

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том IX

№ 4

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) 57-29-39

E-mail: neovitae@pisem.net

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Катков А.Л., Василенко И.В.

Современная наркологическая помощь и метаконцепция снижения спроса на наркотики

9-16

ПСИХОТЕРАПИЯ

Александров А.А.

Патогенетическая психотерапия: современное состояние и перспективы

17-22

Белянская О.В., Калмыкова И.Ю., Ушаков А.Н.

Место эриксоновского гипноза в психотерапевтическом процессе

22

Букаева С.К., Нургазина А.З., Молчанов С.Н., Бокина Ж.К., Азанова Б.А.

Особенности проведения арт-терапии у детей

22-25

Бурно М.Е.

Воспоминания-размышления о поездке в Вену, на Психотерапевтический Конгресс

25-30

Жолдасова Ж.А.

Самочувствие, активность, настроение, субъективное ощущение времени пациентов с героиновой зависимостью: динамика после телесно-ориентированного тренинга

30-31

Жолдасова Ж.А.

Оценка своего тела и телесность у больных с героиновой зависимостью. Динамика после телесно-ориентированной психотерапии.

32-33

Лиманов В.Е.

Этиопатогенетическая психотерапия сексуальных расстройств методом символдрамы

33-35

Макаров В.В.

Два подхода к психотерапии и консультированию и обучению психотерапии и консультированию

36-38

Рузгис М.В.

Нарциссическая личность в сексопатологии и психотерапии

38-39

Тукаев Р.Д.

Проблемы оценки эффективности психотерапии в клиническом и психологическом подходах

39-40

Тукаев Р.Д.

Мишени клинической гипнотерапии: симптом или этиопатогенез?

40

Тукаев Р.Д.

Структурный подход в клинической психотерапии

40-41

Шушкевич В.И., Сорока Г.Р., Щаенко Е.В., Хакимжанова Н.А.

О психотерапевтической тактике в комплексном лечении артериальной гипертензии

41-42

**Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига**

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

**Том IX
№ 4
2003 год**

**выходит
4 раза в год**

ПСИХИАТРИЯ

<i>Айбасова Г.Х., Толстикова А.Ю.</i> Психопатоподобные расстройства в структуре резидуально-органической недостаточности головного мозга травматического генеза	43-44
<i>Айбасова Г.Х.</i> Принципы лечения отдаленных последствий черепно-мозговых травм	45-47
<i>Айбасова Г.Х.</i> Клиническая характеристика психических расстройств в отдаленном периоде черепно-мозговых травм у детей	47-49
<i>Айбасова Г.Х., Катков А.Л.</i> К проекту Концепции совершенствования специализированной помощи в сфере психического здоровья населения Республики Казахстан на 2005-2010 г.г.	50-57
<i>Аманова Ж.Ш., Лободенко А.Г., Садыкова Б.К., Каскакова А.Т.</i> Диссимуляция у больных шизофренией (клиническое и экспериментально-психологическое исследования)	57-59
<i>Бойко В.С.</i> Применение препарата Зипрекса в женском отделении РПБСТИН	59-61
<i>Катков А.Л., Айбасова Г.Х.</i> Концепция и модель системно-развивающего стандарта в сфере психического здоровья	61-67
<i>Козинская Т.И., Байкенова Б.С., Ахмедьянова Н.К.</i> Медико-социологические показатели брачно-семейных отношений больных эпилепсией	67-69
<i>Нуркатова Г.З., Нуркатов Е.М., Бойко В.С.</i> Профилактика общественно-опасного поведения больных шизофренией в период принудительного лечения	69-70
<i>Рахмазова Л.Д.</i> Шизофрения в социокультуральном пространстве Сибири	71-74
<i>Тотина И.К.</i> Психопатия (расстройства личности)	74-76
<i>Чолак Ю.Д., Бойко В.С., Мурумбаева Д.А.</i> Клинико-социальные особенности психически больных женщин, находившихся на принудительном лечении в РПБСТИН в период 1992-2001 г.г.	76-78

НАРКОЛОГИЯ

<i>Бектаева Г.Т., Комарова О.Н.</i> Отзыв о применении препарата грандаксин в лечении алкогольной зависимости	79
<i>Каримов Е.Р., Брыжахин П.Г., Сулейменова С.Д., Иванов Е.Л.</i> Из опыта работы кабинета экспертизы опьянения	79-82

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

<i>Когай О.С., Дарибаев Ж.Р., Латина Т.П.</i> Влияние внутренней картины болезни при производственных травмах на исход заболевания	83-86
---	-------

<i>Корабельникова Е.А.</i> Опыт лечения расстройств сна у детей с невротическими и психосоматическими расстройствами	87
<i>Куприянова И.Е., Азаркова Л.А.</i> К проблеме тревоги у женщин с гинекологической патологией	87-89
<i>Шахметов Б.А.</i> Психосоматический подход – новая концепция в медицине	89-90

ПЕДАГОГИКА ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

<i>Маджуга А.Г.</i> Эколого-валеологическое воспитание и образование учащихся: генезис, тенденции и перспективы развития	91-95
---	-------

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

<i>Ермошин А.Ф.</i> Специфический релаксационно-рекреативный психокатализ	96-101
<i>Катков А.Л., Россинский Ю.А.</i> Определение качественных параметров индивидуального и социального психического здоровья (по результатам комплексного исследования населения Республики Казахстан)	102-107
<i>Чобану И.К.</i> Женщина и вербальное насилие в семье	107-112
<i>Резюме</i>	113-122
<i>Библиография к журналу «Вопросы ментальной медицины и экологии» за 2003 год</i>	123-127

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

TABLE OF CONTENTS

EDITORIAL ARTICLES

FOUNDERS:

Katkov A.L., Vasilenko I.V.

Current narcology care and metaconception of drug demand reduction

9-16

PSYCHOTHERAPY

Professional Psychotherapeutic League

Aleksandrov A.A.

Pathogenetic psychotherapy: it's current state and perspectives

17-22

Belyanskaya O.V., Kalmykov I.U., Ushakov A.N.

The place of Erickson's hypnosis in psychotherapy process

22

Bukaeva S.K., Nurgazina A.Z., Molchanov S.N., Bokina Zh.K.

The peculiarities of carrying out the art therapy for children

22-25

Burno M.E.

Remembrances and reflections about the trip to Vena to the Psychotherapy Congress

25-30

Zholdasova Zh.A.

Feelings, activity, mood, subjective sensation of time of the patients with heroin addiction: dynamics after the body-oriented training

30-31

Zholdasova Zh.A.

The evaluation of own body of patients with heroin addiction. Dynamics after the body-oriented psychotherapy.

32-33

Limanov B.E.

Ethiopathogenetic psychotherapy of sexual injuries by symbol drama methods

33-35

Makarov V.V.

Two approaches to psychotherapy and consulting, and teaching psychotherapy and consulting

36-38

Ruzgis M.V.

Narcissus person in sexopathology and psychotherapy

38-39

Tukaev R.D.

The problems of evaluation of efficiency of psychotherapy in clinical and psychological approaches

39-40

Tukaev R.D.

The targets of clinical hypnotherapy; symptom or etiopathogenesis?

40

Tukaev R.D.

Structural approach in the clinical psychotherapy

40-41

Shushkevich V.L., Soroka G.R., Shaenko E.V., Khakimzhanova N.A.

About psychotherapy tactics in the complex treatment of arterial hypertension

41-42

Volume IX
№ 4
2003
Published 4 times
in a year

PSYCHIATRY

<i>Aibasova G.K.</i> Psychopatosimilar injuries in the structure of residual-organic deficiency of cerebrum traumatic genesis	43-44
<i>Aibasova G.K.</i> Principles of treatment of further consequences of brain traumas	45-47
<i>Aibasova G.K.</i> Clinical characteristics of mental frustration in further period of brain traumas	47-49
<i>Aibasova G.K., Katkov A.L.</i> To the project of conception for improving the specialized care in the sphere of mental health of the population of the Republic of Kazakhstan (2005-2010)	50-57
<i>Amanova Zh.S., Lobodenko A.G., Sadykova B.K., Kaskakova A.T.</i> Dissimulation of the patients suffering from schizophrenia (clinical, experimental-psychological investigation)	57-59
<i>Boiko V.S.</i> Application of the drug Ziprex in the woman's department of the clinic	59-61
<i>Katkov A.L., Aibasova G.K.</i> Conception and model of system-developing standard in the sphere of the mental health	61-67
<i>Kosinskaya I.I., Baikenova B.S., Akhmedyanova N.K.</i> Medical social showings of marital-family relations of the patients suffering from epilepsy	67-69
<i>Nurkatova G.Z., Nurcatov E.M., Boiko V.S.</i> Prevention of social-dangerous behavior of the patients suffering from schizophrenia in the period of the forced treatment	69-70
<i>Rakhmazova L.D.</i> Schizophrenia in the socialcultural area of Siberia	71-74
<i>Totina I.K.</i> Psychopathy (deficiency of the person)	74-76
<i>Cholak U.D., Boiko V.S., Murumbaeva D.A.</i> Clinical-social peculiarities of the mental disease of women in the period of their forced treatment (1992-2001)	76-78

NARCOLOGY

<i>Bektaeva G.T., Komarova O.N.</i> Opinions about the application of the drug Grandaxin in the treatment of alcohol addiction	79
<i>Karimov E.R., Bryzhakhin P.G., Suleimenova S.D., Ivanov E.L.</i> From the experienced work of consulting room for the expertise of drunkenness	79-82

BORDER-LINE PATHOLOGY

<i>Kogai O.S., Daribaev Zh.R., Lapina T.P.</i> The influence of internal picture of the disease of production traumas on outcome of the disease	83-86
--	-------

Korabelnikova E.A.

Experience of the treatment of the children's dissomnia with
neurotic and psychosomatic deficiencies 87

Kupriyanova I.E., Agarcova L.A.

The problem of anxiety of women with the gynecological
pathology 87-89

Shakhmetov B.A.

Psychosomatic approach is a new conception in medicine 89-90

PEDAGOGICS OF HEALTH. VALEOLOGY.

Madzhuga A.G.

Ecological and valeological education of students: genetics,
trends and perspectives of the development 91-95

DISCUSSION TRIBUNE

Ermoshin A.F.

Specific relaxational-recreative psychocatalysis 96-101

Katkov A.L., Rossinskyi U.A.

Defining of the qualitative parameters of individual and
social mental health (according to the results of the complex
investigation of the population of Kazakhstan) 102-107

Chobanu I.K.

Woman and verbal violence in the family 107-112

Summary 113-122

*The bibliography of published articles in journal «Voprosy
mental'noy medetsiny i ekologii» in 2003* 123-127

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

СОВРЕМЕННАЯ НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ И МЕТАКОНЦЕПЦИЯ СНИЖЕНИЯ СПРОСА НА НАРКОТИКИ

А.Л.Катков, И.В.Василенко

Республиканским научно-практическим Центром медико-социальных проблем наркомании в течение полутора лет разрабатывается метаконцепция снижения спроса на наркотики (ССН).

Одним из главных направлений данной метаконцепции является организация современной наркологической помощи. В частности, ее первичных звеньев, где предполагается реализовывать программы снижения вреда, мотивационную психотерапию, консультирование и т.д.

Ниже приводятся некоторые базисные положения предстоящих преобразований в этом, чрезвычайно важном секторе наркологической помощи населению Республики Казахстан.

В бывших республиках Советского Союза система наркологической помощи задумывалась в виде достойного компромисса между медицинской (естественно-научной) и социально-гуманитарной парадигмой. Проблема заключалась в том, что полностью адекватных подходов для реализации данной конструктивной идеи разработано не было. В связи, с чем наркология долгое время оставалась на периферии не только социальной сферы, но и сектора здравоохранения.

В контексте настоящей ситуации наркологическая наука и практика является естественным генератором и, возможно, лидером процесса реформирования социального сектора. Таким образом будут эффективно решаться задачи первичной профилактики вовлечения в зависимость от ПАВ.

Вместе с тем, реформированной наркологической службе предстоит решать непростые проблемы более узкого, собственного наркологического сектора:

- расширения доступа к группе наркопотребителей (по нашим данным в Республике Казахстан и Центральном-Азиатском регионе охват данной группы какими-либо профилактическими или лечебными мероприятиями не превышает 10-12%);
- расширения ассортимента услуг (в Центральном-Азиатском регионе реализуется, в основном, медикаментозная терапия зависимости от ПАВ, стресс-шоковая психотерапия и ограниченный объем услуг в рамках программ снижения вреда);
- существенного повышения эффективности лечебно-ресоциализационных мероприятий (эффективность действующих наркологических лечебных технологий составляет от 5 до 7% ремиссий в течение года).

Проблема широкого доступа к группе зависимых от наркотиков, других психоактивных веществ в разрабатываемых нами подходах, решается за счет исключения репрессивной практики в отношении данной категории граждан, и форсированного развития широкого ассортимента услуг с порогами доступа от нулевого до высокого, и организационными формами, включающими аутрич-работу, уличные проекты, пункты первичной помощи (пункты доверия), телефонное консультирование, полустационарную, стационарную помощь и др. (схема 1).

Схема 2 отражает основные уровни взаимодействия и характеристики контактов первичного, наиболее мобильного и приближенного к группе наркопотребителей, звена наркологической помощи - пунктов первичной помощи.

Промежуточные и конечные индикаторы мониторинга эффективности мероприятий антинаркотической направленности, реализуемых не только в системе наркологической помощи населению (сектор здравоохранения), но и в социальном секторе, представлены на схемах 3-4.

Результаты значительного массива исследований, теоретических обобщений и оригинальных разработок, приведенных нами в настоящей публикации, позволили сформулировать итоговые схемы процесса распространения зависимости от ПАВ в Республике Казахстан с отражением наиболее общих тенденций данного процесса (схема 5) и модели эффективного противодействия процессу распространения зависимости от ПАВ в данном регионе (схема 6).

В приведенных схемах мы выделяем зоны преимущественной активности социального сектора (первичная профилактика вовлечения в зависимость от ПАВ - форсированное формирование индивидуального и социального психологического здоровья - антинаркотической устойчивости), а также зоны активности системы наркологической помощи населению (широкий доступ к группе зависимых от ПАВ; реализация широкого ассортимента услуг, включая программы снижения вреда, способствующих эффективному блокированию распространения ВИЧ/СПИДа в данной среде, эффективной реабилитации и ресоциализации зависимых от ПАВ).

Масштабное и эффективное использование новых технологий снижения спроса на ПАВ,

Схема основных блоков комплексной и преемственной наркологической помощи населению

Уровни порога доступа	Структурный блок	Технологический блок	Кадровый блок
нулевой	Институализированные социальные структуры, НПО	Специализированные развивающие и информационные технологии	Специалисты в области индивидуального и социального развития, информационного воздействия
низкий	1. Консультативные службы 2. Пункты доверия (обмена шприцев) 3. Внедиспансерные передвижные бригады 4. Пункты первичной помощи 5. Центры занятости	1. Обмен шприцев 2. Заместительная терапия (метадон или другие препараты) 3. Получение материалов (ваты, спирта, дез. средств, информационных материалов) 4. Информация о возможных видах помощи 5. Консультации психолога 6. Консультация и помощь социального работника 7. Консультация специалиста по реабилитации 8. Тестирование на ВИЧ, гепатит, ЗПП (заболевания, передаваемые половым путем) 9. Раздача презервативов 10. Раздача информационных материалов (буклеты, брошюры, видео) 11. Обучение безопасным инъекциям и профилактика передозировки	1. врачи-наркологи 2. консультанты-психологи 3. социальные работники 4. средний медицинский персонал 5. консультанты по реабилитации (наркозависимые, прошедшие соответствующие реабилитационные программы) 6. волонтеры 7. активные наркозависимые
средний	1. Диспансерные отделения наркологических учреждений 2. Наркологические и специализированные кабинеты 3. Дневные и ночные стационары 4. Стационарные и амбулаторные детоксикационные кабинеты, отделения, центры	Детоксикация, кризисная психотерапевтическая и медикаментозная помощь, курсовая амбулаторная терапия, курсы амбулаторной и полустационарной реабилитации, курсы противорецидивной амбулаторной терапии	Врачи-наркологи, психотерапевты, консультирующие психологи, социальные работники, консультанты-волонтеры, специалисты ЛФК, специалисты в области трудового обучения, специалисты в области социологических и социально-психологических исследований (социологи, социальные работники)
высокий	1. Наркологические стационары 2. Центры медико-социальной реабилитации 3. Центры (отделения) социальной реабилитации 4. Амбулаторные подразделения с реализацией полноценных реабилитационных программ	Стационарное лечение (детоксикация, медикаментозная терапия, лечение коморбидной патологии), комплексная медико-социальная реабилитация (с использованием технологии форсированного развития свойств антинаркотической устойчивости), стационарная противорецидивная терапия	Врачи-наркологи, психотерапевты, консультирующие психологи, социальные работники, консультанты-волонтеры, специалисты ЛФК, специалисты в области трудового обучения, специалисты в области социологических и социально-психологических исследований (социологи, социальные работники)

*Схема взаимодействия пунктов реализации программ первичной наркологической помощи
(снижения вреда) с заинтересованными учреждениями и организациями*

Сеть первичных пунктов реализации программ снижения вреда	Характеристика контактов	Учреждения, организации
	Ресурсная, информационная поддержка, подготовка кадров, информационный обмен, консультации	Государственные и частные наркологические учреждения
	Ресурсная, информационная поддержка, подготовка кадров, информационный обмен, консультации	СПИД-центры
	Ресурсная, информационная поддержка, подготовка кадров, информационный обмен, консультации	Кожно-венерологические диспансеры
	Ресурсная, информационная поддержка, подготовка кадров, информационный обмен, консультации	Детоксикационные центры
	Ресурсная, информационная поддержка, подготовка кадров, информационный обмен, консультации	Инфекционные больницы
	Финансирование, ресурсное обеспечение	Органы исполнительной власти
	Односторонняя информация	Правоохранительные органы
	Ресурсная, информационная поддержка	НПО, фонды, религиозные организации
	Информационная поддержка	СМИ
	Поддержка в подготовке кадров	Система образования
	Обмен информацией	Специальные социальные службы
	Обмен общей информацией, диагностическая и консультационная поддержки	Другие медицинские учреждения
	Информационный обмен	Другие организации, реализующие программы снижения вреда
	Информационная, финансовая поддержка, реализация образовательных программ	Международные фонды

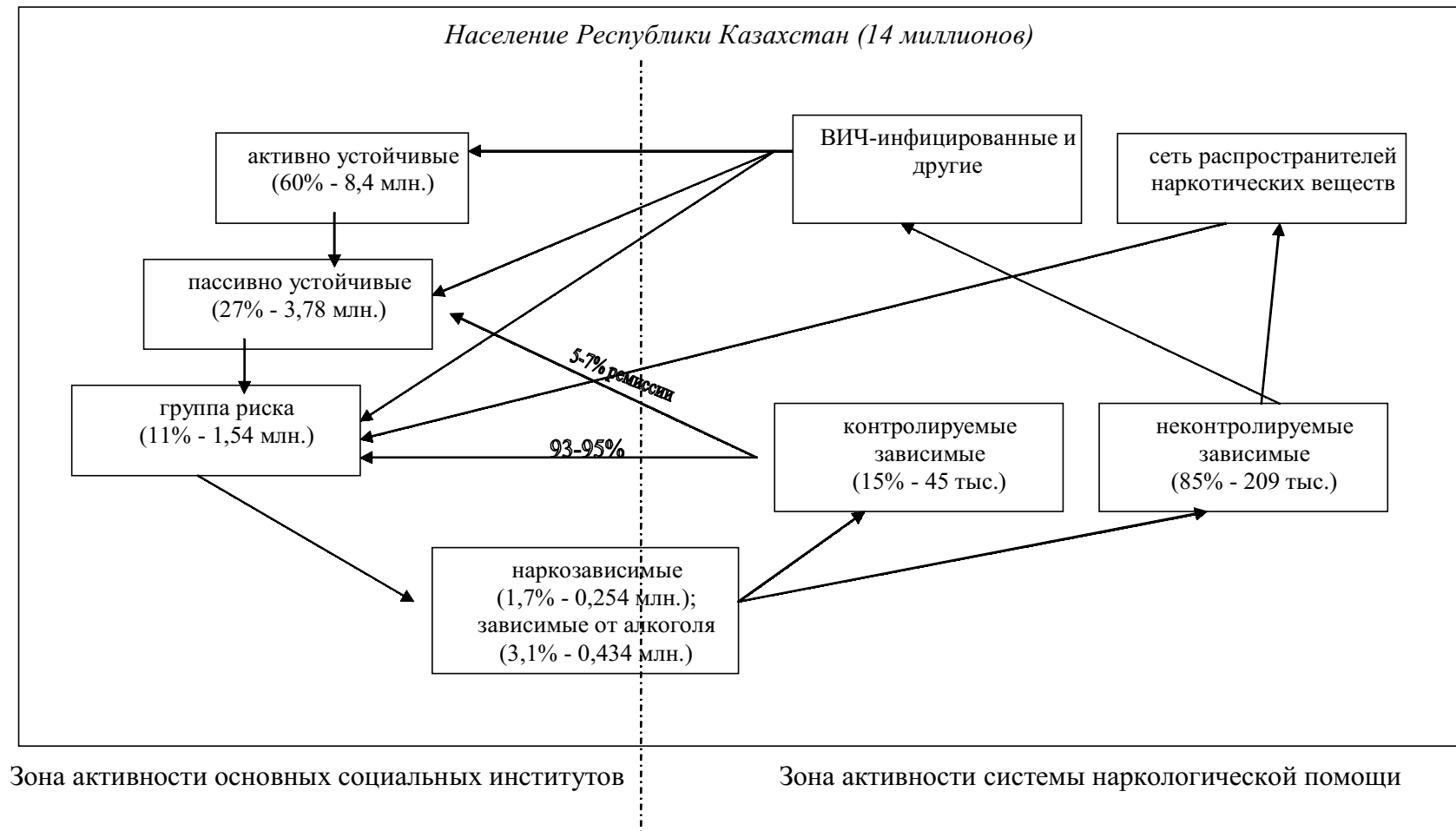
Система промежуточных (количественных) индикаторов

1) <u>Общее количество учреждений лечебно-реабилитационного профиля с указанием их мощности (количества мест):</u> - государственный сектор; - частный сектор; - НПО; - социальный сектор; - конфессиональные центры.
2) <u>Количество и спецификация используемых диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических технологий в данной сети:</u> - государственный сектор; - частный сектор; - НПО; - социальный сектор; - конфессиональные центры.
3) <u>Количество и спецификация персонала, действующего в данной сети:</u> - государственный сектор; - частный сектор; - НПО; - социальный сектор; - конфессиональные центры.
4) <u>Количество использованных больных в специализированных наркологических ЛПУ и учреждениях социального профиля:</u> - государственный сектор; - частный сектор; - НПО; - социальный сектор; - конфессиональные центры.
5) <u>Общий процент охвата населения специфическими антинаркотическими мероприятиями:</u> - профиль первичной профилактики; - профиль программ снижения вреда (низкопороговые реабилитационные программы); - профиль лечебно-реабилитационных программ (высокопороговые реабилитационные программы).

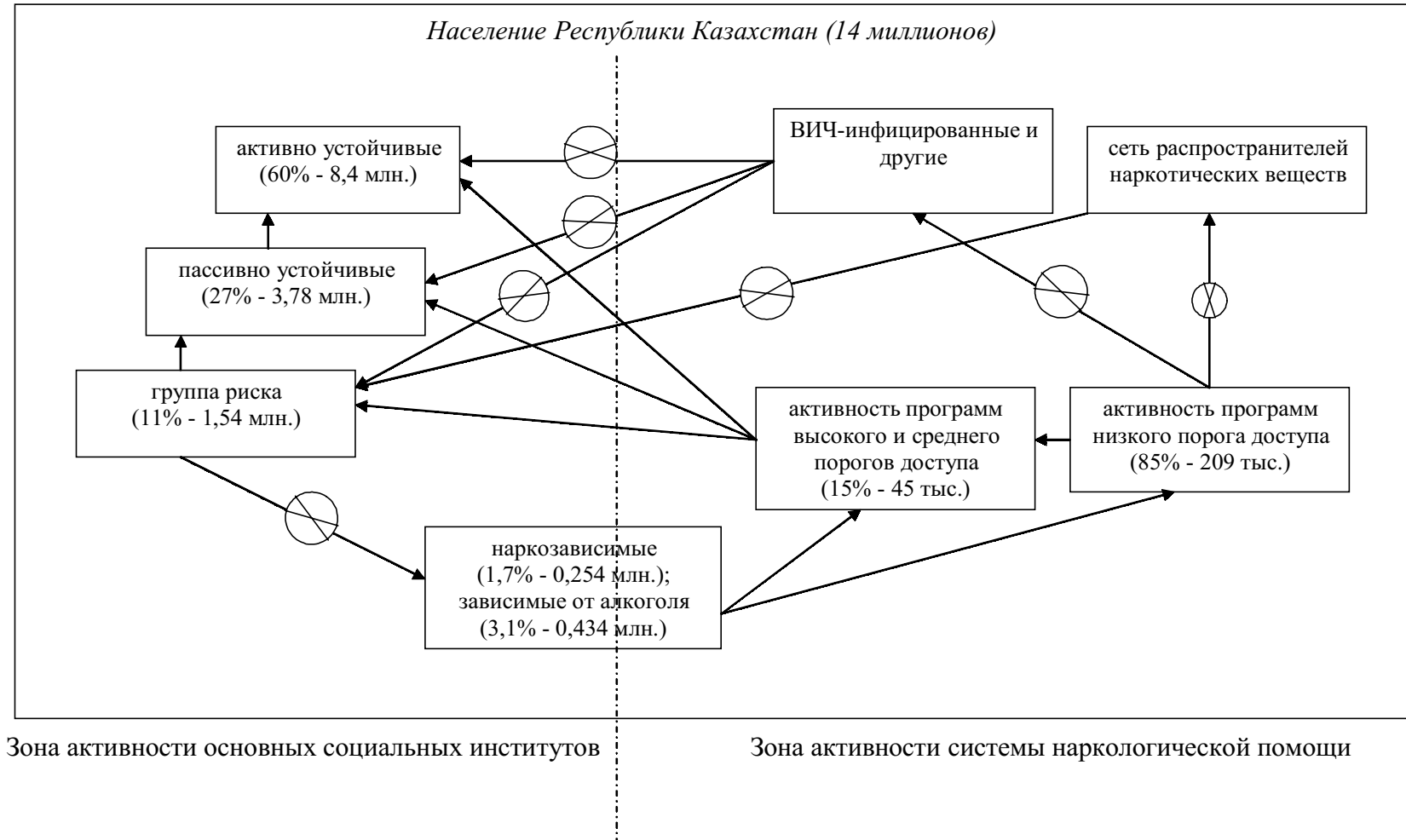
Система конечных (качественных) индикаторов

1) <u>Показатель качества ремиссии у пациентов, прошедших программы медико-социальной реабилитации зависимости от психоактивных веществ (процент ремиссий в течении года у выписанных больных):</u> - государственный сектор; - частный сектор; - НПО; - социальный сектор; - конфессиональные центры.
2) <u>Характеристика информационной среды (контент-анализ) в плане антинаркотической активности</u> - СМИ; - образовательные программы; - воспитательные программы.
3) <u>Характеристики социального (интегративного) здоровья населения с акцентом на показатели психологического и психического здоровья</u> - детская возрастная группа; - подростковая возрастная группа; - молодежная возрастная группа; - группа зрелого возраста.
4) <u>Показатели распространенности зависимости от психоактивных веществ среди населения</u> - возрастные группы; - национальные группы; - профессиональные группы; - социальные группы.
5) <u>Показатель распространенности группы риска по профилю зависимости от психоактивных веществ среди населения:</u> - возрастные группы; - национальные группы; - профессиональные группы; - социальные группы.
6) <u>Показатель развития свойств антинаркотической устойчивости у различных групп населения</u> - возрастных; - национальных; - профессиональных; - социальных.
7) <u>Экономический критерий эффективности антинаркотической деятельности</u>

Модель процесса распространения зависимости от ПАВ (реальная ситуация)



Модель противодействия процессу распространения зависимости от ПАВ (планируемая ситуация)



рассмотренных нами в данном сообщении, будет способствовать успешной реализации схемы 6 с результатами, объективно фиксируемыми в системе конечных индикаторов.

Общий результат разработки метаконцепции снижения спроса на наркотики (ССН) - более точное определение основных направлений соответствующей стратегии и программы конкретных мероприятий, первоочередная реализация которых будет способствовать эффективному достижению конечных целей.

В частности, одним из основных результатов, выводимых из блоков метаконцепции ССН, является однозначный вывод о бесперспективности тотальных репрессий, без какой либо дифференциации в отношении основных агентов цикла наркооборота (производителей, распространителей и наркопотребителей) - с одной стороны, а также вывод о неприемлемо высокой социальной цене отказа от какого-либо контроля за оборотом наркотиков - с другой.

Вместе с тем, абсолютно адекватной представляется практика расширения сектора медицинских показаний к использованию определенных наркосодержащих препаратов (метадон, бупренорфин и т.д.), реализуемая в программах заместительной терапии. Таким образом, решается задача широкого доступа к группе наркозависимых. Но, кроме того, появляется дополнительная возможность и, прежде всего, ресурс времени для проведения соответствующей мотивационной психотерапии и консультирования с последующей полноценной неоабилитацией пациентов, получающих заместительную терапию и другие услуги, реализуемые в программах снижения вреда.

Основными направлениями стратегии ССН в русле заявляемого нами, третьего подхода, опирающегося на сквозную идею форсированного развития индивидуального и социального психологического здоровья - устойчивости к вовлечению в зависимость от ПАВ в практиках

профилактики - диагностики - лечения - неоабилитации - ресоциализации, являются следующие:

- направление прикладных исследований в сфере развивающих практик (психотерапии, психологического консультирования, воспитания, образования, социальных психотехнологий и т.д.);
- системная реформа социального сектора (структура, технологии, кадры);
- реформа наркологического сектора здравоохранения;
- системная работа с институтом семьи по новым технологиям воспитания.

Ключевыми мероприятиями, обеспечивающими реальное продвижение стратегии ССН, являются следующие:

- подготовка научно-педагогических кадров, представляющих основные институализированные развивающие технологии, в области теории и практики снижения спроса на наркотики;
- финансирование проектов системной реформы в социальном секторе, включая наркологическую службу здравоохранения;
- широкомасштабное внедрение диагностической программы, определяющей уровень развития свойств психологического здоровья - устойчивости к вовлечению в зависимость от ПАВ, спектр и алгоритм предпочтительных развивающих практик, в деятельность институтов воспитания, образования, здравоохранения;
- тиражирование и целевое распространение семейной и школьной антинаркотической видеотеки.

Следует добавить, что все вышеназванные информационные продукты (образовательные и диагностические программы, проекты семейной и школьной видеотеки, проекты реформирования системы наркологической помощи в масштабах республики и регионов), за исключением проектов системных реформ в социальном секторе, в настоящее время разработаны и могут быть использованы для реализации в любом регионе Центральной Азии и за его пределами.

ПСИХОТЕРАПИЯ

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

А.А.Александров

г. Санкт-Петербург

Патогенетическую психотерапию, как ни парадоксально, еще мало знают у нас. Для этого есть причины. В.Н.Мясищев сформулировал концепцию невроза и патогенетической психотерапии в 1935-1939 годах. Как раз в эти и последующие годы психология в нашей стране впала в немилость, предпринимались попытки замены ее физиологией высшей нервной деятельности. Основными методами психотерапии стали гипноз и аутогенная тренировка, применение которых научно легко обосновывалось с позиций физиологии высшей нервной деятельности. Патогенетическая психотерапия (как «психогенетическая») по существу была оставлена. Эти эксперименты над психологией не прошли даром и для формирования нового менталитета психиатров. Авторы учебников по психиатрии, как правило, определяют невроты как «психогенно обусловленные функциональные расстройства нервной системы». При этом личность больного или игнорируется или подменяется такими понятиями, как «темперамент», «конституция», «тип высшей нервной деятельности», в лучшем случае, «акцентуация характера». И, хотя, в конце 50-х – начале 60-х годов идеологическая психология была реабилитирована, и возникли условия для развития патогенетической психотерапии, нейродинамическая теория невротизма И.П.Павлова, глубоко укоренившись в сознании уже не одного поколения психиатров, в силу инертности продолжала доминировать в психиатрии. Именно в этом причина того, что до самого последнего времени главными методами психотерапии оставались суггестивные. Интересно, что сам И.П.Павлов не отвергал психогенетического понимания невроза. У него есть прекрасная фраза, которую часто в своих статьях цитировали ученики В.Н.Мясищева для защиты от возможных обвинений их в симпатиях к фрейдизму: «может случиться, - говорил великий физиолог на одной из клинических сред, - что и сам больной генезиса своей навязчивости не знает, позабыл или не догадался об этой связи. Связь существует, а как взялась – неизвестно». Анализируя истории больных невротизмом, И.П.Павлов выходил за пределы нейродинамики, придавал большое значение переживаниям человека, свойствам его характера и социальному окружению. Источники невротизма он искал как в особенностях мышления больного, так и в его жизненных стремлениях, а также в условиях работы.

В.Н.Мясищев рассматривал невротизм как болезнь личности. Личность же он понимал, принимая тезис Маркса и Энгельса, как «совокупность общественных отношений». Ядро личности составляет система отношений человека: отношение человека к другим людям, к миру явлений и предметов, к самому себе. Невротизм рассматривается как психогенное (конфликтное) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека. Система отношений формируется на протяжении всей жизни человека, основы же ее закладываются в детстве в результате интериоризации социальных, прежде всего, семейных, отношений. Главной целью патогенетической психотерапии является реконструкция системы отношений, нарушенной в процессе развития личности под воздействием социальных факторов, прежде всего, искаженных межличностных отношений в родительской семье.

Цели патогенетической терапии достигаются в ходе реализации трех основных форм терапевтического воздействия: осознание и проработка внутриличностного конфликта в процессе индивидуальной терапии; выявление и коррекция недостаточно адаптивных форм поведения (реконструкция отношений личности и тренировка нового поведения) в ходе групповой терапии и с помощью терапевтического коллектива (терапевтического сообщества). В своей последней статье В.Н.Мясищев (1973) определил цели патогенетической терапии более масштабно, чем прежде: принцип лечения заключается в переделке личности в процессе общения и совместного труда и быта.

Огромный поток информации в области психотерапии и психологии, хлынувший в Россию в последнее десятилетие, широкое распространение новых у нас методов психотерапии, опять-таки оттеснили наш отечественный подход («Нет пророка в своем отечестве»). Однако у патогенетической психотерапии есть будущее и оно связывается, по нашему мнению, с настоящей ситуацией в психотерапии, которая характеризуется стремлением к интеграции различных методов психотерапии. Многие психотерапевты, работая в рамках выбранного ими психотерапевтического подхода, заимствуют те или иные методы из других подходов, что продиктовано стремлением повышения эффективности психотерапии.

Патогенетическая терапия обладает большим потенциалом дальнейшего развития в качестве научно-методологической основы для интеграции различных подходов психотерапии.

Заслуга В.Н.Мясищева заключается в том, что он произвел коренную ревизию ортодоксального психоанализа, преодолев его биологическую направленность и создав социально-психологическую модель психотерапии. Среди тех, кто стремился придать психоанализу более «культурное лицо», В.Н.Мясищев был наиболее последовательным и кардинальным преобразователем: сохранив понятие интрапсихического (психодинамического) конфликта, он отбросил вольные интерпретации психоанализа, основанные на *мифологии*, заменив их анализом *реальных* жизненных отношений. Интрапсихические конфликты описываются В.Н.Мясищевым не по содержанию, как у З.Фрейда, а по структуре. Задача психотерапевта заключается в том, чтобы наполнить интрапсихический конфликт содержанием, почерпнутым из конкретной жизненной ситуации пациента и анализа его системы отношений. Из психоанализа были заимствованы также такие понятия, как «психологические механизмы защиты», «инсайт», «эмоциональное отреагирование» («катарзис») и другие. Таким образом, разрабатывая патогенетическую психотерапию, В.Н.Мясищев интегрировал в эту систему, теоретической основой которой послужила разработанная им социально-психологическая модель личности, известные достижения психотерапии своего времени.

Существует по меньшей мере две предпосылки для возникновения интегративной психотерапии. Во-первых, идея интеграции различных психотерапевтических приемов заложена в самой сущности личностно-ориентированных систем психотерапии, поскольку любая психотерапия, ориентированная на личностное изменение, акцентируя, как правило, одну из плоскостей личностного функционирования (когнитивную, эмоциональную, поведенческую), не может полностью игнорировать другие. Интеграция когнитивной и поведенческой терапии, возникновение на основе этого слияния нового подхода - когнитивно-поведенческого - важная веха на пути создания интегративной модели психотерапии.

Второй предпосылкой для интеграции различных подходов является широкое внедрение в практику групповой психотерапии. Групповая психотерапия создаёт уникальную терапевтическую ситуацию, связанную с включением пациента в реальное взаимодействие с другими людьми, при которой создаются условия интенсивного психологического воздействия на все плоскости личностного функционирования. Групповая психотерапия с неизбежностью подводит к использованию приемов, предназначенных для воздействия

на когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты личности, разработанных в рамках различных терапевтических подходов (психодинамического, феноменологического, когнитивно-поведенческого), поскольку в процессе группового сеанса пациенты что-то обсуждают (когнитивный аспект), переживают (эмоциональный аспект) и определенным образом ведут себя по отношению друг к другу (поведенческий аспект).

В связи с этим назревает необходимость в поиске единой интеграционной платформы, теоретико-методологической основы психотерапии. С нашей точки зрения этой цели наилучшим образом отвечает модель патогенетической психотерапии.

В развитии патогенетической психотерапии можно выделить три этапа. Первый этап связан с деятельностью самого В.Н.Мясищева, его учеников и последователей (Р.Я.Зачепиский, Б.Д.Карвасарский, В.К.Мягер, Е.К.Яковлева и др.) и характеризуется разработкой модели индивидуальной патогенетической психотерапии. В ходе патогенетической психотерапии решалась в основном задача осознания нарушенных особо значимых отношений личности и возникающих на этой основе в психотравмирующей ситуации интрапсихических конфликтов. Возможности же коррекции нарушенных отношений в ситуации диадного взаимодействия «терапевт-пациент» были ограничены, в силу чего конечная цель патогенетической психотерапии – реконструкция личности - не могла быть реализована в полной мере и носила, скорее, декларативный характер. Нередко от больных приходилось слышать: «Теперь я понимаю суть моей проблемы, но что мне с этим делать?» Второй этап (70-80-е годы) – развитие модели групповой патогенетической психотерапии – связан с деятельностью Б.Д.Карвасарского и руководимого им коллектива (Г.Л.Исурина, В.А.Мурзенко, В.А.Ташлыков и др.). Широкие возможности, которые предоставляла групповая динамика для реконструкции нарушенной системы отношений, вызвали необходимость в переименовании патогенетической психотерапии в личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию. Модель начинает приобретать черты интегративной: интеграция групповой динамики в систему патогенетической (рациональной) психотерапии. Наконец, третий, современный, этап ознаменован целенаправленными попытками создания интегративной модели личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии; работы в этом направлении наиболее последовательно выполняются в Психоневрологическом Институте им. В.М.Бехтерева (под руководством Б.Д.Карвасарского) и на кафедре медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (под руководством А.А.Александрова).

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия является системой, открытой для интегрирования с различными психотерапевтическими подходами. Будучи структурой, первично лишенной содержания, она представляет собой своеобразную методологическую основу интегративной психотерапии – структуру, которая, подобно периодической системе Менделеева, постепенно наполняется новыми элементами. Здесь уместно привести слова В.Лаутербаха, который писал, что на язык патогенетической психотерапии можно без труда перевести основное содержание высказываний других школ, в том числе психоанализа, поскольку ее подход лишь предлагает структуру, в которую могут быть включены конкретные содержания. Объектом психологического воздействия патогенетической психотерапии являются нарушенные отношения личности. Поскольку отношение, по В.Н.Мясищеву, характеризуется трехчленной структурой - наличием когнитивного, эмоционального и поведенческого аспектов - спектр психологического воздействия при интегративном подходе значительно расширяется: для решения задач коррекции отношений в каждом из трех аспектов могут привлекаться приемы психологического воздействия из различных психотерапевтических направлений и подходов. При этом различные психотехники выполняют тактические задачи, способствуя достижению основной стратегической цели - реконструкции нарушенной системы отношений человека.

Наиболее «гармонично» в систему личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии могут быть интегрированы, с нашей точки зрения, принципы и методы феноменологической психотерапии (в частности, гештальт-терапии), когнитивно-поведенческой терапии (в частности, рационально-эмотивной терапии Эллиса), динамической психиатрии Гюнтера Аммона.

Личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию сближает с когнитивным подходом общая базальная гипотеза, которая гласит, что не события сами по себе вызывают эмоциональные расстройства, а то, как человек *воспринимает* эти события, что он *думает* и что *переживает* по поводу этих событий, иными словами, *отношение* человека к этим событиям.

Если у В.Н.Мясищева личность представляет собой «систему отношений», то у А.Бека личность - это система «когнитивных структур» или «схем», представляющих собой базальные убеждения (позиции), а у А.Эллиса - система убеждений («Beliefs»). А.Эллис рассматривает убеждения («Beliefs») как «эмоционально-когнитивные связи», что соответствует трехчленной структуре отношения у В.Н.Мясищева. Когниции и эмоции рассматриваются интегративно, причем важность этого двуединства, которое с неизбежностью

детерминирует и поведение человека, подчеркивается самым названием терапевтического подхода А.Эллиса - «рационально-эмотивная терапия».

И если В.Н.Мясищев связывает невроз с нарушением системы отношений, то А.Бек связывает эмоциональное нарушение с наличием у пациента «дисфункциональных» когнитивных схем, а А.Эллис - с наличием «иррациональных убеждений», или «жестких эмоционально-когнитивных связей».

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия связывает наличие неадекватной системы отношений со всем предшествующим неврозу ходом развития личности, начиная с неправильного воспитания в родительской семье. Точно также «дисфункциональные убеждения», или «иррациональные установки» в теориях личности когнитивных психотерапевтов формируются в детстве на основе личного опыта и идентификации со значимыми другими.

Главная задача патогенетической психотерапии заключается в *реконструкции* системы отношений больного неврозом; главная задача когнитивно-поведенческих подходов - *изменение* убеждений пациентов, замена дисфункциональных убеждений, иррациональных установок на более адаптивные, замена жестких эмоционально-когнитивных связей (схем) более гибкими.

Существенная разница двух подходов (патогенетической психотерапии и когнитивных моделей терапии) состоит в том, что в когнитивной психотерапии из анализа выпадает важное (с точки зрения патогенетической психотерапии) промежуточное звено патогенеза эмоционального нарушения - *психологический конфликт*. Психогенез как таковой не интересует когнитивную терапию. Она фокусирована на конечном результате неправильного развития личности - на системе иррациональных, малоадаптивных, приводящих к нарушению личностного функционирования, позиций, убеждений. Эллис неоднократно подчеркивал, что рационально-эмотивная терапия не интересуется «генезом» эмоциональных расстройств, её интересует то, благодаря каким иррациональным убеждениям (установкам, позициям) эти расстройства поддерживаются в *настоящем*. Когнитивный психотерапевт работает с убеждениями пациента, с его системой отношений, ценностей, с его мировоззрением и философией. Поэтому А.Эллис, например, прямо называет свой подход философским. Патогенетический же психотерапевт при тесном сотрудничестве с пациентом проводит вначале *анализ* проблематики пациента, вскрывает генез заболевания, *интрапсихические конфликты*, приводящие к возникновению эмоциональных нарушений, проследживает, как внутренние конфликты приводят к межличностным проблемам, выясняет, какие

условия личности (особенности системы отношений) способствуют возникновению конфликтов (внутренних и внешних) и препятствуют их рациональному разрешению, а уже затем (или одновременно с этим) занимается вопросами реконструкции личности, перевоспитания пациента. Патогенетическая психотерапия В.Н.Мясищевой является по сути своей не только рациональной, но и психодинамической в тоже время - в этом её существенное отличие от когнитивной психотерапии. В связи с этим патогенетическая психотерапия может в значительной степени обогатить арсенал психологических средств, предназначенных для выявления дезадаптивных позиций личности и реконструкции системы отношений больных неврозами, обратившись к методам, применяемым в когнитивно-поведенческих подходах.

