of all for decade. The author of given article shares the opinion concerning becoming of RMP.

MULTIMODAL PSYCHOTHERAPY IN RUSSIA

Makarov V.V.

After long discussion, the European Association of Psychotherapy has considered the Russian psychotherapy the right to refer to multimodal. At the same time, the multimodal psychotherapy in Russia has not developed yet completely. The author counts, that multimodality, integrativity are the basic, main way of development of psychotherapy of 21 century.