Надо заметить, что проводя психогенетический анализ, психотерапевт при работе с пациентом, прибегая в ходе бесед с ним к многочисленным и разнообразным приемам рациональной психотерапии, как то: убеждению, разубеждению, доказательству несостоятельности или ущербности позиций пациента, необоснованности его претензий, ограниченности или ригидности его установок и многим другим, стихийно применяет и те из них, которые описаны в когнитивной терапии как техника «декатастрофизация», «сократовский диалог», «когнитивный диспут» и др. С другой стороны, используемая, например, в патогенетической психотерапии техника «конфронтации», разработанная учеником В.Н.Мясищевой А.Я.Страумитом, содержит и элементы сократовского диалога и когнитивного диспута. Трудно назвать хотя бы один прием когнитивной психотерапии, который не мог бы найти себе применение в патогенетической психотерапии при решении её тактических задач.

Важность когнитивных подходов для нас усиливается еще и тем, что, будучи когнитивно-поведенческими, они, при интеграции их в систему патогенетической психотерапии, влекут за собой целую вереницу поведенческих процедур, значение которых в решении вопросов реконструкции системы отношений больных неврозами, изменения их поведения, трудно переоценить. Связь когнитивного и поведенческого подходов, как было показано создателями когнитивно-поведенческой терапии, является *органической*: здесь речь идёт о *синтезе, интеграции* двух подходов, а не об эклектическом соединении двух разнородных элементов, каждый из которых сам по себе представляет несомненную терапевтическую пользу. В связи с этим когнитивно-поведенческий подход представляет интерес для патогенетической психотерапии (в свете создания её интегративной модели) не только с точки зрения её обогащения

за счет привлечения отдельных когнитивных техник, но, прежде всего, с точки зрения холистических принципов, которые лежат в основе этого подхода.

Гештальт-терапия - одна из основных ветвей гуманистической психологии - получает все более широкое признание благодаря не только своему мощному терапевтическому и воспитательному потенциалу, но и способности интегрироваться с другими психотерапевтическими подходами. Феноменологический подход гештальт-терапии, подчеркивающий важность осознания пациентом настоящего посредством переживания текущих мыслей, чувств и телесных ощущений, противопоставлялся Ф.Перлзом каузальному подходу, при котором усилия психотерапевта (и пациента) направляются на поиски причин болезненного расстройства. Однако ортодоксальная модель гештальт-терапии с её нарочито пренебрежительным отношением к причинности и интерпретациям постепенно сменяется более гибкой моделью, допускающей интерпретирование. Становится очевидным, что сильная сторона гештальт-терапии заключается не в противопоставлении её функционального (феноменологического) подхода каузальному (патогенетическому), не в противопоставлении непосредственного переживания (опыта) анализу, а в её возможностях к интеграции двух подходов, к синтезу анализа и опыта. Принцип каузальной терапии «тогда» дополняется главным принципом гештальт-терапии «сейчас». Интеграция этих принципов позволяет наиболее эффективно работать над проблемами пациента, восстанавливать связи актуального поведения, трудностей в социальном функционировании с прошлым жизненным опытом.

Приемы гештальт-терапии можно использовать как в индивидуальной, так и групповой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Индивидуальная личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия ориентирована на историческое осознание, в центре её внимания оказывается история жизни пациента, биографический материал. При этом психотерапевт и пациент в большей мере фокусированы на вопросах «там и тогда», заняты выяснением причин неблагополучия пациента. Эмоциональная вовлеченность пациента может оказаться недостаточно высокой, особенно если он склонен к образованию таких механизмов психологической защиты, как рационализация или интеллектуализация. Для осознания вытесненного психологического содержания («инсайта») необходимо глубокое эмоциональное «проживание» конфликта, его эмоциональное отреагирование. В результате психологического воздействия, направленного на акцентирование эмоционального аспекта отношений через конфронтацию пациента

со значимыми для него переживаниями, происходит осознание прежде подавляемых или проецируемых чувств, желаний, потребностей.

Среди различных методов гештальт-терапии важная роль отводится игре «диалог между фрагментами собственной личности». В контексте разработки интегративного подхода эта процедура приобретает особое значение, поскольку в ней заключены большие потенциальные возможности для разрешения интрапсихического конфликта. В процессе обсуждения с пациентом его проблем, трудных жизненных ситуаций, коллизий, при анализе эмоционально значимых для него отношений (отношения к себе, к значимым другим), пациента просят проиграть диалог между «желанием» и «возможностями», между «желанием» и «долгом». Чаще, однако, диалог проводится между содержательными элементами конфликта. Диалоги проигрываются и с воображаемыми значимыми другими (родителями, супругами, детьми, начальниками и т.д.). В процессе диалога пациент проецирует на значимого для него «собеседника» собственную проблематику, связанную с интрапсихическим конфликтом. Пациент осознаёт, что источником трудных отношений с другими людьми является он сам, те противоречия, которые лежат в нем самом, а не какое-то внешние, «объективные» причины.

Динамическая психиатрия Г.Аммона также, как и патогенетическая психотерапия В.Н.Мясищева, развивалась по линии ревизии классического психоанализа. Пресловутый биологический эдипов комплекс заменен на симбиотический комплекс, который представляет собой сложную констелляцию отношений пациента в родительской семье; личность рассматривается как система центральных структур Я. Эти структуры, как и отношения у В.Н.Мясищева, лишены конкретного содержания, но более структурированы (агрессия, страх, ограничение, нарцизм, сексуальность и др.) Существенным вкладом Аммона является описание этих структур (отношений) с точки зрения их качественного выражения как конструктивных, деструктивных или дефицитарных. Таким образом, самые различные виды и свойства отношений у Аммона строго структурированы и могут быть измерены с помощью 18 шкал Я-структурного теста.

Эти качества являются отражением межличностных отношений первичных групп (групподинамического поля), результатом интернализации так называемой «социальной энергии». «Социальная энергия» очень удачная метафора, которая подчеркивает важность эмоционального аспекта отношений. У ребенка отсутствует речь, но он уже вовлечен в определенную систему отношений, он реагирует на невербальные сигналы, которые получает из ближайшего окружения,

прежде всего, от матери. В этом возрасте уже формируется структура его личности и во многом определяется его дальнейшая судьба.

Из теории и практики динамической психиатрии в систему личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, прежде всего, может быть интегрирован «рабочий проект», как форма терапии, полностью отвечающая целям и задачам нашего подхода, с позиций которого «проект» - это наиболее адекватная для условий психотерапевтического или психиатрического отделения форма воздействия психотерапевтического коллектива на личность пациента. «Проект» принципиально отличается от трудовой терапии. Конечно, и при проведении трудовой терапии, как указывает С.Кратохвил, считается важным, чтобы работа имела общественный смысл и представляла возможности для самовыражения пациентов и интеракции между ними, однако, именно «проект» являет сгустком отношений «ответственной зависимости» (А.С.Макаренко), всех воспитывающих и перевоспитывающих воздействий коллектива.

Во-вторых, представляется весьма полезным интеграция в нашу систему понятий «конструктивный», «деструктивный» и «дефицитарный» как характеристик отношений личности, межличностных отношений, и типов семейного воспитания», «нормальный-патологический» и подобные им. Введение в обиход патогенетической терапии этих понятий обогащает ее язык и конкретизирует представление о нарушенной системе отношений.

Наконец, мы можем использовать в исследовательских целях и практике патогенетической терапии Я-структурный тест Аммона для выявления особенностей системы отношений человека. Этот тест представляет особую ценность тем, что с его помощью можно измерять не только уровень и качество нарушенных отношений, но также и степень их здоровых ресурсов, что важно для психотерапевтических целей.

Сравнительный анализ двух систем – динамической психиатрии и личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии – показывает их несомненное родство и позволяет надеяться на взаимное обогащение идеями в направлении создания интегративной модели психотерапии. Важное отличие на сегодняшний день состоит в том, что динамическая психиатрия в значительно большей степени гуманизирована, пропитана идеями и духом гуманистической психологии.

Таким образом, личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия рассматривается нами как научно-методологическая основа для создания универсальной интегративной модели психотерапии. Такому новому пониманию целей патогенетической психотерапии должны соответствовать новые формы организации

психотерапевтической помощи. Члены психотерапевтической команды могут специализироваться по поведенческо-когнитивной, конфликтцентрированной терапии, гештальт-терапии, арт-терапии и другим видам психологического воздействия.

Каждый из них выполняет специфические задачи, исходя из целей патогенетической терапии. Но этот вопрос требует специального рассмотрения. Такой видится нам перспектива развития личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

МЕСТО ЭРИКСОНОВСКОГО ГИПНОЗА В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ

О.В.Белянская, И.Ю.Калмыкова, А.Н.Ушаков

Широко разрекламированный, в первую очередь зарубежными авторами (зачастую не врачами), метод гипноза по М.Эриксону на самом деле не может и не должен претендовать на роль панацеи в области психотерапии. Как и любой этап нового понимания особенностей психического функционирования, он предполагает совершенно определенные условия и показания для успешного применения.

Основываясь на процессах функционирования нервной системы при восприятии окружающей реальности и моделирования этого восприятия, эриксоновский гипноз позволяет постепенно вводить «виртуальные» раздражители, отсутствующие во внешнем мире и т.о. позволяет изменять сам процесс восприятия, субъективную оценку воспринимаемого и ответную реакцию, как на психическом, так и на соматовегетативном уровнях.

Наиболее эффективен данный метод при использовании внутренних ресурсов самого пациента, т.к. предоставляет ненасильственное «подталкивание» к изменению поведенческих стереотипов. Следовательно, во-первых, пациент должен иметь уровень и характер интеллектуального развития, предполагающий наличие таких ресурсов. Подтверждением могут служить слова самого М.Эриксона о том, что «нельзя вылечить всех».

Эриксоновский метод предполагает использование широкого спектра приемов и ожидания реакции на них. Что, в свою очередь, вынуждает врача соблюдать второе условие – время

ожидания реакции не позволяет применить этот метод в urgentных случаях.

Проявления индивидуальной психической реакции не позволяет прогнозировать направление коррекции поведенческих девиаций у пациента. Таким образом, мы выявляем еще одно условие применения эриксоновского гипноза – высокая степень доверия пациента к врачу, предполагающая однозначно позитивную оценку пациентом любых изменений поведения в результате терапии. А это возможно лишь при близком длительном и доверительном общении.

Утверждение того, что наибольшая эффективность метода возможна лишь тогда, когда все лечебные установки врача оказываются на неосознаваемом для пациента уровне, позволяет пациенту принимать терапевтический результат как собственное достижение. При этом роль врача минимизируется пациентом, что в эпоху развития холистической медицины в нашей стране не может вызывать однозначно позитивной оценки.

Т.о. очевидно, что эриксоновский гипноз для успешного применения требует соблюдения определенных условий клинического, социального и экономического характера.

В этой работе выделены лишь общие требования, позволяющие регламентировать применение этого психотерапевтического подхода. Дальнейшие исследования в клинических условиях позволят разработать конкретный список показаний и место гипноза по методу М.Эриксона в психотерапевтическом процессе.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ АРТ-ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ

С.К.Букаева, А.З.Нургазина, С.Н.Молчанов, Ж.К.Бокина, Азанова Б.А.

г. Павлодар

I. Педагогическое направление арт-терапии

Арт-терапия – метод лечения посредством художественного творчества. История арт-терапевтического направления психотерапии насчитывает всего несколько десятилетий, но, несмотря на это, она уже имеет достаточно солидную теоретическую базу.

«Педагогическое» направление в арт-терапии всегда было значимо и развивалось параллельно с «медицинским» направлением. Термин «арт-терапия» (therapia в переводе с латинского означает «лечение») в отношении «педагогического» направления не вполне корректен. Специалисты,

работающие в системе образования, называют себя часто арт-педагогами. Но, несмотря на это, очевидно, что между этими двумя направлениями существует много общего. Работа арт-педагогов в конечном итоге направлена на укрепление психического здоровья ребенка, поэтому носит психопрофилактический или психокоррекционный фактор. А, арт-терапевты «медицинского» направления в своей работе, так или иначе, способствуют интеллектуальному и эмоциональному развитию ребенка, т.е. выполняют также и роль педагога.

II. Особенности проведения арт-терапии у детей

С точки зрения представителей гуманистического направления, коррекционные возможности арт-терапии связаны с предоставлением ребенку практически неограниченных возможностей для самовыражения и самореализации в продуктах творчества, утверждая и познавая свое «Я». Создаваемые ребенком продукты, объективируя его аффективное отношение к миру, облегчают процесс коммуникации и установления отношений со значимыми другими (родителями, сверстниками). Интерес к результатам творчества ребенка (рисунков, сочинений, сказок), повышают самооценку ребенка и степень его самопринятия и самооценности.

Одной из особенностей арт-терапевтической работы с детьми является то, что дети, в большинстве своем, имеют определенные трудности в вербализации своих проблем. Кроме того, невербальная «изобразительная» экспрессия для детей естественна. Дети также более спонтанны и менее способны к рефлексии своих чувств и поступков. Их переживания непосредственнее и живее, чем в словах, «звучат» в изобразительной продукции. Запечатленные в ней, они легко доступны для восприятия и анализа.

Мышление ребенка образнее и конкретнее большинства взрослых, поэтому они используют изобразительную деятельность как способ осмысления действительности и своих взаимоотношений с ней. Важно то, что изобразительные материалы нередко оказываются для ребенка более важными «партнерами» коммуникации, чем психотерапевт. Ребенок проявляет по отношению к ним наиболее характерные для себя и связанные со своим опытом способы работы и соответствующие эмоциональные реакции. Такая детская особенность давно была замечена психотерапевтами и использовалась при разработке различных техник, позволяющих наладить контакт с ребенком. С ней связаны и богатые возможности реконструктивного психотерапевтического воздействия, опирающегося на естественные, самоисцеляющие тенденции психики ребенка.

По рисунку ребенка можно судить об уровне его интеллектуального развития и степени психической зрелости. Оно свидетельствует о развитии образного мышления и потребности выразить себя.

Изучение рисунков позволяет лучше понять интересы, увлечения детей, особенности его темперамента, переживаний и внутреннего мира. Уже само преобладание серых тонов и доминирование черного цвета в рисунках подчеркивает отсутствие жизнерадостности, пониженный фон настроения, большое количество страхов, с которыми не может справиться сам ребенок. Наоборот, яркие, светлые и насыщенные краски указывают на активный жизненный тонус и оптимизм. Широкие мазки при рисовании красками, масштабность, отсутствие предварительных набросков и последующих, изменяющих первоначальный сюжет дорисовок показывают уверенность и решительность. При заторможенности и тем более беспокойстве дети рисуют мало, предпочитая другие виды деятельности.

Применение арт-терапевтических методов и, в первую очередь, рисуночной терапии, буквально незаменимо в случаях тяжелых эмоциональных нарушений, несформированности у ребенка коммуникативной компетентности, а также при низком уровне развития игровой деятельности и отсутствии у ребенка игровых мотивов и интереса к игре. Арт-терапия предоставляет ребенку широкие возможности для эмоционального отреагирования социально приемлемым способом. «Преодоление формой содержания» не только обеспечивает катарсис как высший вид эмоционального отреагирования, но и опредмечивает аффект, раскрывая принципиально новые возможности осознания ребенком своих чувств и переживаний и их исследования, позволяет личности подняться на более высокую ступень своего развития. Рисунок для детей выступает, как средство узнать, кто они есть, и что они могут.

В случае трудностей общения – замкнутости ребенка, низкой заинтересованности в сверстнике или в излишней стеснительности ребенка арт-терапия позволяет объединить детей в группу при сохранении индивидуального характера их деятельности, облегчить процесс их коммуникации, опосредовать его общим творческим процессом и его продуктом. Арт-терапевтический метод позволяет психологу как нельзя лучше объединить индивидуальный подход к ребенку и групповую форму работы. Как правило, арт-терапевтические методы работы присутствуют в любой программе игровой коррекции, дополняя и обогащая развивающие возможности игры.

В основе создания продуктов в процессе арт-терапии лежит целая система побуждений, центральными из которых являются:

1. Стремление субъекта выразить свои чувства, переживания во внешней действенной форме.

2. Потребность понять и разобраться в том, что происходит в себе.

3. Потребность вступить в коммуникацию с другими людьми, используя продукты своей деятельности.

4. Стремление к исследованию окружающего мира через символизацию его в особой форме, конструирование мира в виде рисунков, сказок, историй.

III. Показания для проведения арт-терапии

Показаниями для проведения арт-терапии как рисуночной терапии являются:

- трудности эмоционального развития, актуальный стресс, депрессия, снижение эмоционального тонуса, лабильности, импульсивность эмоциональных реакций;
- эмоциональная депривация детей, переживание ребенком эмоционального отвержения и чувства одиночества;
- наличие конфликтных межличностных отношений, неудовлетворенность внутрисемейной ситуацией, ревность к сиблингам;
- повышенная тревожность, страхи, фобические реакции; негативная «Я-концепция», низкая, дисгармоничная, искаженная самооценка, низкая степень самопринятия.

IV. Ожидаемый результат

Применение арт-терапевтических методов в коррекционной работе позволяет получить следующие позитивные результаты:

- обеспечивает эффективное эмоциональное отреагирование, придает ему даже в случаях агрессивных проявлений социально приемлемые допустимые формы. При этом арт-терапия, в отличие от игры, открывает возможности преобразования негативных эмоций в позитивные;
- облегчает процесс коммуникации для замкнутых, стеснительных или слабо ориентированных на сверстников детей. Возможности опосредованного продуктом арт-терапии невербального контакта между детьми способствует преодолению коммуникативных барьеров и психологических защит;
- создает благоприятные условия для развития произвольности и способности к саморегуляции. Эти условия обеспечиваются за счет того, что изобразительная деятельность как продуктивная деятельность с необходимостью требует от ребенка планирования и регуляции деятельности на пути достижения цели;
- оказывает дополнительное влияние на осознание ребенком своих чувств, переживаний и эмоциональных состояний; создает предпосылки для регуляции эмоциональных состояний и реакций;

- существенно повышает личностную ценность, содействует формированию позитивной «Я-концепции» и повышению уверенности в себе за счет социального признания ценности продукта, созданного ребенком.

V. Техники проведения арт-терапии у детей

1. *“Рисуем настроение музыки”* – Прослушав музыкальный отрывок, детям предлагается нарисовать настроение музыки. Это способствует формированию умения выразить свои чувства, впечатления через цвет, рисунок. Перед рисованием оговаривается, какой цвет соответствует какому настроению.

2. *“Нарисуй узор”* – Каждой паре детей даются вырезанные из бумаги варежки. Они должны договориться, как их украсят. После этой игры устраивается конкурс варежек, в котором оценивается качество и одинаковость узоров на двух половинках. Эта игра помогает увидеть, какие отношения сложились между детьми, тренирует их умение осуществлять совместные действия.

3. *“Мои друзья”* – Детям предлагается нарисовать своих друзей. Если их нет, то можно нарисовать – с какими детьми они хотели бы дружить. Можно нарисовать их как людей, а можно в виде животных, птиц, цветов, деревьев и т.п. После рисования мы обсуждали с детьми, кто здесь нарисован, почему именно так. Эта работа дает ребенку возможность обратить внимание на окружающих его людей, на их человеческие качества.

4. *“Какой я есть и каким бы я хотел быть”* – Ребенку предлагается дважды нарисовать себя. На первом рисунке – таким, какой он сейчас, на втором – таким, каким бы он хотел быть. Работа с рисунками строится на сравнении их особенностей. Сравниваются цвета, которые использовал ребенок в каждом рисунке, поза, настроение, в котором он изображен, окружающая обстановка (В психологии считается, что различия между этими рисунками отражают самооценку ребенка. В рисунках некоторых детей наблюдается совпадение между “реальным” и “идеальным” Я. Ребенок не видит расхождения между двумя Я, считает, что нет необходимости что-то в себе менять. Такие дети обычно характеризуются несколько завышенной самооценкой. В рисунках других детей наблюдается расхождение между двумя Я, но оно не очень большое. Обычно у таких детей самооценка адекватная. Дети с заниженной самооценкой обычно рисуют себя одним цветом, часто темным, маленького размера, неаккуратно. При рисовании идеального Я использовали большее количество цветов, они рисуют себя в яркой одежде с элементами, подчеркивающими внешнюю красоту. При обсуждении, каждый ребенок должен сформулировать для себя, что нужно делать, чтобы стать таким, каким он хочет быть).

5. “Чего я боюсь больше всего” – эта тема дает возможность отобразить наиболее яркий страх. Какой именно страх, не поясняется, каждый ребенок выбирал его сам. Выполняя рисунок, ребенок преодолевает барьер страха в своем сознании, отображает волевым, целенаправленным усилием то, о чем он даже избегал думать. Графическое изображение страха не приводит к усилению, а, наоборот, снижает напряжение от тревожного ожидания его реализации. В рисунке страх уже во многом реализован как нечто уже происшедшее, фактически случившееся. Тем самым, остается меньше недосказанного, неясного, неопределенного. И вместе это способствует потере аффективно-травмирующего звучания страха в психике ребенка.

После рисования каждый ребенок называет свой страх, изображенный на рисунке. Затем, необходимо

каждого ребенка попросить порвать рисунок, символизируя этим свою победу над страхом.

6. “Что было со мной самое плохое или хорошее” – этим заданием детям предоставляется возможность выбора событий, происходивших с ними.

7. Коллективный рисунок “Наш дом” – на заключительных занятиях детям предлагается нарисовать свои портреты и “поселить” их в домик, рисунок которого был заготовлен заранее. Затем дети все вместе раскрашивают дом. Подобные коллективные работы развивают навыки совместной деятельности, умение договариваться и соотносить свои замыслы с замыслами других людей.

8. На “выпускном” занятии детям предлагается приготовить рисунки для своих сверстников – партнеров по группе. Можно предложить поиграть в любимые игры детей, по их выбору. Последнее занятие можно закончить особым “ритуалом прощания”.

Литература:

1. Практикум по арт-терапии под ред. А.И. Копытина
2. О.А.Карабанова Игра в коррекции психического развития ребенка. - М.: Педагогика. 1997. – С. 84
3. Х.Кэдыосон, Ч.Шефер Практикум по игровой психотерапии
4. А.И.Копытин Основы арт-терапии
5. А.И.Копытин Теория и практика арт-терапии
6. Р.Гудман Обсуждение и создание детских рисунков
7. М.Каллиас Оценка эффективности вмешательств при работе с детьми и подростками // Детская и подростковая психотерапия под. ред. Д.Лэйна, Э.Миллера. - Питер, 2001

ВОСПОМИНАНИЯ-РАЗМЫШЛЕНИЯ О ПОЕЗДКЕ В ВЕНУ, НА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС

проф. М.Е.Бурно

3-й Всемирный Конгресс по Психотерапии, организованный Всемирным Советом по Психотерапии (The World Council for Psychotherapy), происходил в Вене с 14 по 18 июля 2002 года. Девиз Конгресса: “Anima Mundi – The Challenge of Globalisation” (“Мировая Душа – Требование (вызов) Глобализации”).

Тут необходимо сделать разъяснение (прежде всего, мне – себе самому), поскольку входим в трудно понимаемую область сегодняшней глобализации. Глобализацию (сравнительно новое слово, понятие) обычно каждый сейчас понимает по-своему, и я смогу здесь сказать лишь то, как сам понимаю это. Исторический процесс глобализации (от лат. globus – шар; глобальный – охватывающий весь земной шар, мир, всеобщий, универсальный) необходим и мало от нас зависит. Он происходит как бы сам собою, напоминая о себе то всемирной компьютеризацией, то вездесущим английским языком и т.д. Мы живем в этом

процессе глобализации, ему способствуем и сопротивляемся ему. Глобализация – это наполнение, охваченность мира чем-то часто необходимым для жизни Человечества, но и более или менее универсальным, приемлемым большинством людей мира, понятным этому большинству, как, например, арифметика. А универсальность – всегда есть некоторое механическое однообразие чувств, переживаний для многих людей, которые хотят быть собою. Так, английский язык воспламеняет душу тех, кто им живет, дышит, а других, с иной природой души, способен утомлять, эмоционально напрягать-выхолащивать. Поэтому невозможны универсально-всемирные порождающие творческое вдохновение у всех людей мира язык, искусство, литература, наука, природа, психотерапия. Поэтому по-русски более понятно было бы перевести девиз Конгресса, помоему так: “Как соединить, слить Мировую Душу (организующий принцип, всеоживляющий

двигатель мира, в сущности, изначальное творчество – Платон, Плотин, Бруно, Гете, Шеллинг) с нивелирующей, деперсонализирующей, но необходимой миру, Человечеству глобализацией, которой надобно способствовать?”. Может быть, я не прав, но нигде не мог я найти более понятно-го мне объяснения.

Это был Конгресс психотерапевтов (из 80 стран, более 5 тысяч участников) – про все на свете в Психотерапии. Сонмище лекций и мастерских (воркшопов) одновременно во множестве залов и комнат. Одних только “ключевых лекций”, то есть торжественно-часовых, дообеденных, с 9.00 до 14.00 (Keynote Lectures), было за 4 дня около двух с половиной сотен. Первый день (14 июля) – мастерские Преконгресса (30 мастерских одновременно) и открытие Конгресса. А послеобеденных лекций и мастерских (Lectures and Workshops), с 15.00 до 19.00, было за 4 дня более восьмисот.

Поэтому и смогу рассказать здесь кратко свои впечатления-размышления лишь о самом духе Конгресса, о том, что затронуло меня в некоторых выступлениях психотерапевтов, на которых удалось присутствовать, о самом путешествии в Вену.

Самое существо атмосферы Конгресса, как думаю и чувствую, состояло в том, чтобы показать-доказать Человечеству: разнообразнейшая Психотерапия поистине вышла за ворота Медицины и, помогая по-своему людям Земли, особым образом наполняет собою (глобализирует) весь мир. Если первые три Всемирных Конгресса по психотерапии (1996, 1999, 2002) произошли в Вене (Австрия) – городе великих европейских психотерапевтов, – то следующие два (2005 и 2008) предполагаются уже в Буэнос-Айресе (Аргентина) и Пекине (Китай). Том работ всемирно известных психотерапевтов мира о психотерапии в своих странах, о психотерапевтических подходах (методах, модальностях), выпущенный в свет в этом году в Вене под редакцией Президента Всемирного Совета по Психотерапии профессора Альфреда Притца, так и называется – “Globalized Psychotherapy” (“Глобализированная Психотерапия”). “Глобализированная”, думается, именно в том смысле глобализационных трудностей, о котором уже сказал. Есть в этом томе и главы профессора В.В.Макарова о российской психотерапии и об особой Мультимодальной психотерапии в России. Заведующий кафедрой психотерапии, медицинской психологии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования, президент Профессиональной Психотерапевтической Лиги, вице-президент Европейской Ассоциации Психотерапии Виктор Викторович Макаров избран теперь и вице-президентом Всемирного Совета по Психотерапии.

Насущно и созвучно девизу Конгресса (в том его понимании, которое я здесь предложил), насущно в этом сегодняшнем организованном наполнении мира Психотерапией бережное отношение организаторов всемирной психотерапевтической помощи к самобытности психотерапии каждой страны, каждого народа. Подлинная психотерапия народа, страны глубоко национальна, как и всякая другая личностная, духовная работа (например, литература, искусство). Несомненно, непередаваемо-национальны сами духовные, гуманистические психотерапевтические ценности-основы в каждой стране. Это они окрашивают в национальный цвет местной версии даже методы технической психотерапии, применяющиеся в данной стране. Однако, конечно же, психотерапевтические техники, по большей части, действительно, более универсальны, как, например, и хирургические операции, фармакологические назначения. В известной мере, всемирная универсальность затрагивает психоаналитические и экзистенциальные подходы (хотя и здесь обычно с национальной окраской). Клиническая же (прежде всего, своим клиническим, одухотворенно-реалистическим мироощущением) психотерапия несет в себе особенную малопередаваемую для других народов духовную самобытность, как и русская реалистическая художественная литература, проникнутая чаще не столько психологическим анализом, сколько психологическим переживанием. Кстати, подтверждают это и беседы на Конгрессе с уехавшими жить на Запад российскими психотерапевтами: в основном, они, вполне владея языком своей новой страны, по-настоящему психотерапевтически способны помогать лишь тоже российским эмигрантам. Исключение составляют разве психотерапевты, работающие преимущественно с больными истерией, не равнодушными к психотерапевтической “экзотике”.

Совершившемуся сегодня многогранно-красочному объединению громадного количества психотерапевтов мира с сохранением особенностей психотерапии каждой страны, каждого народа, каждого психотерапевта (особенностей, отвечающих национальным душевным, духовным свойствам наших пациентов и клиентов) мы обязаны, прежде всего, Президенту Всемирного Совета по Психотерапии профессору Альфреду Притцу, его замечательной психотерапевтической эрудиции, его пленительной энергии, рабочему вдохновению и душевному теплу. Уже много лет неутомимо навещает Альфред Притц большие и малые страны, изучает, рассматривает там психотерапевтическую работу, собирая, объединяя самобытных, интересных, живущих психотерапией специалистов, помогает им рассказать коллегам мира о своей психотерапии, познакомиться ближе с созвучными им специалистами. В этом,

кстати, и состоит главный смысл конгрессов, симпозиумов, конференций. Этот неустанный кропотливый, хотя, в тоже время, и вдохновенный, труд Президента, его помощников и был, по-моему, ключевой основой нынешней глобализации Психотерапии, становления Всемирной Психотерапевтической Души. Прежде всего, именно этим Альфред Притц, для меня, уже сегодня ярко вошел в историю мировой психотерапии. Помню, как в самом конце прошлого века сказал Альфреду Притцу о том, что в России, стране Достоевского, Толстого и Чехова сложится в будущем достойная ее духовности великая психотерапия. Альфред Притц горячо согласился со мной.

Вот то, что было мне, в соответствии со всем этим, созвучно в выступлениях на Конгрессе.

Хорошо известный у нас своими книгами Носсрат Пезешкян – Nossrat Peseschkian (15.07.2002) рассказывал в своей лекции (о собирании и хранении в себе своих позитивных ценностей на черный день), что когда-то “подходил к психотерапии как хирург”. Только со временем он “увидел психотерапию позитивно, то есть увидел всю ее целостность”. Это произошло благодаря тому, что, переехав в молодости жить из Ирана в Германию, постепенно осознал важность для психотерапии “изучения психотерапии в различных культурах”. Так, например, в Германии заболевший человек не хочет, чтобы его, больного, навещали знакомые, друзья. “На Востоке заболевший был бы оскорблен, если бы его не навещали”. “Если на Западе люди часто отходят от того, кто тяжело заболел, у кого горе, то на Востоке – наоборот”. Так, в сравнении, возможно помочь человеку целостно (позитивно) увидеть светлое в своих огорчениях-трудностях. Все тяжелое имеет какой-то свой светлый смысл, потому что в любом человеке живет способность к любви и “возможно каждого, казалось бы, никемного человека рассматривать как брошенную шахту, в которой таятся драгоценные камни” (в соответствии с духовно наполняющей Позитивную психотерапию единой для Человечества верой бахаи). Мне созвучна некоторыми своими гранями Позитивная психотерапия: созвучна своим душевным светом и способностью психотерапевтически относиться к переживаниям человека сообразно его особенностям, помогая ему искать в себе свое светлое, драгоценное. Конечно, если не перебарщивать. Ведь всяким перебарщиванием можно глубоко обидеть человека, которому хотим помочь. Например, чеховским смешным утешением: “Если жена тебе изменила, то радуйся, что она изменила тебе, а не отечеству” (юмореска “Жизнь прекрасна! (покушающимся на самоубийство”). Моя Терапия творческим самовыражением (ТТС), основываясь на особенностях природы человека, помогает ему посылить изучить эту природу (характер,

структуру хронической депрессии, деперсонализации), чтобы с помощью этих природных ориентиров войти в свое неповторимое целебное творческое вдохновение, несущее в себе любовь и смысл. ТТС идет не от разницы культур, а, прежде всего, от разницы характеров людей, изучая эти характеры. У нас, в одной нашей российской культуре, многие люди психастенического или аутистического склада, заболев, не хотят, чтобы их навещали, а синтонные, циклоиды будут расстраиваться и обижаться, если их часто не навещают – и не только близкие. Еще я, конечно, хотел бы верить, что в любой брошенной шахте таятся драгоценные камни, но мое клиническое мироощущение мешает этому.

Лекция Вальтера Пирингера – Walter Pieringer называлась “Gnothi Se Auton – познай самого себя” (16.07.2002). Это известное греческое изречение в храме Аполлона в Дельфах чаще встречается у нас по-латыни, а не по-гречески, как здесь. “Nosce te ipsum” – лат. Конечно, меня сразу втянуло в эту лекцию молодого, по-видимому, австрийского, исследователя: “познай самого себя” (как изучение собственных болезненных расстройств, своего характера) – одна из основ Терапии творческим самовыражением. И здесь лектор тоже говорил о психотерапевтическом познании своих особенностей и особенностей других людей, но основываясь лишь на четырех древнегреческих темпераментах (сангвиник, холерик, флегматик, меланхолик). Например, человек с истерическим складом для него – сангвиник. Лектор кратко отметил “нейробиологическую основу” каждого темперамента (“в соответствии с современными биохимическими концепциями”, упоминал серотонин, норадреналин и т.п.) и полагал, что эти четыре темперамента есть четыре основных типа мышления, мировоззрения в мире. Это – четыре способа познания себя, познания в том смысле, как это предполагалось в храме Аполлона: познание в себе Бога и, стало быть, своего пути к исцелению. Таким образом, каждый из нас видит лишь одну (из четырех) сторону действительности и подобен этим платоновскому закованному человеку-узнику в пещере спиной ко входу. Каждый из нас не способен видеть, постигать действительный мир в его целокупности. Каждый из нас несет в себе лишь одно измерение: к примеру, холерик не понимает флегматика. Поэтому необходимо на основе учения о четырех темпераментах и платоновского “образа пещеры” проникнуться учениями, аксиомами, которые дали миру Святой Августин, Юнг, Франкл, Роджерс, Адлер, Фрейд, Морено, проникнуться герменевтикой как учением о понимании (Дильтей, Хайдеггер). Вальтер Пирингер убежден в том, что “познай самого себя” есть “основное положение психотерапии”. Оно объясняет

“невозможность создания единой системы психотерапии”, но “способно помочь человеку понимать других людей”. Конечно же, мне многое здесь созвучно, хотя и отличаюсь от лектора естественнонаучным мировоззрением. Я, кажется, понимаю, что религиозность Вальтера Пирингера помешала ему войти в современную классическую характерологию исследователей с естественнонаучным мировоззрением (Эрнст Кречмер, Петр Ганнушкин). Впрочем, покойный религиозный психиатр-психотерапевт Вольфганг Кречмер, преклоняясь перед учением своего отца, Эрнста Кречмера, подробно рассматривал в своих публикациях и наших беседах природные характеры людей как именно душевно-биологические структуры, по-разному, более или менее улавливающие, постигающие Божественное, сообразно своим особенностям.

Важной была для меня и лекция Герхарда Геллера – Gerhard Heller (18.07.2002), изучавшего целительство в Индии (с интереснейшим фильмом). Молодые современные целители-шаманы в этом фильме, в сущности, погружали словами и пассами в целительный гипнотический сомнамбулизм душевно страдающих (но явно без каких-то духовных, личностных сложностей) простых людей Индии разного возраста, прямо на улице. Целители-шаманы похожи на студентов или молодых врачей. Видимо, они по опыту знают, в каких случаях могут помочь, а в каких человеку необходимо обратиться к врачу. Измученные женщины просыпались просветленными и благодарными. Так ясно виделось из лекции и фильма, что формы психотерапии диктуются нам теми, кто нуждается в психотерапии. И если эти люди верят в чудо целительства, нужно, чтобы они получили то, во что верят. Вспомнились наши 300.000 официально зарегистрированных целителей – против нескольких тысяч российских психотерапевтов. Видимо, в сегодняшней России все так и должно быть при том условии, что именно врач направляет человека к целителю, как делается это уже в московском Целительстве под руководством профессора Якова Гальперина. Естественно и справедливо в этом отношении то, что многие целители встали под оберегающее их и лечебно-консультативно-помогающее им крыло Профессиональной Психотерапевтической Лиги.

И еще на этом Конгрессе я окончательно понял, что Гештальт-терапия как метод, помогающий человеку быть счастливым самим собою, существенно отличается от Терапии творческим самовыражением тем, что не опирается на целенаправленное целебное естественнонаучное изучение вместе с пациентом природы его характера или хронических душевных расстройств, не опирается на какие-то специальные способы творческого самовыражения (сообразно своим душевным,

характерологическим особенностям). Все тут происходит практически технически-интуитивно, хотя и целостно, душевно-телесно. И “осознавание” здесь – именно “awareness” (прежде всего, телесное “осознавание” без погружения в размышление, “осознавание”, присущее и животным), а не рефлексивное, сугубо человеческое осознание (“consciousness”). В недавно опубликованной в “Профессиональной психотерапевтической газете” (№2 (3) июль, 2002) лекции французского гештальттерапевта Сержа Гингера “Женский мозг и мужской мозг” рассказывается о мужских и женских душевно-телесных особенностях для того, чтобы помочь психотерапевту по-разному работать с мужчинами и женщинами. Может быть, некоторые гештальттерапевты уже и рассказывают своим пациентам, клиентам об их душевно-телесных особенностях, дабы помочь себе их “осознавать”? Впрочем, может быть, это уже слишком “awareness” для гештальттерапии?

Испытываю духовное созвучие и с итальянским психотерапевтическим направлением “София-Анализ”. На Конгрессе с лекцией об этом направлении выступили Бруно Бонвекки и Омбретта Джапини (Bruno Bonvecchi, Ombretta Giapini): “Есть ли Душа у Психотерапии? Ответ от Софии-Анализа: миф в Космо-арте”. (“Does Psychotherapy have a Soul? A reply from Sophia-Analysis: The Cosmo-art myth”). Перед закрытием Конгресса состоялся яркий спектакль (Италия-Россия), которым Институт Экзистенциально-аналитической психотерапии г. Асколи Пичено (Италия), как часть Римского Университета Софии, вместе с Профессиональной Психотерапевтической Лигой ответили на девиз Конгресса о Мировой Душе и глобализации (Ведущие спектакль-воркшоп: Италия Габриелла Сорджи (Italia Gabriella Sorgi), Виктор Макаров, Андрей Ермошин). Название спектакля: «От утраченной красоты к красоте артистического действия: «Поиск Грааля»». София-аналитический театр в начале этого года был уже в Москве по приглашению Профессиональной Психотерапевтической Лиги. Был он в гостях и у нашего Реалистического психотерапевтического театра (частица Терапии творческим самовыражением). О Софии-Анализе постараюсь рассказать подробно в будущем.

Поскольку давно уже живу в Терапии творческим самовыражением и, в частности, в терапии творческим общением с природой, в терапии творческими путешествиями, в терапии ведением дневника и записных книжек, - приведу несколько записей из записной книжки, которые делал в этом сравнительно недорогом (благодаря Лиге) путешествии в Вену. Путешествие началось на Белорусском вокзале в Москве. Два вагона были наполнены российскими психотерапевтами – участниками Конгресса.

10 июля 2002 г. Поезд “Москва-Прага”.

За окном Белоруссия. Серые деревянные домишки без ставен. Заросли крупного лилового Иван-чая. Мягкое утреннее солнце. Пар над травой. Березы, сосны. Воздух чудесный в приоткрытое окно. Картошка цветет. Косарь в поле.

11 июля 2002 г. Поезд “Москва-Прага”.

Едем по Польше. Природа тут как бы посеревшая, без белорусской сочности. Но так заметна аутистически-красивая аккуратность полей, польских изящных снопов, заботливо-затейливо увязанных друг с другом, красивая готичность в белых домах и в природе. Подъезжаем к Праге. Черепичные крыши. Костёлы.

Прага.

Экскурсия по Праге. Экскурсовод-чешка рассказала, что Чехия – малорелигиозная страна. Половина жителей по анкетам не имеют отношения к религии. Объяснила это тем, что чехи природой своей тянулись к протестантизму. Еще Ян Гус боролся против католичества, а позднее Австро-Венгрия, частью которой стала Чехия, приказала всем чехам католичество и сжигала на кострах еретиков. Собор Святого Витта. Улицы, дома – чувствуется постсоциалистическая потеря, “неотремонтированность”.

Автобус в Вену.

На автобусе из Праги – в Вену. Моравские холмы, пирамидальные тополя, красная черепица, скошенное сено. Красная живая черепица – не пластмассовая, дышит природой. Черепица, которую, наверно, тот платоновский герой одухотворенно-сосредоточенно нюхал. Уже появились по-западному цветы на внешних подоконниках. Поля подсолнечника, виноградники, белая акация.

Въехали в Австрию – и сразу же в домах, автобусах, полях подсолнечника, виноградниках, в той же черепице засветилось подчеркнутое, готическое, ярко-праздничное, окончательно западное, не славянское изящество.

12 июля 2002 г. Вена.

Разноцветные, как игрушечные, дома. Уютные, как игрушечные, трамваи. Как в детской книжке с цветными картинками. Людей не так много. Синтоноподобная, доброжелательная аутистичность австрийцев. В трамвае как будто бы не знакомые друг с другом прежде интеллигентные люди могут как бы задушевно-искренне тихо смеяться в разговоре между собою. Все это подчеркнуто “как бы”, готически-красиво подчеркнуто – в сравнении, например, с истинно синтонной, мягко-шумной Одессой.

Недалеко от Гостевого Дома, где живу, в скверике с яркими цветочными клумбами, пожилые грубоватые австрийцы азартно играют за столом в карты, как у нас во дворе в домино. Вход собакам воспрещен.

По улицам Вены извозчики позапрошлого века везут в своих старинных экипажах желающих погрузиться в прошлое.

13 июля 2002 г. Вена.

Музей истории искусства. Рассматривал картины Брейгеля. Тщательная, но задушевная выписанность. Иная, нежели у учителя (Босх), сообразная своей, доброй, теплой природе. Не чувствуется зловещенки или воспаленной сказочности творческого схизиса. Грустное полнокровие жизни с гульфиками.

Фотографировал на Burggasse (Городская улица), по которой долго медленно шел. Множество антикварных лавок с предметами прежних, ушедших времен – старинные кофемолки, посуда, фигурки и прочее. Здесь все-таки встретишь на улицах и мусор, и окурки, и собачий помет, но все это какое-то не свое. Старики и старушки в шортах на улицах, со взбухшими венами на ногах напоказ. Должно быть туристы.

14 июля 2002 г. Вена.

Подвальное кафе в сравнительно дешевом Гостевом Дворе. Доброжелательный худощавый негр в окошке. Стандартный скромный завтрак входит в стоимость комнаты. Две круглые маленькие булочки, холодное молоко в общем кувшине (наливай себе в стакан), кусочек масла в серебре, джем в коробочке, чай с лимоном или кофе. Вокруг улыбки, многоговорение с красиво-манерной жестикуляцией, желание, таким образом, мягко проникнуть друг в друга, до известной черты.

Воскресная утренняя Вена. Церковный колокол. Цветущий олеандр в больших горшках на узкой старой улице.

17 июля 2002 г. Вена.

Теплый дождь из серо-черной лохматой тучи и снова жарница-духотища. Довольно чистая вода в Новом Дунае.купаются там люди и торжественно плавают белые лебеди. Но и Старый Дунай не грязен тут: утки у берега, цветущая пижма на берегу. На Старом Дунае привязан у берега старый корабль “Bertha von Suttner” (“плавающая средняя школа”). В нем, в душноте, происходит часть Конгресса. Но большая часть Конгресса – в прекрасных прохладных помещениях Конгресс-Центра Медицинского факультета Венского Университета, в Главном Венском госпитале. Это – громадное, геометрически-сложное, многоэтажное строение, в котором перемешаны врачи, пациенты, их родственники, студенты, участники разных Конгрессов.

18 июля 2002 г. Вена.

Вчера – роскошный ночной бал в ратуше. Вальсы Штрауса. Поначалу в бальных нарядах танцевали те, кто умеет это делать классически. Потом – все желающие. Сбоку от танцевального пространства – столы. Изысканные кушанья и напитки.

Вероника Львовна Казарновская (психолог, работали вместе в молодости в нашей клинике психотерапии неврозов в 12-й больнице – Покровское-Стрешнево) рассказывала, что уже 5 лет живет в германском городке, где психотерапевтически помогает русскоязычным пациентам, клиентам (“их множество в Германии”). “С немцами мы не можем работать, – рассказывала Казарновская. – Не прощают погрешностей в языке. Вообще у немцев иной ход мысли. Не получается психотерапевтического взаимопонимания, даже у тех наших психотерапевтов, которые очень хорошо знают язык. В Германии в душевном смысле все строже, холоднее. Здесь, в Австрии, теплее, как-то ближе к дому. Попалась мне статья Бунина о том, что русская эмиграция несет свою миссию по оживлению-просветлению, согреванию западно-европейской души. Мы много здесь об этом говорим. Да, в Европе удобнее, чище, сытнее-вкуснее, но к этому быстро привыкаешь.”

Вспомнил. Мой знакомый, давно уже живущий в Германии, изучавший, изучающий там психологию, знающий язык в совершенстве, рассказывал, что все равно, когда говорит с немцем, чувствует, что немец не то и не так хотел бы от него услышать.

19 июля 2002 г. Вена.

Русская маленькая харчевня “Valeria”. Борщом и пельменями под магнитофонные русские песни кормит там, в основном, земляков (туристов, русских студентов и т.д.) пожилая, часто немного

хмельная Лиля, мать предпринимательницы Валерии. Именем дочери и названа харчевня. У входа в харчевню мелом на доске латинскими буквами написаны слова – “борщ”, “рассольник” и т.д. Знакомые и не знакомые друг с другом земляки здесь душевно здороваются и прощаются.

20 июля 2002 г. Поезд “Прага-Москва”.

Едем по Польше. Здесь уже нет виноградников. Голубеет цикорий.

В заключение этого очерка отмечу то главное для меня, что еще яснее стало мне во время и после поездки в Вену. У каждого народа, в каждой стране, своя самобытная психотерапия, свои самобытные психотерапевты. Так и у нас. Потому что по-русски самобытны многие люди, нуждающиеся, как и в нашей, родной, российской психотерапии, так и в нашей российской духовной культуре вообще. Истинная психотерапия народа, отдельных психотерапевтов всегда одухотворенно-человечна, а значит, самобытна, и только гранями созвучия благотворно, взаимообогащающе, соприкасается с психотерапиями других народов, других психотерапевтов. Самобытностью психотерапий разных стран, народов, психотерапевтов, уникальностью-самобытностью этих психотерапий, дружественно связанных между собою нравственной основой, какими-то общими чертами, гранями созвучия, - и живет, питается Мировая (глобализированная) Психотерапевтическая Душа.

САМОЧУВСТВИЕ, АКТИВНОСТЬ, НАСТРОЕНИЕ, СУБЪЕКТИВНОЕ ОЩУЩЕНИЕ ВРЕМЕНИ ПАЦИЕНТОВ С ГЕРОИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ: ДИНАМИКА ПОСЛЕ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ТРЕНИНГА

Ж.А.Жолдасова

г. Алматы

Одними из характеристик наркоманической личности являются сужение круга интересов, депрессивный фон, дисфория, психологический и физический дискомфорт. Для психотерапевтической коррекции необходимо определить бессознательные основы подобных состояний. Согласно концепции телесно-ориентированной психотерапии «Я телесное» является промежуточным звеном между бессознательным и сознательным пластами. Т.к. характеристиками телесности являются время и пространство, т.е. самоощущение человека на протяжении его жизни с учетом произошедших событий и их влиянием на личность, больным с героиновой зависимостью было предложено определить ощущение времени и свои самочувствие, активность, настроение до и после прохождения различных курсов психотерапии.

В исследуемую группу (82 человека) вошли пациенты с героиновой зависимостью, прошедшие групповой телесно-ориентированный тренинг; контрольную группу (84 респондента) составили респонденты с героиновой зависимостью, прошедшие другие виды психотерапии (интегративно-развивающая, личностного роста).

Тест САН (самочувствие, активность, настроение) предложен В.А.Доскиным. в нем использованы 30 семибалльных биполярных шкал, сгруппированных в три фактора, характеризующих различные аспекты актуального состояния. «Самочувствие» в интегративной форме отражает физиологическое состояние организма, «активность» характеризует актуальный энергетический потенциал целостной (в том числе и психической) жизнедеятельности, и «настроение» –

интегративный показатель отражаемого на эмоциональном уровне благополучия внутренних и внешних условий жизнедеятельности.

По тесту САН получены следующие результаты.

Так, до проведения телесной психотерапии были снижены показатели:

самочувствия у 38 пациентов - 47,7%,

настроения у 30 пациентов - 36,5%,

активности у 40 пациентов - 48,7%.

Снижены все три параметра у 20 пациентов - 24,3%.

Норма – у 22 пациентов - 26,5%.

В контрольной группе - до проведения других видов психотерапии были снижены следующие показатели:

самочувствия у 41 пациента - 48,81%,

настроения у 31 пациента - 36,91%,

активности у 41 пациента - 48,81%.

Снижены все три параметра у 20 пациентов - 23,81%.

Норма - у 22 пациентов - 26,19%.

Таким образом, большинство больных (73,5%) с героиновой зависимостью страдают от повышенного утомления, снижения внутренней силы и здоровья; также у них снижены подвижность, скорости протекания различных процессов, внутренняя энергия; снижение эмоционального состояния человека.

После проведения телесно-ориентированного тренинга значительно улучшилось самочувствие, повысились настроение и активность в исследуемой группе по сравнению с контрольной, прошедшей другие виды психотерапии: нормальные показатели у 62 - 75,61% респондентов, в контрольной группе у 33 - 39,29% респондентов, $p = 0,001$.

Снижено самочувствие у 21 - 25,61%, в контрольной группе у 40 - 47,62%, $p = 0,01$.

Снижено настроение у 7 - 8,54%, в контрольной группе у 19 - 22,62%, $p = 0,05$.

Снижена активность у 14 - 17,07%, в контрольной группе у 23 - 27,38%, $p = 0,05$.

Снижены все параметры у 7 - 8,54%, в контрольной группе у 14 - 16,67%, $p = 0,05$.

Результаты теста на субъективное ощущение времени. Пациентам предлагалось засечь одну минуту. По знаку исследователя определялось начало минуты. Пациента просят по ощущению сказать «стоп» при окончании одной минуты. Затем сверяют разницу субъективного ощущения времени и реального времени. Респонденты, ощущающие время больше реального, обычно, обладают большим количеством свободного времени, у них мало интересов, для них время «долго тянется». Люди, чувствующие время близко к реальному или меньше реального, обычно имеют разносторонние интересы, постоянно чем-то заняты.

Получены следующие результаты: у 36 человек или 43,9% ощущение времени близко к реальному в пределах от 50 до 70 секунд. У 46 или у 56,1% опрошенных субъективное ощущение времени резко отличается от реального: 42 человека 51,2% ощущает время больше реального от 71 до 190 секунд; 4 человека или 4,9% меньше реального от 49 до 20 секунд. В контрольной группе - у 37 человек или 44,05% ощущение времени близко к реальному в пределах от 50 до 70 секунд. 43 человека 51,19% ощущает время больше реального от 71 до 190 секунд; 4 человека или 4,76% меньше реального от 49 до 20 секунд.

После проведения телесно-ориентированного тренинга в исследуемой группе были получены следующие результаты: у 56 человек или 68,29% ощущение времени близко к реальному в пределах от 50 до 70 секунд, в контрольной группе у 49 человек или 58,33%. У 26 или у 31,71% опрошенных субъективное ощущение времени резко отличается от реального: 11 человек 13,42% ощущает время больше реального от 71 до 190 секунд; 5 человека или 6,1% меньше реального от 49 до 20 секунд.

В контрольной группе ощущение времени близко к реальному в пределах от 50 до 70 секунд. 29 человек 35,37% ощущает время больше реального от 71 до 190 секунд; 6 человек или 7,14% меньше реального от 49 до 20 секунд.

Таким образом, большинство респондентов характеризуется более медленным ощущением реального времени, что подтверждает такие особенности личности наркозависимых, как сужение круга интересов, отсутствие позитивного жизненного сценария, социальная отчужденность. Возможно, данный факт означает погружение в собственные мысли и уход от реальной действительности, что подтверждается данными теста САН. Соответственно, из-за отсутствия занятости и перспективы дальнейшей жизни снижено настроение, самочувствие и активность: снижен актуальный энергетический потенциал целостной жизнедеятельности, отсутствует эмоциональное благополучие внутренних и внешних условий жизнедеятельности.

Сравнивая группы, очевидна необходимость применения в лечении и реабилитации наркозависимых телесно-ориентированного тренинга. Его преимущества в том, что у пациентов с героиновой зависимостью улучшается физиологическое состояние организма, т.е. появляется чувство телесной радости (гедонизма – получения естественного удовольствия от своего тела, от себя); повышается энергетический потенциал, что говорит о появлении или повышении желания действовать; повышении эмоционального благополучия жизнедеятельности; расширению круга интересов; выработке позитивного жизненного сценария.

ОЦЕНКА СВОЕГО ТЕЛА И ТЕЛЕСНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ГЕРОИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ. ДИНАМИКА ПОСЛЕ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ.

Ж.А.Жолдасова

г. Алматы

Выбор методов исследования для определения отношения к своему телу и его оценки обусловлен особенностями концепции телесно-ориентированной психотерапии, основой которой является понятие телесности. Критериями телесности являются время и пространство, т.е. самоощущение на протяжении прожитой жизни с учетом пережитых событий и их влиянием на личность. Таким образом, «Я телесное» является объединяющим фактором между бессознательным и сознательным. Поэтому исследование телесности дает возможность раскрытия бессознательных процессов, ведущих к зависимости от опиатов и разработкой различных методов коррекции «Я телесного».

Оценка своего тела определялась с помощью опросника. Затем была произведена сравнительная характеристика исследуемой и контрольной групп. В исследуемую группу (82 человека) вошли пациенты с героиновой зависимостью, прошедшие групповой телесно-ориентированный тренинг; контрольную группу (84 респондента) составили респонденты с героиновой зависимостью, прошедшие другие виды психотерапии (интегративно-развивающая, личностного роста). Разработанный опросник был предложен пациентам до и после курса психотерапии.

Предложены следующие вопросы:

1. Как вы относитесь к своему телу?

- я люблю свое тело;
- я хотел бы иметь другое тело;
- я хотел бы изменить пол;
- мое тело приносит одни неприятности;
- мне нравится мое тело, но хотелось бы кое-что изменить.

2. В возрасте до года находились ли Вы на грудном вскармливании?

3. Удовлетворенность своим телом по 5-балльной шкале.

4. С кем Вы жили в возрасте до 12 лет?

Данные вопросы дают возможность определения самооценки и самопринятия своего тела у больных с героиновой зависимостью, а также, согласно теории З.Фрейда, определить формирование оральной стадии развития личности. Сенсорная депривация в раннем возрасте (во время формирования оральной стадии) способствует развитию психологических нарушений, и даже формированию хронических неврозоподобных состояний.

До проведения психотерапии получены следующие результаты.

Всего исследовано 166 больных с героиновой зависимостью, находящихся на лечении в Республиканском научно-практическом центре медико-социальных проблем наркомании.

1. Из общей группы 134 респондента воспитывались в полной семье – это 80,7%; 24 опрошенных выросли в неполной семье и воспитывались матерью, что составило 14,5%; у 8 человек были родители, но воспитывались они у родственников – это 4,8% (всего в неполной семье воспитывались 19,3% или 32 респондента).

2. 68,1% опрошенных находились на грудном вскармливании (113 пациентов), 15,1% (25 человек) находились на искусственном вскармливании, у 16,9% (28 пациентов) данный параметр не установлен.

3. На вопрос: «Как Вы относитесь к своему телу?» – получены следующие результаты: в исследуемой группе 58 человек или 70,7% опрошенных ответили, что им нравится существующее тело, но хотели бы кое-что в нем изменить; 22 человека или 26,8% ответили, что любят свое тело, какое оно есть; и 2 человек или 2,4% хотел бы изменить пол.

В контрольной группе - 70,24% или 59 опрошенных ответили, что им нравится существующее тело, но хотели бы кое-что в нем изменить; 23 человека или 27,38% ответили, что любят свое тело, какое оно есть; и 2 человека или 2,38% хотели бы изменить пол.

После проведения психотерапии в экспериментальной группе: 12 человек или 14,63% опрошенных ответили, что им нравится существующее тело, но хотели бы кое-что в нем изменить в контрольной группе 38 человек или 45,24% опрошенных; $p = 0,001$.

69 человек или 84,15% ответили, что любят свое тело, какое оно есть, в контрольной группе 44 человека или 52,38% ответили, что любят свое тело, какое оно есть; $p = 0,001$.

1 человек или 1,22% хотел бы изменить пол, в контрольной группе 2 человек или 2,38%; $T = 0,56$.

4. Оценка тела по 5-балльной шкале.

В исследуемой группе 52 человека или 63,4% оценили свое тело на 4 балла; 16 человек или 19,5% на 3 балла; 6 человек или 7,3% на 5 баллов; 6 человек 7,3% на 2 балла; 2 человека 2,4% на 0 баллов. Как видно по результатам, только шестеро респондентов удовлетворены своим телом полностью. 92,7% в различной степени недовольны своим телом, что говорит о сниженной самооценке больных с героиновой зависимостью.

В контрольной группе - 53 человека или 63,1% оценили свое тело на 4 балла; 16 человек или 19,05% на 3 балла; 5 человек или 5,95% на 5 баллов; 6 человек 7,14% на 2 балла; 4 человека 4,76% на 0 баллов.

После проведения психотерапии в исследуемой группе получены следующие результаты: 68 человек или 82,93% оценили свое тело на 4 балла в контрольной группе - 58 человек или 69,05%; $p = 0,05$.

7 человек или 8,54% на 3 балла, в контрольной группе 17 человек или 20,24%; $p = 0,05$.

12 человек или 14,63% на 5 баллов, в контрольной группе 3 человека или 3,57%; $p = 0,05$.

А также в контрольной группе 5 человек (5,92%) оценили свое тело на 2 балла, $p = 0,05$; 1

человек (1,19%) на 0 баллов. В исследуемой группе оценок «2» и «0» не выявлено.

По полученным результатам можно сделать следующие выводы: пациенты с героиновой зависимостью имеют низкую самооценку и низкий уровень самопринятия; около четверти больных воспитывались в неполной семье, что говорит о наличии ранней сенсорной депривации, ведущей к невротизации личности; повышаются уровни самооценки и самопринятия после проведения телесно-ориентированной психотерапии.

Таким образом, телесно-ориентированный тренинг актуализирует «Я телесное», как нормативную часть личности и необходима в программах лечения и реабилитации наркозависимых.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ МЕТОДОМ СИМВОЛДРАМЫ

В.Е.Лиманов

г. Нижнекамск

В 90-х годах XX века в России начинает распространяться методика психотерапии, получившая название «Символдрама». Благодаря своим психоаналитическим основам, с одной стороны, возможности проведения краткосрочной терапии, не теряя своей психоаналитической сущности, с другой стороны, символдрама становится популярной среди профессионалов и быстро распространяется в среде заинтересованных специалистов. Строится символдрама, в первую очередь, на базе кататимно-имагинативной психотерапии Х.Лёйнера. В работе Я.Л.Обухова «Символдрама и современный психоанализ» приводится большой список стандартных мотивов по Г.Хорну, каждый из которых имеет как общее воздействие на личность человека, так предусматривает определённую тематическую направленность. В данном списке есть мотивы, имеющие сексуальную направленность. Но эта направленность имеет скорее общесексуальный характер без какой-либо специфичности.

Автор предпринял попытку строить символдраматическую психотерапию сексуальных расстройств с учётом периодов формирования сексуальности, стадий либидо и копулятивного цикла.

С этой целью используются мотивы, взятые из книг и из семинаров Я.Л.Обухова, в том числе предложенные Р. де Зуалем, и мотивы, которые взял на себя смелость ввести автор.

С целью диагностики и коррекции платонического компонента либидо используется мотив «АВТОСТОП», у женщин с перверсными проявлениями и у мужчин делается уточнение, что водитель должен быть противоположного пола.

В первые годы использования данного мотива, автор не делал уточнения о половой принадлежности водителя, но пытался вести сеанс так, чтобы за рулём остановленной машины сидел гетеросексуальный водитель. С точки зрения диагностики такой сеанс давал много интересной информации, но для коррекции платонического либидо автор не обнаружил существенного различия между двумя вариантами сеанса. Можно предположить, что при работе с перверсными пациентами сеанс без указания на половую принадлежность водителя будет полезнее, но по данному вопросу у автора нет достаточного опыта.

Основные цели данного сеанса – платоническое общение с представителем противоположного пола, формирование чувства доверия к нему, при необходимости создание позитивного механизма фрустрации, который будет побуждать к дальнейшим действиям. Для достижения данных целей желательно как можно дольше удерживать пациента на процессе платонического общения. Максимально, что можно допустить – это поверхностная эротика.

Небольшие примеры.

Женщина 28 лет, жалобы на исчезновение желания вступать в половые контакты, сначала с мужем, а в дальнейшем с кем бы то ни было, в течение четырёх лет. При выполнении мотива «автостоп» ситуация была доведена до поверхностной эротики. В этот момент пациентка испытала сильное приятное возбуждение, тут же сеанс был прерван. После выхода из состояния релаксации, женщина сказала, что «готова была убить» терапевта за то, что вывел её из мотива в

такой волнующий момент. В дальнейшем был достигнут стойкий положительный эффект, который отслеживается уже в течение двух лет.

Мужчина 39 лет. Жалобы на сексуальные проблемы, мужчина плохо идёт на вербальный контакт, отмаливается. Удалось выяснить, что в 13-летнем возрасте были 4 нормальных половых акта с соседкой ровесницей, в течение одного месяца. Затем связь была прервана. В дальнейшем сексуальные попытки заканчивались неудачей, не женат. При выполнении мотива «автостоп» почти сразу без общения попытался совершить половой акт, который закончился неудачей, не возникла эрекция. После чего тут же попытался уйти от женщины водителя, несмотря на то, что она его удерживала. На следующий день при разборе сеанса выяснилось следующее. Все его неудачные сексуальные попытки заключались в том, что сразу после знакомства с женщинами он предлагал им вступить в сексуальный контакт, разумеется, получал отказ, на этом попытка заканчивалась.

Следующий мотив направлен на оценку и коррекцию эротического либидо - «РУСАЛКА». Мужчина взаимодействует с русалкой с помощью обычных приёмов символдрамы: рассматривание, прикасание и поглаживание, игра и общение. Женщина представляет себя в виде русалки, оценивает ощущения своего тела, прикасается к нему и поглаживает, оценивает ощущения от воды и воздуха. Мотив идеален для эротического либидо тем, что предполагается сокрытие половых органов под рыбьим хвостом, это создаёт ощущение безопасности и одновременно формирует механизм фрустрации. В то же время во время сеанса возможно проведение коррекции сексуальных проблем, если рыбий хвост каким-либо образом будет снят. Например, снят как чулок или окажется на молнии, которую можно расстегнуть. Самый экзотический способ, который встретился автору – молодой человек снял хвост с русалки с помощью колдовства. Надо сказать, что у этого пациента был рецидив сексуальных проблем через 1,5 года. Положительным моментом является уже простое прощупывание человеческих ног сквозь хвост, даже если хвост снят не был. Если хвоста на русалке нет с самого начала, то считается, что коррекция уже произошла и в некоторых случаях можно допустить проведение сексуального контакта.

Следующий мотив, тоже на эротическое либидо, автор ввёл специально для женщин. Первоначально этот сеанс предварялся беседой, в которой терапевт выяснял у пациентки, как она представляет «ВОДЯНОГО», «НЕПТУНА» или «МОРСКОГО ЦАРЯ». В сеансе предлагалось представить тот персонаж, который, по описанию пациентки, имел наиболее сказочный или закрытый вид, т.е. имел рыбий хвост или нижняя часть

тела была чем-то прикрыта, например туникой. В дальнейшем автор перестал проводить такие предварительные беседы, а сразу в сеансе предлагал на выбор представить одно из выше перечисленных существ. Дополнительный эротический мотив для женщин определяется большей важностью эротики для женщин, чем для мужчин. В условиях, когда мужские половые органы скрыты, создаётся спокойная обстановка в которой происходит «дозревание» эротического либидо у женщины. Сеанс выполняется теми же приёмами, что и с мотивом «русалка».

Следующий мотив рассчитан на сексуальную стадию либидо – «МЕЧ (у мужчин) или СОСУД (у женщин) – ГОРА – СВЕРКАЮЩАЯ ЛЕСТНИЦА».

В данном мотиве «меч» символ мужественности либо пенис, а «сосуд» символ женственности или вагина. Пациенту во время сеанса предлагается представить, что он с символом своей половой принадлежности в руках стоит на каком-то расстоянии от горы, на вершине которой стоит сверкающая лестница, направленная в небо. Во время сеанса надо подняться сначала на гору, а затем на сверкающую лестницу. Во время подъёма происходят изменения сознания, и меняется символ половой принадлежности. Именно на это рассчитывал Р. де Зуаль когда предлагал данный мотив. Автор, в свою очередь, предлагает сексологам обратить внимание на то, что линия пути подъёма полностью совпадает с графиком и стадиями копулятивного цикла по Г.С.Васильченко и отражает составляющие сексуальности.

Нахождение на равнине и осмотр символа половой принадлежности – стадия состояния нейрогуморальной готовности (нейрогуморальная составляющая). Рассматривание горы на расстоянии, подход к её подножию и оценка горы у основания – психическая стадия, возникновение половой доминанты (психическая составляющая). Подъём на гору – эрекционная стадия, появление эрекции или lubricация у женщин (эрекционная составляющая). Нахождение на вершине горы у подножия лестницы – копулятивная (фрикционная) стадия, интроитус (эрекционная составляющая). Подъём на сверкающую лестницу – эякуляторная стадия, начало эякуляции или оргазма у женщин (эякуляторная составляющая).

Надо обратить внимание на некоторые особенности, которые обнаружил автор во время работы с данным мотивом. В зависимости от того, какой коррекции требуют разные стадии копулятивного цикла, движение на разных этапах подъёма надо замедлять или ускорять. Достигается это за счёт просьбы описывать мелкие подробности образа, если надо затормозить движение, а если надо ускориться, то на подробностях внимание не заостряется. Если при подъёме на лестницу меч остаётся или стал неудобный, тяжёлый или

некрасивый, то рекомендуется спросить пациента, хочется ли ему что-нибудь сделать. Хорошо если у пациента возникает желание помахать мечом, если такого желания не возникает то можно спросить его, не хочет ли он это сделать, наконец, дать прямое указание помахать мечом, пока не надоест это делать. После этого у всех пациентов, с которыми был использован данный приём, меч изменялся в лучшую сторону.

При работе с женщинами, если после подъёма на лестницу сосуд оставался или становился не нравящимся пациентке, то рекомендуется потереть его, как лампу Алладина. Реакция возможна двоякая. Возможно изменение сосуда или его содержимого в лучшую сторону. Второй вариант – из сосуда появляется джин, которого можно попросить выполнить какое-то желание. Самый красивый вариант, который встретился автору – джин положил пациентку на кровать и понёс по небу, в этот момент она пережила состояние близкое к оргазму. Однако следует помнить, что с джином надо обращаться осторожно, его поведение, как и желания пациентки, бывают неожиданными.

При работе с этим мотивом часто находит отражение сложность женского оргазма, по сравнению с мужским. Приходилось встречать раздвоенную лестницу, небесный сад или воздушный замок на вершине лестницы и т.п.

Следующий мотив – «ПЛОДОВОЕ ДЕРЕВО». В этом мотиве пациенты пробуют плоды на вкус, едят их, собирают урожай. Чем больше пациенты срывают, пробуют и едят плодов, а затем собирают урожай, тем лучше отрабатывается характерная для этапа формирования полового влечения подростково-детская смена влюблённостей и идеалов. Скудный урожай указывает на узкий диапазон приемлемости, «застывший» выбор, ригидность и показатель трудностей сексуальной адаптации, что проявится очень узким, резко ограниченным индивидуальным выбором при вступлении в зрелую сексуальность. В этом плане даёт интересную информацию экзотичность или местная региональность, фантастичность дерева и плодов.

Важной является оценка ощущений от прикосновений к различным частям дерева и плодам, оценка зрелости плодов их вкуса, запаха и сочности. Всё это может отражать различные аспекты сексуальности – эротика, эякуляция и lubricация, впечатления от первого сексуального опыта и т.д.

Заключительный мотив формирования сексуальности – «РОЗОВЫЙ КУСТ». Мотив отрабатывается по обычным рекомендациям символдрамы. Сорванная роза символизирует завершение формирования нормальной, «зрелой» сексуальности.

Следующие мотивы – «ВУЛКАН» для мужчин и «ДИКАЯ КОШКА» для женщин, с точки

зрения автора, необходимы потому, что не может быть нормальной сексуальности без снятия внутреннего напряжения с одной стороны и без присутствия достаточной доли агрессивности, а значит и сексуальной предприимчивости, с другой стороны. Кроме того, у женщины продолжается отработка экстрагенитальных эrogenных зон, когда она оценивает ощущения «своего» кошачьего тела. В свою очередь у мужчин извергающийся вулкан является хорошей терапевтической метафорой при задержанной эякуляции.

Завершающий мотив «СПЯЩАЯ КРАСАВИЦА». В этом мотиве мужчина вместе с мамой заходит в замок спящей красавицы, осматривает комнаты, где-то оставляет маму и идёт искать спящую красавицу. Затем целует спящую красавицу, и они вместе поднимаются на гору по светящейся лестнице, а затем спускаются к маме и просят благословения. Женщина представляет себя спящей красавицей, к ней должен прийти принц, а благословения они просят у короля. Данный мотив необходим, в первую очередь, в качестве процесса инициации.

В завершение надо отметить, что если у пациентов имеются признаки задержанного или дисгармоничного психосексуального развития, то терапию надо начинать с мотивов первой ступени символдрамы, при необходимости привлекаются некоторые мотивы из педиатрической практики и дополнительные мотивы по взаимодействию с родителями.

Хочется заранее ответить на возможную критику излишне узкого и упрощённого толкования мотивов, предложенного автором. Да, действительно психотерапевт общей практики отмечает более широкую интерпретацию выше указанных мотивов, а, следовательно, и более сложные изменения в итоге терапии.

Во-первых, более широкое толкование происходит и на приёме у сексолога, но у данной статьи задача показать именно сексологические аспекты символдраматических мотивов.

Во-вторых, преимущественную сексуальную направленность интерпретации мотивов можно объяснить различным уровнем ожиданий, которые имеют пациенты на приёмах у сексолога и психотерапевта общей практики. Автор работает по данной методике с 1999 г. Используется данная психотерапия, как самостоятельный метод, так и в сочетании с другими видами психотерапии (НЛП, эриксоновская терапия), с медикаментозной терапией, с рефлексотерапией и физиотерапевтическим процедурами.

Главный вывод, который можно сделать – использование данной методики значительно расширяет терапевтические возможности врача сексолога.

ДВА ПОДХОДА К ПСИХОТЕРАПИИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ И ОБУЧЕНИЮ ПСИХОТЕРАПИИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ

В.В.Макаров

г. Москва

Две главные внутренние составляющие психотерапии и психологического консультирования – сам психотерапевтический, консультативный процесс и профессиональная подготовленность психотерапевта, консультанта. Анализ практики, а также образования в области психотерапии и консультирования показывает, что между ними есть много общего. Современная психотерапия часто строится как обучение клиента адаптивным формам реагирования и поведения. Во многих современных модальностях психотерапевтический процесс рассматривается как научение, обучение. А психологическое консультирование даже определяется как «процесс обучения, в котором консультант и клиент, будь то человек, семья, группа или организация – связаны контрактом, заключенным для достижения определенных социальных, культурных, экономических или эмоциональных результатов» (1). Здесь из самого определения ясно, что мы идем дело преимущественно с обучением.

В учебных программах по психотерапии и консультированию уделяется большое внимание тем разделам образования, которые получили название: личной терапии, познанию границ собственной личности или личностному психологическому тренингу. Более того, классическая Западно-Европейская модель обучения предполагает, что личная терапия предшествует обучению теории и практики психотерапии и консультирования. Благодаря личной терапии происходит отсеивание претендентов на получение профессии психотерапевта или консультанта, имеющих противопоказания для получения данной профессии по своему психическому состоянию. В нашей стране личная терапия, как важная часть образования, только начинает внедряться. Поэтому будущие психотерапевты и консультанты в лучшем случае проходят её на самом завершающем этапе обучения, либо в неполном объёме, либо в неквалифицированном исполнении. А чаще не проходят совсем. Типично положение, когда педагоги, сами не прошедшие личную терапию, готовят психотерапевтов и консультантов без базового раздела личной терапии, личностного тренинга и познания границ собственной личности.

Таким образом, важной характеристикой современной психотерапии является сближение многих её направлений с образованием. Это обогащает психотерапию и может широко использоваться в педагогической модели психотерапии. И конечно, обогатить и во многом преобразовать образовательный процесс в учебных заведениях

психотерапевтическими технологиями. Вместе с тем, базовая роль личной терапии в обучении будущих профессионалов в области психотерапии и консультированию делает наше обучение и нашу профессию уникальной. В связи с тем, что даёт специалистам широкий инструментарий воздействия на психическое состояние людей и групп. И, что не менее важно, личностно готовит профессионалов к работе. Терапевтический и консультативный процессы значительно сближаются с образовательным процессом, проникают друг в друга, дополняют и даже потенцируют один другой.

И в реальностях нашей страны они имеют возможности усиливать друг друга и наша задача добиваться распространения такого усиления. Вместе с тем, один из всё более распространённых вариантов реальности состоит в том, что претенденты на получение профессии психотерапевта или консультанта в преморбиде имеют выраженные актуальные психологические проблемы или психические расстройства. Часто именно это создаёт у них выраженную мотивацию получения профессии психотерапевта или психолога консультанта. И всё типичнее становится путь, когда клиент психотерапевта или консультанта приобретает профессию психотерапевта или консультанта. Это тот путь, который может вести к подготовке высококвалифицированных специалистов, при условии чёткой и правильной организации и профессионализма образовательных структур.

Как известно, в развитых странах теорию в области психотерапии и консультирования преподают в университетах, тогда как личная терапия, тренинг и супервизия является областью тренинговых центров. В этих центрах работают ведущие практикующие специалисты и профессиональные преподаватели, занятые терапевтической, консультативной и тренинговой работой. Такие центры открыты при профессиональных сообществах или связаны договором сотрудничества с профессиональными сообществами.

Традиционно значительный интерес представляют взаимоотношения учителя и ученика. Здесь возможны два принципиальных подхода: гуру-ориентированный и самоориентированный подход к обучению.

При *гуру-ориентированном подходе* обучающийся считает, что, точно следуя указаниям учителя, он придет к нужному результату, наполнится содержанием учителя. Учитель определяет этот результат и показывает путь движения. Учитель знает, что нужно делать, и несет за свои действия

полную ответственность. А обучающийся лишь старательно и скрупулезно выполняет указания учителя.

Такой путь особенно эффективен для людей, ищущих внешней помощи и поддержки. Он позволяет им структурировать время, освобождает от страха неудачи и неуверенности.

При *самоориентированном* подходе ученик выбирает цель самостоятельно, учитель создает условия для движения, служит примером, помогает найти пути к максимальному раскрытию потенциала ученика, его ресурсов. Учитель предостерегает от ошибок, помогает исправлять промахи. Обучающийся сам ответственен за свои выборы, свои результаты.

Такой путь более эффективен для целеустремленных личностей, имеющих внутренние ресурсы, стремящихся реализовать свои амбиции.

Конечно, в реальной жизни мы далеко не всегда встречаем эти подходы в чистом виде. У каждого обучающегося можно отметить сочетание гуру-ориентированного и самоориентированного подходов. Более того, по мере продвижения в профессии растущие специалисты становятся все более самостоятельными. А задача учителя — обеспечивать эту самостоятельность.

Когда обучающийся становится все более связанным с учителем, зависящим от него, это может создать проблемы и для ученика, и для учителя. Ведь зарождение и укрепление симбиотических связей у взрослых, не связанных кровным родством людей, свидетельствует о многих неразрешенных проблемах их личностей (2).

Важно отметить, что учитель выбирает себе учеников. Ученик выбирает себе учителя. Это тонкий, сложный и не всегда осознаваемый процесс. Иметь хорошего учителя — большое достижение. И, конечно же, слава и дела учителя живут и прирастают его учениками (3).

Как терапевтический процесс, так и оба варианта образования могут тяготеть либо к гуманистическому, либо к манипулятивному полюсу. Гуманистический вариант основывается на обнаружении и активизации ресурсов личности, на полном принятии человека, на безусловном, позитивном подходе к человеку и миру, на всё возрастающей открытости человека, на открытости самого консультативного и терапевтического или образовательного процесса для профессионального сообщества. Конечно, за психотерапией и консультированием к нам обращаются не только успешные люди, для повышения собственной самореализации. Зачастую обращаются и люди с проблемами и расстройствами здоровья. Терапевтический процесс здесь направлен на преодоление указанных расстройств и нарушений здоровья.

Манипулятивный вариант характеризуется тем, что основное внимание уделяется проблемам

и расстройствам здоровья. Они внимательно изучаются. И не всегда для их преодоления, а иногда для манипулирования клиентом или обучающимся. Данный вариант основывается на обнаружении и активизации проблем пациента, на длительном, подробном изучении их проявлений в прошлом и настоящем. Ресурсы личности учитываются не полностью или игнорируются. Настоящее и будущее клиента или обучающегося строится на условном принятии его, и условием является существование проблемы или болезни. Мир рассматривается как враждебная и агрессивная сила, полная опасности, не принимающая человека и только принадлежность к гуру и кругу посвященных является защитой и единственной ценностью. Для обучающихся привлекательным представляется избранность, закрытость группы. Впрочем, образовательный процесс закрыт и от профессионального сообщества. В этом варианте многое условно, то есть необходимо выполнять определённые правила, брать на себя обязательства и тогда возможно очередное посвящение или инициация. И если для гуманистического варианта характерна открытость, формирование профессионального сообщества и возрастание гармоничности личности клиентов и их социальной успешности, то для второго варианта типично формирование структуры очень напоминающей религиозную секту. К гуманистическому полюсу имеет тяготение самоориентированный вариант образования. Тогда как к манипулятивному полюсу — гуру-ориентированный вариант.

Важно отметить, что привести реальные примеры здесь представляется несложным делом. Вместе с тем, такие примеры могут являть собой нарушение профессиональной этики. Ведь даже в принятых и широко признанных модальностях есть персоны и группы, стремящиеся к манипулятивному варианту практики и подготовки кадров.

Эту важную проблему способно разрешить профессиональное сообщество. Причём не ограничивающееся одной модальностью, а широкое сообщество профессионалов. В области психотерапии такими сообществами в нашей стране являются: Российская Психотерапевтическая Ассоциация и Общероссийская Профессиональная Психотерапевтическая Лига. В области психологического консультирования — последнее, из названных профессиональных сообществ.

Важно в этическом кодексе сообществ полнее отразить необходимость избегания манипулятивного подхода в терапевтическом и консультативном процессе, а также профессиональной подготовке психотерапевтов и консультантов. При общественной аккредитации и сертификации консультантов, психотерапевтов, преподавателей и учебных заведений в области психотерапии и консультирования важно рассматривать возможности минимизации манипулятивного подхода в психотерапевтическом и консультативном процессе и в образовании в этих областях.

Литература:

1. *European Association for Counselling. Training Standards, Accreditation and Ethical Charter*, p. 5, 2002
2. Aivy E., Aivy B., Saimak-Donning L. *Consulting and psychotherapy. Combination of methods, theory and practice*. New York, 1987
3. Макаров В.В. *Психотерапия нового века, М. Академический проект - ППЛ, 2001, 496 С.*

НАРЦИССИЧЕСКАЯ ЛИЧНОСТЬ В СЕКСОПАТОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

М.В.Рузгис

г. Москва

В одной из версий мифа о Нарциссе говорится о том, что Нарцисс отверг любовь нимфы Эхо, которая смертельно отомстила ему.

Термин “нарциссизм” впервые встречается у П.Нэкке в его комментариях к концепции Х.Эллиса, представленной в “Психологическом исследовании аутоэротизма”, где особое состояние аутоэротизма соотносилось с чувствами самовосхищения и с мифом о Нарциссе (Лапланш Ж., Понтолис Ж.Б., 1996). Фрейд стал употреблять термин “нарциссизм” с 1905 года вслед за П.Нэкке (1899) и Х.Эллисом (1898).

В “Трех очерках по теории сексуальности” (1905) Фрейд считает “нарциссизмом” гомосексуальный выбор объекта, базирующийся на отношении любящей матери к Я. Нарциссизм рассматривается как сексуальная перверзия. В “Случае Шребера” (1911) о нарциссизме уже упоминается как об особой стадии психосексуального развития, промежуточной между аутоэротизмом и объектной любовью.

Термин “нарциссизм” стал настолько всеобъемлющим в “век нарциссизма” и при этом его содержание остается настолько размытым и противоречивым, что некоторые даже предлагают вообще отказаться от его употребления в психоаналитическом языке (Leavy S.A., 1996).

Под нарциссизмом понимаются одновременно самоуважение и сексуальная перверзия, тип межличностных отношений, акцентуация характера и специфическое расстройство личности. Проблема “нарциссизма” в современном обществе стоит остро. До недавнего времени сексопатологи рассматривали нарциссизм как перверзию или как стадию в ее формировании. Клинически это проявлялось в направленности влечения на самого себя, влечение к любованию собственным телом (культ своего тела), рассматривании себя и половых органов в зеркале, ласкании своего тела, сопровождающееся сексуальным возбуждением.

Клиницисты чаще рассматривают нарциссизм как специфическое расстройство личности (психопатию). В десятой версии МКБ речь идет о “патологическом” нарциссизме, который отнесен к разделу: “Расстройство личности и поведения у

взрослых” под шифром F60.8 и носит название “нарциссическое расстройство личности”. В DSM (“Диагностическое и статистическое руководство по психическим заболеваниям”, разработанное Американской психиатрической ассоциацией), нарциссическое расстройство личности входит, начиная с III-й версии. По DSM-IV (1994), оно относится к расстройствам личности группы Б: с проявлениями театральности, эмоциональности и лабильности. Нарциссическое расстройство личности определяется как “преувеличение собственного значения и повышенная озабоченность вопросами самоуважения”. Диагноз нарциссического расстройства личности ставится, если выражены (впервые возникшие в подростковом возрасте) представление о собственном величии и потребность в восхищении со стороны окружающих и невозможность сопереживания, которых проявляются в различных жизненных ситуациях и о наличии которых свидетельствуют не менее пяти из следующих симптомов:

1. Грандиозное чувство собственной значимости (например, преувеличение пациентом собственных достижений и талантов, ожидание признания без соответствующих заслуг);
2. Поглощенность фантазиями о небывалом успехе, неограниченной власти, блеске, красоте или идеальной любви;
3. Убежденность пациента в собственной уникальности и способности общаться или быть связанным с другими особыми или имеющими высокий статус людьми (или учреждениями);
4. Потребность в чрезмерном восхищении со стороны окружающих;
5. Чувство собственной избранности, то есть беспричинные ожидания очень хорошего отношения или беспрекословного подчинения требованиям;
6. В личных отношениях тенденция эксплуатировать окружающих, то есть использовать других людей для достижения собственных целей;
7. Невозможность проявлять сочувствие, нежелание понимать чувства или потребности окружающих или ставить себя на их место;
8. Чувство зависти к окружающим или убежденность в том, что другие завидуют ему;

9. Поведение и взгляды отличаются высокомерием, самонадеянностью, надменностью.

Для большинства авторов наиболее важным диагностическим признаком нарциссического расстройства является признак грандиозности (1-й признак по DSM-IV). E. Ronningstam J. Gunderson (1995; 1996) проводили исследование изменений в выраженности патологического нарциссизма после трех лет лечения. Из девяти критериев по DSM-IV, по шести отмечались значимые изменения. Наименее изменившимися оказались: “грандиозность” (1-й признак), “потребность в восхищении” (4-й признак), “зависть” (8-й признак). Именно эти три наименее изменившихся признака можно считать основными критериями патологического нарциссизма.

Мы рассматриваем нарциссические черты личности как особенности характера приобретенные в течение жизни. Для нарциссических пациентов специфично необычно “раздутое” представление о себе и потребность в восхищении и шумном одобрении. При отсутствии внешнего нарциссического обеспечения (подпитки восхищением) они ощущают беспокойство. Нарциссические пациенты идеализируют тех, кто удовлетворяет их нарциссические нужды и обесценивают тех, кто не дает им нарциссического удовлетворения. Личности нарциссического склада уверены в своих “особых правах” и “паразитируют” на отношениях со своим окружением. При наиболее ярких проявлениях нарциссизма пациенты достигали победы над собственной болью и страхом посредством причинения боли другим.

Т.к. “сексуальный конфликт” для лиц с нарциссическими чертами является значимым и “травмирующим”, то наличие сексуальной дисфункции может явиться мощным психологическим фактором, участвующим в формировании невротического расстройства; специфического развития личности; шизотипического расстройства. Переживания сексуальной неполноценности для “нарцисса” являются стрессовыми, в связи с этим можно говорить как о дебюте психопатологического заболевания, так и о наличии predispositions к нему, но данных, явно

указывающих на наличие психопатологии до обращения к сексопатологу, выявлено не было.

Пациенты с нарциссическими чертами личности предъявляют самые разнообразные жалобы на сексуальную жизнь. Т.к. “нарцисс” уверен в своей уникальности, особой “тонкой” личностной организации, то зачастую в сексуальном расстройстве он обвиняет партнера, социальное окружение, воспитание и т.д.

При работе с пациентами, имеющими нарциссические черты, помимо сексологической помощи (терапия сексуального расстройства, разработка индивидуальных психологических программ, сексуальных тренингов и т.д.) необходима работа над подавлением и трансформацией нарциссических установок.

Нарциссические пациенты не способны принять такие проявления своего Я как гнев и зависть, опасаясь того, что эти чувства разрушат отношения с врачом, а вместе с ним и лишат надежды на помощь. На подсознательном уровне нарциссические пациенты боятся, что их агрессия разрушит не только объект нарциссического удовлетворения, но и свою собственную способность испытывать любовь. Таким образом, нарциссические пациенты, отрицая эмоциональные отношения с врачом, отказываются признать опасность своей деструктивности. Проработка нарциссического “гнева” в трансфере не приводит к положительному результату. Тяжелые нарциссические пациенты способны принять только позитивную обратную связь, которая воспринимается ими как ответ на собственные усилия. Удовлетворяя некоторые из нереализованных нарциссических потребностей пациента, врач создает возможность для развития зеркального трансфера. При развитии таких перенесений психотерапевт может использовать традиционные техники интерпретации, которые способствуют расширению сознания, оказывают помощь пациентам в понимании как они взаимодействуют со своим окружением и организуют свою согласно нарциссическим потребностям. Это дает возможность развить автономию и критически оценить свои нарциссические установки.

ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ В КЛИНИЧЕСКОМ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ПОДХОДАХ

Р.Д.Тукаев

Априорное самовосхваление, довольно распространенное в психотерапии 20 столетия, неубедительно. Доказательная оценка эффективности

психотерапии становится в современных условиях критериальной основой ее научного, медицинского и, шире, социального признания. Развитие

критериальной базы оценки эффективности психотерапии ставит ряд методологических и методических проблем.

Одной из ведущих является проблема наличия у различных форм психотерапии универсальных социальных, психологических, биологических механизмов. Позитивное решение данной проблемы делает бессмысленными попытки сравнительной оценки эффективности различных направлений психотерапии.

Не менее важно разграничение психологического и клинического направлений психотерапии, поскольку их критерии оценки эффективности

будут качественно различны. В психологической психотерапии значимы критерии оценки личностного роста и развития, тогда как критерии клинической психотерапии неизбежно опираются на повторную оценку выраженности соответствующих нозологии диагностических признаков в ходе терапии.

Очередной проблемой становится соотнесение оценочных данных о результатах психотерапии, полученных в разных тестовых форматах.

Тем не менее, сформулированные проблемы представляются принципиально разрешимыми, а достоверная и сопоставимая оценка эффективности психотерапии – реализуемой.

МИШЕНИ КЛИНИЧЕСКОЙ ГИПНОТЕРАПИИ: СИМПТОМ ИЛИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗ?

Р.Д.Тукаев

В советской психотерапии гипнотерапия воспринималась как симптоматический метод, в русле физиологической Павловской трактовки гипноза, что было правомерным в первой половине 20 века. Со второй половины 20 века мировая гипнотерапия развивается как личностно-ориентированный метод, опирающийся на психодинамический и когнитивно-бихевиоральный подходы. Тем не менее, в Российской клинической психотерапии, по сей день, сохраняется консервативная тенденция оценки гипнотерапии как исключительно симптоматического метода.

Современное понимание феномена гипноза позволяет воспринимать гипнотерапию как сумму методов психотерапии в состоянии гипноза, психодинамическое, когнитивное, поведенческое содержание которых может быть реализовано в форме гипнотерапии, в состоянии гипноза. Содержание же клинической гипнотерапии определяется поставленными стратегическими целями, задачами и может быть как этиопатогенетическим, так и симптоматическим, наравне с другими методами и направлениями психотерапии.

СТРУКТУРНЫЙ ПОДХОД В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Р.Д.Тукаев

Психотерапевтический процесс принято описывать с позиции психотерапевта и через призму его теоретических воззрений. Принципиально возможно трехпозиционное описание психотерапии: 1) с позиции психотерапевта; 2) с позиции пациента; 3) с позиции наблюдателя. Оптимальным будет учет всех трех позиций.

На основе разработанной нами трехкомпонентной теории психотерапии (Р.Д.Тукаев, 1994-2002) мы предлагаем учитывающий требования системности и многомерности, равно как и возможности трехпозиционного описания, структурный клинический подход, основанный на следующих положениях.

1. Клиническая психотерапия строится на основе учета возможностей и ограничений этиопатогенетического плана. Цели и результаты психотерапии невротических состояний и психопатий, например, будут изначально различны и предопределяют формы и методы проводимой психотерапии. Помимо этого, необходим учет личностных особенностей пациента, которые неизбежно отразятся на формировании клинической картины, динамике заболевания, результативности психотерапии.

2. Структурный клинко-психотерапевтический подход определяется сознательным использованием выявленных объективных системных

психологических и биологических механизмов психотерапии. Психологические механизмы психотерапии описываются нами в рамках представлений о реактивации, либо формировании системы психологических защит личности. Биологические механизмы психотерапии протекают в рамках системной реакции саногенного эустресса и механизмов психомодуляции.

О ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

В.И.Шушкевич, Г.Р.Сорока, Е.В.Щаенко, Н.А.Хакимжанова

Артериальная гипертензия (АГ) и атеросклероз являются наиболее серьезными факторами риска развития сердечно-сосудистых осложнений: ИБС и нарушения мозгового кровообращения, на которые приходится до 60% всех летальных исходов (Ф.Т.Агеев, 2003), что определило актуальность исследования данной проблемы. Развитие практики любого сердечно-сосудистого заболевания происходит по стандартной схеме: имеется некое патологическое воздействие (стресс, перегрузка, интоксикация и т.д.) в результате происходит активация ряда нейрогуморальных систем (в первую очередь, симпатно-адреналиновой – САС), которая приводит к снижению функционирования сердца.

По данным Чазова Е.И. (2003) до 60% больных с АГ и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) имеют в той или иной степени выраженности проявления депрессии. Причем отмечена корреляция между выраженностью депрессивной симптоматики и смертностью этих больных.

При депрессии повышается содержание цитокинов в крови. Введение животным цитокинов вызывает симптомы, характерные для депрессии – анорексия, сонливость, гипералгезия, изменения поведения. Обсуждается роль эндотоксинов в механизме повышения содержания цитокинов в крови при депрессии. Наконец, известно, что цитокины синтезируются в клетках головного мозга. Таким образом, цитокиновая теория формирования депрессии получила достаточно широкое распространение.

Под нашим наблюдением находилось 150 человек, 100 женщин и 50 мужчин, в возрасте от 23 до 62 лет ($38,2 \pm 9,4$), проходивших лечение в ГККП «Городская поликлиника г. Рудного» с 1999 по 2002 г.г.

Практически у всех больных преобладали пограничные психические расстройства в виде

3. Структурный клинико-психотерапевтический подход определяется сознательным формированием и поддержанием стыковочного сценария психотерапии. Стыковочный сценарий, в свою очередь сопрягает проводимую психотерапию с актуальным состоянием “модели болезни и терапии” пациента, “переводит” приемы и процедуры психотерапии на язык “модели болезни и терапии” актуального массового сознания и индивида.

астенодепрессий, астеновегетативной, обсессивной и ипохондрической симптоматики.

Лечебный комплекс включал проведение методов суггестивной психотерапии, эриксоновской психотерапии, музыкотерапии, иглорефлексотерапии с активным использованием медикаментозных препаратов (ингибиторы АПФ – энап-НЛ, в-блокатор – атенолол, антидепрессанты, транквилизаторы и др.).

Параллельно решалась задача сохранения положительных социальных установок и трудоспособности.

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

Иглорефлексотерапия применялась с целью рефлекторного влияния с точек акупунктуры на различные отделы ЦНС, при этом использовались общие, сегментарные и местные точки по первому и второму вариантам тормозного метода корпоральной и аурикулярной терапии. Группы формировались из 8-6 человек разного пола и возраста, лечебные сеансы проводились в специально оборудованном гипнотарии городской поликлиники, оснащенном кушетками, креслами, стерео аудио оборудованием. В среднем на курс лечения приходилось 5–10 процедур иглорефлексотерапии с суггестивным подкреплением, эриксоновской психотерапией. В течение года проводились курсы, так называемой, «поддерживающей» психотерапии.

В процессе лечения в обследуемой группе наблюдалось:

- изменение установок в отношении болезни у 120 человек (80%);

- изменение самооценки в положительном плане у 75 человек (50%);
- осознание больными причин возникновения невротических симптомов у 135 человек (90%);
- изменение некоторых аспектов поведения у 80 человек (53%);
- быстрый переход на минимально поддерживающие дозы антигипертензионных препаратов (энап –НЛ – 2,5 – 5,0 мг в день, атенолол – 25 мг).

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 позиций самого пациента.

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

Отмечена положительная тенденция к уменьшению случаев (в среднем на 30%) и длительности пребывания на больничном листе (в среднем на 6 + 2,4 дней; $p < 0,01$).

Выводы:

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

2. Показана высокая эффективность комплекса психотерапевтических мероприятий с применением ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (и АПФ) энап –НЛ 2,5 – 5,0мг в в-блокаторов атенолола 25-50мг в терапии артериальной гипертензии.

3. Показана необходимость коррекции астенодепрессивной (и др. невротической) симптоматики как фактора прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний.

Литература:

1. В.Д.Тополянский, М.В.Струковская *Психосоматические расстройства*, Москва, «Медицина», 1986
2. Е.И.Чазов *Депрессия, как фактор развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний* // *Сердечная недостаточность*. – Т. 4, №1 (17), 2003. – С. 6
3. Ф.Т.Агеев и соавт. *Проблема взаимодействия лекарственных средств в лечении больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями* // *Сердечная недостаточность*. – Т. 4, №1 (17), 2003. – С. 40
4. 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*, 2001. - Т. 7. – С. 60-61
5. В.И.Шушкевич, В.А.Яшина, Г.Р.Сорока *Об особенностях психотерапевтической работы с группами часто и длительно болеющих пациентов* // *Вопросы ментальной медицины и экологии*. – Т. 9, № 1, 2003.

ПСИХОПАТОПОДОБНЫЕ РАССТРОЙСТВА В СТРУКТУРЕ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Г.Х.Айбасова, А.Ю.Толстикова

При изучении проблемы черепно-мозговых травм в детском возрасте мы пришли к выводу, что психические расстройства как следствие перенесенных черепно-мозговых травм в 20% случаев проявляются в виде психопатоподобных расстройств.

Начало первых проявлений в среднем через 3,5 лет.

Данные расстройства проявлялись в виде повышенной аффективной возбудимости, расторможенности влечений, эмоционально-волевой неустойчивости, а также в виде девиантного и делинквентного поведения.

Появление психопатоподобных нарушений, как правило, было несколько позже во времени, через 2–3–5 лет, в сравнении с эпилептиформным синдромом, неврозоподобным синдромом, для которых характерно было более раннее начало заболевания, нередко начало психопатоподобных расстройств совпадало с препубертатом. Характерно было сочетание с цереб्रोастеническими расстройствами в виде повышенной утомляемости, частых головных болей, метеозависимости.

Больные с указанными расстройствами обнаруживали повышенную раздражительность, конфликтность, агрессивность, лживость. В первую очередь, это проявлялось в семье, в виде конфликтов с родителями, оппозиционного отношения к ним, затем побеги из дома, кража денег, пропуски занятий в школе, школьная дезадаптация, общение с асоциальными подростками, праздное времяпрепровождение, стремление к получению примитивных удовольствий, алкоголизация, табакокурение, наркотизация. Наиболее частыми и характерными расстройствами, приводившими к госпитализации в психиатрическую больницу, были побеги из дома. Можно отметить тенденцию к росту данного вида нарушений. Характерно также в последствии, через 4–5 лет, побеги на более длительное время, от 1 до 6 месяцев, когда подросток в течение нескольких месяцев живет где-нибудь у чужих людей, у алкоголиков, бродяг, попрошайничает или ворует. Нередки были побеги на далекие расстояния: в другой город, в горы, в пригород. Подросток может убежать один, иногда в компании с одним или 2–3 приятелями. При групповых побегах нередко различные правонарушения в виде краж, хулиганских действий. Иногда дети возвращаются сами, чаще задерживаются милицией, попадают в приемник-распределитель.

У 13 больных (10,8%) посттравматические психопатоподобные нарушения развивались на фоне резидуальной церебро-органической недостаточности. В преморбиде преимущественно отмечались астено-невротические расстройства у 8 больных – 6,7%; эпилептиформный синдром у 2 больных – 1,7%; гипертензионно-гидроцефальный синдром – у 3 больных – 2,5%. У 9 больных указанных расстройств не было. Сравнивая эти 2 группы, следует отметить, что в первом случае клинические проявления были более выражены, психопатоподобные расстройства имели более грубый упорный характер, часто сопровождалось интеллектуально-мнестическим регрессом, который усугублялся также школьной дезадаптацией и искаженным воспитанием. Для больных с патологическим преморбидом характерны более сложные структуры психопатоподобного синдрома. Помимо психопатоподобных расстройств здесь мы чаще обнаруживали другие расстройства в виде, как уже было сказано, интеллектуальной недостаточности, ЗПР, неврозоподобных расстройств, отдельных пароксизмальных состояний, выраженных цереб्रोастенических проявлений.

Тактика лечения психопатоподобных расстройств складывалась из 2-х направлений – медикаментозного лечения и психотерапии. При медикаментозном лечении корректорами поведения, такими, как соннапакс, неулептил, хороший эффект давало назначение совместно финлепсина, карбамазепина, зептола малых доз нетрадиционных антидепрессантов – флуоксетин, коаксил; в сочетании с ноотропами, вазопротекторами, рассасывающей и витаминотерапией. Психотерапия складывалась из психотерапии непосредственно с пациентом, а также семейной психотерапии. Хорошие результаты при коррекции данного вида расстройств давала арт-терапия.

В качестве примеров развития психопатоподобного синдрома показательны следующие наблюдения.

Больной - история болезни №№ 2866, 293, 1913, 63. Поступает в РКПБ с 1997 по 2001 г.г., всего 4 госпитализации. Диагноз: резидуально-органическая недостаточность головного мозга (последствия ЧМТ), психопатоподобный синдром на фоне педагогической запущенности, микросоциальной депривации.

В анамнезе: наследственность отягощена алкоголизмом родителей. Отец употребляет наркотики,

неоднократно сидел в тюрьме, по национальности цыган. Мать работает строителем. Ребенок от 2-й беременности, вторых родов, на фоне токсикоза. Имели место пре- и перинатальные вредности, гипоксия, асфиксия в родах, ручное отделение плаценты. Кормить принесли на 4-е сутки. В последующем наблюдался невропатологом с диагнозом: гипертензионно-гидроцефальный синдром. В возрасте 2 лет упал с 3 этажа – ЧМТ с потерей сознания в течение 30 минут, ушиб головного мозга средней степени тяжести. Лечился в стационаре 2 недели. В последующем лечения не получал. С 6 лет без разрешения уходит из дома, гуляет один. В этот период, в 1996 г. упал в старом парке с колеса обозрения, но не на землю, а на нижнюю кабинку – черепно-мозговая травма – сотрясение головного мозга. На 3-й день обратился к врачу, был доставлен в 1 ДГКБ. Вскоре после этого получил удар бутылкой по голове, но сознания не терял, не лечился. С 1 класса постоянно убежал из дома, школы, по этой причине дублировал 1-й класс. Убежал на длительный период, 1-3 месяца, во время побегов попрошайничал, ночевал на улице, где придется или у друзей. Совершал мелкие кражи на базаре. Первая госпитализация в 1997 году.

Психический статус при поступлении: охотно рассказывает о своих побегах, причину их объясняет тем, что скучно сидеть дома, критики нет. Примитивен, незрел, внушаем. Расторможен, быстро истощается. Внимание отвлекаемое, кругозор ограничен, запас знаний скудный.

Соматически: кожные покровы бледные, сухие, под глазами синие круги.

Неврологически: консультирован невропатологом – голова гидроцефальной формы, тонус мышц снижен D<S, расходящийся страбизм.

Окулист – глазное дно – б/особенностей.

Кардиолог – без патологии.

На ЭЭГ – общемозговые изменения выражены резидуального характера. Заинтересованность подкорковых структур.

КТГ – посттравматическая энцефалопатия.

ЭХО-ЭГ – признаки внутричерепной гипертензии.

Психологическое исследование: темп выполнения заданий замедленный, тугоподвижность психических процессов, быстрая истощаемость, не способен к длительной целенаправленной интеллектуальной деятельности. Фон настроения лабильный, запас знаний и представлений снижен. Опосредованное запоминание развито

недостаточно. Последовательность событий по серии рисунков, объяснение сюжетных картин и литературных текстов – с помощью. В мыслительных процессах преобладание конкретного мышления, что выясняется в методике «4-й лишний». В эмоционально-аффективной сфере тревожность, сензитивность, неустойчивость поведения. Т.о., на первом плане признаки РОН г.м., утомляемость, снижение работоспособности, истощаемость внимания, конкретность мышления, признаки задержки психического развития (слабость самоконтроля, снижение способности к целенаправленной деятельности). Эмоционально-волевая неустойчивость, заниженная самооценка, неустойчивость поведения. Запас знаний и представлений снижен. Рекомендуются обучение по промежуточной программе.

Получал лечение корректорами поведения – неулептил, сонапакс, аминазин в/м, финлепсин в сочетании с ноотропами, рассасывающей, дегидратационной, вазотропной, витаминотерапией. Временный эффект дает психотерапия, охотно посещает арт-терапию.

После выписки продолжает убежать из дома, дома со стороны матери контроля нет. Курит, ворует, состоит на учете в детской комнате милиции. Меры педагогического воздействия не имеют эффекта. В РКПБ поступает ежегодно. Переведен на обучение по программе ЗПР, по которой имеет крайне слабые знания.

Последняя госпитализация в 2001 г. (12 лет), (история болезни № 63). Накануне был в бегах, жил у друга в Капчагае, зарабатывал деньги на автозаправках.

При психологическом исследовании выявляется: 1) нарушения в эмоционально-личностной сфере и поведении, обусловленные микросоциальной депривацией, заниженная самооценка, высокий уровень тревожности, склонность к реакциям протеста, трудности межличностной коммуникации; 2) признаки РОН г.м.: утомляемость, истощаемость внимания.

На ЭЭГ (2001 г.) – общемозговые изменения резидуального характера, заинтересованность глубинных структур головного мозга.

КТГ (2001 г.) – посттравматическая энцефалопатия.

Таким образом, психопатоподобные расстройства вследствие черепно-мозговых травм встречаются достаточно часто и нередко требуют коррекции в стационарных условиях.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

Г.Х.Айбасова

Коррекция отдаленных последствий ЧМТ была построена на основе 4-х принципов:

1. комплексный подход
2. длительность лечения
3. систематичность и регулярность курсового лечения
4. социальная адаптация.

Комплекс лечебных мероприятий включал в себя: медикаментозное лечение и психотерапию. Исходя из особенностей патогенеза ППР используются такие виды патогенетической терапии, как назначение курсов дегидратации диакарбом, фуросемидом, верошпироном, спираксом по классической схеме с повторением циклов до 3-4 раз в месяц. По показаниям дегидратация осуществляется в/м и в/в введение, лазикса, сульфата магния, широко используется назначение микстуры с цитралю, глицерин. Показано применение вазотропных препаратов кавинтона, циннаризина до 750 мг в сутки в течение месяца, винпоцетина. Практически во всех случаях можно рекомендовать назначение актовегина как в/м по 2 мг, так и в/в капельно до 5 мг на физрастворе. Лечение церебролизинотом от 1 мг до 5 мг в/м и в/венно проводится при всех состояниях, кроме эпилептиформного синдрома, а также в тех случаях, когда на ЭЭГ регистрировалась судорожная готовность в силу его способности снижать порог, судорожной готовности. Это касается также ноотропов и лидазы. Хороший эффект имеет рассасывающая терапия с помощью алоэ, фибса, стекловидного тела, гумизоли. Практически всегда в комплекс лечения должны включаться витамины гр. В: В-6, В-12, В-1, В-2, магний В6, вит. Е 5% р-ра 1,0, вит. А, нейромультивит, липоцербрин, фитин. Больше предпочтение при лечении отдаленных последствий после ЧМТ отводится ноотропам: ноотропил, оксирал, пирасетам в/в капельно и внутрь до 400-600 мг в сутки, также широко применяются малые стимуляторы - аминалон, энцефабол, пантогам, пиридитол, глутаминовая кислота и др. в соответствующих дозировках. Причём лечение как большими, так и малыми стимуляторами нужно проводить в первой половине дня и не назначать их вечером. Неплохой эффект наблюдается при комплексном применении танакана в возрастных дозировках. Симптоматическое лечение проводится при наличии каких-либо специфических расстройств.

Медикаментозное лечение в равной степени должно сочетаться с психотерапией. Преимущественным видом психотерапии у детей является игровая терапия, которая проводится в виде:

1. индивидуальной директивной игровой психотерапии
2. индивидуальной недирективной с переходом в директивную игровую психотерапию, центрированную на ребенке, с применением сюжетной игры
3. групповой недирективной игровой психотерапии с группой из 3-5 детей
4. групповой директивной игровой психотерапии с использованием сюжетной игры
5. семейной ролевой психотерапии.

Достаточно приемлемой была рациональная (рассудочная, разъяснительная) психотерапия, которая проводилась в виде директивной рациональной индивидуальной беседы, а недирективной, состоящей, например, из совместного обсуждения трудностей и проблем, стоящих перед подростком и поиска приемлемых решений. У детей старшего возраста наибольшее значение имеют следующие четыре психотерапевтические механизма:

1. Механизм эмоционального реагирования, раскрытия, «катарсиса» особенно важен. Возможность рассказать о том, что наболело и что до этого ото всех скрывалось, и получить при этом необходимое сопереживание приносит весьма ощутимое, но, как правило, кратковременное облегчение.
2. Механизм эмоционального консонанса своей сутью имеет «эмоциональное заражение». Положительные эмоции, полученные в силу такого консонанса, оказывают успокаивающее или активизирующее, поднимающее душевный тонус действие (заражающая беседа, совместная деятельность и т.п.).
3. Механизм неосознанной перестройки отношений - используется не только суггестивными методами, но и другими направленными изменениями эмоционального фона, например, при хобби-терапии, отвлекающих воздействиях, а также при невербальных методах психотерапии.
4. Механизм активной сознательной перестройки отношений - осуществляется в основном путем рациональной психотерапии. Он лежит в основе «патогенетической психотерапии», но этот механизм не всегда удается использовать в связи с психологическим сопротивлением подростка. Однако если это удастся, то результаты оказываются наиболее стойкими.

Широкое применение при коррекции ППР отдаленного периода нашел впервые примененный нами в условиях детского психиатрического отделения метод арт-терапии. В 1996 г. при спонсорской поддержке американской донорской организации Каунтерпарт Консорциум при

Республиканской клинической психиатрической больницы была создана мастерская АРТ-терапии.

Анализ современных исследований по терапии искусством позволяет усматривать доказательств полезности этого метода для лечебных целей в том, что он:

1. Предоставляет возможность для выражения агрессивных чувств в социально приемлемой манере. Рисование, живопись красками или лепка является безопасными способами разрядки напряжения. Порванный рисунок, агрессивные линии или краски неожиданно получают эстетическую ценность, и, таким образом, способствуют катарсису. Любая линия, цветовое пятно являются зафиксированными безоценочными фактами эмоциональных переживаний. Любая линия - это «кардиограмма» эмоционального состояния и ее нельзя ни подделать, ни симулировать. В случае эпатажности, т.е. переживания на показ, линия отражает эту эпатажную сделанность и показывает наличие волевой энергии с элементами эстетической игры. Такое состояние даже желательно для пациента, т.к. говорит о том, что он не только осознает свои состояния, но и владеет ими.

2. Подсознательные конфликты и внутренние переживания легче выражаются с помощью зрительных образов, чем в разговоре во время вербальной терапии. Невербальные формы коммуникаций могут с большей вероятностью избежать сознательной цензуры. Выбирая цвет и сюжет изображения, ребенок или подросток проецирует свои проблемы, что является ключом к их осознанию и разрешению. При этом он иногда сам разрешает эти проблемы, что увеличивает ответственность и чувство авторства за свою жизнь.

3. Позволяет работать с мыслями и чувствами, которые кажутся непреодолимыми. Иногда невербальное средство оказывается единственным инструментом, вскрывающим и проясняющим интенсивные чувства и убеждения.

4. Помогает укрепить терапевтическое взаимоотношение. Элементы совпадения в художественном творчестве членов группы могут ускорить развитие эмпатии и положительных чувств. Арт-терапия проводится в группе, что дает возможность оказать помощь сразу многим пациентам и задействует очень много положительных психологических механизмов, присущих именно групповой форме работы. Здесь возникает общение: помощь другому, возможность почувствовать состояние другого в процессе группового рисунка или аппликации. Здесь можно получить любящий взгляд на себя со стороны других людей, что является абсолютно необходимым для многих больных.

5. Способствует возникновению чувства внутреннего контроля и порядка. Рисование, живопись красками и лепка приводят к необходимости

организовывать формы и цвета, а литературная деятельность способствует упорядочиванию мыслей.

6. Развивает и усиливает внимание к чувствам. Искусство возникает в результате творческого акта, который дает возможность прояснить зрительные и кинестетические ощущения.

7. Усиливает ощущение собственной личностной ценности, повышает художественную компетентность. Побочным продуктом терапии искусством является удовлетворение, возникающее в результате раскрытия скрытых умений и их развития.

8. Арт-терапия изменяет социальный статус душевнобольного на Художника и Поэта, положительно влияет на образ «Я». Возникает осознание уникальности и неповторимости своего «Я». Подписываясь под своим произведением, человек чувствует свою ответственность и собственную значимость. Ставя дату на произведении, он соотносит свою жизнь с моментом «здесь - и - сейчас», связанным с творческим актом. Через творчество человек подключается к историческим мировым ценностям, к ценностям своего народа. Все это усиливает собственную ответственность за свое душевное здоровье.

9. Дает основания для интерпретаций и диагностической работы в процессе терапии. Творческая продукция ввиду ее реальности не может отрицаться пациентом. Содержание и стиль художественной работы предоставляют терапевту огромную информацию. Кроме того, сам автор может внести вклад в интерпретацию собственных творений, что также является терапевтическим актом, сочетающим в себе изображение - плод бессознательного, и название, или рассказ, или стихотворение, являющееся сознательным, вербальным, рефлексивным действием. Для диагностики состояний в процессе терапии наряду с линией и ритмом эффективно используется цвет. В определенных состояниях каждый человек предпочитает определенный цвет, который ему сейчас необходим для гармонизации своего эмоционального состояния.

Терапевтическая и профилактическая ценность искусства наиболее актуальна для детей. Дети особенно любят рисовать, потому что на листе бумаги в убедительной, фактически существующей форме они могут выразить свое целостное эзотерическое восприятие и мышление. Детская же безоценочность является достоинством, к которому стремятся многие люди, ищущие внутреннего психологического комфорта, уверенности в себе, творческого вдохновения.

Далее мы приводим опыт использования Арт-терапии у 84 больных с различными синдромами отдаленного периода ЧМТ. Она проводилась в основном в виде групповых сеансов два раза в неделю в течение 2-х месяцев, в итоге один больной проходил от 8 до 16 сеансов.

За время госпитализации группа формировалась из 8-12 пациентов различных возрастов. В группу входили больные с различными психопатологическими расстройствами. Сеансы проводили: врач-психиатр, психолог, художник.

В начале сеанса использовались элементы психодинамики и нейролингвистического программирования. Затем больные приступали непосредственно к творчеству. В конце сеанса проводилось обсуждение рисунков по желанию больных. В среднем сеанс длился 45-50 минут.

С 14 больными проводились индивидуальные занятия. После выписки некоторые больные продолжали занятия амбулаторно.

Арт-терапия показана была для всех групп расстройств. Наибольший процент охвата больных был при невротоподобных (90%) и психопатоподобных (81,8%) расстройствах, патохарактерологическом развитии личности (80%).

При эпилептиформном синдроме рисунки больных обычно отличались тщательностью и подробностью. При психопатоподобных нарушениях вначале обычно некоторые рисунки были небрежными, в последующем они становились более аккуратными, законченными. Достаточно четкая динамика рисунков прослеживалась у детей с невротоподобными расстройствами, вначале обычно линии рисунка были тонкими, неровными, прерывистыми, через 3-4 сеанса они становились более четкими, уверенными, рисунок более конкретным. При изображении на рисунке одной темы в процессе коррекции можно было проследить динамику этой темы - темные краски в начале лечения постепенно сменялись более

яркими. Например, один мальчик с невротоподобным синдромом на первом сеансе нарисовал природу, лес: деревья были без листьев, елки редкие.

На третьем занятии он снова вернулся к этой теме, нарисовал лес, но деревья уже с листьями, нарисовал траву. На 4-ом занятии нарисовал цветы, белочку на елке, голубое небо и солнце.

Рисуя, ребенок не только отражает свой внутренний мир, проецируя вместе с ним свои негативные эмоции и внутренние проблемы, вымещая их на бумаге, он фиксирует свои переживания, освобождается от них. Помимо этого, он подсознательно учится саморегуляции. Фантазируя и думая, он развивает образное мышление, память, внимание. Отмечено, что в результате занятия арт-терапией увеличивалась длина дендритов нервных клеток. Обогащая духовный мир, арт-терапия развивает интеллект, поэтому помимо поведенческих и невротоподобных расстройств она показана при олигофреническом синдроме, задержке психического развития, церебрастении.

Целью данного метода является адаптация ребенка к тем условиям жизни, в которых он оказался с наступлением болезни. Он позволяет доступными методами сохранить качество жизни психически больных детей на достаточно высоком уровне. Положительные результаты отмечены в 78%. Данный метод показан при всех психопатологических расстройствах, благодаря простоте и доступности, может быть, применим к различным, в том числе тяжело больным. Вызывает большой интерес и эмоциональный отклик у детей и подростков.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

Г.Х.Айбасова

Исследовались клинические особенности психических нарушений у детей, перенесших ЧМТ. В подавляющем большинстве случаев они манифестировали в течение первых 3 лет (60%). В 40% случаях психические расстройства, связанные с перенесенной ЧМТ, проявлялись в сроки от 3 до 10 лет после полученной травмы.

Все психические расстройства у детей, отмечавшиеся после перенесенной травмы, разделяются по доминирующим синдромам, среди которых нужно выделить:

- эпилептиформный синдром – 34,2%;
- психопатоподобный синдром – 18,3%;

- органическое когнитивное расстройство с олигофреноподобным типом дефекта (ОКРОД) – 13,3%;

- задержка психического развития – 9,2%;
- невротоподобный синдром – 9,2%;
- хроническое органическое расстройство личности (ХОРЛ) - 8,3%;
- церебрастенический синдром – 7,5%.

Основываясь на наших наблюдениях, мы сочли необходимым разделить их на две группы - тяжёлые и лёгкие. При оценке тяжести учитывали характер психических расстройств и выраженность клинических проявлений исходя из следующих критериев:

1. Регистр психопатологических расстройств (доминирующий синдром);
2. Наличие стойких изменений личности по органическому типу;
3. Наличие интеллектуальной недостаточности;
4. Прогрессиентность течения с оценкой частоты декомпенсации, приводящей к госпитализации в психиатрический стационар;
5. Уровень школьной дезадаптации и наличие инвалидности.

Учитывая данные критерии, к тяжёлым последствиям нужно отнести эпилептиформный синдром, ОКРОД, ХОРЛ, а также грубые формы психопатоподобного синдрома с прогрессиентным течением, приводящим к социальной дезадаптации.

Цереброастенический синдром, неврозоподобный синдром, задержка психического развития, а также психопатоподобный синдром в тех случаях, когда прогрессиентность не была выражена, можно трактовать, как легкие.

Психопатоподобный синдром отмечался 18,3%, перенесших ЧМТ. Начало первых проявлений наблюдалось, в среднем, через 3,5 года. Данные расстройства проявляются в виде повышенной аффективной возбудимости, расторможенности, влечений, эмоционально-волевой неустойчивости, а также в виде девиантного и делинквентного поведения. Нередко начало психопатоподобных расстройств совпадает с препубертатом. Характерно сочетание его с цереброастеническими расстройствами в виде повышенной утомляемости, частых головных болей, метеозависимости. Больные с указанными расстройствами обнаруживают повышенную раздражительность, конфликтность, агрессивность, лживость. В первую очередь, это проявляется в семье, в виде конфликтов с родителями, оппозиционного отношения к ним, затем побегами из дома, кражей денег; пропуском занятий в школе, школьной дезадаптацией, общением с асоциальными подростками, праздным, времяпрепровождением. Стремлением к получению примитивных удовольствий (алкоголизацией, табакокурением, наркотизацией). Наиболее частыми и характерными расстройствами, приводившими к госпитализации в психиатрическую больницу, были побеги из дома, когда подросток в течение нескольких месяцев живет где-нибудь у чужих людей, у алкоголиков, бродяг, попрошайничает или ворует. Нередко отмечались побеги на далекие расстояния: в другой город, в горы, в пригород. Подросток может убежать один, иногда в компании с одним или 2-3 приятелями. При групповых побегах часто регистрировались различные правонарушения в виде краж, хулиганских действий. Иногда дети возвращаются домой сами, чаще задерживаются милицией, попадают в приемник-распределитель.

Как показывает анализ, у 2/3 больных посттравматические психопатоподобные нарушения развиваются на фоне резидуальной церебро-органической недостаточности. В преморбиде преимущественно отмечались астено-невротические расстройства, эпилептиформный синдром, гипертензионно-гидроцефальный синдром. Характеризуя эту группу больных, следует отметить, что в данном случае клинические проявления были более выражены, психопатоподобные расстройства имели более грубый упорный характер, часто сопровождалась интеллектуально-мнестическим регрессом, т.е. для больных с патологическим преморбидом характерны более сложные структуры психопатоподобного синдрома. В тоже время, помимо психопатоподобных расстройств, в этих случаях часто выявляются другие расстройства в виде интеллектуальной недостаточности, ЗПР, неврозоподобных расстройств, отдельных пароксизмальных состояний, выраженных цереброастенических проявлений.

ОКРОД отмечался нами у 13,3% детей. Начало первых клинических проявлений регистрировалось в среднем через 1,2 лет. Представлен он был различными степенями интеллектуальной недостаточности от лёгкой дебильности до имбецильности. Расстройства, возникавшие у детей в этой группе, в подавляющем большинстве обусловлены органическим повреждением мозга в следствие ЧМТ. Причём, чем меньше возраст ребёнка, получившего ЧМТ, тем более выраженные нарушения интеллекта были отмечены, в старшем возрасте нарушения интеллекта наблюдались не столь грубые.

Как и при предыдущих расстройствах, структура олигофренического синдрома включала в себя и другие психопатологические проявления помимо интеллектуально-мнестических расстройств. В основном, отмечались нарушения поведения в виде эмоционально-волевой неустойчивости, повышенной возбудимости и в некоторых случаях имели место цереброастенические проявления. Расстройства памяти были сопряжены с интеллектуальными расстройствами и не вырисовывались отдельно. Следует отметить, что особенностями олигофренического синдрома, в отличие от олигофрении, являлось наличие прогрессиентности у половины больных с олигофреническим синдромом. Мы наблюдали утяжеление степени дебильности, однако при правильном патогенетическом лечении посттравматические олигофрении, в отличие от врождённых, протекали более благоприятно.

Последствия перенесённой ЧМТ в виде **задержки психического развития** отмечались у 9,2% детей. Начало, в среднем, через 1,9 лет. ЗПР отмечалась у детей в структуре уже рассмотренных выше синдромов эпилептиформного и

психопатоподобного, но в данном случае ЗПР была на первом плане среди других расстройств. Обычно задержка психического развития многими исследователями рассматривается как временное состояние психики ребёнка и предусматривает, в последующем, выравнивание интеллектуально-мнестического недоразвития, обусловленного теми или иными причинами. В наших наблюдениях данное положение также подтверждается: по достижении пубертатного возраста мы отмечаем положительную динамику данного состояния. Однако наличие в преморбиде резидуальной органической церебральной патологии усложняло клиническую картину ЗПР и в отдалённом анамнезе создавало почву для формирования олигофрении. Нужно также отметить, что для посттравматической задержки психического развития, в отличие от врождённых форм, была характерна парциальность симптоматики в виде преимущественной задержки речевого развития.

Неврозоподобный синдром отмечался у 9,2% больных.

Начало неврозоподобных расстройств после перенесённой травмы, в среднем, регистрируется через 3 года. Неврозоподобные расстройства в большинстве своем представлены навязчивыми действиями, тиками. Они во всех случаях сочетались с выраженными астеническими проявлениями, повышенной истощаемостью, раздражительностью, колебаниями настроения, в некоторых случаях расстройствами сна, кошмарными сновидениями. Фобические расстройства, входящие в структуру неврозоподобного синдрома, также часто были представлены в наших наблюдениях. Причём у детей младшего возраста они регистрировались у всех. Больные боялись темноты, оставаться одним дома, спали при свете, боялись заходить в кладовку или в туалет. В нескольких наблюдениях на высоте фобий больные жаловались на устрашающие образы, галлюцинации, оклики. Более сложная картина неврозоподобного синдрома, а также резистентность указанных расстройств наблюдались, когда травма мозга имела место на фоне резидуальной церебральной патологии. В отличие от невроза у детей для посттравматического неврозоподобного синдрома было характерно его течение с частыми обострениями, возникающими после интеркуррентных заболеваний, ОРВИ, при этом чётко прослеживалась сезонность.

Кроме того, среди больных перенесших ЧМТ, нужно выделить группу больных (8,3%) у которых на фоне органических расстройств формировалось **ХОРЛ**.

Начало патологического формирования наблюдалось в среднем через 4 года. В данном случае ЧМТ являлась фактором, искажающим формирование развивающейся личности. Немаловажное значение при этом имеют личностные особенности подростка, неправильное воспитание, отношение близкого окружения к травме, факторы среды, наследственность. Особенностью патохарактерологического развития на фоне ЧМТ является преимущественное развитие его по истероидному типу, что отмечено у всех больных. А также характерно наличие во всех случаях цереброастенических проявлений.

Цереброастенический синдром был выделен у 7,5% больных.

Начало в среднем через 3,5 года. В эту группу отнесены дети и подростки, у которых посттравматические нарушения в отдалённом периоде ограничивались только цереброастеническими расстройствами. Следует отметить, что отдельные цереброастенические жалобы в виде головных болей, головокружения, в большинстве своем отмечались сразу после полученной травмы мозга, но в развернутом классическом виде они проявлялись на более поздних этапах. Более ярко цереброастенические жалобы проявлялись в периоды возрастных кризисов. При цереброастеническом синдроме больные предъявляют жалобы на повышенную утомляемость, особенно при умственной и физической нагрузке, раздражительность, эмоциональную лабильность. Отмечается снижение работоспособности, истощаемость вместе с двигательной расторможенностью. Указанные симптомы чаще отмечались к концу дня или на последних уроках. Характерно было снижение школьной успеваемости, больше времени затрачивалось на выполнение заданий, за счет затруднения концентрации внимания, инертности мыслительных процессов, снижения памяти.

Таким образом, раскрыты особенности психических нарушений у детей, перенесших черепно-мозговую травму, описаны характерные психопатологические синдромы, что имеет важное клиническое и прогностическое значение.

**К ПРОЕКТУ КОНЦЕПЦИИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
ПОМОЩИ В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН НА 2005-2010 г.г.**

Г.Х.Айбасова, А.Л.Катков

С момента опубликования и принятия предыдущего программного документа в области психического здоровья населения Республики Казахстан «Концепции об охране психического здоровья, психиатрической и наркологической помощи в Республике Казахстан на период 2001-2005 г.г.» прошло 4 года. Однако не только календарные сроки обновления данной программы делают настоящую тему актуальной. Приходится констатировать тот факт, что ситуация в области психического здоровья в Республике за последующие годы существенным образом не изменилась. Это утверждение касается, главным образом, отрицательной динамики индикаторов распространения психических заболеваний, включая зависимость от психоактивных веществ. Однако, справедливо и то, что, несмотря на некоторое улучшение материально-технического и кадрового обеспечения служб психического здоровья (психиатрической и наркологической), открытие в обозначенный период времени двух научно-практических центров: психиатрии, психотерапии и наркологии в г. Алматы и медико-социальных проблем наркомании в г. Павлодаре, структура, технологии, кадровая спецификация и система подготовки специалистов в данном секторе здравоохранения остается традиционной. В то время как все более возрастающие потребности населения в широком ассортименте, значительном объеме и высоком качестве услуг, предоставляемых службами психического здоровья (психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической) диктуют необходимость существенных, конструктивных изменений.

В данной связи нами разработан проект концепции совершенствования специализированной помощи в сфере психического здоровья населения Республики Казахстан на 2005-2010 г.г., в котором (в отличие от предыдущего программного документа) основной акцент сделан на:

- разработку и внедрение обновленного, системно-развивающего стандарта нормативного регулирования деятельности служб психического здоровья, учитывающего современные требования и тенденции развития данного сектора здравоохранения;
- развитие служб психотерапевтического и медико-психологического профиля (консультационно-психологического);
- развитие бригадного подхода в деятельности психиатрических учреждений;
- выведение в разряд первоочередных задач вопросов действенного обеспечения психического

здоровья, превенции психических и наркологических заболеваний с включением данных показателей в систему мониторинга.

Вопросы совершенствования системы наркологической помощи населению в данном проекте не рассматриваются (соответствующий программный документ разработан и находится на рассмотрении в Министерстве здравоохранения Казахстана).

I. Введение

1.1. Документальная база

Настоящая концепция базируется на следующих законодательных нормативных актах РК:

- основных принципах «Стратегического плана развития Республики Казахстан до 2010 года», утвержденного Указом Президента РК от 04.12.01 г. № 735;
- стратегии основных направлений развития здравоохранения в Республике Казахстан до 2010 года;
- Законе Республики Казахстан «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан» от 19 мая 1997 г.;
- Законе Республики Казахстан «О системе здравоохранения» от 10 июня 2003 г.;
- Законе Республики Казахстан «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 16 мая 1997 г.

На следующих международных программных документах:

- цели ООН в области развития на пороге тысячелетия в Казахстане (ООН, 2002)
- десять основных принципов ВОЗ в законодательстве о психическом здоровье (ВОЗ, 1998)
- резюме Мадридской декларации в сфере психического здоровья (Мадрид, 1994)
- «10 рекомендаций для достижения более высоких уровней психического здоровья» (Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда, ВОЗ, 2001)
- стратегия и политика Всемирной Психиатрической Ассоциации (Июкогама, 2002)

1.2. Международный контекст развития служб психического здоровья

Психические и поведенческие расстройства, по данным ВОЗ, в любое время наличествуют

приблизительно у 10% взрослого населения. Около 20% всех больных, которых обследуют работники первичной медико-санитарной помощи, страдают от одного или большего числа психических расстройств. Каждая четвертая семья имеет обычно хотя бы одного члена, который страдает поведенческим или психическим расстройством. Последние составляют по подсчетам, проводимым в 2000 г., 12,1% глобального бремени болезней. Предполагается, что этот показатель к 2020 г. возрастет до 15%. Однако, уже сегодня психические расстройства представляют собой пять из 10 ведущих причин инвалидности в мире.

Между тем, в большинстве регионов мира психическое здоровье и психические расстройства не рассматриваются как нечто столь же важное, как и физическое здоровье. Бюджеты на лечение психических заболеваний составляют менее 1% от общего объема расходов на здравоохранение. Из 450 миллионов людей, нуждающихся в интенсивном лечении и уходе по поводу имеющих у них психических и поведенческих расстройств лишь незначительная часть получает какую-то помощь. Расходы на поддержание и развитие высоких уровней психического здоровья населения представлены в еще более незначительном объеме, несмотря на стремительное ухудшение показателей по данному профилю в большинстве стран, очевидную взаимосвязь данного явления с социальными эпидемиями, грозящими всему миру: терроризм, религиозный экстремизм, распространение наркоманий, сопутствующего ВИЧ/СПИД (Доклад тысячелетия, ООН, 2000).

В связи со всем сказанным ВОЗ считает необходимым определить состояние служб помощи в области психического здоровья в большинстве стран, провести их переоценку и реформировать их для обеспечения наилучших видов лечения и помощи. Необходимо разрабатывать национальную политику в области психического здоровья, соответствующие программы и законодательство. Крайне важно развивать кадровые ресурсы служб психического здоровья (психиатры, психотерапевты, клинические психологи, социальные работники, средний медицинский персонал, специалисты в области трудового обучения и трудотерапии и другие). Повышенное внимание следует уделять научным исследованиям, постоянному мониторингу психического здоровья, просвещению населения по данному профилю. Реализация вышеназванных направлений и мероприятий должна приводить к полноценному обеспечению всех нуждающихся первичной и специализированной помощью (психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической и др.), оказанию помощи психически больным по месту жительства, обеспечению участия самих больных и их ближайшего окружения (в

том числе, семей) в принятии решений в отношении конкретных и общих проблем психического здоровья, повышению уровня психического здоровья населения в большинстве стран мира. Сценарии достижения названных результатов различны для стран с низкими, средними и высокими возможностями ресурсного обеспечения данного процесса.

1.3 Национальный контекст развития служб психического здоровья

Динамика состояния психического здоровья населения, особенности формирования служб психического здоровья в Республике Казахстан в последние десятилетия во многом обусловлены социально-экономическими изменениями, проходящими в режиме кризисного развития: сменой основной экономической формации, всего социально-экономического строя, подходов и методов к деятельности учреждений социального сектора, в частности, учреждений здравоохранения.

Следует отметить существенный рост первичной заболеваемости по профилю психических и поведенческих расстройств среди всех возрастных категорий населения Республики Казахстан, включая детей и подростков (таблицы 1, 2, 3). Данная динамика характерна для всех регионов Республики.

Отмечается также рост общей заболеваемости по профилю психических и поведенческих расстройств, как по отдельным регионам, так и по Республике в целом, фиксируемый во всех возрастных группах (таблицы 4, 5, 6).

Ежегодно анализируемые данные военной и судебной психиатрических экспертиз убеждают в том, что реальная ситуация в области психического здоровья населения Республики отличается от вышеприведенных цифр в сторону ухудшения базисных показателей.

Таким образом, в Республике Казахстан отмечается общая для всех мировых регионов тенденция к утяжелению бремени болезни, несомый обществом в связи с ростом распространения психических и поведенческих расстройств.

Между тем, при наличии тенденций очевидно ухудшения ситуации в области психического здоровья населения, показатели ресурсной обеспеченности служб психического здоровья (материально-технической, финансовой, кадровой) по Республике Казахстан в рассматриваемый период времени непрерывно снижались, что, отчасти, объясняется сложной социально-экономической ситуацией, но также и низкой приоритетной позицией, занимаемой службами психического здоровья (психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической) в системе здравоохранения Республики Казахстан. Диаграммы 1 и 2 иллюстрируют показатели обеспеченности психиатрической помощью населения Республики в период 1990-2002 гг.

Таблица 1

Первичная заболеваемость психическими расстройствами (общая)

Наименование	Число зарегистрированных психических расстройств с впервые в жизни установленным диагнозом на 100000 населения												
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Республика Казахстан	177,5	198,8	180,0	158,3	174,8	145,2	143,5	146,5	161,8	166,5	181,1	186,5	181,0

Таблица 2

Первичная заболеваемость психическими расстройствами (детская)

Наименование	Число зарегистрированных психических расстройств с впервые в жизни установленным диагнозом на 100000 детского населения												
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Республика Казахстан	229,9	197,8	177,2	170,8	157,3	169,4	179,1	168,7	204,0	22,7	253,6	256,3	241,7

Таблица 3

Первичная заболеваемость психическими расстройствами (подростковая)

Наименование	Число зарегистрированных психических расстройств с впервые в жизни установленным диагнозом на 100000 подросткового населения												
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Республика Казахстан	-	-	-	191,6	220,8	196,9	168,8	217,7	248,8	280,4	344,8	335,2	329,2

Таблица 4

Контингент больных с психическими и поведенческими расстройствами по данным психоневрологических учреждений

Наименование	Число больных с психическими и поведенческими расстройствами, состоящих под наблюдением – всего на 100000 населения												
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Республика Казахстан	1456,4	1404,1	1618,5	1628,5	1632,6	1638,5	1657,1	1721,8	1770,3	1864,3	1901,0	1940,1	1974,6

Таблица 5

Контингент больных детей с психическими и поведенческими расстройствами по данным психоневрологических учреждений

Наименование	Число больных детей с психическими и поведенческими расстройствами, состоящих под наблюдением – всего на 100000 детского населения												
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Республика Казахстан	909,7	816,8	956,2	928,8	874,4	876,3	915,4	792,0	887,1	1043,6	1074,0	1132,7	1145,9

*Контингент больных подростков с психическими и поведенческими расстройствами
по данным психоневрологических учреждений*

Наименование	Число больных подростков с психическими и поведенческими расстройствами, состоящих под наблюдением – всего на 100000 подросткового населения												
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Республика Казахстан	-	-	-	2225,4	2114,3	2044,4	1911,2	1949,2	2047,2	2037,0	2209,0	2355,8	2440,3

Диаграмма 1

Коечный фонд психиатрических стационаров

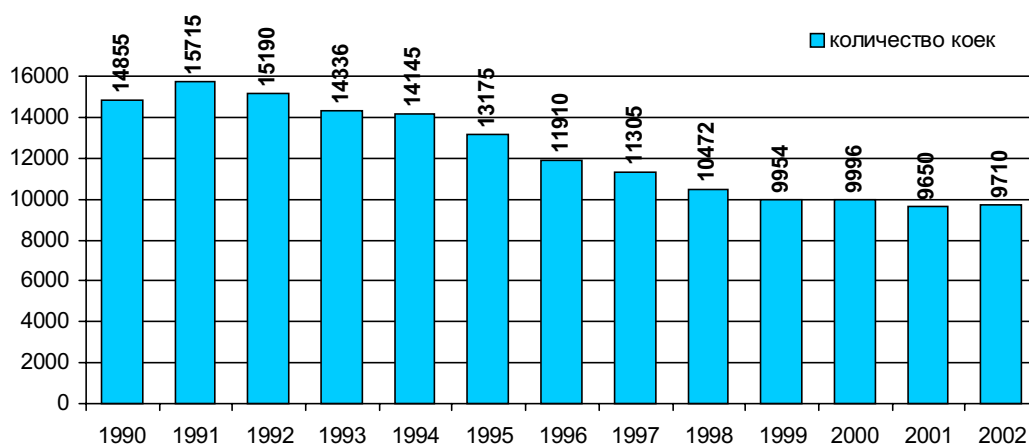
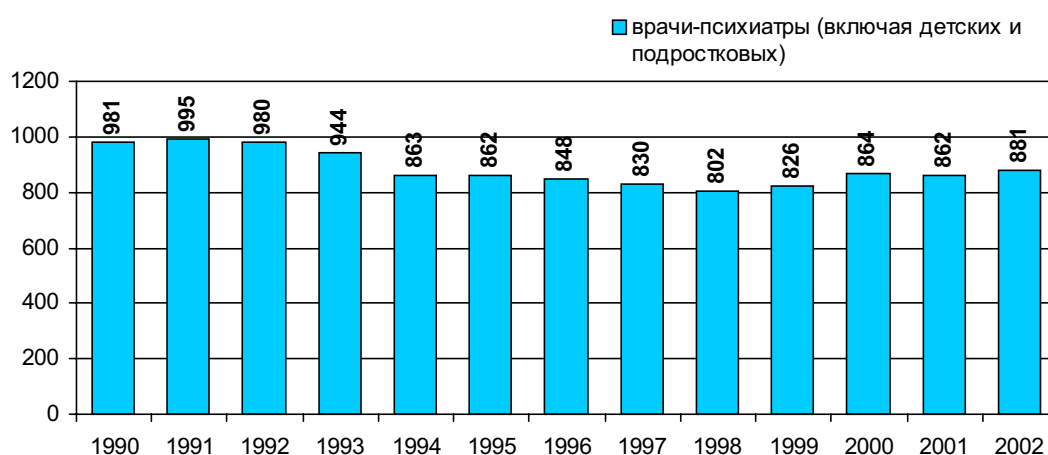


Диаграмма 2

Кадры врачей-психиатров



Следует отметить и позитивные тенденции в развитии служб психического здоровья Казахстана в последнее десятилетие. Существенные шаги были предприняты в области нормативного регулирования: принят Закон Республики Казахстан «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», разработаны и утверждены ведомственные приказы № 147 от 31.03.1997 г. «О дальнейшем улучшении психотерапевтической помощи населению Республики Казахстан», № 2-30/117 от 7.08.1992 г. «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию психологической службы в системе здравоохранения», № 407 от 18.08.1997 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию судебно-психиатрической экспертизы в Республике». В 2002 г. был открыт Республиканский научно-практический Центр психиатрии, психотерапии и наркологии с функциями научно-информационного обеспечения процессов развития служб психического здоровья. В последние годы успешно развивается частный сектор по профилю психотерапии и психологического консультирования. В тоже время организационные, профессиональные (квалификационные) и образовательные стандарты по основным направлениям деятельности служб психического здоровья не претерпели существенных изменений. Спектр услуг, предоставляемых населению по профилям психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической помощи населению остается, в основном, традиционно-ограниченным, не отвечающим требованиям времени и запросам населения ни в объемных (доступность) ни в качественных (эффективность) показателях.

Таким образом, службы психического здоровья Республики на сегодняшний день, в основном, остаются вне контекстов мирового развития данной отрасли здравоохранения. Они также выпадают из общего контекста развития системы здравоохранения Республики Казахстан, характеризующегося интенсивным процессом реформирования всего уклада данной системы в соответствии с эволюцией социально-экономических отношений в Республике, интенсивным технологическим, кадровым переоснащением сектора здравоохранения, стремящегося действовать в соответствии с растущим запросом населения на широкий ассортимент, высокое качество и доступность специализированных услуг, многообразие правовых, организационных и финансово-экономических форм оказания профильной помощи населению, организацией научно-информационного сопровождения и многоуровневого мониторинга эффективности.

Настоящей Концепцией предусматривается реализация комплекса мероприятий, способствующих эффективному развитию служб

психического здоровья в направлении названных мировых и республиканских контекстов.

II. Основные принципы развития служб психического здоровья в Республике Казахстан

Основные принципы совершенствования и развития служб психического здоровья в Республике выстраиваются с учетом прогрессивного мирового и республиканского опыта в вопросах индивидуального и социального психического здоровья, а также в соответствии с основным вектором социального развития, ожиданиями и запросами населения в отношении специализированной помощи.

К основным принципам совершенствования и развития служб психического здоровья в Республике относятся следующие:

- гуманность (здесь имеется в виду не только правовое решение проблемы нестеснения и оказания неотложной психиатрической помощи, но и многоаспектная профилактика стигматизации психически больных, обеспечение достойных условий пребывания пациентов в стационарах и психоневрологических учреждениях, общая направленность деятельности служб психического здоровья на повышение качества жизни как психически больных, так и здоровых граждан);

- доступность (здесь имеется в виду необходимый объем государственных инвестиций в службы психического здоровья, широкий ассортимент и объем услуг предоставляемых данным сектором, их высокое качество и эффективность);

- научная обоснованность всех мер и действий, предпринимаемых в сфере психического здоровья (многоуровневый регулярный мониторинг ситуации в сфере психического здоровья населения, разработка основных механизмов конструктивного воздействия на ситуацию, структурные, технологические, кадровые изменения в соответствии с обновленными стандартами);

- сопоставимость с мировым опытом конструктивного развития служб психического здоровья (выведение служб психического здоровья в национальные приоритеты, многоуровневый мониторинг состояния и служб психического здоровья, разработка национальной политики и законодательства, разработка программы реформ в организации служб психического здоровья, развитие материально-технических, кадровых ресурсов соответствующих служб, повышенное внимание научно-информационному обеспечению данных процессов, ориентация на потребности пациента, семьи и близких людей в связи с проблемами в сфере психического здоровья, запросы общества);

- сопоставимость с общим контекстом развития системы здравоохранения Республики Казахстан и лучшими традициями формирования

служб психического здоровья (расширение ассортимента, повышение доступности и качества услуг, многообразие организационных форм профильной помощи населению, многоуровневый мониторинг эффективности, сохранение и развитие традиций аргументированного клинического подхода, многоуровневой системы организации специализированной помощи, централизации служб психического здоровья в разумных пределах с расширением их представительства в общей сети учреждений здравоохранения и социальных учреждений);

- ориентация на первичную профилактику и активное формирование индивидуального и социального психического здоровья (здесь имеются в виду акценты на интенсивное развитие психотерапевтической и медико-психологической помощи населению, разработку соответствующих образовательных программ для педагогов и учащихся, специальных информационно-образовательных программ для семьи, технологий социальной психотерапии и других социальных технологий);

- ориентация на создание системных взаимосвязей (мультисекторальный подход между основными агентами, действующими в направлении многопрофильной помощи психически больным и активного формирования психического здоровья в обществе).

III. Цели и задачи развития специализированной помощи в сфере психического здоровья в Республике Казахстан

Цель: достижение удовлетворительных результатов в направлении первичной, вторичной и третичной профилактики психических болезней; формирование высоких уровней психического, психологического здоровья, социальной эффективности и качества жизни населения Республики Казахстан.

Основные задачи:

1. Инвентаризация основных проблем и организация системного мониторинга в сфере психического здоровья населения
2. Разработка единой стратегии и формирование государственной политики в сфере психического здоровья населения Республики Казахстан
3. Разработка межведомственной программы в сфере психического здоровья населения Республики Казахстан
4. Разработка соответствующих ведомственных подпрограмм в соответствующих социальных секторах (здравоохранение, образование, социальное обеспечение)
5. Разработка концепции системно-развивающего стандарта для служб психического здоровья (психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической)
6. Формирование системы обновленных базисных стандартов услуг, профессиональных

(квалификационных) стандартов, образовательных стандартов в сферах психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической помощи населению в Республике

7. поэтапное реформирование служб психического здоровья в Республике Казахстан в соответствии с современными требованиями и потребностями населения

8. Обеспечение данного процесса действенным научно-информационным и организационно-методическим сопровождением

IV. Основные приоритеты в деятельности служб психического здоровья в Казахстане

Основными приоритетами в деятельности служб психического здоровья Республики Казахстан, являются:

1. Разделы деятельности психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической служб, направленные на работу с детьми, подростками, семьей

2. Направления деятельности служб психического здоровья (в первую очередь – психотерапевтической, медико-психологической), ориентированные на первичную профилактику и активное формирование психического и психологического здоровья

3. Научная и образовательная деятельность в сфере психического здоровья, разработка новых эффективных технологий профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и ресоциализации, разработка новых подходов в формировании отраслевых стандартов сферы психического здоровья населения, активное переобучение персонала служб психического здоровья

4. Активное международное сотрудничество на уровне научно-исследовательских учреждений, профессиональных ассоциаций по широкому спектру вопросов обеспечения и развития психического здоровья

V. Основные направления и механизмы реализации целей и задач развития служб психического здоровья в Республике Казахстан

Основным механизмом выполнения базовых принципов совершенствования служб психического здоровья, планируемых целей и задач является реализация одноименной Государственной Программы, ведомственных подпрограмм, соответствующих компетенции каждого социального сектора. Названные программы предусматривают следующие конкретные направления и механизмы реализации общего плана действий.

5.1. Нормативно-правовое направление реализуется за счет следующих мероприятий:

- разработки системно-развивающего стандарта для служб психического здоровья Республики

(психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической);

- разработки проекта Закона Республики Казахстан «О психотерапевтической и медико-психологической помощи в Республике Казахстан»;
- внесения предложений и дополнений по совершенствованию Закона Республики Казахстан «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 16 мая 1997 г.
- внесения изменений в приказ Министерства здравоохранения Казахстана № 269 от 13 мая 1998 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи»;
- внесения изменений в приказ Министерства здравоохранения Казахстана № 147 от 31.03.97 г. «О дальнейшем улучшении психотерапевтической помощи населению Республики»;
- внесения изменений в приказ Министерства здравоохранения Казахстана № 2-30/117 от 07.08.92 г. «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию психологической службы в системе здравоохранения».

5.2. *Организационно-управленческое направление* реализуется за счет внедрения разработанных стандартов организации системы психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической помощи населению Республики, ориентированных на результаты постоянного мониторинга уровня психического и психологического здоровья населения, потребностей в услугах, ассортимента и качества предоставляемых услуг, общей эффективности деятельности служб психического здоровья.

5.3. *Научно-информационное направление* реализуется за счет интенсивной разработки и внедрения эффективных технологий профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, ресоциализации в деятельность психиатрических, психотерапевтических и медико-психологических служб; технологий эффективного мониторинга за состоянием и уровнем психического здоровья населения, эффективностью деятельности служб психического здоровья; информационных технологий, в частности, создания единой информационной сети служб психического здоровья по Республике Казахстан.

5.4. *Технологическое направление* реализуется за счет разработки (на базе инновационных технологий профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, ресоциализации) широкого ассортимента услуг, предоставляемых психиатрической, психотерапевтической, медико-психологическими службами в соответствии с потребностями населения и запросами общества. Соответствующие классы услуг кодируются в классификаторе услуг, предусмотренных для каждого вида помощи. Их реализация проводится в соответствии с разработанными стандартами,

обеспечивающими высокий уровень качества и эффективности.

5.5. *Кадровое направление* реализуется за счет:

- расширения штатного расписания служб психического здоровья, предусматривающего как увеличение существующих должностей (врачей, психологов, средних медработников) так и создание новых;
- разработки и внедрения обновленных профессиональных (квалификационных) стандартов, предусматривающих полную профессиональную компетенцию в области современных специализированных технологий профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, ресоциализации;
- интенсивной подготовки и переподготовки специалистов по обновленным программам.

5.6. *Образовательное направление* реализуется за счет:

- разработки и внедрения обновленных образовательных стандартов в сфере подготовки персонала служб психического здоровья, соответствующих современным требованиям;
- форсированной подготовки и переподготовки научно-педагогических кадров, способных эффективно реализовать обновленные программы додипломной и последипломной подготовки специалистов в области психического здоровья;
- масштабной подготовки и переподготовки специалистов соответствующего психиатрического, психотерапевтического, медико-психологического профиля и укомплектования сети специализированных учреждений высокопрофессиональными кадрами.

VI. Заключение

Основным функциональным стрержнем данной Концепции является идеология системно-развивающего стандарта, эффективно действующего в сфере психического здоровья населения Республики Казахстан.

Таким образом, системно-развивающий стандарт представляет собой принцип эффективного стимулирования и регулирования процессов развития служб психического здоровья. Данный стандарт выстраивается с учетом лучших эталонов развития служб психического здоровья в мире и конструктивных форм организации деятельности данного сектора в Республике Казахстан.

Он предусматривает:

- системное исследование ситуации в сфере психического и психологического здоровья населения (стандарт мониторинга);
- постоянное наращивание активности в области формирования конструктивной государственной политики в сфере психического здоровья населения (стандарт приоритетов);

- системное взаимодействие различных социальных структур, действующих в сфере психического здоровья, их эффективную реорганизацию в соответствии с исследованиями потребностей населения и запросов общества (организационный стандарт);

- форсированное развитие широкого и доступного ассортимента услуг психиатрического, психотерапевтического, медико-психологического профиля, с гарантией качества и эффективности специализированной помощи (стандарты услуг);

- существенный рост профессиональной компетентности специалистов в сфере психического здоровья (квалификационный стандарт);

- существенное улучшение качества подготовки специалистов названного профиля, уровня преподавания профессиональных дисциплин в сфере психического здоровья (образовательный стандарт).

Таким образом, успешная реализация Концепции совершенствования специализированной

помощи в сфере психического здоровья населения Республики Казахстан на 2005-2010 г.г. будет зависеть от адекватной разработки данного системного стандарта и энергичного внедрения его основных позиций в деятельность соответствующих служб психического здоровья.

Полноценная реализация соответствующей Государственной Программы потребует мобилизации и концентрации всех ресурсов, имеющихся в секторе обеспечения психического здоровья населения Республики, особой активности профильных научных центров.

Вместе с тем, разработки и широкомасштабное внедрение системно-развивающего стандарта, в конечном итоге, позволит в ограниченное время существенно повысить масштабы и эффективность усилий, противодействующих тенденциям распространения психических заболеваний и социальных эпидемий (наркологии, ВИЧ/СПИДа и т.д.) в Республике Казахстан.

ДИССИМУЛЯЦИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ (клиническое и экспериментально-психологическое исследование)

Ж.Ш.Аманова, А.Г.Лободенко, Б.К.Садыкова, А.Т.Каскакова

Одной из наиболее актуальных и, в тоже время, наиболее сложных проблем психиатрии является вопрос о своевременной диагностике шизофрении, определение глубины и качества ремиссии. Вместе с тем, необходимо отметить, что существует ряд феноменов, вуалирующих клиническую картину заболевания и затрудняющих диагностический процесс.

Одним из таких факторов является феномен диссимуляции. Под диссимуляцией в психиатрии понимается осознанное, целенаправленное сокрытие, утаивание признаков психического заболевания. Диссимуляция не является клиническим симптомом или синдромом в психопатологическом аспекте. Явления диссимуляции встречаются при психических, но и при соматических болезнях. Например, в населении бытует мнение о болезнях «престижных» и «непрестижных». Поэтому человек нередко охотно говорит окружающим, что он лечится у кардиолога или невропатолога, и в тоже время скрывает факт заболевания туберкулезом или сифилисом. Врачи-психиатры нередко наблюдают явления диссимуляции у родственников психически больных, когда ими утаиваются или отрицаются психические болезни у других родственников. Это связано с распространенным мнением о наследственной обусловленности психической патологии, и невольно бросает тень на здоровых родственников.

Несмотря на широкое распространение этого феномена в соматической медицине, тем не менее, диссимуляция наиболее часто встречается в психиатрии (и чаще всего при шизофрении). В связи с наличием диссимуляции диагностика шизофрении нередко запаздывает. По данным сотрудников ГНЦ им. Сербского правильный диагноз шизофрении выставляется чаще спустя 5-10 лет от начала заболевания. По мнению Снежневского А.В. (1972) примерно 30% больных шизофренией «получают» свой диагноз спустя 6 и более лет от момента заболевания и обращения к психиатрам. Это связано не только с полиморфностью клинической картины шизофрении, но и с диссимуляцией, затушевывающей признаки болезни. А несвоевременная и неточная диагностика влечет за собой неверную лечебную, реабилитационную и экспертную тактику.

Несмотря на то, что феномен диссимуляции известен с давних пор, число специальных исследований этой проблемы крайне мало, а литературные данные неполны и взаимопроверочны. Расходятся мнения о феноменологической сущности диссимуляции, ее формах, типах, механизмах, мотивах, о способах и методов ее распознавания.

В клинической психиатрической практике явления диссимуляции можно наблюдать на разных

этапах течения шизофренического процесса: инициальном, этапе активного течения, этапе ремиссии и дефекта. В связи с этим различными могут быть формы, методы, мотивы сокрытия болезненных переживаний, также имеют различия и способы диагностики.

По нашему мнению, в остром психотическом состоянии больной не в состоянии скрыть свои переживания, т.к. они всецело определяют его поведение и речевую продукцию. При вялом течении заболевания или по минованию обострения, больные начинают понимать, какие его жалобы, высказывания, особенности поведения могут быть поняты окружающими как проявление психического заболевания. В этом аспекте диссимуляцию необходимо рассматривать не как первичное явление (психопатологический симптом), а как вторичное образование – личностную защитную реакцию больного на факт психического заболевания, и оценку его поведения окружающими как поведение психически больного (с соответствующими личностными и социальными последствиями).

Таким образом, диссимуляция является приспособительной поведенческой реакцией (реакцией сохранных сторон личности на изменение личностного и социального статуса). Это возможно лишь при наличии определенной критики и элементов нозогнозии. Цель такой реакции - восстановление социального престижа как психически здорового.

Под нашим наблюдением находилось 25 больных параноидной шизофренией в возрасте 18-50 лет. Из них 15 мужчин и 10 женщин. У 17 больных течение заболевания было шубообразным, у 8 непрерывно-прогредиентным. Явления диссимуляции можно было наблюдать на начальном этапе (неврозоподобном, психопатоподобном, параноидальном), этапе активного течения болезни (при наличии параноидного или парафренного синдрома), при наличии ремиссии и дефекта.

По ведущему мотиву (цели) выделено три типа диссимуляции:

1. Социально-реализующий (35%)
2. Социально-изолирующий (30%)
3. Бредово-реализующий (35%)

Социально-реализующий тип диссимуляции – отмечался при преобладании аффективной патологии и становлении ремиссии гиперстенического типа. По нашему мнению, он наиболее благоприятен. Такие больные были хорошо адаптированы, они скрывали проявления болезни для восстановления своей прежней социальной роли, добивались снятия с учета, стремились к сохранению семьи, работы, профессионального престижа.

Социально-изолирующий тип диссимуляции – наблюдался чаще при астенизации личности, аутизме, субдепрессии. Такие больные опасались

возможного социального неуспеха, замыкались в себе, ограничивали социальные контакты, общение, замалчивали переживания, изолировали себя от общества («человек в футляре», «жизнь в скорлупе»)

Бредово-реализующий тип диссимуляции – наиболее опасен и неблагоприятен. В его основе лежит тщательно маскируемый бред, бредовая мотивация поведения. В этом случае имелись формальные высказывания о том, что «был болен?», «я ошибался», «мне казалось». Цель, которой добивались больные, скрывая бред, выписка из отделения и стремление на практике реализовать бредовые идеи. В зависимости от вида бреда, можно выделить варианты этого типа диссимуляции – персекуторный, депрессивный, экспансивный.

Формы диссимуляции (т.е. особенности поведения и высказываний, к которым прибегают диссимилирующие больные) также отличаются разнообразием:

1. Псевдорациональная форма – стремление больного дать понятное для окружающих, правдоподобное толкование фактам неправильного поведения, психологизировать свои переживания, это чаще наблюдается при параноидальном синдроме (систематизированном бреде).

2. Ретроанамнестическая форма – больные сознательно искажают анамнез, они убеждают в том, что сейчас они абсолютно здоровы, а болезненные переживания у них действительно были в далеком прошлом, а сейчас «Все прошло», это чаще наблюдается на этапе становления ремиссии.

3. Редуцирующая форма – больные соглашались с тем, что переживания у них действительно есть, но стало намного лучше, можно выписываться.

4. Негативистическая форма – отрицают у себя абсолютно все болезненные переживания, факты анамнеза. Стереотипно твердят, что полностью здоровы, никогда не болели и не понимают, почему их держат в больнице. Чаще встречается при парафренном синдроме (при длительно текущем шизофреническом процессе).

5. Аутистическая форма – сокрытие переживаний реализуется больными в сознательном ограничении социальных контактов, высказываний, молчаливости, снижение активности поведения, отмалчиваются в беседе или отвечают уклончиво («не говорю о себе ничего лишнего»). Чаще встречается на начальном этапе болезни и при становлении астенической или тимопатической ремиссии (которая проявляется стертыми аффективными колебаниями).

6. Конвенциональная (конформная) форма – подчеркнуто соблюдают общепринятые нормы поведения, стараются быть на глазах у медперсонала, демонстрируя свое психическое здоровье. Несмотря на наличие болезненных переживаний, скрывают их, ведут себя излишне правильно.

Распознавание диссимуляции – очень сложный процесс. Для этого необходимо тщательно изучать не только высказывания больных, а весь длинник и поперечник болезни, иметь (по возможности) объективный анамнез. Следует особо обращать внимание на наличие наследственной отягощенности, особенностей пубертатного периода, внезапно возникших изменений характера («крутой надлом»), наличие особых интересов, объективных признаков галлюцинирования. Могут отмечаться внезапные поступки (имеющие бредовую подоплеку), внезапно возникающее «знание» (проявление вербальных галлюцинаций или бредового «озарения»). Есть и определенные особенности в поведении больных, которые невозможно скрыть (микрокатотантические симптомы): манерность, дурашливость, застывание в одной позе, отгороженность, гипомимия, стереотипная вычурная жестикуляция, избегания взгляда в глаза. Высокодиагностически значимые симптомы 1 ранга по К.Шнейдеру больными обычно скрываются.

Экспериментально-психологическое исследование позволяет выявить тенденцию к диссимуляции и дисгармонии личности. С этой целью

применяется модифицированный вариант теста MMPI (Березин Ф.В., 1976).

При диссимуляции у больных шизофренией отмечается особое соотношение высоты профиля на оценочных шкалах L – лжи, F – достоверности, K – коррекции и клинических (психотических) шкалах теста 6-й ригидности, 8-й аутизма. При этом резкое повышение по шкалам L и K до 75 баллов, снижение шкалы F до 40 баллов говорит о стремлении скрыть болезненные переживания, отрицать имеющиеся затруднения и конфликты в семейной жизни, трудовой деятельности, ухудшение социальной адаптации. Пик по шкалам 6 и 8 отражает склонность к формированию ригидных, некорректируемых суждений, аутизм, ощущение враждебности со стороны окружающих (в клинике соответствует параноидному синдрому).

Таким образом, знание клиники шизофрении с явлениями диссимуляции позволяет отличить признаки болезни от вторичных (психологических) наслоений и избрать правильную тактику диагностического процесса и, следовательно, верную тактику лечения и экспертизы. Изучение феномена диссимуляции имеет большое теоретическое и практическое значение и нуждается в дальнейшем изучении.

Литература:

1. *Руководство по психиатрии под ред. Тиганова А.С. - М., 1999*
2. *Шумский Н.Г. Диагностические ошибки судебно-психиатрической экспертизы. - М., 1997*
3. *Шостакович Б.В. Судебная психиатрия. - М., 1997*
4. *Гурьева В.А. Подростковая судебная психиатрия. - М., 1982*
5. *Судебно-психиатрическая экспертиза диссимуляции больных параноидной шизофренией под ред. Чуркина А.В. - М., 1982*
6. *Гулькин Б.В., Кудрявцев И.А. Диссимуляция у больных приступообразно-прогредиентной шизофренией в судебно-психиатрической практике. - М., 1982*
7. *Снежневский А.В. Шизофрения. - М., 1972*
8. *Березин Ф.Б. Метод многостороннего исследования личности. - М., 1976.*

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЗИПРЕКСА В ЖЕНСКОМ ОТДЕЛЕНИИ РПБСТИН

В.С.Бойко

В наши дни уже ни у кого не возникает вопроса о целесообразности применения психофармакотерапии. Расширились границы терапевтического воздействия, открылись новые возможности социально-трудовой реабилитации с возвращением больных к трудовой деятельности. Общеизвестно, что терапия больных шизофренией сопряжена с рядом трудностей, в первую очередь, плохая коррекция негативных расстройств (симптомов выпадения), а также трудности, связанные с наличием побочных эффектов и осложнений при лечении традиционными нейролептиками.

С появлением на фармацевтическом рынке нейролептиков нового поколения, таких как препарат Зипрекса, появилась возможность на практике опробовать их терапевтическую эффективность. Во всех рекламных проспектах, в аннотациях к данному препарату достаточно заманчиво звучат призывы «Возвращение личности обществу». «Нейролептик первого выбора. Быстрая и эффективная редукция продуктивной симптоматики. Зипрекса достоверно эффективнее галоперидола воздействует на дефицитарную симптоматику. Зипрекса вызывает значительно меньше

экстрапирамидных побочных эффектов, чем галоперидол. Зипрекса – удобство применения. Зипрекса – не требует контроля гематологических показателей».

В моей практике удалось пронаблюдать применение Зипрексы у группы женщин в возрасте от 20 до 25 лет с первичным проявлением психопатологического процесса, где начало болезни, было острым с пышной полиморфной аффективно-галлюцинаторно-бредовой симптоматикой. В острой клинике на первых этапах всем этим пациенткам назначался препарат Зипрекса с ожиданием непосредственно ближайшего эффекта. Четко был виден синдром манифестации и на пике его развития назначался препарат, который шел в сочетании с традиционными нейролептиками. Просматривалось действие на коротком отрезке времени. Основное внимание было уделено на синдрому.

Как же в течение одного курса происходили изменения в структуре лишь одного состояния? В лучшем случае можно было пронаблюдать начало становления ремиссии. Но утверждение, что Зипрекса достоверно эффективнее галоперидола действует на дефицитарную симптоматику, практически подтвердить не представилось возможным из-за невыкристаллизованной еще дефицитарной симптоматики и применения Зипрексы в комбинации с другими нейролептиками.

Проследить отдаленные сдвиги, наступающие при лечении на уровне этапов развития болезни, не представилось возможным, из-за непродолжительности применения препарата и отсутствия четкой преемственности стационарной и амбулаторной службы.

Данная возможность имеется при условиях принудительного лечения. Учитывая, что пациент находится в РПБСН продолжительное время, появилась возможность воздействовать на психотические расстройства непрерывно, длительно, с учетом индивидуальной чувствительности и с учетом «поперечника» заболевания в динамике развития синдрома.

В женском отделении получали Зипрексу две пациентки:

1. Больная Ж., 1952 г.р. Диагноз: Шизофрения, параноидная форма с приступообразно-прогредиентным типом течения, с 15.03.2001 года назначен препарат Зипрекса.

2. Больная В., 1950 г.р. Диагноз: Шизофрения, параноидная форма с приступообразно-прогредиентным типом течения, с 29.03.2001 года назначен препарат Зипрекса.

В первом случае поступление в психиатрическую клинику первичное, ранее у психиатров не наблюдалась. В анамнезе шизоидные черты, манифестация психоза с параноидной симптоматикой, на высоте которого совершила ООД (убийство сына). В РПБСН находится с 4 мая 2000 года. При

поступлении на переднем плане отмечалась параноидная симптоматика на фоне депрессивного аффекта, с суицидальными мыслями. В начале терапии получала традиционные нейролептики, быстро выросла нейролептическая симптоматика, положительной динамики в развитии психоза не наблюдалось. Зипрекса назначена с 15 августа, через 2,5 месяца с момента поступления, в дозировке 10 мг в сутки, на ночь, с последующим увеличением до 20 мг в сутки, кратностью приема 2 раза в сутки утром и на ночь. В течение первого месяца наблюдалось снижение аффективной насыщенности бредовых переживаний, в последующем с полным редуцированием острой психосимптоматики, выравниванием аффекта. Имело место нарушение процесса засыпания, в связи с чем, параллельно назначено введение азалептина по 0,1 мг в вечернее время. Из побочных явлений отмечались экстрапирамидные расстройства в виде амиостатической симптоматики, которая достаточно быстро и эффективно купировалась назначением циклодола в минимальной дозировке - 2 мг/сутки. Особенно хочется отметить спокойный, плавный выход из острого состояния с обратным «свертыванием» симптоматики и становлением терапевтической ремиссии через формирование эндогенно-реактивного компонента с восстановлением полной критики к болезни и к свершенному правонарушению. Также хочется отметить признаки положительной динамики при применении препарата Зипрекса, так называемые внесимптоматические проявления. А именно: внешние изменения, проявляющиеся в появившемся «блеске глаз», оживленности взгляда и живости эмоций. На вербальном уровне сама пациентка не давала данных, о каких-либо положительных сдвигах. Но тот взгляд, который как бы изнутри говорил о становлении внутреннего комфорта, а также впервые появившегося желания связаться с родными, нельзя не отнести к тому положительному эффекту, связанному с воздействием на дефицитарную симптоматику.

Во втором случае применение препарата Зипрекса связано с тем, что у больной отмечался тяжелый соматический фон (обострение гематогенного остеомиелита, операция по поводу кисты яичника). Находясь на лечении в РПБСТИН с 12 августа 1999 года она получала лечение традиционными нейролептиками, на фоне применения которых имело место редуцирование острой психосимптоматики и нарастал эмоционально-волевой дефект с отсутствием критики к болезни и правонарушению. Дефицитарная симптоматика приближалась к апатоабулическим проявлениям. Зипрекса была назначена с 29 марта 2001 года, через 2 года после поступления, по 10 мг в сутки на фоне приема хлорпротиксена 50 мг в сутки на ночь. В данном случае также можно отметить, как

и вышеописанном, во-первых, плавный выход из острого психоза; во-вторых воздействие на дефицитарную симптоматику. «Оживление» как эмоциональное, так и улучшение когнитивных функций, восстановление семейно-родственных отношений с утверждением их ценности для больной, появление тех желаний и побуждений, которые были не

свойственны для нее на протяжении многих лет. Данные наблюдения дают возможность врачам «повернуться лицом» к такому препарату как Зипрекса. А в дальнейшем клинически пронаблюдать воздействие препарата в длиннике психоза с изучением как, собственно, психотропного действия, так и его нейротропного и соматотропного эффекта.

Литература:

1. «Фармакология психических заболеваний» Г.А.Авруцкий, 1985.
2. Обзор литературных данных по применению Зипрексы, представленный фирмой «Эли Лилли».

КОНЦЕПЦИЯ И МОДЕЛЬ СИСТЕМНО-РАЗВИВАЮЩЕГО СТАНДАРТА В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

А.Л.Катков, Г.Х.Айбасова

1. Основные ориентиры формирования национальных стандартов в сфере психического здоровья в Республике Казахстан

Наши исследования основных тенденций в развитии служб психического здоровья позволили четко сформулировать как международные, так и национальные ориентиры для разработки стандартов нормативного регулирования деятельности служб психического здоровья (психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической).

К первым ориентирам, отраженным в главных документах, по проблемам психического здоровья (Десять основных принципов ВОЗ в законодательстве о психическом здоровье; Резюме Мадридской декларации в сфере психического здоровья; 10 рекомендаций для достижения более высоких уровней психического здоровья, опубликованных в докладе ВОЗ «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда», ВОЗ, 2001; Стратегия и политика Всемирной Психиатрической Ассоциации, опубликованная в резюме Всемирного психиатрического конгресса в Йокогаме в 2002 г.), относятся следующие:

- выведение служб психического здоровья в национальные приоритеты;
- осуществление многоуровневого мониторинга состояния и служб психического здоровья населения;
- разработка национальной политики и законодательства в области психического здоровья населения;
- разработка программы реформ в организации служб психического здоровья;
- развитие материально-технических ресурсов соответствующих служб;

- развитие кадровых ресурсов в службах психического здоровья;

- повышенное внимание научно-информационному обеспечению процессов развития служб психического здоровья, нормативной базы и законодательства в данной области;

- ориентация на потребности пациента, его семьи и близких в связи с проблемами в сфере психического здоровья;

- ориентация на запросы общества в связи с проблемами в сфере психического здоровья.

Ко вторым (национальным) ориентирам следует отнести:

- тенденции к расширению ассортимента и повышению качества услуг в секторе здравоохранения Республики Казахстан;

- многообразие организационных форм профильной помощи населению;

- регулярный, многоуровневый мониторинг эффективности;

- сохранение и развитие традиций аргументированного клинического подхода;

- сохранение и развитие традиций многоуровневого обслуживания пациентов (внедиспансерное, диспансерное, стационарное);

- централизация служб психического здоровья в разумных пределах с обоснованным расширением их представительства в общей сети учреждений здравоохранения и социальных учреждений.

Данные ориентиры формируют общий контекст разработки национального стандарта в сфере психического здоровья населения, призванного существенно повысить эффективность деятельности служб психического здоровья в Республике Казахстан.

2. Концепция и модели национальных стандартов в сфере психического здоровья населения Республики Казахстан

В настоящем разделе нами рассматриваются два класса понятий: общее (концептуальное) понятие системно-развивающего стандарта и частное понятие нормативного стандарта, используемое в деятельности служб психического здоровья.

Концептуальное понятие системно-развивающего стандарта в сфере психического здоровья определяется нами как «нормативно-заданная (дифференцированная и упорядоченная), согласованная (взаимообуславливающая, взаимодействующая, взаимопотенцирующая) активность служб психического здоровья, направленная на эффективное достижение результатов, предусмотренных настоящим стандартом».

В нашем случае достигается результат, обозначенный в цели исследования: «расширения ассортимента и повышение качества услуг, оказываемых в сфере психического здоровья населения».

Как понятно из вышеприведенного определения, такой результат достигается за счет существенного повышения эффективности нормативного регулирования деятельности служб психического здоровья.

Таким образом, основной смысл и практическая цель формирования концепции системно-развивающего стандарта заключается в повышении эффективности процессов нормативного регулирования деятельности служб психического здоровья за счет привнесения и активизации элементов системного (нормативно-упорядоченного) взаимодействия.

Следовательно, системное взаимодействие элементов концептуально-обобщенного понятия стандарта, обеспечивающее искомую эффективность служб психического здоровья, и будет являться функциональным стержнем и основным предметом разработки данной концепции.

Под узко-функциональным (частным) определением стандарта в сфере психического здоровья мы понимаем утвержденный нормативный документ, в котором устанавливаются общие принципы, характеристики, правила и содержание различных аспектов деятельности служб психического здоровья, многократное использование которых закономерно приводит к планируемому результату.

В соответствии с основными положениями нашей концепции, системное планирование взаимодействующих результатов, закономерно получаемых за счет реализации специально разработанных (с учетом данного принципа), стандартов, столь же закономерно приводит к улучшению конечных результатов в сфере психического здоровья населения.

Следовательно, системное планирование содержания и результатов узко-функциональных

стандартов является конечной целью реализации данной концепции.

3. Система функциональных стандартов в сфере психического здоровья населения

В настоящем разделе нами описываются виды, область применения, структура и функции стандартов, регулирующих деятельность служб психического здоровья, системные принципы их взаимодействия.

3.1. Виды стандартов в сфере психического здоровья

Нами выделяются следующие виды стандартов:

- стандарт мониторинга ситуации в сфере психического здоровья в Республике Казахстан (мониторинг психического здоровья населения, мониторинг служб психического здоровья);
- стандарт национального приоритета в сфере психического здоровья (отражаемый в главных программных и законодательных документах Республики);
- стандарт услуг, реализуемых службами психического здоровья населения;
- профессиональный (квалификационный) стандарт специалистов, действующих в системе психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической помощи населению;
- образовательный стандарт (стандарт программ додипломной и последипломной подготовки специалистов, в сфере психического здоровья);
- организационный стандарт (стандарт структуры, основных технологий, кадровой спецификации и штатной обеспеченности, материально-технического и финансового обеспечения деятельности служб).

3.2. Область применения, структура и функции стандартов, регулирующих деятельность служб психического здоровья

Область применения описываемых стандартов – сфера психического здоровья населения; система социальных и профессиональных отношений, регулирующих деятельность служб психического здоровья; процессы управления ситуацией в области психического здоровья населения.

Структура стандартов в области психического здоровья населения содержит следующие элементы:

- 1) определение целей и задач стандарта
 - 2) определение субъектов и объектов (целевые группы) вовлекаемых в функциональную активность определенного стандарта
 - 3) определение обязательных базисных элементов, образующих функциональный «каркас» стандарта
 - 4) определение конкретного содержания каждого базисного элемента
 - 5) определение результатов, которые планируется достичь с использованием данного стандарта
-

б) определение инструментов и критериев оценки данного результата.

Общей функцией описываемых стандартов является обеспечение системного планирования содержания и результатов деятельности соответствующих служб, инициирующего конструктивную динамику промежуточных и конечных индикаторов в сфере психического здоровья населения.

Специальные функции рассматриваемых стандартов зависят от структуры каждого из них.

3.3. Принципы системного взаимодействия стандартов в сфере психического здоровья

Общий алгоритм активности служб психического здоровья задается стандартной организационной схемой, куда входят следующие блоки:

1) Процесс определения открытых и скрытых потребностей населения в сфере психического здоровья (предполагает активное использование многоуровневого мониторинга по широкому спектру проблем);

2) Процесс нормативного планирования (предполагает а) разработку ассортимента и расчет необходимого объема услуг; б) разработку квалификационных требований основных исполнителей (профессионалов, действующих в службах психического здоровья); в) разработку соответствующих программ подготовки персонала; г) расчет потребностей в структурном, кадровом, технологическом и материально-финансовом обеспечении);

3) Процесс организации воспроизводства запланированного спектра и объема услуг для нуждающихся групп населения с привлечением всех имеющихся ресурсов (предполагает использование структурных, технологических, штатных, материально-финансовых нормативов);

4) Процесс реализации запланированного объема услуг в требуемом ассортименте и качестве (предполагается акцент на квалификационные требования к основным исполнителям (персоналу), акцент на соблюдении технологий реализации конкретных услуг, что также, в основном, обеспечивается качеством подготовки персонала);

5) Процесс изменения состояния и качества жизни основных потребителей услуг (пациентов), а также их родственников и близких (предполагает активное использование многоуровневого мониторинга с акцентом на результативный – фиксирующий степень удовлетворенности специализированными услугами, степень изменения статуса основных пользователей, включая качество жизни – полюс).

Таким образом, замыкается внутренний вектор активности служб психического здоровья (схема 1).

Существует (выделяется нами) и внешний вектор активности, отраженный на схеме 2. Здесь обозначены следующие позиции:

1) Процесс определения основных тенденций, масштабов и содержания проблемы психического

здоровья в обществе (предполагает использование регулярного, многоаспектного мониторинга состояния и уровня социального психического здоровья);

2) Процесс активизации общественного мнения и генерации соответствующей активности государственных структур, ответственных за социальное развитие и общественное здоровье (предполагает использование адекватных информационных технологий);

3) Процесс разработки приоритетов в области психического здоровья населения, зафиксированных в программах и законодательных документах государственного значения (предполагает использование определенного нормативного стандарта, спроектированного для такого рода документов);

4) Процесс ресурсного обеспечения деятельности служб психического здоровья в соответствие с утвержденными приоритетами в данной сфере (предполагает активное использование программных нормативов материально-технического, финансового, кадрового, технологического обеспечения служб психического здоровья).

Таким образом, взаимодействие и взаимопотенцирование внутреннего и внешнего векторов активности служб психического здоровья дают общий масштаб и качество такого рода активности, сопоставимые с масштабами и глубиной спектра проблем психического здоровья населения.

В последовательной схеме (схема 3) взаимоотношенности, взаимозависимости и взаимопотенцирования рассматриваемых стандартов в сфере психического здоровья населения, данные основные принципы системного взаимодействия специально не выделяются, поскольку рассматриваются нами исключительно в конструктивном (синергетическом) ключе, обеспечивающем однополюсную направленность данных процессов.

Из приведенной выше схемы следует, что стандарты мониторинга должны в полной мере учитывать состояние и уровень психического здоровья населения, потребности в специализированных видах помощи (восходящая функция стандарта мониторинга). В то же время, четко спланированный стандарт мониторинга психического здоровья прямо формирует основные позиции стандарта услуг (ассортимент, объем, спецификация и т.д.), поскольку определяет дифференцированные потребности населения в специализированной помощи (нисходящая функция). Следовательно, взаимодействуя с детально разработанным стандартом услуг, стандарт мониторинга эффективно регулирует ассортимент и объем услуг, производимых соответствующими службами психического здоровья (горизонтальная функция).

Внутренний вектор и общий алгоритм активности служб психического здоровья



Внешний вектор и общий алгоритм активности служб психического здоровья



Схема системного взаимодействия стандартов в сфере психического здоровья



Стандарт услуг в нашей схеме, является составной частью программы мониторинга (восходящая функция), формирует квалификационный стандарт специалистов соответствующих служб психического здоровья: психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической, наркологической (нисходящая функция). Совместно со стандартом мониторинга обеспечивает эффективное регулирование ассортимента и объема услуг, производимых службами психического здоровья. Совместно с квалификационным стандартом регулирует объем и качество услуг, производимых в данном секторе (горизонтальные функции).

Квалификационный стандарт поддерживает исполнение требуемого стандарта услуг (восходящая функция). Формирует стандарт образовательных программ (нисходящая функция). Совместно со стандартом услуг регулирует объем и качество услуг, производимых службами психического здоровья. Совместно с образовательным стандартом регулирует качество услуг (горизонтальные функции).

Образовательный стандарт обеспечивает выполнение квалификационного стандарта (восходящая функция). Регулирует соответствующие аспекты деятельности организационного стандарта (нисходящая функция). Совместно с квалификационным стандартом регулирует качество услуг, совместно с организационным стандартом регулирует ассортимент, объем, качество услуг, производимых службами психического здоровья (горизонтальные функции).

Организационный стандарт поддерживает вышеперечисленные стандарты организационными

ресурсами (восходящая функция). Активизирует стандарт приоритетов (нисходящая функция). Совместно с образовательным стандартом регулирует ассортимент, объем, качество специализированных услуг. Совместно со стандартом приоритетов регулирует процесс ресурсного обеспечения реализации требуемого объема услуг в сфере психического здоровья населения (горизонтальные функции).

Стандарт приоритетов регулирует распределение ресурсов в сферу психического здоровья и поддерживает нормативную систему в целом (восходящая функция). Формирует соответствующую активность общества в отношении проблем психического здоровья (нисходящая функция). Совместно с организационным стандартом регулирует процесс ресурсного обеспечения реализации требуемого объема услуг в рассматриваемой сфере.

Таким образом, рассматриваемые группы стандартов соотносятся между собой по трем функциональным типам зависимостей (восходящим, нисходящим и горизонтальным), принципам взаимодействия внутренних и внешних векторов активности. А также по принципу централизованности на общей цели – соответствии ассортимента, объема и качества услуг реальным потребностям населения в сфере психического здоровья.

Дальнейшая разработка и внедрение всего спектра стандартов, описываемых в настоящем сообщении, будет способствовать существенному повышению эффективности деятельности служб психического здоровья в Республике Казахстан.

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БРАЧНО-СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Т.И.Козинская, Б.С.Байкенова, Н.К.Ахмедьянова

г. Павлодар

Если участие больных в трудовой деятельности является вопросом номер ОДИН, то их семейное положение, поведение дома и взаимоотношение с родными представляют собой в социальной проблеме вопрос номер ДВА (Болдырев А.Н., 1978 г.). Современное состояние медико-демографических процессов продолжает вызывать серьезную озабоченность специалистов и дает все основания рассматривать их, как неблагоприятные.

Широкое распространение психических заболеваний и связанные с ними социальные последствия выдвигают их в группу ведущих

патологических состояний, значительно влияющих на здоровье и образ жизни людей в целом.

В жизни психически больных обнаруживается две крайние точки зрения. Согласно одной из них, больным запрещается вступать в брак, в связи с тем, что эпилепсия «передается по наследству». Больные оказываются обреченными на одиночество на всю жизнь, лишены семейного счастья и потомства. Некоторые авторы придерживаются другой точки зрения, считая, что чуть ли не все больные могут иметь свою семью. Некоторые врачи даже обещают больным, что с наступлением периода полового созревания припадки

прекратятся и болезнь приостановится, но приходит пубертатный период, а эпилепсия продолжается, тогда советуют жениться или выйти замуж. Юноша, девушка идут на это не всегда по любви, а в надежде, что супружеская жизнь принесет излечение. Однако оказывается, что и она не устраняет болезнь. Тут то и наступает разочарование, особенно если брак в значительной мере был рассчитан на преодоление болезни. Появляется чувство неудовлетворенности, огорчение вплоть до отчаяния, за которыми следуют конфликты, приводящие к распаду семьи.

Несмотря на столь важную практическую значимость вопросов брака и семьи, они почти не изучены. Н. Курдюмов (1976) приводит данные федеральной статистики: число расторгнутых браков в США в 1975 году превысило 1 млн. Это, однако, означает, что в стране на каждые 2 брака приходится 1 развод. Специалисты-психологи объясняют это экономическим кризисом, безработицей, неуверенностью в завтрашнем дне.

До недавнего времени в нашей стране среди страдающих эпилепсией в разводе находился небольшой процент больных – 6,6%. Эти данные свидетельствовали о том, что у нас отсутствовали отмеченные выше причины разводов. На сегодняшний день актуальность перечисленных причин разводов занимает все более высокие позиции. Больные эпилепсией не склонны к расторжению брака, они стараются сохранить семью также, как и весь сложившийся жизненный стереотип. Они понимают, что не каждый здоровый человек решится соединить свою жизнь с больным, поэтому дорожат семьей.

Разные контингенты больных, находящихся на амбулаторном и стационарном лечении, в спокойных и беспокойных отделениях, имеют неодинаковые показатели семейного положения.

Вопрос, почему больные эпилепсией не вступают в брак и почему они разводятся – является сложным. Главными факторами, препятствующими вступлению в брак и разрушающими семью, являются, прежде всего, тяжесть заболевания, а также укоренившееся представление об эпилепсии, как наследственной, неизлечимой болезни. Больным эпилепсией не позволяют вступать в брак частые припадки, грубые хронические изменения личности, слабоумие, тяжелый характер, расстройства влечений и поведения, резко выраженные резидуальные явления органического поражения центральной нервной системы: параличи, парезы. При доброкачественном течении эпилепсии больные легко приспосабливаются к жизни. Вопросы брака и семьи они решают почти также, как и здоровые люди. Иначе обстоит дело при тяжелом течении эпилепсии. Само по себе течение болезни делает их неспособными к трудовой деятельности, это является одной из

главных причин, препятствующих вступлению в брак, возможность иметь семью и детей. Заболевание эпилепсией само по себе у ряда больных вызывает чувство неполноценности. Такие больные становятся замкнутыми, малообщительными, с ограниченным кругом знакомых. Это является одной из причин задержки вступления в брак. Иногда мотив против брака выдвигают родители, беспокоясь, как бы болезнь не перешла к потомству. Больные эпилепсией в подавляющем большинстве преданные семьянины. Они не склонны к изменению жизненного стереотипа, не склонны к расторжению брака и образованию другой семьи. Разрыв семейных отношений чаще всего происходит по инициативе здорового супруга, который не хочет многие годы разделять с ним тяжесть страдания. Мужчина чаще идет на расторжение брака, если узнает о болезни жены. Женщина же стремится сохранить семью, даже если муж болен, примеряясь с тем, что из-за болезни супруга отсутствует потомство. Такая тенденция отмечается не во всех случаях, встречаются и обратные взаимоотношения. Конечно, легче всего не рекомендовать вступать в брак. Но вряд ли это уменьшит заболеваемость эпилепсией. Прожить всю жизнь в одиночестве, не имея своей семьи, человеку трудно.

Нормальная семейная жизнь – естественная потребность. Интимные связи человека нельзя приравнивать к удовлетворению полового инстинкта. Жизнь человека без любви, ласки, нежных чувств к противоположному полу вряд ли является полноценной. Одной из причин разводов служит отсутствие детей. Риск развития эпилепсии у детей, родившихся от больных родителей, больше, чем у родившихся от здоровых. Правда, эпилептическая отягощенность встречается всего лишь в 5-6% наблюдений. Следовательно, вопросы брака и семьи нельзя решать однозначно. Необходим строго индивидуальный подход. В общем виде рекомендации могут быть таковы: при редких припадках, отсутствия эпилептической наследственности, невыраженных изменениях личности (слабоумие, тяжелых характерологических сдвигов) больные могут вступать в брак и иметь детей. В случае наследственной отягощенности, частых припадков и грубых изменений личности вряд ли можно рекомендовать вступать в брак и иметь детей. Если оба супруга страдают эпилепсией, то нежелательно иметь потомство, так как риск заболевания детей больше, чем в случаях, когда один из родителей страдает эпилепсией.

Целью настоящего исследования является анализ амбулаторных историй болезни брачно-семейных отношений среди больных, страдающих эпилепсией. Для реализации поставленной задачи были изучены литературные данные, амбулаторные карты, истории болезни, проведены

индивидуальные беседы с больными эпилепсией, проживающими как в сельской, так и в городской местности.

Обследовано – 112 больных эпилепсией:

- 49 женщин, 63 мужчины;
- городских жителей – 83, сельских – 29;
- возраст 18-54 лет.

Анализ полученных данных показал, что больные эпилепсией не склонны к многобрачию и в большинстве случаев являются однолюбам, у преобладающего числа (74%) браки первые по счету, длительные по времени и стабильные:

21% больных женятся или выходят замуж второй раз,

- 4% наблюдений – брак третий,
- и 1% - четвертый по счету.

60% больных мужчин, проживающих, как в сельской местности, так и в городе, к моменту заболевания в браке не состояли (55,8% в селе, и 56,3% в городе). За время болезни лишь незначительная часть мужчин вступила в брак (3,5%).

Среди больных эпилепсией женщин, состоящих в браке, 40,3% - в сельской местности, 39,2% - городской местности, за время болезни в брак вступило 2,8%.

Среди всего контингента обследованных больных длительность брака не зависела от пола и места проживания. Состоящие в браке более 20 лет составили около 30%. В то же время число разведенных среди них до болезни 2,9%, после начала заболевания – 14,3%.

Литература:

1. Болдырев А.И. «Социальный аспект больных эпилепсией» М., 1978
2. Громов С.А. «О психотерапии больных эпилепсией на начальном этапе реабилитации» М., 1978
3. Громов С.А. «Лечение и реабилитация больных эпилепсией». Труды НИИ им. Бехтерева В.М., 1980. - Т. 94. - С. 5-23
4. Громов С.А. «О факторах риска у больных эпилепсией в связи с задачами семейной реабилитации». – Л, 1982
5. Кабанов М.М. «Реабилитация психически больных» издание 2-е, 1985
6. Карвасарский Б.Д. «Медицинская психология», 1982
7. Хохлов Л.К., Брезгин В.Д., Сырейщиков В.В. // Журнал невропатологии и психиатрии, 1976. - № 12. – С. 1867-1870
8. Шманова Л.М., Либерман Ю.И. // Журнал невропатологии и психиатрии, 1977. - № 5. – С. 727-732.

Результаты опроса о желании иметь детей свидетельствуют о положительных семейных установках больных эпилепсией, их более 34,3%. Среди мужчин желание иметь 2-х детей оказали 22,1%; у женщин желание иметь детей было больше, чем у мужчин и составило 46,4%.

Среди больных, страдающих эпилепсией, 56% больных имеют детей, из них 56,6% родились до болезни родителей, и 43,4% у больных родителей.

Количество детей в семьях больных эпилепсией неодинаково и колеблется от 1 до 6. Примерно 68% семей имеют по одному ребенку.

Зависит это от многих факторов: рождение до болезни или в течение болезни, условия жизни, взаимоотношение родителей и целый ряд других моментов. Многие семьи не имеют второго ребенка из-за страха, как бы болезнь не передалась по наследству.

Среди мужчин страдающих эпилепсией имеют детей 46,3%, а среди женщин - 67,2%.

Полученные данные о семейном положении психически больных, в частности больных эпилепсией, его изменениях во время болезни длительности проживания больных в браке, желаемом и фактическом числе детей, об их зависимости от пола и места проживания, могут быть использованы психиатрической службой для всесторонней адаптации больных в обществе и целенаправленной работы в вопросах брачно-семейных отношений среди психически больных применительно к диагнозу, месту жительства, к полу.

ПРОФИЛАКТИКА ОБЩЕСТВЕННО-ОПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПЕРИОД ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Г.З.Нуркатова, Е.М.Нуркатов, В.С.Бойко

Вопрос профилактики общественно-опасных действий больных шизофренией, направленных

против жизни и здоровья личности, а также всех ООД в период принудительного лечения является

одним из важнейших в процессе проведения лечебно-реабилитационных мероприятий в РПБСН.

Проведенный анализ вновь поступивших и уже находившихся на принудительном лечении больных, за период 1999-2001 г.г., свидетельствует об увеличении количества лиц, страдающих шизофренией, на 4%, а также учащение случаев их общественно-опасных деяний на 3%.

Изучение психопатологического механизма общественно-опасных действий больных выявило превалирование психопатоподобных состояний (62%) над галлюцинаторно-бредовыми (27%), что совпадало с данными Морозова Г.В. и Дмитриева А.С. 14% больных шизофренией с психопатоподобными расстройствами в момент совершения опасных действий находились в состоянии токсикоманического опьянения (употребление чифира и анаши).

Среди поведенческих расстройств у больных шизофренией с психопатоподобным синдромом при совершении общественно-опасных действий преобладали агрессивные, протестно-шантажные тенденции в виде:

- нападения больных на больных - 68%;
- массового неповиновения - 8.2%;
- нападения больных на сотрудников - 6%;
- побега - 2%;

Характерным опасным действием больных шизофренией с бредовыми и галлюцинаторно-бредовыми расстройствами являлись:

- импульсивные действия - 10.2%;
- суицидальные попытки - 32%;

Одной из главных задач, стоящих перед психиатрами РПБСТИН, является прогнозирование опасных действий больных шизофренией в период принудительного лечения. В связи с этим проводится тщательное изучение анамнестических, клинко-психопатологических показателей болезни: наследственность, преморбидный фон, манифест, тип течения, ведущий синдром, характер противоправных действий. Результатом подобного анализа является распределение больных по группам риска, предполагаемых общественно-опасных действий:

1. со склонностью к суициду;
2. со склонностью к побегу;
3. с токсикоманическими наклонностями;
4. склонные к совершению массовых беспорядков;
5. склонные к агрессивным действиям.

Больные выделенных групп риска находятся под постоянным наблюдением и принимают

длительную психофармакотерапию в период обострения в весенне-осенний период препаратами пролонгированного действия (галоперидол деканат, модитен-депо). Важной профилактической мерой опасных действий больных шизофренией в период принудительного лечения является активная комплексная терапия острых психопатологических расстройств с чередованием биологических методов, психотерапии и трудотерапии. Причем, психопатоподобные проявления больных шизофренией, по мнению Морозова Г.В., Шостакович Б.В. должны расцениваться как эквивалент продуктивной психосимптоматики, несмотря на отсутствие бреда, галлюцинаторно-бредовых расстройств, явлений психического автоматизма.

При проведении психофармакотерапии необходимо использование оптимальных доз нейролептиков, обладающих как седативным, так и антипсихотическим действием. Необходимыми в терапии являются препараты, направленные на коррекцию психопатоподобных расстройств, с применением инсулинотерапии, ЭСТ. Результат биологического метода лечения зависит от способа введения психотропных средств, в случае необходимости назначают внутривенное введение препаратов. Обязательным является динамическое наблюдение за состоянием больного с целью предотвращения возможных осложнений при проведении психофармакотерапии. Немаловажное значение имел анализ поведения больных в беседах с врачом, с близкими, помогающий оценить степень и характер критичности (частичной или формальной) к своему состоянию и содеянному деликту.

Таким образом, профилактика общественно-опасных действий больных шизофренией в период принудительного лечения включает лечебные и социореабилитационные мероприятия, осуществляемые поэтапно:

- 1 этап – восстановительная терапия, включающая в себя предотвращение формирования дефекта личности, восстановление нарушенных болезнью функций и социальных связей;
- 2 этап – реадaptация, где отводится место трудовой терапии с приобретением новых социальных навыков, а также психотерапевтические мероприятия, проводимые как с больными, так и с их родственниками;
- 3 этап – это создание оптимальных отношений больных шизофренией в обществе, оказание помощи в бытовом и трудовом устройстве, восстановление их прав.

Литература:

1. Морозов Г.В. Психопатии и психопатоподобные состояния в судебно-психиатрической практике
2. К.Ясперс Общая психопатология
3. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии

Вопросы распространенности шизофрении, факторов, определяющих структуру и формообразование данной патологии, её течение и исходы, остаются ведущими в эпидемиологии психических заболеваний. По мнению многих зарубежных исследователей, распространенность шизофрении в разных регионах мира примерно одинаковая и её обобщенный показатель составляет 0,8-1,9% (Nakune Y., Ohta Y., Harford M.H.B., 1992; Dassori A.M. et al., 1995; Garpenster W.T. et al., 1998). Анализ отчетных данных по психиатрической помощи населению России показывает большой разброс величин распространенности шизофрении на различных административных территориях (Сейку Ю.В., 1998; Чуркин А.А., Творогова Н.А., 1999; Гурович И.Я. с соавт., 2000).

Сибирские регионы характеризуются экстремальными и субэкстремальными природными условиями, неоднородной структурой населения, связанной как с историческим развитием края, так и широкой представленностью народов различной этнической принадлежности, в частности, на территории Сибири и Дальнего Востока проживают представители монгольской, тюркской групп, тунгусы, угро-финны, палеоазиаты, которые в той или иной степени подверглись процессам ассимиляции и аккультурации, но сохраняющие свои культурные ансамбли, религию. По мнению Lewis-Fernandes R., Kleinman A. (1994) изучение личности и психопатологии через «призму культуры, в совокупности с изучением социальных процессов может стать одним из путей решения вопроса причинно-следственных взаимоотношений «эндогенного» и «экзогенного» в природе такого мультифакториального заболевания, как шизофрения. В числе значимых характеристик социально-экономического функционирования территории являются миграционные процессы, которые могут оказать влияние на уровень психиатрической болезненности, определить её структуру (Артемьев И.А., 1998).

Перечисленные факторы можно рассматривать как составляющие социокультурного пространства функционирования отдельной личности или группы индивидов в определенном сообществе. В таком случае динамические изменения, происходящие в определенном сообществе, должны находить свое отражение и на клинико-динамических показателях распространенности психиатрической патологии. Проведение этнокультуральных исследований именно в рамках социокультурного пространства способствует более полному пониманию нормы и патологии, особенностей возникновения и течения некоторых

психопатологических расстройств. Осознание себя в мире, религия, альтернативные методы лечения, значимость межличностных взаимоотношений, расширение возможностей в проявлении своих склонностей и увлечений, внутрисемейная поддержка, желание медработников и психологов работать совместно с семьей рассматриваются как культуральные силы, которые могут помочь ослабить течение психических болезней. В контексте такой постановки проблемы особое значение приобретает изучение этнодисперсных групп населения, в которых одновременно происходят процессы, как ассимиляции, так и стремление к сохранению национального самосознания на современном этапе.

На наш взгляд, уникальными будут являться практически все сведения о своеобразии психических заболеваний у представителей народов, отличающихся как этногенетически, так и культурально. При этом следует учитывать как давность совместного проживания народов в равных социально-экономических условиях, так и устойчивость тех или иных традиций, сохранность их у представителей изучаемых этносов. Нами было проведено сравнительное клинико-динамическое изучение шизофрении у состоящих на учете больных двух этнически различающихся групп (славяне – в основном русские и центральные монголоиды) г. Кызыла Тувы. Удельный вес шизофрении составил 33,4% среди всех психических расстройств, что, в целом, соответствует представленности данной патологии и на других территориях Сибири и Дальнего Востока.

Клиническая диагностика по МКБ-9 (табл. 1) выявила существенные различия между группой больных-тувинцев и русских. Высокая частота острого шизофренического эпизода параллельно с низкими показателями шизоаффективной формы позволяет высказать предположение, что для больных шизофренией тувинцев, по сравнению с русскими, более предпочтительным является кратковременный аффективно насыщенный эпизод за счет уменьшения как параноидных, так и периодических форм. В русской популяции больных шизофренией с выраженными аффективными расстройствами, отличающихся относительно благоприятным течением и кратковременностью, значительно меньше.

Ретроспективный анализ начала заболевания показал, что в абсолютном большинстве случаев диагноз заболевания ставился в стационаре и срок обращения к психиатру после появления признаков заболевания составил от года до трех лет. В

Частота форм шизофрении по МКБ-9 (в процентах)

Форма	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	славяне	тувинцы	славяне	тувинцы	славяне	тувинцы
Простая	7,7	4,0	3,8	6,5	5,9	8,3
Гебефреническая	0	0	0	0	0	0
Кататоническая	1,5	4,0	0	0	0,9	1,7
Параноидная	56,9	24,0	63,5	54,8	59,8*	41,1*
Острый шизофренический эпизод	15,4	52,0	9,6	32,3	12,8**	41,1**
Латентная	13,8	12,0	21,2	6,5	17,1	8,8
Остаточная	0	0	0	0	0	0
Шизоаффективный тип	4,6	4,0	1,9	0	3,4	1,7
Другие формы	0	0	0	0	0	0
n	65	28	52	32	117	60

Примечание: * - $P < 0,05$ ** - $P < 0,001$

этот период, как показала проведенная нами од-
нодневная перепись больных шизофренией, на-
ходящихся на лечении в республиканской психи-
атрической больнице г. Улан-Удэ (Бурятия), 87%
из них обращались за помощью к служителям
культа, как под влиянием родственников, так и
самостоятельно. Независимо от вероисповедания,
национальной принадлежности больные посе-
щали священнослужителей разных конфессий
(священники, ламы, шаманы). Устойчивость сло-
жившегося религиозно-культурного ансамбля в
полиэтнической популяции подтверждается тем,
что и после знакомства с психиатрической служ-
бой больные продолжают обращаться к помощи
служителей культа, более того, ни один из боль-
ных шизофренией не обратился за помощью к це-
лителям-экстрасенсам, несмотря на активную ра-
боту масс-медиа.

Показательны результаты анализа частоты
обострений и госпитализаций больных в зависи-
мости от этнической принадлежности. Высокий
уровень корреляции подтверждает прямую зави-
симость этих показателей. Однократное стацио-
нирование в тувинской субпопуляции больных
шизофренией встречается с частотой, равной
36,1%, в русской - 14,3%. Априори, при исследо-
ваниях в полидисперсных популяциях, можно
предполагать о существенном влиянии той или
иной культуры на показатели рекоспитализа-
ции, при этом одно из ведущих мест будут иметь

семейно-брачные отношения, как наиболее устой-
чивый элемент культуры в ее материальном и
духовном проявлении, в котором время сохраня-
ет архаические черты и привносит новые элемен-
ты. Несмотря на деформацию взаимоотношений,
связанных с появлением психически больного
члена в семье, этнокультуральное проявление тра-
диционной культуры семьи сохраняется.

При сравнении семейного положения боль-
ных тувинцев и русских выявлено относительно
равномерное распределение по группам перед
началом заболевания. К моменту исследования
в обеих группах увеличивается удельный вес раз-
веденных больных, однако, если в тувинской
группе это увеличение происходит в 2 раза, то в
русской - почти в 3,5. Более того, в тувинской
группе происходит существенное увеличение
больных, женатых и замужних, а для русских
характерно некоторое уменьшение данного по-
казателя. Прочность семейных взаимоотноше-
ний, характерная для национальной культуры ту-
винцев, способствует более длительному пребы-
ванию больных вне стационара, предупрежде-
нию явлений госпитализма.

Другой немаловажной чертой семейно-брач-
ных отношений тувинцев является отсутствие
одиноких больных; как правило, тувинцы при
появлении психических расстройств оставались
в родительских семьях или отправлялись к
родственникам в сельскую местность.

Сравнительный анализ позитивной симптоматики на момент манифестации заболевания в группе больных тувинцев показал большой процент (10,7%) психопатоподобных расстройств, в то время как среди русских они встречаются в 7,8%. У женщин-тувинок психопатоподобная симптоматика в период манифестации психоза отмечается чаще, чем у русских женщин. Низкая толерантность тувинцев к алкоголизации и бродяжничеству женщин побуждает родственников больных обращаться к психиатрам даже при отсутствии продуктивной симптоматики. В то же время довольно часто выраженная сексуальная неразборчивость и рождение внебрачного ребенка в молодом возрасте не настораживают родителей, и подобное поведение расценивается как нормативное. Любовное и заботливое отношение к детям, большое их количество в семьях, длительное отсутствие института сиротства - характерные черты культуры тувинского народа, объясняющие подобное отношение к данному виду девиантного поведения.

Нормативная поведенческая этика тувинцев способствует раннему выявлению отклоняющихся форм поведения, в том числе и в рамках шизофренического процесса, с другой стороны - аккумуляционный стресс, являющийся результатом трансформации патриархальных отношений и норм поведения на более современные, и оказывает патопластическое влияние на формирование данной патологии, что и объясняет большой удельный вес психопатоподобного синдрома в тувинской группе больных.

Мы склонны рассматривать в рамках аккумуляции коренного населения появление «чувства принадлежности к природе», гилозоистических галлюцинаций, отражающих явления природы, животных, которые появлялись вне расстройств сознания и сопровождалась рудиментарными, отрывочными высказываниями анимистического характера.

Большое место в структуре манифестных синдромов у тувинцев занимают кататонические

проявления (10,7% против 4,3% у русских). Клиническая картина данного состояния у тувинцев характеризуется выраженностью психомоторного возбуждения с яркой агрессивной окраской, склонностью к разрушению. Симптомы вторичной кататонии в тувинской популяции больных формируются быстрее, чем в русской, и мы можем констатировать, что у тувинцев через 10 лет течения процесса отмечается большее количество больных с вторичной кататонно-гебефренической симптоматикой, нежели у русских через 16 лет.

Результаты сравнительного клинического исследования были подтверждены данными корреляционного анализа основных клинических характеристик шизофренического процесса. Для славянской популяции больных характерно большее число прямых и опосредованных между собой связей по основным клиническим характеристикам. В монголоидной группе - значительно меньшее количество прямых связей и отсутствие опосредованных. Отсутствие в этой субпопуляции связей между продуктивными расстройствами, формой заболевания и его течением, на наш взгляд, определяет больший полиморфизм психопродуктивной симптоматики у тувинцев.

Результаты проведенного исследования позволяют показать неоднозначное влияние этнокультуральных факторов на формирование популяций психически больных на территориях с мультиэтническим населением и определить как структурные, так и собственно клинические особенности шизофрении у представителей монголоидной группы. Выявленные особенности клинико-динамических характеристик шизофрении демонстрируют необходимость специального подхода к проблеме образования медицинских кадров, работающих в полиэтнических популяциях, и оптимизации реабилитационных программ для коренного населения с использованием методов народной медицины и привлечением служителей культа для работы с больными и их родственниками.

Литература:

1. Артемьев И.А. Психическое здоровье и его взаимосвязь с миграцией городского населения в Сибири и на Дальнем Востоке // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. - Томск, 1998. - №1-2. - С. 49-53
2. Гурович И.Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России // XIII съезд психиатров России (10-13 октября 2000 г.): Материалы съезда. - М., 2000. С. 13-14
3. Сейку Ю.В., Харьковская Т.А., Солохина Т.А. с соавт. Основные тенденции демографического развития России и динамика численности больных шизофренией // *Журн. невропатологии и психиатрии*. - 1998. - Т. 98, №1. - С. 40-44
4. Чуркин А.А., Творогова Н.А. Психиатрическая помощь населению России в 1997 году // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. - Томск, 1999. - №2-3. - 44-48
5. Чуркин А.А., Творогова Н.А. Заболеваемость психическими расстройствами в экономических районах России в 1997 году // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. - Томск, 1999. - №1.-33-37
6. Carpenter M.D., Hannon V.R., McCleery G., Wanderling J.A. Ethnic differences in seclusion and restraint. *J-Nerv-Ment-Dis.* 1988 Dec; 176(12). -P. 726-31

-
7. Dassori A.M., Miller A.L., Saldana D. *Schizophrenia among Hispanics: epidemiology, phenomenology, course, and outcome. Schizophr-Bull.* 1995; 21(2): 303-12
8. Lewis-Fernandez R., Kleinman A. *Culture, personality, and psychopathology. J-Abnorm-Psychol.* 1994 Feb; 103(1): 67-71
9. Nakune Y., Ohta Y., Harford M.H.B. *Epidemiological studies of schizophrenia in Japan. //Sch.Bull.-* 1992. -Y.18. - N1. - P.75-84.
-

ПСИХОПАТИЯ (расстройства личности)

И.К.Тотина

г. Павлодар

Психопатии определены как «стойкие нарушения адаптации в поведении, возникающие, начиная с детского и подросткового возраста, и сохраняющиеся на протяжении последующей жизни, нередко становящиеся менее выраженными в среднем или пожилом возрасте», как аномальность личности по характеру соотношения ее компонентов, по их качеству и выраженности или по всем параметрам, вследствие чего страдают и сам больной, и окружающие его люди. А.Б.Самулевич (1983) психопатический (дисгармоничный) склад личности считает врожденным, постоянным свойством, препятствующей полноценной социальной адаптации.

Делались попытки выделить психопатии в особую нозологическую единицу, четко ограничить психопатии от психического здоровья и психической болезни, определить основные клинические признаки, позволяющие с достоверностью отнести того или иного индивидуума к группе психопатических лиц. Английский психиатр J.Prichard (1835) описал «нравственное (моральное) помешательство», французский психиатр E.Esquirol (1838) – «инстинктивную мономанию», при которых основным проявлением была патология характера. Отечественный психиатр И.М.Балинский (1858) описал ряд вариантов патологии характера, которые часто сопровождаются различными эксцессами, излишествами, аморальными поступками и психопатологическими срывами.

Значительное влияние на понимание психопатий оказало учение В.Morel (1875) о дегенерации, наследственной обусловленности душевной ненормальности в виде нервного темперамента, нравственной несостоятельности, склонности к алкоголизму, самоубийству и т.п., то есть таких патологических отклонений в характере, которые впоследствии стали описывать как психопатические. Психическими признаками вырождения В.Morel считал повышенную возбудимость, крайний эгоизм, импульсивность, неспособность

противостоять внутреннему побуждению к поступку, состояние духовного упадка и бессилия в форме пессимизма, неопределенного страха, отращения к самому себе, неспособность к конкретной деятельности, предрасположенность к пустым мечтаньям, мистицизму.

В учение о психопатиях существенный вклад внесли Е.Kretschmer (1930), указавший на наличие связи между телесной конституцией и характером; А.К.Ленц (1927), выдвигавший понятие социопатии (искажение характера вследствие неблагоприятных условий воспитания); П.Б.Ганнушкин (1933), подчеркнувший динамические особенности психопатий.

Социальная неприспособленность или неадекватность поведения были и остаются решающими в диагностике психопатии. Например, по К.Шнайдер (1928), психопат – это субъект, который вследствие патологии своего характера страдает сам и заставляет страдать других. М.О.Гуревич (1949) подчеркивал, что к психопатии следует относить только выраженные формы аномалии личности с дисгармонией психических свойств, делающей человека неприспособленным к среде в жизни, в коллективе, причем аномалии развития, наблюдающиеся с детского возраста и касающиеся преимущественно эмоционально-поведенческих характеристик личности (частные аномалии).

Таким образом, психопатия – это аномалия развития личности, начиная с детского возраста, с преимущественной недостаточностью в эмоционально-волевой, характерологической сфере. Другие свойства, например, память и уровень умственных способностей, могут быть интактными, но патология характера, являясь ведущей в структуре личности, определяет неадекватность социальных форм поведения в межличностных и других формах социальных отношений, причем неадекватность демонстративную, привлекающую к себе внимание и проявляющуюся не только в сложных, но и в обычных ситуациях повседневной жизни.

Диагноз психопатии нередко ставят недостаточно обоснованно в тех случаях, когда не проводят тщательного анализа всей истории жизни пациента, не учитывают в полной мере последующий социальный и медицинский ущерб. Не освобождая от уголовной ответственности (например, в судебно-психиатрической экспертизе), диагноз психопатии признает человека неполноценным, ограничивает его в выборе профессии, лишает возможности службы в армии. Ущерб особенно значителен, когда неправильный диагноз психопатии ставят в подростковом возрасте.

Рациональным следует считать определение крайних вариантов нормальных типов характера как акцентуацию личности (А.Е.Личко, 1985; К.Леонхард, 1981). К.Леонхард (1981) подчеркивает, что под акцентуированными следует понимать нормальные личности, однако отличающиеся усилением степени выраженности определенных черт характера. Между нормальными, средними людьми и акцентуированными личностями отсутствует четкая граница.

По данным К.Леонхард, существуют следующие акцентуированные личности:

1) Эмотивные (для них характерны готовность к слезам по незначительному поводу, мягкосердечие, глубина переживаний, тревожность, боязливость);

2) Возбудимые (вспыльчивость, раздражительность, импульсивность, отходчивость);

3) Депрессивные, или дистимические (озабоченность, нерешительность, медлительность, склонность к пессимизму);

4) Дистимические – застревающие (озабоченность в сочетании со скупостью и подозрительностью);

5) Демонстративные, или истерические (склонность к самовосхвалению и лживость с сохранением чувства реальности);

6) Демонстративно-застревающие (самоуверенность, склонность ко лжи, оговорам и клевете, патетическое самовосхваление, гипертрофированное самолюбие и обидчивость, лицемерие, дефицит этических чувствований – параноические черты);

7) Педантичные, или ананкастные (робость, тревожность, мнительность, совестливость, боязливость);

8) Застревающие, или паранойяльные (фанатичность, ревность и мстительность, неуступчивость, непоколебимость в своей правоте);

9) Эпилептоидные (возбудимость, тяжеловесность, существование жестокости и слащавости, бесчувственность).

Акцентуация – это то, что присуще людям, вполне приспособленным к повседневной жизни и справляющимися со своими профессиональными обязанностями. Акцентуированные личности

выделяются определенными особыми чертами характера и эмоциональными экстремальными реакциями в трудных ситуациях, при адаптации к новой обстановке, в межличностных отношениях и конфликтах, при отстаивании своих интересов и отношении к своим обязанностям. В быту это оценивается как характерологические особенности и не более, поскольку в обычных условиях поведение таких людей соответствует общепринятым нормам.

Дисгармоничность (аномальность) психопатической личности постоянна, она проявляется в обстоятельствах повседневной жизни, временами то, усиливаясь, то уменьшаясь. Наиболее общими признаками психопатической личности считают экстравагантность, необычность поступков и установок, неадекватную, непомерно завышенную или заниженную самооценку, пренебрежение общепринятыми нормами или ригидное, фанатичное преклонение перед отдельными из них, вырванными из общего контекста социальных требований, выраженную аффективную неустойчивость, взрывчатость и ригидность эмоций, неадекватно высокую зависимость поведения от аффекта, слабость, извращенность или гиперболизацию некоторых интересов, влечений и побуждений, неадекватную экстра- или интравертированность поведения, отсутствие устойчивого нормального повседневного контакта с социальным окружением и др. превалирование того или иного признака в различных сочетаниях с другими компонентами психических свойств дает определенный тип психопатической личности.

Однако характеристика психопатий была бы не полной в отрыве от психофизиологической и соматической основы, на что обращали внимание основоположники современного учения о психопатиях. Психическая дисгармоничность сопровождается клиническими признаками физического инфантилизма, диспропорциональности, функциональной или органической недостаточности центральной нервной системы и некоторых соматических систем. У психопатических лиц нередко обнаруживают остаточные явления ранее перенесенных мозговых поражений, эндокринной недостаточности, вегетативно-сосудистой неустойчивости и др.

Психопатические личности составляют 3-5% населения (Б.Д.Петраков, 1972; А.Б.Смулевич, 1983). Однако этот вопрос требует дальнейшего изучения с учетом необходимости осторожного и гуманного подхода к его решению. Распространенность истинных («ядерных») психопатий среди населения меньше, чем принято считать, их диагностика расширена за счет случаев распушенности, аморального поведения.

Литература:

1. Богдан М.Н. / Журн. неврол. и психиатр. - 1998. - Т. 98, № 1. - С. 35-38
2. Буторина Н.Е. Современные проблемы подростковой общей и судебной психиатрии. - С. 34-36
3. Военная психиатрия под. ред. С.В.Литвинцева, В.М.Шамрея. - СПб, 2001
4. Жариков Н.М. Эпидемиологические исследования в психиатрии. - М., 1982. - Т. 1. - С. 14-17
5. Исаев Д.Н. Подростковая медицина: Руководство. - СПб, 1999. - С. 538-566
6. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983
7. Райс Ф. Психология юношеского и подросткового возраста. - СПб, 2000
8. Кондратьев Ф.В. Профилактика общественно опасных действий психически больных. - М., 1985 - С. 16-24
9. Котов В.П., Мальцева М.М. Актуальные проблемы общей и судебной психиатрии. - М., 1993. - С. 86-89
10. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных (психопатологические механизмы и профилактика). - М., 1995
11. Шостакович Б.В. Принудительное лечение в системе профилактики общественно опасных действий психически больных - М., 1987. - С. 19-33
12. Бачеригов Н.Е. Клиническая психиатрия. - К. 1989

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ЖЕНЩИН, НАХОДИВШИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В РПБСТИН В ПЕРИОД 1992-2001 Г.Г.

Ю.Д.Чолак, В.С.Бойко, Д.А.Мурумбаева

Защита общества от опасных действий психически больных является одной из важнейших социальных функций психиатрии. Интерес к проблемам принудительного лечения больных, направленных в психиатрические больницы специализированного типа, значительно возрастает. До 1992 года в Республике Казахстан принудительное лечение психически больных женщин, совершивших особо опасные деяния (ООД) и направленных в психиатрические больницы специализированного типа, не осуществлялось, в связи с чем, проблеме принудительного лечения женского контингента уделялось мало внимания.

Открытие в 1992 году в структуре Республиканской психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением женского отделения повлекло за собой необходимость изучения опыта организации принудительного лечения психически больных женщин и разработки собственных специфических форм и методов, так как многими авторами констатируются существенные различия у душевно больных мужчин и женщин особенностей клиники и динамики психических расстройств, их социальной адаптации (Снежневский А.В., 1972; М. Guttentag, 1980; Иммерман К.Л. с соавторами, 1989; Саарма Ю.М., Меркис Л.А., 1994; Гонопольский М.Х., 1991 и др.).

С каждым годом отмечается увеличение общего числа больных, направляемых в наш

психиатрический стационар, имелись случаи повторных поступлений. Целью настоящего исследования явилось изучение клинко-социальных особенностей душевно больных женщин, совершивших ООД, что расширило бы возможности усовершенствования лечебно-реабилитационных программ, направленных на снижение социальной опасности каждой больной. Источником информации в данном исследовании были архивные и действующие истории болезни, амбулаторные карты, акты судебно-психиатрических экспертиз.

За период 1992-2001 г.г. в женском отделении находились на лечении 114 больных, из них до выхода из болезненного состояния с временным расстройством психической деятельности - 27 больных, что составляет 23,5%. Возраст обследованных колебался от 17 до 68 лет, преобладали же больные от 20 до 40 лет - 71 больная (61,7%).

Образовательный уровень представлен средним и неполным средним образованием. Высшее образование имели лишь 13 больных - 11,4%. Большая часть женщин не имели семьи. 30 больных (26,3%) состояли в браке, но отношения в их семьях назвать удовлетворительными было затруднительно. Материально-бытовые условия их характеризовались в основном низким достатком. 67,5% женщин являлись жителями городов, 2,6% не имели постоянного места жительства.

К моменту совершения ООД 88,6% женщин не работали, хотя профессии имели 61 больная (53,5%). Пенсионное пособие было у 37 человек (36,6%). Давность заболевания колебалась от 2 месяцев до свыше 20 лет.

По нозологической принадлежности больные шизофренией составляли наибольшее количество – это 57%, на втором месте больные с реактивными состояниями – 20,2%, третье место занимают больные органическим поражением центральной нервной системы (ЦНС) – 11,4%, далее больные олигофренией с эмоционально-волевыми нарушениями – 7%, с эпилепсией проводилось принудительное лечение 3 больным (2,6%), с инволюционным и алкогольным психозами по 1 больной. Половина женщин ранее лечилась в психиатрическом стационаре по месту жительства. Трое больных (2,6%) находились на принудительном лечении в РПБСН повторно.

Наиболее характерными для психически больных женщин, находившихся на принудительном лечении с интенсивным наблюдением, оказались ООД против личности (разбойные нападения, нанесение телесных повреждений, убийства) – 81 больная (71%). Имущественные деликты совершили – 21,4% (24 больных). Хулиганские действия – 3 больных (2,6%). Прочие ООД – 6 больных (5,4%). По нашим наблюдениям чаще всего больные шизофренией совершали опасные действия против личности, будучи в психотическом состоянии, а в структуре психозов имели место галлюцинаторно-параноидные и депрессивно-параноидные синдромы. Фактор злоупотребления алкоголем, бытовое пьянство отмечены нами в 53 случаях (46,5%). Наличие криминального анамнеза оказалось у 32 больных (28,1%), употребление наркотиков у 4 (3,5%).

Исследование психопатологических механизмов ООД проводилось в соответствии с систематикой, предложенной М.М.Мальцевой (1987), которая построена на условном выделении из комплекса психолого-психопатологических факторов главного расстройства, приводящего к совершению ООД. Психопатологический механизм квалифицировался нами как продуктивно-психотический в тех случаях, когда деяние больной было обусловлено психотической симптоматикой (бредовая защита, бредовая месть, косвенная бредовая мотивация, дисфорическая тотальная агрессивность, дезорганизация поведения в результате помрачения сознания, патологические императивы); как негативно-личностный, когда ООД было связано с дефицитарными расстройствами или изменениями личности.

Изучение больных женщин, находящихся на принудительном лечении, показало, что наиболее часто они совершают ООД против личности по продуктивно-психотическому механизму с

бредовой мотивацией (бредовая месть, бредовая защита по типу расширенного суицида) – 51,8%. Аффективная насыщенность бреда, убежденность больных в своей правоте служила причиной покушения на жизнь, нанесения тяжких телесных повреждений, убийств. Практически все особо опасные деяния, совершенные этой категорией больных, грубо не соответствовали обстановке, были крайне жестоки, направлены против лиц ближайшего окружения (детей, родителей). Убили своих близких – 59 больных (51,8%), из них своих детей – 29 женщин, где жертвами стали 32 ребенка, убили мужей и сожителей – 11 больных; родителей – 10 больных; сестер и братьев – 7 больных; внуков – 2 больных женщины. Все эти больные требовали длительного активного, антипсихотического лечения в условиях изоляции.

Негативно-личностный механизм, когда ООД было связано с дефицитарными расстройствами или изменениями личности отмечен у остальной части больных – 48,2%. Это больные с выраженным дефектом психики, эмоциональной бесконтрольностью, интеллектуальной несостоятельностью, повышенной внушаемостью. Эта группа больных в период принудительного лечения требовала широкого спектра лечебно-реабилитационных и психокоррекционных программ.

Нами обнаружено, что ООД способствовало то, что больные состоявшие на диспансерном учете у психиатров, находясь дома, длительное время не принимали поддерживающего лечения и это неизбежно вызывало обострение основного процессуального заболевания.

Как сказано выше, число лечившихся больных с реактивными состояниями за отраженный период составляло 27 (23,5%) больных. Острые психотические состояния у этих больных возникали после совершения преступления в период судебно-следственной ситуации и пребывания в условиях изоляции. Клиническая картина психогенно возникшей симптоматики была представлена в основном реактивной депрессией – 16 больных (59,3%), реактивным параноидом – 4 больных (14,8%), реактивным психозом с псевдодеменцией – 2 больных (7,4%), у 4 больных (14,8%) диагностировано процессуальное заболевание, у 1 больной (3,7%) – эпилептический психоз. Все эти больные совершали особо тяжкие преступления, направленные против личности, а также имущественные деликты. Хочется отметить, что большая часть больных с реактивными состояниями на принудительное лечение поступала с большим промежутком во времени между сроком проведения судебно-психиатрической экспертизы и сроком вынесения постановления суда. Так, больная В. «ждала» вынесения постановления суда о помещении ее на принудительное лечение до выхода из болезненного состояния три

месяца. За этот период острота психотических состояний у таких больных обычно снижается, и они при поступлении в нашу больницу уже не требуют активного антипсихотического лечения. Эти больные в последующем зачастую склонны к установочному поведению.

Таким образом, результаты нашего исследования, в основном, подтверждают выводы вышеназванных авторов в том, что у психически больных женщин, совершивших ООД, имеются неблагоприятные социальные характеристики, такие как низкий образовательный уровень, низкая профессиональная квалификация, отсутствие

работы, семьи, склонность к алкоголизации. Психически больные женщины совершают ООД против лиц ближайшего окружения и с особой жестокостью, в результате чего страдают чаще дети. Высокий психотический уровень механизма ООД.

Все это требует повышения эффективности, адекватности и целенаправленности лечебно-реабилитационных программ, проведения коррекционно-воспитательных программ, дифференцированного подхода к изменению или прекращению принудительного лечения с рекомендацией поддерживающего лечения.

Литература:

1. Снежневский А.В. Шизофрения (мультидисциплинарное исследование). - М., 1972
2. Иммерман К.Л., Качаева М.А. Особенности принудительного лечения психически больных. Проблемы судебно-психиатрической профилактики (Сборник научных трудов). - М., 1994
3. Саарма Ю.М. Психиатрическая синдромология. - Тарту, 1980
4. Мальцева М.М. Опасные действия психически больных. - М., Медицина, 1995
5. Морозов Г.В. Руководство по судебной психиатрии. - М., 1977
6. Фелинская Н.И. Реактивное состояние в судебно-психиатрической клинике. - М., 1968

НАРКОЛОГИЯ

ОТЗЫВ О ПРИМЕНЕНИИ ПРЕПАРАТА ГРАНДАКСИН В ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Г.Т.Бектаева, О.Н.Комарова

Под наблюдением Центра медико-социальной реабилитации г. Астаны за последние 2 года среди городского населения растет количество лиц, страдающих алкоголизмом. Помимо того, отмечается омоложение заболевания и ранняя алкоголизация с 12-13 лет. Почти в 2 раза увеличилось количество женщин страдающих этим недугом.

За последние 5 лет в условиях нашего центра широко применяется препарат Грандаксин (тофизопам) для лечения алкогольной зависимости. Подобно диазепаму и другим веществам бензодиазепинового ряда обладает транквилизирующей активностью, но отличается рядом свойств: оказывает умеренный антидепрессивный и психостимулирующий эффект, не усиливает действие алкоголя, активный вегетокорректор. Все эти свойства сделали грандаксин средством выбора в лечении, как абстинентного синдрома, так и поддерживающей терапии алкоголизма в Центре медико-социальной реабилитации г. Астана. Всего было пролечено грандаксином более 1500 человек, страдающих алкоголизмом.

При первичной клинической апробации препарата лечение было проведено 44 больным алкоголизмом в возрасте от 27 до 36 лет с длительностью заболевания 4-10 лет. У всех больных диагностированы II-III стадии алкоголизма со снижающейся, либо наиболее высокой толерантностью к алкоголю (суточные дозы потребляемых спиртных напитков составляли 0,5-1 литр водки). Впервые лечились 30 больных, повторно - 14. Больные были разделены на 2 группы: первую

группу составили больные (23 человека), которые лечились стационарно; вторую - амбулаторно (21 человек). Грандаксин назначался в дозе от 50 мг до 200 мг в сутки в течение 10-14 дней. Препарат применяли с целью купирования абстинентного синдрома на фоне дезинтоксикационного и общеукрепляющего лечения.

При анализе динамики изменений вегетативных и психических нарушений было выявлено, что на 2-й день приема препарата у большинства больных исчезали чувство разбитости, головная боль, анорексия, слабость, тремор рук и век. На 3-й сутки исчезали беспокойство, тревога, улучшалась способность концентрировать внимание, повышалась работоспособность. Патологическое влечение к алкоголю у больных данной группы снижалась на 5-6 сутки приема препарата. Двум больным лечение было дополнено антидепрессантами.

В связи с приемом препарата не возникло потребности увеличения дозы. Побочные явления были отмечены у одного больного в виде зуда и высыпаний на коже. Препарат, в этом случае, был отменен. В остальных случаях Грандаксин хорошо переносился и не вызывал побочных эффектов. После купирования симптомов абстинентного синдрома больным было рекомендовано продолжение приема Грандаксина в качестве поддерживающей терапии в индивидуально определенных дозах. Таким образом, Грандаксин, оказывая патогенетическое и симптоматическое действие при алкоголизме, проявил высокую активность в лечении этого заболевания.

ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ КАБИНЕТА ЭКСПЕРТИЗЫ ОПЬЯНЕНИЯ

Е.Р.Каримов, П.Г.Брыжахин, С.Д.Сулейменова, Е.Л.Иванов

Медицинское освидетельствование является определяющим этапом установления факта употребления алкоголя и степени опьянения. Квалифицированное его осуществление позволяет предупредить ошибки и случайности, неизбежные в повседневной практике.

Традиционно медицинское освидетельствование опьянений осуществлялось дежурным врачом наркологического диспансера, которому приходилось тем самым совмещать основную

работу с дополнительным видом деятельности. Большие физические и эмоциональные нагрузки, отсутствие четко налаженной системы и преемственности в работе затрудняло и снижало качество проводимых экспертиз. Кроме того, из года в год наблюдалась динамика роста экспертиз опьянений. Все это требовало поиска новых путей решения проблемы. В связи с этим в 1994 году главным врачом Семипалатинского областного наркологического диспансера был издан приказ

об открытии кабинета экспертизы опьянений. Основанием для этого открытия стали: увеличивающееся количество проводимых экспертиз, а также возросшая госпитализация тяжелобольных в отделения. Был набран штат врачей, составлен круглосуточный график работы, выделено отдельное помещение, оснащенное оборудованием, перечень основной учетной документации, разработаны требования и приказы, касающиеся деятельности кабинета экспертизы опьянений.

Все предпринятые меры позволили четко распределить должностные обязанности врачей наркодиспансера, повысить эффективность работы в целом.

Порядок проведения экспертизы опьянений

Медицинское освидетельствование на факт употребления психоактивных веществ (далее ПАВ) и степени опьянения проводится на основании приказа Министерства здравоохранения РК № 446 от 11 июня 2003 года. Приказ согласован с Министерством внутренних дел РК за подписью Сулейменова К.Ш. от 07.07.2003 года.

Согласно приказу:

1. Прием на медицинское освидетельствование осуществляется по письменному направлению сотрудников правоохранительных органов, должностных лиц предприятий, организаций по месту работы, а также проведение экспертизы по личному обращению граждан без официального направления, при этом освидетельствуемый предоставляет документ, удостоверяющий личность, и письменное заявление на имя директора диспансера с подробным изложением причины его просьбы.

2. Результаты оформляются соответствующим образом в акте медицинского освидетельствования, который выдается гражданину или по официальному письменному запросу заинтересованных организаций.

3. Отсутствие документов не служит основанием отказа от проведения экспертизы, в этом случае указываются приметы обследуемого и данные о личности фиксируются со слов. Сведения об освидетельствуемом уточняются в органах внутренних дел.

4. Не подлежат медицинскому освидетельствованию без их согласия лица, пользующиеся дипломатическим иммунитетом.

5. Обязательному направлению подлежат лица - участники дорожно-транспортных происшествий, в результате которых имеются пострадавшие или причинен существенный материальный ущерб.

6. Главным критерием медицинского заключения служат данные клинического обследования.

7. Результаты сообщаются освидетельствуемому сразу же в присутствии должностного лица,

доставившего его. При несогласии с результатами экспертизы подэкспертный имеет право предоставить письменное заявление директору диспансера о проведении повторного освидетельствования, которая должна быть проведена в течение 2-х часов с момента проведения первой. При этом производится обязательный забор биосред (как минимум две - кровь, моча). Забор организуется врачом экспертом, печатывается им. Образцы хранятся в соответствующих условиях не более 25 дней.

8. В случаях, когда освидетельствуемый по своему состоянию не может оценивать происходящие события, результаты сообщаются понятным.

В настоящее время в кабинете круглосуточной экспертизы опьянений г. Семипалатинска работают 4 врача. Их деятельность предполагает тесное взаимодействие с дорожной полицией, органами охраны правопорядка (УВД, прокуратура, суды и др.), внутриаптеклиническое взаимодействие (а, именно, тесная работа с кабинетом реабилитации подростков, проведение внутрибольничных врачебных конференций, профилактическая работа среди учащихся школ, средних и высших учебных заведений, а также постоянное повышение квалификации среди врачей-экспертов).

По результатам деятельности ведется следующая учетная документация:

- журнал учета опьянений;
- журнал учета наркотических опьянений;
- журнал учета забора биосред.

К записям в журнале предъявляются жесткие требования - единая форма заполнения, что постоянно проверяется и контролируется администрацией. Деятельность кабинета экспертизы опьянений не ограничивается лишь констатацией фактов опьянения.

За период с 2000 г. по 2002 г. нами проведена исследовательская работа, позволившая получить достоверную информацию о динамике показателей учетных опьянений среди населения г. Семипалатинска, осуществить и количественный анализ данных за последние 3 года.

В данной статье мы постараемся предоставить некоторые результаты проведенного многоуровневого исследования.

В таблице 1 приводятся сведения о динамике показателей экспертиз по выявлению алкогольного и наркотического опьянений.

Следует заметить, что число подэкспертных с алкогольными опьянениями за последние 3 года увеличилось в 1,4 раза (т.е. на 40%), тогда как число наркотических экспертиз при значительном скачке возросло лишь на 1%. Этот факт может явиться свидетельством эффективности и необходимости проводимой профилактической работы наркодиспансера среди населения, особенно среди молодежи.

Таблица 1

Виды опьянений

Диагноз	2000 г.	2001 г.	2002 г.
Алкогольное опьянение	3179	3875	4578
Наркотическое опьянение	45	74	48
Итого:	3224	3949	4626
Всего проведено	4996	5659	6305

Таблица 2

Возрастной состав подэкспертных

Возраст	2000 г.	2001 г.	2002 г.
До 18 лет	73	278	335
От 18 до 25 лет	1745	1784	1770
От 25 и старше	3178	3597	4200

При анализе возрастной структуры подэкспертных, проходивших медицинское освидетельствование по факту опьянения, было выявлено: среди лиц от 18 до 25 лет и старше выраженной динамики не наблюдается. Эти группы составляют соответственно 33,7% и 60% от общего числа.

Число лиц, не достигших 18 лет, в 2000 г. составляло 1,5% от общего числа подэкспертных, тогда как в 2002 г. их количество увеличилось до 6,4%.

Динамика роста числа алкогольных экспертиз среди подростков такова: в 2001 г. их число

увеличилось в 3,8 раза в сравнении с 2000 г., а 2002 г. уже в 4,5 раза.

Этот факт предоставляет серьезную почву для размышлений и требует разработки дополнительных профилактических мероприятий, в которых были бы задействованы и врачи кабинета экспертизы опьянений.

При рассмотрении гендерного состава подэкспертных обращает внимание тот факт, что ежегодно увеличивается количество женщин, привлекаемых к экспертизе. Так, за период с 2000 по 2002 г.г. их число возросло в 3,5 раза.

Таблица 3

Гендерный состав подэкспертных

Пол	2000 г.	2001 г.	2002 г.
Мужчины	3174	3847	4449
Женщины	50	102	177

Таблица 4

Органы, направляющие лиц для проведения экспертизы

	2000 г.	2001 г.	2002 г.
Дорожная полиция	3510	3137	3500
Полиция УВД	1486	2522	2805

Отчасти, это можно объяснить изменением структуры современного общества, сменой и сдвигом социальных ролей, ростом феминизма, эмансипацией.

Несомненным остается тот факт, что мужчины становятся подэкспертными гораздо чаще (96,2% к 3,8%).

Анализ причин направлений на медицинскую экспертизу опьянений позволил выявить следующие интересные факты: количество экспертиз, проведенных по линии дорожной полиции, почти в 2 раза превышает число экспертиз по линии УВД.

Однако выраженной динамики увеличения количества экспертиз по дорожной полиции не отмечается, тогда как число подэкспертных, направленных сотрудниками УВД, увеличилось в 1,3 раза. Этот факт может свидетельствовать о росте административных и уголовных правонарушений, совершенных в состоянии алкогольного опьянения.

Итак, результаты проведения работы можно интерпретировать по-разному. Но, резюмируя вышеизложенное, мы делаем следующие выводы:

1. Общее количество экспертиз опьянений за последние 3 года увеличилось почти на 40%.

2. Не наблюдается роста числа наркотических опьянений. По сравнению с 2001 г. их число уменьшилось почти на 35%. Это связано с постоянным поиском новых методов и приемов в решении медико-социальных проблем, профилактической деятельности.

Снижение числа экспертиз на наркотическое опьянение так же связано со спонтанными ремиссиями по опийной группе. В частности, относительно недорогой и «слабый» суррогат опия «ханку» вытеснил более дорогой и «сильный» героин.

3. Выявлена тенденция роста подэкспертных подростков, доставляемых в состоянии различного рода опьянений (в 4,5 раза) по сравнению с 2000 годом, а также женщин (в 3,5 раза). Это еще раз подтверждает тот факт, что женщины и подростки — самая чувствительная часть социума, остро реагирующая на любые социально-экономические изменения, являющаяся «барометром» благополучия страны.

ВЛИЯНИЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ТРАВМАХ НА ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

О.С.Когай, Ж.Р.Дарибаев, Т.П.Лапина

В последние годы все более настойчиво говорят о «сознании болезни», о «внешней» и «внутренней» ее картинах. Если «внешняя» картина болезни обычно соответствует традиционной клинике того или иного заболевания, а методами распознавания служат давно установившиеся клинические приемы и новейшие достижения инструментальных методов исследования, то «внутренняя» картина нуждается в специальном обсуждении.

Сознание болезни (Е.К.Краснушкин) или внутренняя картина болезни (Р.А.Лурия) – наиболее распространенные понятия. Немецкий интернист Гольдшейдер писал об «аутопластической картине болезни», выделяя две взаимодействующие стороны: сенситивную (чувственную) и интеллектуальную (рассудочную, интерпретативную), Шильдер же писал о «позиции» в отношении болезни.

Объективное содержание болезни и сознание ее, т.е. субъективная оценка своего состояния имеет диапазон от полного душевного покоя и равнодушного отношения, восприятия болезненного состояния как незначительного, преходящего явления до панической охваченности страхом с утрированным средоточием внимания на нем и обилием сопутствующих вегетативных расстройств.

Немецкий ученый Пауль Шильдер в монографии «Схема тела» (1923 г.) отмечал, что представление о собственном теле основано не только на ассоциациях, памяти, опыте, но и на намерениях, целях, тенденциях человека. Телесное «Я» человека формируется активно из нужд его личности. Движение оказывается тем могучим фактором, который объединяет различные части тела воедино, и вместе с тем обеспечивает связь организма с внешним миром. Иными словами, наше знание о своем теле, в первую очередь, зависит от активной деятельности.

В «сознании болезни» различают ряд существенных взаимосвязанных аспектов.

Во-первых, все новые для индивидуума изменения в организме отражаются в сознании. Со временем, в результате повторения аналогичных или близких болезненных состояний либо их затяжного течения, накапливаемые в субъективном опыте знания о болезни, соотносятся, болезнь осознается все более полно и детально.

Во-вторых, в непрерывном единстве с таким процессом отражения болезни в сознании больного формируется индивидуальное отношение к

изменениям, происходящим в организме, к самой болезни, ее возможным индивидуальным и общественным последствиям. Такое отношение находит выражение в особенностях общего субъективного переживания болезни, в изменениях самочувствия больного. Оно может сохраняться лишь в пределах внутренних переживаний или приобретать различные формы выражения вовне (слова, обращения, жалобы, советы, просьбы, действия, поступки, поведение).

Вначале сознание болезни, оказываясь новым опытом для больного, может существенно не преобразовать психику. Однако, как правило, более или менее длительное отражение (особенно, затяжных, инвалидизирующих) болезненных изменений в сознании и сопутствующее усложнение отношения к болезни приносят преходящие или стойкие изменения в клинику. Эти изменения при одной и той же болезни и при одинаковых объективных сдвигах в системах (органах) организма оказываются различными в связи с двумя главными обстоятельствами: преморбидными особенностями психики больного и особенностями его личности. При органических и, в частности, травматических поражениях головного мозга сюда прибавляются органические нарушения когнитивных и эмоционально-волевых процессов.

Отражение в сознании возникших болезненных изменений происходит в единстве с формированием отношения больного к ним. Как между отражаемым объектом и его воспринимаемым образом никогда не бывает тождества, также между отражаемым в сознании больного представлением о болезни и объективным характером ее никогда не возникает полного соответствия. Степень такого несоответствия при разных особенностях психики больного и сложившихся в связи с болезнью жизненных коллизий бывает неодинаковой.

Диапазон вариантов сознания болезни по существу включает бесконечное многообразие индивидуальностей людей. На одном полюсе представлены явления анозогнозии (в широком понимании этого слова – субъективной недооценки, отрицания объективно существующей болезни), а на другом – явления гипернозогнозии (разные формы субъективной переоценки объективных соматических расстройств). Между ними находится множество промежуточных состояний сознания болезни.

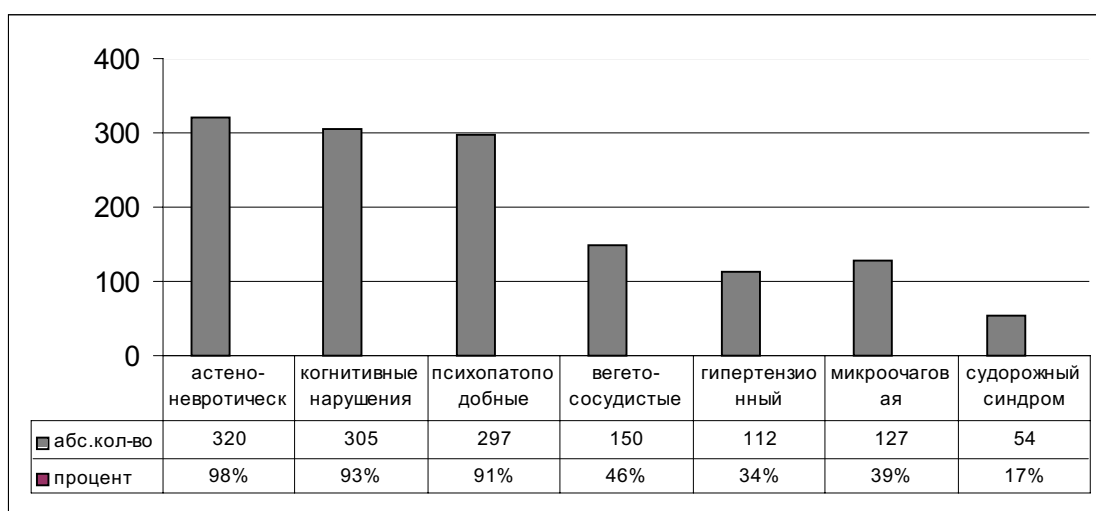
В неврологическом отделении Медицинского центра корпорации «Казахмыс» в период с июля 2001 г. по декабрь 2002 г. получили лечение по поводу последствий травматических повреждений головного мозга, позвоночника, нервных сплетений

различной степени тяжести 325 пациентов. Из них инвалидов - 275, в том числе инвалидов по производственной травме - 267. Симптомокомплексы у данных пациентов, т.е. внешняя картина болезни, были представлены следующим образом:

Рисунок 1

Основные клинические синдромы при производственных травмах с неврологическими нарушениями

Клинические синдромы	абс. кол-во	процент
астено-невротический	320	98%
когнитивные нарушения	305	93%
психопатоподобные нарушения	297	91%
вегето-сосудистые расстройства	150	46%
гипертензионный синдром	112	34%
микроочаговая симптоматика	127	39%
судорожный синдром	54	17%



В подавляющем большинстве случаев при производственной травме во внутренней картине болезни преобладала гипернозогнозия различной степени выраженности (поскольку корпорация «Казахмыс» выплачивает компенсации при получении травмы на производстве в размере от 10000 до 20000 у.е. и пенсию по инвалидности от 60 до 100% средней заработной платы работника). Только у одного пациента с тяжелой открытой черепно-мозговой травмой при достаточной сохранности интеллекта отмечалась недооценка своего состояния, он собирался активно заняться восстановлением своего здоровья с тем, чтобы в дальнейшем вести полноценную жизнь. Необходимо отметить, что показатели его интеллекта были намного выше средних. Для больных, у которых травма была получена в быту, характерна была адекватная оценка своего состояния. Однако в одном случае, когда наличие открытой черепно-мозговой травмы мешало дальнейшей

служебной карьере пострадавшего, он недооценивал свое состояние и старался скрыть имеющиеся болезненные симптомы, при этом при психологическом тестировании отмечалось явное снижение когнитивных процессов (замедление темпа и подвижности, снижение концентрации внимания, ослабление фиксационных компонентов памяти и способности к абстрагированию).

Показателен следующий клинический случай: больная Т. 1981 г.р., работавшая бригадиром аппаратчиков на медеплавильном заводе, была доставлена в неврологическое отделение Медцентра на носилках с диагнозом: Нарушение спинального кровообращения в бассейне артерии Адамкевича травматического генеза, спастический парализ нижних конечностей. Два месяца назад на производстве произошла аварийная ситуация, в ходе которой для предотвращения разрушительных последствий необходимо было перекрыть поступление топлива по трубам. Т. бросилась к

огромному крану, который в спокойном состоянии открывала с большим трудом. Кран заклинило, он никак не поворачивался, Т. схватила тяжелый лом и с его помощью повернула кран, после чего упала без сознания. Пришла в себя в больнице по месту жительства. Почувствовала сильные боли в пояснице, иррадиирующие в ноги, не могла встать. Проводимые лечебные мероприятия эффекта не имели, поэтому была направлена в Медцентр. Из анамнеза: родители: отец - властный, жесткий, порой деспотичный, но трепетно любил жену, «носил ее на руках», мать – слабая, чувствительная, подчиняемая. Первый ребенок в семье – мальчик – умер в раннем возрасте от менингита. Потом мать долго не могла забеременеть. Девочка стала долгожданным ребенком. Отец всячески баловал ее, и она больше тянулась к отцу. Привыкла поступать, как ей хотелось. В возрасте 15 лет забеременела, вышла замуж, родила сына. Однако пока она ухаживала за маленьким ребенком, муж весело проводил время с другими женщинами, а по вечерам рассказывал ей о «своих подвигах». Когда ребенку было 8 мес., собрала свои вещи и ушла от мужа. Два года назад умер отец, тяжело пережила эту потерю. В настоящее время живет одна, с матерью отношения прохладные, «вместе мы жить не можем, постоянно ругаемся». Сын находится в круглосуточном садике. Иногда навещает бывший муж, «он всегда приходит, если я позову, чтобы помочь мне». Заочно обучается в высшем учебном заведении по своей специальности.

При поступлении предъявляла жалобы на сильные боли в пояснице, слабость и периодически обездвиженность нижних конечностей.

При клиническом обследовании больная «давала» клинику нижнего парапареза без нарушения функций тазовых органов, без изменения рефлекторной сферы, кроме того чувствительные нарушения не укладывались в классический проводниковый тип расстройства. Обращало на себя внимание отсутствие трофических расстройств в нижних конечностях, несмотря на продолжительную (2 мес.) обездвиженность.

В психическом статусе личность истероидного склада: тщательно следит за собой, одевается вызывающе, стремясь подчеркнуть свою женственность и достоинства фигуры, демонстративна в описании своего «страдания», однако при этом на лице отсутствует страдальческое выражение, в меру кокетлива, обаятельна, даже не поднимаясь с постели, имеет успех у мужчин. В беседе явно прослеживается тенденция к вытеснению негативных переживаний, отрицательных оценок. Называет себя «сознательной эгоисткой». Интеллект немного выше среднего. При психологическом обследовании по личностному опроснику

Шмишека явное преобладание истероидного (20 баллов) и застревающего (20 баллов) радикала при достаточной выраженности циклотимического и эмотивного (по 18 баллов).

После проведения всех методов обследования, подтвердивших отсутствие органической патологии поясничного отдела позвоночника, спинного мозга и нижних конечностей, психотерапевтом в категоричной форме было предложено подойти на прием в кабинет психотерапии. На первый сеанс больная приехала сидя на каталке в сопровождении медицинской сестры и санитарки, однако в комнату релаксации прошла самостоятельно, держась за стену. Получила 5 сеансов гипнотерапии, а также внушения в бодрствующем состоянии, в ходе которых формировалась установка на выздоровление, полное восстановление функций нижних конечностей. Главным аргументом была возможность дальнейшей сексуальной жизни и создание семьи. Кроме этого получила курс массажа, лечебной физкультуры и рассасывающей терапии. На третий сеанс она пришла самостоятельно, но при этом жаловалась на боли в пояснице при каждом шаге. На последнем сеансе болей она уже не отмечала, походка была несколько неуклюжей, но при этом кокетливой. Больная выписана из стационара через 10 дней с рекомендациями продолжить восстановительное лечение в амбулаторных условиях. Через месяц она приступила к труду.

В условиях Медицинского центра корпорации «Казахмыс» все больные, перенесшие производственные травмы, получают комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий, включающий:

1 этап – стационарное лечение: медикаментозная терапия, различные методы психотерапии (гипнотерапия в сочетании с музыкотерапией, внушение в состоянии бодрствования, рациональная экзистенциальная и личностно-ориентированная терапия, методика «символ-драмы»), физиотерапевтическое лечение, ЛФК;

2 этап – лечение в профилактории;

3 этап – комплекс восстановительных мероприятий в реабилитационном центре.

Несмотря на комплекс проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий, мы имеем следующие исходы последствий производственных травм.

Таким образом, внутренняя картина болезни (субъективная оценка больным своего состояния) при производственных травмах имеет для исхода заболевания существенное значение, иногда даже большее, чем внешняя, т.е. объективная, картина болезни. Это обстоятельство необходимо учитывать врачам при проведении лечебных и реабилитационных мероприятий в случаях производственного травматизма.

Внутренняя картина болезни при травмах

Внутренняя картина болезни	производственные травмы (%)	бытовые травмы (%)
гипернозогнозия	77%	0%
адекватная оценка	22%	87,50%
анозогнозия	1%	12,50%

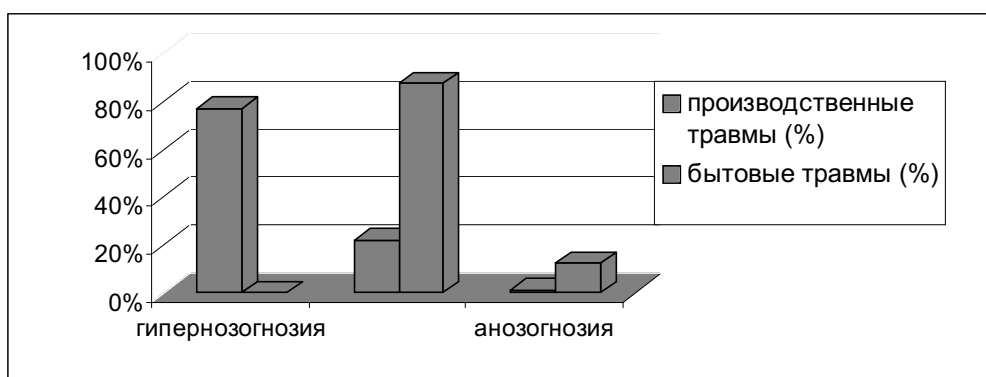
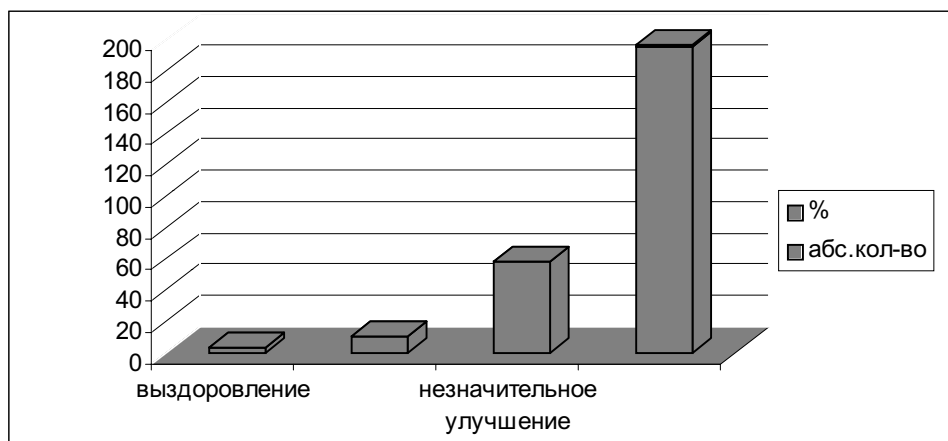


Рисунок 3

Исходы заболеваний	абс. кол-во	%
выздоровление	3	1%
значительное улучшение	10	4%
незначительное улучшение	58	22%
субъективно без перемен	196	73%



Литература:

1. А.М.Вейн, *Вегетативные расстройства*, М., Медицинское информационное агентство, 2000 г.
2. Н.Д.Лакосина, Г.К.Ушаков, *Медицинская психология*, Москва, Медицина, 1984 г., с.55-66
3. Я.Ю.Попелянский *Болезни периферической нервной системы*, М., Медицина, 1989 г., с. 333-379
4. Г.К.Ушаков, *Пограничные нервно-психические расстройства*, М., Медицина, 1987 г., с. 103-110
5. В.Н.Шток, *Фармакотерапия в неврологии*, М., Медицинское информационное агентство, 2000 г.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ СНА У ДЕТЕЙ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Е.А.Корабельникова

Проблемы, связанные с расстройством сна, начинают формироваться уже в детском возрасте и влекут за собой нарушения в состоянии и поведении ребенка. Инсомнии у детей в большинстве случаев являются вторичными, отражают неблагополучие их психофизиологического состояния и в большинстве случаев связаны с невротической и психосоматической патологией.

Дети и подростки, страдающие расстройствами сна психогенного происхождения, прошедшие исследование в нашей лаборатории, получали комплексную терапию, включающую в себя назначение растительных седативных препаратов и курс психотерапии, особенности которой определялся клинико-патогенетическим вариантом инсомнии. Проведенное нами комплексное исследование 30 пациентов позволило выделить 2 клинико-психологических варианта и, соответственно, 2 подгруппы пациентов, страдающих расстройствами сна.

Для детей первой подгруппы был характерен невротический симптомокомплекс, включающий эмоциональные (высокий уровень тревоги, депрессии и агрессии) и психовегетативные расстройства. В структуре последних, наряду с инсомнией, отмечались другие синдромы (панические

атаки, головные боли напряжения и другие). Ведущим направлением терапии в данном случае являлось выявление и разрешение психологического конфликта, являющегося основой формирования невротических расстройств, с использованием различных методов психотерапии. Психотерапевтическая работа на уровне причины (конфликта) незаметно устраняет все вторичные синдромологические проявления (в том числе, нарушения сна).

Пациенты второй подгруппы предъявляли как ведущую (часто единственную) жалобу на расстройства сна, которые являлись стойкими, мучительными и нередко нарушали социальную адаптацию. Данные психологического тестирования выявляли у них высокий уровень алекситимии. В клинической картине у таких пациентов с высокой частотой встречались заболевания, которые принято считать психосоматическими (бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка, гипертоническая болезнь и др.). В терапии таких пациентов наиболее актуальными являлись психотерапевтические техники, непосредственно направленные на сон, нормализация которого являлась необходимым условием для использования личностно-ориентированных методов психотерапии.

К ПРОБЛЕМЕ ТРЕВОГИ У ЖЕНЩИН С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

И.Е.Куприянова, Л.А.Агаркова

Всемирная организация здравоохранения констатирует, что распространенность тревожных расстройств среди населения составляет от 5 до 10%, причем отчетливо наблюдается тенденция к росту этой патологии. Выраженность тревожности колеблется от донозологических состояний с явлениями психологического дискомфорта, усталости, внутреннего напряжения, до развернутых клинических форм с разнообразными психопатологическими и соматовегетативными проявлениями, вплоть до панических состояний (Семке В.Я., 1999).

Тревога как симптом занимает центральное место в классической психологии. В частности, З.Фрейд, определяя тревогу как фундаментальное явление, лежащее в основе невроза, трактует

ее как подавленное либидо, скрытый конфликт между инстинктивными потребностями индивида и социальными ограничениями. А.Адлер обосновывает эмоциональные и поведенческие проявления тревоги завуалированным чувством неполноценности. В понимании К.Юнга тревога – это угроза иррационального, существующего в бессознательном. Л.Хорни, Э.Фромм., Х.С.Салливан рассматривают тревожные проявления как следствие нарушенных межличностных отношений.

Современные исследователи выделяют социальные, коммуникативные, эмоциональные, психосоматические нарушения при тревоге, обусловленные несоответствием рода деятельности (профессии) их внутренним, «прирожденным» свойствам (Астапов В.М., 2003). Тревога обедняет

личность (Мэй Р., 2001), привнося враждебность, агрессивность, отвержение, самоограничение.

У большинства пациентов с тревожными расстройствами выявляется органическая неполноценность ЦНС (Патрин И.П., Обеснюк О.А., 2003), значительно чаще встречаются соматические расстройства (Корнилов А.А. с соавт., 2003), у женщин – гинекологическая патология (Tuck I., Wallace D., 2000).

Цель настоящего исследования – определить уровень тревоги у женщин с гинекологическими проблемами.

С помощью шкалы тревоги Гамильтона мы провели добровольное анкетирование у 185 женщин, работающих на Томском нефтехимическом комбинате, у которых были выявлены гинекологические заболевания.

При анализе проявлений тревоги мы разбили шкалу Гамильтона на 3 раздела:

- уровень психической тревоги, включающий собственно тревогу, напряжение, страх, бессоницу, интеллектуальные затруднения, депрессивные проявления;
- соматические проявления тревоги, проявляющиеся чувством общего соматического недомогания, кардиоваскулярными симптомами, респираторными, гастродуоденальными и урогенитальными проявлениями;
- нейровегетативными проявлениями тревоги: сухость во рту, покраснение, бледность, склонность к потливости, головокружение, головные боли.

Уровень тревоги составил $12,2 \pm 1,04$ балла, причем высокие цифры выявлены по категориям эмоциональное напряжение и собственно тревога. Низкими были проявления соматической тревоги с кардиоваскулярными и урогенитальными симптомами. Нейровегетативные проявления были выражены незначительно. Данный уровень не отличается от показателей у женщин, наблюдающихся в женской консультации ($12,45 \pm 0,83$).

При сопоставлении уровня тревоги с гинекологической патологией показано, что пациентки с миомой матки имели более низкий уровень тревоги $11,37 \pm 2,96$ баллов, но это обнаруживалось лишь на уровне тенденции. Психическая тревога проявлялась лишь симптомами бессонницы, соматическая – гастроинтестинальными проявлениями.

Воспалительные процессы у женщин вызывали повышение общего уровня тревоги до $14,5 \pm 1,12$ баллов с максимальными проявлениями психической соматической и нейровегетативной тревоги. Среди симптомов максимальными были значения эмоционального напряжения и тревоги, минимальными значениями характеризовались респираторные и урогенитальные симптомы.

Сопоставление данных с цифрами, полученными при обследовании женщин с сочетанной

патологией, почти совпадают с данными в группе пациенток с миомой матки. Но распределение симптомов различно: высокий уровень соматических гастроинтестинальных симптомов тревоги

Рассматривая уровень тревоги от возраста, определяется наиболее высокий уровень тревоги в возрастной группе 51-60 лет ($16,0 \pm 0,96$), низкий уровень тревоги наблюдается в группе 31-40 лет ($8,92 \pm 0,36$) при достоверном отличии ($P < 0,001$), причем, если в старшей возрастной группе тревога проявляется через соматические и нейровегетативные проявления, то у пациенток в возрасте 31-40 лет высока напряженность психической сферы.

Исследуя уровень тревоги у женщин с гинекологическими заболеваниями в зависимости от стажа работы, мы выделили, что уровень тревоги выше у женщин со стажем 11-15 лет – $14,81 \pm 1,08$ баллов, низкий уровень тревоги ниже у женщин со стажем 5-10 лет – $9,25 \pm 0,36$ баллов ($P < 0,001$).

Уровень тревоги высок у контролеров, табельщиц, кладовщиц, что определяется их профессиональными обязанностями. Низкие уровни тревоги выделены у лаборантов и уборщиц. Административно-управленческий аппарат и инженерный корпус показали средний уровень тревоги.

Таким образом, уровень тревоги у женщин, работающих на Томском нефтехимическом комбинате, зависел от следующих факторов:

- гинекологической патологии (наиболее тревожны женщины с воспалительными заболеваниями);
- возраста (уровень тревоги высок у пациенток возрастной группы 31-40 лет, качественный уровень тревоги у них определялся симптомами психической сферы);
- стажем работы (максимальные показатели тревоги зафиксированы в группе со стажем 11-15 лет)

- профессиональной принадлежности (профессии, связанные с материальной ответственностью, нормированием рабочего времени и продукции).

Вышеприведенные данные позволили нам составить лечебно-профилактические программы для женщин с гинекологическими заболеваниями с учетом количественных и качественных уровней тревоги. Выделены 3 группы женщин: стрессоустойчивые с низкими показателями тревоги, группа потенциального риска и группа потенциального риска (с максимальным набором неблагоприятных факторов). Для первой группы предусмотрены образовательные профилактические программы, для второй психокоррекционные, для третьей – программы, включающие сочетанное применение фармакологические и психотерапевтических технологий.

Литература:

1. Астапов В.М. Социальные функции тревоги // III Всероссийский съезд психологов. - Санкт-Петербург, 2003. - Т. 1. - С. 228-230
2. Корнилов А.А., Хвостова О.И., Колбаско А.В. Влияние места жительства на соотношение тревожных нарушений у коренных жителей республики Алтай с соматическими заболеваниями // Научно-практический журнал «Медицина в Кузбассе», 2003. - № 3. - С.57-58
3. Мэй Р. Проблема тревоги. - Москва, «Эксмо-пресс», 2001. - С. 430
4. Патрин И.П., Обеснюк О.А. Тревожно-невротические расстройства у больных с органической неполноценностью головного мозга // Научно-практический журнал «Медицина в Кузбассе», 2003. - № 3. - С. 175-176
5. Погорелов А.Г., Погорелова Е.И. Роль тревоги в процессе преодоления экстремальных ситуаций / III Всероссийский съезд психологов. - Санкт-Петербург, 2003. - Т. 6. - С. 358-361
6. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. - Томск, 1999. - 403 с.
7. Tuck I., Wallace D. Chronic fatigue syndrome: a women's dilemma // Health Women Int. - 2000. Jul.-Aug. - 21(5). - P. 457-466.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД – НОВАЯ КОНЦЕПЦИЯ В МЕДИЦИНЕ

Б.А.Шахметов

г. Алматы

Соматические расстройства, при которых структурные изменения в тех или иных органах и системах имели определенную связь с аффективными сдвигами, органолалистические концепции в медицине рассматривали достаточно односторонне. От 30 до 50% пациентов, обращающихся в поликлиники и стационары с соматическими жалобами, являются практически здоровыми лицами, нуждающимися в известной коррекции эмоционального состояния (Uexkull Th., 1979; Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986). Среди действительно соматически больных у 25% лиц в клинической картине значительную роль играют невротические расстройства.

Шестой семинар ВОЗ (1970) по вопросам диагностики заболеваний обратил внимание на необходимость рассмотрения психосоматических нарушений в единстве биологического и социального, и рекомендовал рассматривать психофизиологические расстройства при эмоциях как главный элемент психосоматических заболеваний.

В настоящее время круг психосоматических заболеваний значительно расширен и включает патологию всех внутренних органов, гормональных и иммунных систем (Kaplan H.J., Sadock B.J., 1994). Психосоматика, возникнув на стыке неврологии, психиатрии и внутренней медицины, расширяет свою компетенцию с включением болезней, которые традиционно относились к внутренним, инфекционным, неврологическим и собственно психическим заболеваниям, и, таким образом, происходит сближение с антропатологией (Остроглазов В.Г., 1999).

Понятие «психосоматика» - «является основной концепцией медицины, рассматривающей в единстве среду, соматическое и психическое» (Шумский Н.Г., 1998).

Врачи всех специальностей - общей практики, интернисты, психиатры и др. проводят установление связей между данными анамнеза и соматического обследования. Причем врачебный опыт показывает, что хорошо собранный анамнез - это половина диагноза, экономит силы и диагностические средства. А, главное, раскрывает опытному врачу картину болезни, и, что имеет особое значение, ее этиологию. Врач обязан обращать внимание не только на выявление соматических и психических симптомов, но и на жизненную ситуацию и самочувствие, социальное положение и настроение самого пациента.

В психосоматике существуют две исходные ситуации (Бройтигам В., Кристиан П., Рад М., 1999):

1. Пациенты с известным соматическим заболеванием. Чтобы оказать больному помощь в переработке своей болезни (преодоление) и способствовать его соучастию в лечении (готовность, согласие), нужно определить роль психических влияний на болезнь, состояние и установки больного. Это соматопсихическая постановка вопроса.

2. Больные, у которых жалобы или соматические симптомы имеют психическую обусловленность. В таких случаях необходимо выяснить участие психических факторов в возникновении и течении заболевания. В этом заключается причинная психосоматическая постановка вопроса.

Психосоматический метод изучения и лечения больного подчеркивает значение всего организма и, прежде всего, душевных процессов в развитии патологии человека в тесном взаимодействии с окружающей средой. О психосоматическом, биопсихосоциальном заболевании говорят тогда, когда есть четкая связь: предрасположенность-личность-ситуация. Она может служить толчком к возникновению психосоматических заболеваний, которые затем развиваются по своим законам. Поэтому наличие психосоматических нарушений не приводит к отрицанию основного нозологического диагноза.

Современная психосоматика отходит от позиций ортодоксального психоанализа и не ограничивается психогенезом как основной этиологической концепцией и все больше заполняется, так называемыми, телесно-наследственными факторами. Таким образом, в современном психосоматическом генезе признается многофазность, как система разнообразных влияний на организм,

которые взаимодействуют между собой. Западная психосоматика является не только научным направлением, но и важной областью клинической медицины. К сожалению, в медицине Казахстана, также как и СНГ в практической деятельности врача продолжает оставаться разделение психического и соматического, которое усугубляется наличием множества медицинских специальностей.

В организации медицинской помощи психосоматическим пациентам необходим целостный подход к страдающему человеку как к личности. В комплексном лечении психосоматических заболеваний наряду с биологической терапией соответствующее место должны занимать психологическая коррекция, психотерапия и социотерапия.

В связи с этим возникает вопрос подготовки специалистов ментальной медицины - психологов, психотерапевтов и социальных работников, а также, остается актуальным обучение врачей-психиатров, врачей общей практики - семейных врачей.

ПЕДАГОГИКА ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

ЭКОЛОГО-ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ И ОБРАЗОВАНИЕ УЧАЩИХСЯ: ГЕНЕЗИС, ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

А.Г.Маджуга

Анализ фонда научной и специальной литературы показывает, что в валеологии объектами исследования являются категории «здоровье», «здоровый образ жизни» и «общественное здоровье».

Таким образом, валеология, как интегративная наука, которая обобщает научные знания о здоровье.

В качестве методологического базиса современной научной валеологии выступает генетика, физиология и экология человека, гигиена и санитария, профилактическая и психосоматическая медицина, психология развития и психология личности, теория биологического баланса, теория двигательной активности, теория адаптации и др. /1, 7, 8/.

В свою очередь, здоровье как целостная характеристика человеческого качества имеет механизмы саморегуляции жизнедеятельности человека, функционирующие на разных уровнях его системной организации: генетическом, физиологическом, психологическом, психосоматическом, нейродинамическом, потребностно-мотивационном, личностно-деятельностном, духовно-нравственном, эколого-социальном и др.

Валеологическое воспитание пересекается с целями и задачами социально-экологического направления (А.Ситаров, В.В.Пустовойтов) в решении глобальной проблемы перехода человечества к устойчивому развитию, в центре которого находится человек, имеющий право на здоровую и плодотворную жизнь в безопасных для него условиях окружающей среды (конференция ООН по окружающей среде и развитию в Рио-де-Жанейро, 1992 г., программа «Повестка дня для XXI века.»).

Именно поэтому общей задачей экологического и валеологического воспитания учащихся должно стать формирование личностного отношения к сохранению окружающей среды и своего здоровья, выработка активной жизненной позиции и признание основополагающими принципами здравотворчества - принцип ненасилия (ахимса) и гармонии человека с окружающей средой и с самим собой, т.е. обеспечить проектирование синтонической модели общения в процессе взаимоотношений человека и природы.

В этой связи, экология человека, изучающая вопросы здоровья в условиях биотических и абиотических факторов окружающей среды, служит одной из научных основ содержания валеологического воспитания. Как известно, экология

человека изучает взаимосвязь здоровья и факторов окружающей среды, а валеология - взаимосвязь здоровья и образа жизни человека. Принимая во внимание эту имплицитную связь мы считаем, что *валеологию целесообразно рассматривать как интегративную науку в системе человекознания о здоровом образе жизни, раскрывающей взаимосвязь образа жизни и здоровья, понимаемого как единство структурных компонентов, отражающих биопсихосоциальную природу человека.*

Связь валеологии с другими науками обусловлена следующими современными теориями здоровья (В.Н.Ростовцев): теория нормы реакции организма человека; теория груза болезней, биологического и социального в человеке; теория биологического баланса; теория предрасположенности к болезни; теория риска, возникающего под влиянием экстремальных факторов; теория оздоровления и профилактики. В структуре системного баланса человека принято выделять *психический баланс*, который связан с духовным компонентом здоровья. Поэтому В.А.Ананьев рассматривает психологию здоровья в качестве основополагающего фундамента современной валеологии. Он отмечает, что *психология здоровья (или валеопсихология) должна изучать сущность и механизмы психосоматических адаптационных процессов, являющихся результатом приспособительных реакций человека к различным эндо- и экзогенным воздействиям.* Кроме того, валеология опирается на общую психологию как фундаментальную науку.

Анализ определения понятия «здоровье» показывает постепенный переход авторов от интеграции здоровья как атрибута организма, связанного с его биологическими функциями, к целостной характеристике здоровья как качества человека, меры его социальной активности и самореализации.

Синергетическая природа здоровья проявляется в механизмах саморегуляции человека как открытой биопсихосоциальной системы, функционирующей на уровне социального субъекта, личности, биологического организма, индивидуальности с особенностями психики. Социальные системы характеризуются чередованием иерархизации и деиерархизации диссипативных структур, причем вектор эволюции определяется бифуркацией, т.е. разветвлением старого качества

на некоторое множество новых (В.П.Бранский, С.Д. Пожарский). В этом случае процесс самоорганизации системы носит нелинейный (стохастический) характер и переход к другому состоянию требует выбора варианта развития. Формирование умения свободного выбора имеет значение и для состояния здоровья человека (Н.Ф.Наумова). Можно предположить, что человек, как и социальная система, претерпевает множество бифуркаций, балансируя между «простым аттрактором» (предел иерархичности) и «странным аттрактором» (предел распада), т.е. чередуются процессы интеграции и дифференциации, усложнения и упрощения, и роль побудительной силы играет социальный отбор. Чем больше амплитуда колебаний между дуальными качествами, при которой человек способен сохранить динамическое равновесие, тем более он устойчив, как биопсихосоциальная система. Такими качествами могут быть: способность к кооперации и автономии, профессионализм и дилетантизм, акмедвижение и самосохранение. Способность человека к самоорганизации, самовоспитанию, самообразованию, выбору адекватных окружающей среде моделей поведения, экология мышления, способность к борьбе и кооперации, мобильность, самореализация через самовыражение и самоутверждение обеспечивают ему жизнестойкость и здоровье. Причем модели поведения, обеспечивающие сохранение жизни и здоровья отдельному человеку, не всегда совпадают с набором поведенческих программ, способствующих развитию социальной системы в данный конкретный период времени.

Вся история развития человеческой цивилизации (по крайней мере, европейской) была движима поиском идеала человека и стремлением к совершенствованию и духовному развитию. Построение концепции валеологического воспитания в ряде исследований (Л.Г.Татарникова, В.М.Максименко, В.П.Казначеев, Л.З.Тель и др.) опирается на духовно-нравственный компонент как стержень развития человека, отражающий смысл жизни и иерархию его жизненных ценностей, согласно которой он живет и действует. Н.Д.Никандров отразил в своем докладе на девятых Рождественских чтениях социальный заказ на воспитание духовных ценностей как основу целей воспитания. Идеи приоритета духовного воспитания отражены и в интегральной педагогике (В.П.Заколотный, В.И.Мурашов и др.), где системообразующим «ядром является человек». Деградация мира духовного создает угрозу для национальной безопасности, поэтому духовно-нравственное воспитание тесно связано с целями и задачами валеологического воспитания.

Человек в философских учениях XX века рассматривается как единство духа, души и тела,

которое живет и развивается в четырехмерном пространстве: космос – природа – общество – культура, что подчеркивает космобиопсихосоциальную природу человека и требует интегративного подхода к пониманию здоровья и к построению системы валеологического воспитания. Необходимо отметить, что междисциплинарная категория «здоровье»- многоаспектна и многомерна. Один из вариантов определения здоровья – это интегративная целостность человека, которая проявляется в оптимальном единстве социального и биологического аспектов развития индивидуальности в конкретных условиях жизнедеятельности на основе приоритета духовно-нравственных ценностей, а здоровый образ жизни – это непрерывная адаптация человека к меняющимся условиям внешней среды.

На наш взгляд, данное определение категорий «здоровье» и «здоровый образ жизни» позволяет констатировать, что экологическое и валеологическое воспитание должны выступить как единая система, обеспечивающая формирование гармонически развитой личности с устойчивыми формами мотивации на здоровье и здоровый образ жизни, а также мотивационно-смысловыми основами адекватных типов здоровьесберегающего поведения. Однако воспитание необходимо осуществлять в единстве с образованием и развитием. По современным представлениям образование – есть одна из форм воспитания. Поэтому необходимо рассмотреть ключевые позиции эколого-валеологического образования и определить его специфику в контексте междисциплинарных корпоративных связей.

Под *экологически-валеологическим* образованием мы понимаем процесс формирования знаний о закономерностях становления, сохранения и развития здоровья человека под влиянием абиогенных и биогенных факторов среды, овладения умениями сохранения и совершенствования личного здоровья и биоэнергоинформационного равновесия в природных экосистемах, оценки формирующих его факторов, а также усвоение знаний о здоровом стиле жизни и умений его построения, освоения методов и средств пропаганды здоровья и здорового образа жизни и формирования экологического сознания, индивидуальной, экологической и валеологической культуры личности в ракурсе глобальных эколого-валеологических проблем, возникающих в условиях техногенных преобразований в окружающей среде /8/.

Анализ педагогического опыта позволяет нам выделить *условие, определяющее эффективность эколого-валеологического образования – переход от знаний о здоровом образе жизни и причинах, послуживших основой нарушения экологического равновесия в среде к программе формирования индивидуальной экологической и*

валеологической культуры личности. В процессе обучения это выражается в ориентации на методы и приемы, обеспечивающие формирование здоровьесберегающей образовательной среды, а в содержании - поиск ключевых понятий и терминов, на основе которых возможно формирование определенной эколого-валеологической позиции личности в отношении своего здоровья и здоровья других людей, выработка стратегий по формированию культуры здоровья, здорового образа жизни и его смысловых основ.

Таким образом, учителю должна быть отведена ведущая роль в эколого-валеологическом образовании и воспитании учащейся молодежи. При этом необходимо знать, что *валеологическая и экологическая грамотность* учителя предполагает, прежде всего, *владение технологиями обучения и воспитания, направленными на формирование у учащихся экологического сознания и культуры здоровья, умение интеграции содержания своего предмета с проблемами сохранения окружающей среды и здоровья*. Здесь мы считаем возможным привести схему, отражающую междисциплинарную связь экологии и валеологии, а также феноменов эколого-валеологического воспитания (рисунок 1).

Из приведенной схемы видно, что экологическое сознание и валеологическое сознание имеют реципронную связь, однако экологическое сознание способствует формированию культуры здоровья и, в этой связи, является базисным понятием в системе эколого-валеологического воспитания и образования учащихся.

Под *экологическим сознанием* традиционно понимается совокупность экологических представлений о взаимосвязях в системе «человек-природа» и в самой природе, существующего отношения к природе, а также соответствующих стратегий и технологий взаимодействия с ней. Поэтому сложившейся тип экологического сознания определяет поведение людей по отношению к природе, а, следовательно, и формирует условия для здоровьесбережения и здравотворчества. Кроме того, экологическое сознание предопределяет степень психологической включенности человека в мир природы, т.е., благодаря нему, возможно проектирование эколого-валеологических

позиций личности, которые являются главной компонентой здоровьесотворческой и здоровьесоздающей деятельности человека.

И, наконец, еще один важный элемент, указывающий на необходимость построения единой системы эколого-валеологического воспитания и образования, коренится в структуре современной валеологии.

Анализируя содержания современной валеологии необходимо рассмотреть те ее направления, которые могут выступить в качестве методологической основы эколого-валеологического воспитания и образования.

Первое направление – это валеология поведения, или поведенческая валеология, которая связана с анализом здоровья, по отношению к образу жизни и поведению человека;

Второе направление – психоаналитическая валеология, которая связывает нарушение здоровья и его сохранение с неосознанными конфликтами, с фиксациями в развитии, и их преодоление, обеспечивает разработку автотренинговых (самоисцеляющих) технологий здоровья через слово;

Третье направление – экзистенциальная валеология (или валеопсихология), которая обеспечивает разработку психологических стратегий, направленных на поддержание, самосохранение, формирование и укрепление целостного здоровья;

Четвертое направление – гуманистическая валеология, которая связывает здоровье, его нарушение, болезни с изменением души, совести, религиозных чувств, отношений и др. имманентных характеристик личности.

Резюмируя вышеизложенное необходимо подчеркнуть, что экология и валеология могут быть рассмотрены как междисциплинарные области, посредством которых возможно осознание ценности здоровья и формирование мотивации на здоровый образ жизни, личностной ответственности каждого за здоровье последующий поколений и состояние окружающей среды.

Таким образом, ориентация учащихся на здоровый образ жизни должны основываться на экологическом и валеологическом сознании личности и их позитивной трансформации в процессе познания мира в научно-обоснованную здравотворческую деятельность

Литература:

1. Бакаев Е.Н., Бакаев А.А. Сравнительный анализ эколого-валеологических знаний российских и американских школьников / В сб.: *труды III Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы валеологии»*. - Ростов-на-Дону: изд-во РГПУ, 2001. - С.57-58
2. Мамедов Н.М. Культура, экология, образование. - М., 1996
3. Лихачев Д.С. Культура как целостная среда // *Новый мир*. – 1994, № 8. - С. 8-12
4. Дерябо С.Д., Ясвин В.А. Экологическая педагогика и психология. - Ростов-на-Дону, 1996
5. Адамов А.К. Основы философии ноосферы. – Саратов, 1996
6. Баштаиник Д.Ф. Система работы общеобразовательной школы по формированию экологической направленности личности школьника: Автореферат дис. канд. пед. наук. - Волгоград, 1996

Междисциплинарная связь валеологии и экологии в ракурсе феноменов эколого-валеологического образования и воспитания



7. Петленко В.П. Валеология человека. Здоровье – любовь - красота. В 2-х книгах, 5 томах. - СПб.: 1998. – 1550 с.

8. Маджуга А.Г. Тлеуов Э.Д., Шаймерденова М.А., Пошимов Т.Б. Использование семантико-перцептивных конструкций в эколого-валеологическом образовании учащихся / В сб.: труды межд. научно-практической конференции «Ауезовские чтения-3» - Шымкент: изд-во ЮКГУ им. М.О.Ауезова, 2002. - С. 145-149.

СПЕЦИФИЧЕСКИЙ РЕЛАКСАЦИОННО-РЕКРЕАТИВНЫЙ ПСИХОКАТАЛИЗ

А.Ф.Ермошин

г. Москва

Переживания

Что в психотерапии является предметом работы? По мнению автора, в первую очередь, невротические переживания.

Что такое переживания вообще и невротические переживания в частности?

Под переживаниями автор понимает все те циклические процессы вызревания некоей потребности, формирования программы ее удовлетворения с использованием информации, которой располагает организм, мобилизации энергетических, и прочих ресурсов, действия по овладению объектом потребности, его ассимиляция, соответствующее этому чувство удовлетворения... Большая часть переживаний, в норме, реализуется благополучно, завершаясь удовлетворением потребности и становясь позитивным опытом личности, пережившей этот успех.

Однако, в ряде случаев некое переживание, связанное с потребностью, будь то потребность в еде или потребность в самоуважении, натывается на активность “контрагентов”. Эти контрагенты, препятствующие гладкой реализации программы удовлетворения данной потребности, действуют “под углом” или прямо противоположно по отношению к первичному импульсу.

Эта борьба мотивов может разыгрываться как в поле межличностных, семейных, межгрупповых взаимоотношений, так и внутри личности. В индивидуальной терапии речь ведется преимущественно об интрапсихических конфликтах.

Пример

Вот пример такого рода конфликта.

Один и тот же человек в одновременно может испытывать: а) желание отстоять свое личностное достоинство в конфликте с начальником и б) желание сохранить за собой место работы. Одно желание (само по себе хорошее) предполагает борьбу с другим человеком за утверждение своих позиций, другое желание (не менее хорошее) предполагает поддержание хороших отношений с этим же самым человеком. Организм не каждого человека наделен такой мудростью, и не у каждого настолько развита культура асертивности, чтобы одновременно решить эти две задачи. Описанные два мотива относятся к трудносогласующимся.

Судьба конфликта

Это противоборство разнонаправленных сил может иметь несколько вариантов исхода. При благополучном варианте развития событий организмом находится их компромисс и ситуация успешно разрешается.

В случае “лобового столкновения” тенденций исход, как правило, менее благоприятен. Даже в случае, когда одна из них побеждает и действие, соответствующее победившей тенденции, совершается, это стабилизирует ситуацию лишь на короткое время, поскольку подавленная тенденция сохраняет свой потенциал и с большой вероятностью возобновит свою активность, вновь выйдет из латентного состояния. Так бывает, например при анорексии-булимии.

Есть, однако, разряд случаев, когда ни “компромисса” тенденций, ни победы одной из них (даже временной) не достигается и состояние внутренней борьбы стабилизируется. Именно этот род состояний, по мнению автора, традиционно относится в психиатрии к нозологической группе невротозов.

“Зрелый невротоз”

В случае “зрелого невротоза” результатом описанной выше психодинамики психодинамики становится относительно стационарное состояние, в составе которого, как правило, находятся два противоположно направленных процесса, каждый из которых обладает примерно равной энергетикой. Происходит фиксация интрапсихического конфликта, где одна сторона выступает в качестве подавляемой, другая - в качестве подавляющей.

Данные реалии описываются в разных терминах у Фрейда (“конфликт Id с Super-ego”, “вытеснение”), у Перлза (“прерывание контакта”, “незавершенное действие”), у Берна (конфликт эго-состояний), у Минделла (“первичный процесс”, “вторичный процесс”, “край”) и у др. авторов.

Частный случай

Автор еще раз хочет подчеркнуть, что невротические переживания - лишь частный случай переживаний и, к счастью, довольно редкий. Средний человек их набирает за жизнь средней длительности десятки, сотни, редко тысячи, тогда как переживаний вообще у него могло реализоваться много тысяч. Это как аварии на дорогах. В таком городе как Москва, где ходят сотни тысяч автомобилей, в сутки их случается 2-3 со смертельным исходом. Невротическое переживание - это такой же конфликт двух самих по себе “хороших” тенденций, как столкновение двух, самих по себе, может быть, и неплохих автомобилистов, но, по каким-то причинам, не поделившим пространство проезжей части.

Следствием существования интрапсихического конфликта становится “загрузка” “мозгового компьютера” нефункциональными постоянно открытыми “файлами”, с риском “зависания системы”. А поскольку переживание это не только информационный, но и энергетический процесс, то нужно вести речь об энергетическом обкрадывании организма в связи с существованием невротических комплексов, о деформирующем влиянии их на весь строй функционирования организма.

Это, впрочем, прекрасно описано в классических уже работах Фрейда (“экономическая точка зрения на невроз”) и большой плеяды ученых XX столетия, в том числе в учении о хроническом стрессе.

Ущерб

Негативные следствия синдрома длительного психического напряжения могут быть разбиты на следующие классы: проблемы в здоровье, проблемы в межличностных взаимоотношениях, проблемы творческой самореализации и т.д.

Первым и главным следствием нарушения нормального протекания переживаний человека являются пограничные психические расстройства. Речь идет о невротических состояниях астенического, депрессивного, истерического, ипохондрического, обсессивно-компульсивного, агрессивного характера, о повышении риска декомпенсации дисфренических и органических расстройств, а также расстройств личности, связанных с дисгармонией конституционально-генетического сложения.

Распространенными следствиями существования хронического эмоционального напряжения являются также психосоматические заболевания, повышение риска формирования проблематики, связанной с употреблением психоактивных веществ (транквилизаторы, алкоголь, героин и др.), большая группа психологических проблем (уже упомянутые нарушения успешной самореализации, проблемы в межличностных взаимоотношениях и др.), педагогические проблемы (затрудненное восприятие новых знаний, пониженная способность их реализации).

То, что ущерб, наносимый обществу последствиями хронического эмоционального напряжения, колоссален, с неопровержимостью доказано большим количеством научных исследований.

Транквилизаторы, алкоголь, героин

Лица, страдающие от накопления у них нерешенных внутриличностных конфликтов, в поиске средств “растворения” испытываемого ими дискомфорта нередко натываются на транквилизаторы, алкоголь и другие психоактивные вещества как на энергичные средства сиюминутного улучшения самочувствия. Происходит фиксация этого факта в их памяти, и они приобретают тенденцию к повторению принесших облегчение

действий. Таким образом, они вступают на путь формирования проблем химической зависимости, межличностных проблем и т.д. Понятно, что использование психоактивных веществ такого рода не может быть признано за целесообразное.

Антидепрессанты

Как альтернативный и менее рискованный путь улучшения ситуации психиатрией рекомендуются антидепрессанты, как препараты с более пологим графиком проявления эффекта, не формирующие столь очевидным образом проблем зависимости от них.

Этот подход способен минимизировать вред, наносимый депрессивными расстройствами обществу, однако имеет и свои существенные изъяны, главный из которых состоит в том, что при невротических депрессиях фармакотерапия является не этиотропным, а патогенетическим подходом. Даже длительное использование препаратов с антидепрессивным действием не приводит к излечению, а лишь ослабляет степень выраженности расстройств.

Этиотропным подходом при невротических депрессиях, при синдроме хронического эмоционального напряжения является психотерапия.

Психотерапия

Автор различает во всем многообразии существующих психотерапевтических методов решения описанной проблематики два принципиально отличающихся друг от друга подхода. Один из них носит название *психодинамического*, другой автор называет *психостатическим*.

Какие психотерапевтические школы оказываются отнесенными к первой группе? В первую очередь психоанализ и близкие к нему методы: гештальт-психотерапия, юнгианский анализ, психосинтез, транзактный анализ, трансперсональная психология, процессуально-ориентированная психология и др.

Ко второй группе методов автор относит аутотренинг, практики наведения гипнотического транса, другие релаксационные техники.

И тот и другой подходы могут соглашаться в понимании характера исходной проблематики (интрапсихический конфликт) и конечной цели работы (восстановление психической целостности человека и содействие успешной его самореализации в жизни), но они принципиально расходятся в понимании стратегии достижения необходимых результатов.

Психодинамический подход

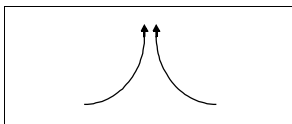
Психодинамический подход, родоначальником которого следует считать Фрейда, предполагает активацию стагнировавших симптомов, “динамизацию” комплексов разнонаправленных сил. Психоанализ считает целесообразным прорабатывать *сопротивление*, преодолевать *вытеснение*. Другие школы психодинамического направления

организуют выявление скрытой, подавленной тенденции за счет ее энергизации (*амплификация* симптома) (Минделл, процессуально-ориентированная психология), практикуется также неспецифическая активизация психических процессов, в результате которой шаткий баланс сил подавления и выявления будет нарушен, произойдет осознание тенденций, и организмом будет сделана попытка *интеграции* процессов (холотропное дыхание по Грофу).

Таким образом, при всем различии способов достижения эффекта, различные психотерапевтические школы психодинамического направления сходятся в понимании цели работы. В качестве таковой выступает *мобилизация* стагнировавшего интрапсихического конфликта и последующая попытка реинтеграции разделившихся контрпроцессов. Таким образом, в целом это **мобилизационные и интеграционные методы работы.**

В последнее время получили большое распространение такие методы как эриксоновский гипноз, нейролингвистическое программирование. С рассматриваемых позиций эриксоновский гипноз является вариантом поиска компромисса между симптомообразующими тенденциями, а НЛП - манипулятивной интеграцией, мало считающейся с "волей" конфликтующих сторон, которые называются в этой системе "частями личности" (техники "якорения" различных состояний, последующего рефлексорного "слияния якорей" и др.).

Большинство школ психотерапии психодинамического направления, если обобщить, работают в надежде векторы сил, столкнувшиеся лбами, перенаправить так, чтобы они начали суммироваться.



Указанные психотерапевтические направления обладают несомненными достоинствами, главным из которых автор считает специфический характер работы, *этиотропность* ее, точный выход на ядро конфликта.

Признавая большую *диагностическую, исследовательскую ценность* этих подходов, недостатками этих систем работы автор считает их

- высокозатратность
- недостаточную терапевтическую эффективность
- наличие риска осложнений при их применении
- наличие противопоказаний
- искусственность приемов работы.

Психостатический подход

К числу альтернативных методов автор относит *релаксационные методы работы*, такие как аутотренинг И.Шульца, прогрессивную мышечную релаксацию Джейкобсона, дыхательно-медитативный тренинг и ряд других. К этому же

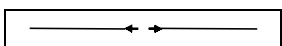
классу могут быть отнесены различные древние практики внутренней работы, развившиеся на Востоке, такие как индийская випасана-медитация, византийский православный энергетизм, древнекитайские даосские учения и др.

В последнее время получили определенную известность танатотерапия Баскакова, фракционный аутотренинг Покровского, тренинг Хосе Сильвы и другие методы.

По мнению автора, указанные методы внутренней работы могут быть объединены в группу *психостатических подходов*.

Методы из группы психостатических подходов, в отличие от описанных выше психодинамических, полагают целесообразным вести дело к успокоению, гармонизации и гомогенизации психики, растворению активности, не ведущей к позитивному результату, **без дополнительного активизирования психических процессов**, без предварительного обострения симптоматики. Они характеризуются неспецифической индукцией состояния покоя, на фоне которого производится программирование или самопрограммирование сознания на решение определенных задач, имеющих отношение к жизни занимающегося.

Эти методы обладают несомненными положительными качествами, поскольку, при успешной реализации их, способны перевести организм на

 энергетически менее затратный уровень функционирования и могут послужить прекрасным средством профилактики многих расстройств, связанных с эмоциональным напряжением.

Они обладают, однако, рядом недостатков, главным из которых автор считает неспецифический, некаузальный характер работы в этих подходах. Под неспецифичностью работы автор подразумевает то, что эти подходы мало интересуются исходным состоянием человека и предлагают ему свою программу занятий внешним образом, "накладывая" ее на имеющееся состояние без выяснения причины, по которой возникло эмоциональное напряжение. Они "рекомендуют" организму немотивированно перейти в состояние покоя, оставляя самому организму простор в выборе путей, которыми он это сделает. Т.е. это, в каком-то смысле работа "вслепую".

Аутотренинг

Как пример возьмем аутотренинг И.Шульца. Занимающемуся предлагается ощутить тяжесть, тепло в конечностях и, соответственно, успокоение, облегчение на уровне груди, живота, приятную прохладу в области лба.

Следует отметить, что предлагается достичь этого без предварительного анализа состояния, без исследования распределения в организме тяжести и тепла в начальный момент занятия. Независимо от того, как исходно распределены

внутренние ощущения в организме, и независимо от того, что именно вызывает такое их распределение, рекомендуется занимающемуся начать ощущать (неизвестно почему, просто самоиндуцируясь в направлении формирования состояния покоя) движение ощущений тяжести, тепла в направлении конечностей с одновременным успокоением дыхания, урежением сердечного ритма, формированием свободы в области солнечного сплетения, приятной прохлады в области лба.

Описывая характеристики самоощущения человека, которые соответствуют состоянию покоя и отдыха, АТ задает организму занимающегося направление, в котором ему следует изменять параметры собственного функционирования в процессе релаксации. Само по себе это хорошо.

Но вот на что АТ и родственные ему методы скупы, так это на подсказки, *как* именно организм с данными характеристиками исходного состояния, *какие* фазы проходя, *благодаря чему* проходя их, окажется в счастливом моменте совпадения собственных характеристик с эталонными. Помогая организму в формировании “акцептора результата действия”, АТ не озадачивается ассистированием конкретному процессу трансформаций, которые должны произойти в организме, чтобы заданное состояние реализовалось.

Автором подмечено еще одно отрицательное свойство практик, нацеливающих организм на поддержание одного единственного “правильного” состояния, допустим, состояния “невозмутимости”. Организм теряет подвижность. Диапазон переживаемых им состояний искусственно смещается к означенному в той или иной практике полюсу, человек становится несколько “монотонен”.

Индеец в России

Расскажу небольшую историю. На заре перестройки в Советском Союзе стали пользоваться спросом различные “развивающие практики”. Определенную лепту в обеспечение этого спроса внес и ваш покорный слуга. Помимо своей основной работы, по вечерам во “Дворце культуры” рядом с домом он организовал “группу аутотренинга”. В состав же занятия внес все, что знал и умел к тому моменту: тут были и суставная гимнастика, заимствованная из тренировок по карате, и элементы точечного самомассажа (из курса по рефлексотерапии), и напоминающие танец движения тай-цзы, которым его научил сосед, сын известного спортсмена и ученик хорошего китайца, и разбор характеров по внешности, и элементы культуры разрешения межличностных конфликтов, а в качестве завершения - собственно аутотренинг.

Как часто это бывает, из 70 записавшихся вскоре осталась треть, а еще через некоторое время выделилась основная группа, не помню точно, сколько человек, может быть, человек 12. С ними мы занимались довольно долго.

В составе этой группы энтузиастов был один молодой человек, отличавшийся повышенной внутренней чистотой и стремлением к духовному совершенству. Он стал образцовым учеником и хорошо освоил дух аутотренинга: хранить ноги в тепле, а голову в холоде.

Отзанимавшись зиму, после естественного летнего перерыва мы снова встречаемся, и каким же смутившим его наблюдением делится Юра? На всех фотографиях, сделанных на Юге, во время его отдыха с друзьями, он получился с одним единственным невозмутимым выражением лица. У друзей лица разные, он же везде одинаков. Он спокоен, абсолютно спокоен, как индеец.

Обсуждая это на группе, мы пришли к выводу, что ценностью является внутренняя свобода, одним из выражений которой является покой в душе, но ценной остается вся палитра эмоциональных состояний, которые дано переживать человеку. Предзаданные формулы, даже самые “хорошие”, способны ограничивать реагирование человека и в этом возможное отрицательное их влияние на качество его жизни.

Культурность начальная и зрелая

Подобные наблюдения, касающиеся влияния практик, нацеленных на формирование определенного состояния, считающегося оптимальным, я делал в последующем на людях, которые достигли высот в ци-гуне, других восточных практиках. Эти люди особым образом блокированы. Для них начинают существовать “разрешенные состояния” и “неразрешенные”. С одной стороны, в этом можно видеть положительное явление: эти люди перестают быть “дикими”, они становятся культурными, ведь что такое культурность на первом этапе ее формирования, как ни способность человека к дифференцировке позволительных и непозволительных жизнепроявлений. С другой же стороны, эта культурность, которую они обретают, - лишь начальная и, в каком-то смысле - ограничивающая. Зрелая культурность предполагает, по-моему, гораздо большую творческую свободу в написании организмических “текстов” в резонанс меняющимся жизненным контекстам.

Плюсы и минусы

Культивирование формул АТ способно настраивать организм на переход из состояния траты сил (эрготропное состояние) в состояние набора сил (трофотропное состояние) с соответствующим переключением вегетативной регуляции органов (от преобладания симпатической части автономной нервной системы к преобладанию парасимпатической ее части) с переходом от адренилиновой к ацетилхолиновой нейромедиации. Таким образом, аутотренинг в случае успешной своей реализации является средством защиты организма от действия хронического стресса и является

средством профилактики большого количества расстройств, связанных с действием эмоционального напряжения. В терапевтической эффективности заключено несомненное достоинство метода.

Вместе с тем, классический АТ и близкие к нему практики ввиду неспецифичности (некаузальности) подходов, шаблонности их, скрытой директивности (они решают за организм, что для него хорошо, навязывают ему программу реагирования)

- во многих случаях реализуют свои эффекты с трудом
- требуют значительного времени для достижения заметного эффекта
- неадекватны в случаях далеко зашедших расстройств
- вносят определенную степень несвободы в психическую жизнь человека - и это их недостатки и ограничения.

Специфический релаксационно-рекреативный психокатализ

Автору посчастливилось, как он надеется, в процессе своей работы найти возможный синтез мобилизационно-интеграционных и релаксационно-рекреативных подходов с сохранением достоинств каждого из них и устранением свойственных им недостатков.

Итогом многолетнего его поиска стал *специфический релаксационно-рекреативный психокатализ* или *многоуровневый трансформационный психокатализ*, ранее описанный в книге “Вещи в теле” под основным названием “соматопсихотерапия”.

Эта практика направлена на расформирование обеих описанных выше противоборствующих динамик, создающих невротический комплекс, с целью восстановления у человека состояния первозданной внутренней свободы, на фоне которой в последующем находятся новые решения актуальных проблем.

Специфический релаксационно-рекреативный психокатализ усовершенствует метод АТ и другие близкие к нему подходы, привнося в работу *диагностическую точность*, специфичность (каузальность, этиотропность), свойственную больше мобилизационно-интеграционным психотерапевтическим методам и, в то же самое время сохраняет достоинства релаксационно-рекреативных подходов, в первую очередь, их *терапевтическую эффективность*.

В название метода вошли основные его характеристики: он *специфичен*, т.е. каузален, этиотропен подобно психодинамическим подходам в диагностической их части, и, в то же самое время по используемой терапевтической тактике принадлежит к *релаксационным* (освобождающим) и *рекреативным* (воссоздающим) подходам. Термин “катализ”, заимствованный из химии, призван подчеркнуть недирективность работы, “ферментативный” характер участия психотерапевта

во внутренней работе пациента. Речь идет об облегчении, ускорении работы организма пациента, но не подмене его собственной активности. Оуществляется катализ при постоянном сохранении обратной связи между пациентом и терапевтом.

Синдром сгущения-разрежения

Психокатализ предполагает “рождение изнутри” состояния психологического комфорта. Заботясь о естественности возникновения нужного эффекта, эта практика на первом этапе своей реализации придает большое значение диагностике состояния занимающегося.

Внимание пациента направляется на ощущения в теле, связанные с тем или иным переживанием. Речь идет о выявлении очагов напряжения, которые осознаются при закрытых глазах как сгущения ощущений. Там, где “густо” - тяжесть, темнота, уплотненность внутреннего пространства - это можно считать плюсом-симптомом. Есть и минус-симптом в составе общего синдрома, переживаемого организмом в целом, - это ощущение пустоты, разреженности, недополненности внутреннего пространства в тех частях тела, которые являются “периферическими” по отношению к тем, что обозначились как “центр”. Синдром же в целом может быть назван *синдромом сгущения-разрежения*.

Для головы периферией будет все, что ниже нее, особенно ноги; для груди - руки; для живота - все, что вокруг него, т.е. и голова, и ноги, и руки. Все, что замечено еще древними китайцами о специфике движения “ци” в организме, совершенно приложимо к тому, что наблюдается в процессе работы со сгущениями-разрежениями. “Энергетические каналы” “проступают” в самоощущении наблюдающего за движением внутренних тепла и тяжести с поразительной точностью.

Так, в затылок ощущения стекаются (и оттекают от него) по задней поверхности тела (задействуются линии “тонкой кишки”, “мочевого пузыря”, задний срединный меридиан), в виски (и от висков) - с боков (по каналам “тройного обогревателя” и “желчного пузыря”), в лоб - спереди (каналы “желудка” и “толстой кишки”). Для груди имеют значение каналы “легких”, “сердца” и т.д.

Специфика “рассадки” переживаний

Как показала практика *соматопсихологического* исследования, проведенного автором уже на сотнях и тысячах пациентов, каждому переживанию соответствует своя *конфигурация ощущений* в теле. Состоянию *беспокойства*, например, соответствует ощущение наполнения *лба газом, жидкостью*, иногда *массой*, а в особенно тяжелых случаях там может ощущаться скопление ощущений, напоминающее “камень”. Сама голова при этом предстает во внутреннем восприятии как увеличенная в размерах вплоть до того, что пациенту может казаться, что она “шире

плеч”. Мало того, снаружи она может, по ощущению, быть стиснута чем-то вроде *повязки, обруча*, а в тяжелых случаях может быть сдавлена “тисками” или покрыта “каскай”, сделанной из металла или другого прочного материала (“вторичное образование” по соматопсихотерапевтической терминологии). В то время, когда голова отягчена суммой вышеописанных ощущений, нижняя часть тела - ноги, а иногда и живот - осознается во внутреннем восприятии переживающего человека как ослабленная, холодная, “пустая”.

Клиника беспокойства, с точки зрения ее представленности в субъективном восприятии человека, описана как пример. Первичные образования (“зоны полноты”) при *раздражении* формируются в области висков; при переживании *невротической ответственности*, стремления к *контролированию* ситуации - в затылке. На плечах в виде *накидки, рюкзака, бревна*, а иногда и *мешка с речным песком* ощущается груз принятых человеком на себя *забот* (часто от неумения, неспособности отделить свою ношу жизни от той, что должен пронести другой). *Предательства* торчат “ножами” в спине, в груди торчат *кинжалы* при переживании утрат. *Обиды, злость, тревога* - все это ощущается в виде *комков, зарядов, облаков* на уровне груди, обездоливая в большей степени уже руки, а не ноги. Живот концентрирует на себе ощущения, связанные с переживанием *страха и гнева*.

Глубже в покой

Осознание пациентом в предметной форме специфики своего состояния позволяет приблизить его к принятию существенных *решений* в отношении данной конфигурации внутренних ощущений. Намерен ли он поддерживать данный “энергетический контур” или настало время каким-то

образом разрешить его судьбу? Именно принятие решения пациентом в отношении найденных им в составе своего тела *сгущений и разрежений* ощущений, связанных с переживаниями является кульминационным моментом этого вида работы.

Чаше всего пациент склоняется к тому, чтобы “позволить” своим силам вернуться “в оборот” (релаксационная фаза), а потом уже, из состояния восстановленного покоя, искать новые решения жизненных проблем (рекреативная фаза).

При этом в терапевтической фазе наблюдается характерная динамика распределения ощущений тепла, тяжести, наполнения в организме. Из *лоба* - преимущественно в *живот и ноги*, из *груди* - в *руки*, из *живота* - в *ноги* и по всему организму равномерно, т.е. наблюдается “возврат ощущений на места”, “что откуда пришло, то туда и возвращается”.

В итоге релаксации в организме формируется ощущение равномерного распределения внутреннего наполнения, “ровной пульсации” во всех частях тела.

Это состояние становится основой для нового функционирования организма и поиска решений актуальных проблем.

Многочисленные примеры

Подробнее ознакомиться с методологией психокатализа и многочисленными примерами его применения при проработке проблематики самого разного рода можно, обратившись к книге “Вещи в теле: психотерапевтический метод работы с ощущениями”, к книге, готовящейся к изданию с рабочим названием “Книга случаев: руководство по психокатализу в примерах”. Ниже приводится библиография других работ автора. Многочисленные примеры работы содержатся на сайте www.veshchi-v-tele.ru.

Литература:

1. Ермошин А.Ф. Работа с соматизированными эквивалентами психических состояний – соматопсихотерапия в сборнике *Современные направления психотерапии и их клиническое применение. Материалы первой всероссийской конференции по психотерапии*. – М.: Институт психотерапии, 1996. – 196 с., С. 35.
2. Ермошин А.Ф. Топопсихология и соматопсихотерапия в *Журнале практикующего психолога*, 5, 1999. Киев: Центр консультативной психологии. С. 192-229.
3. Ермошин А.Ф. Методика обращения с «инициальным накоплением знания» в *Журнале практикующего психолога*, 6, 2000. Киев: Центр консультативной психологии. С. 195-203.
4. Ермошин А.Ф. Работа с горем в *Журнале практикующего психолога*, 7, 2001. Киев: Центр консультативной психологии. С. 195-203.
5. Ермошин А.Ф. *Вещи в теле: Психотерапевтический метод работы с ощущениями*. – М.: Независимая фирма «Класс», 1999. – 320 с. – (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 72).
6. Ermoshin A. “Things in body: new approach to emotional problems”, 6th world congress on “Innovations in psychiatry – 2000”. London: 2000. P. 13.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВЕННЫХ ПАРАМЕТРОВ ИНДИВИДУАЛЬНОГО И СОЦИАЛЬНОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ (по результатам комплексного исследования населения Республики Казахстан)

д.м.н., проф. А.Л.Катков, к.м.н. Ю.А.Россинский

Рассматриваемая в данном сообщении проблема индивидуального и социального психического здоровья имеет два актуальных аспекта: *клинико-эпидемиологический*, связанный с неконтролируемым ростом заболеваемости, болезненности и соответствующих экономических потерь; *социальный*, обусловленный снижением качества психического здоровья с сопутствующими артефактами кризисного социального развития.

Если последние десятилетия прошлого века проходили под знаком возрастающего внимания к первому из перечисленных аспектов – клинико-эпидемиологическому, с оправданным интересом к данной проблеме со стороны психиатров и организаторов здравоохранения, то второй, социальный аспект проблемы только лишь выходит на авансцену общественного внимания и требует мобилизующей активности всего гуманитарного сектора.

Изменение масштабов и перенос акцентов интереса к рассматриваемому вопросу связаны, на наш взгляд, с вынужденным осознанием того факта, что общим знаменателем непростых проблем, с которыми мировое сообщество вступает в третье тысячелетие (очевидное расслоение значительной части населения планеты по уровню и качеству жизни; перманентный социальный (включая экономический, идеологический и политический) кризис во многих густонаселенных районах мира; рост преступности, включая распространение мирового терроризма; изобилие локальных политических и вооруженных конфликтов; эпидемия наркомании и сопутствующего ВИЧ/СПИДа; резкое ухудшение экологической ситуации), является несостоятельность социума в главной, самоорганизующей функции.

В условиях, когда степень агрессивности и нестабильности информационной среды постоянно возрастает, а базисные, адаптационные свойства (биологический потенциал) социума, напротив, ухудшаются, данное качество – способность к самоорганизации – выступает основополагающей характеристикой здоровья.

Таким образом, основной способ повышения уровня индивидуального и социального здоровья в постиндустриальную, информационную эпоху заключается в *развитии* самоорганизующих способностей человека, а не *охране* его биологического статуса.

В свете всего вышесказанного становится понятным особый интерес к категории психологического здоровья (которое еще можно обозначить

и как качество психического здоровья), наиболее близкого и адекватного последней задаче.

Нами предлагается следующее определение данной категории: под *психологическим здоровьем* понимается способность человека и общества адекватно усваивать, перерабатывать и генерировать новую информацию, позволяющую гибко, мобильно выстраивать конструктивные жизненные сценарии и успешно реализовать их в быстроменяющейся, агрессивной среде.

Здесь же уместно сказать и о синергетическом (холистическом) принципе взаимоотношений различных, условно-выделяемых категорий здоровья: интегрального (общего); соматического (телесного); психического (душевного) и психологического.

В современном, функционально-понятном значении данных терминов, сущность вышеназванных категорий здоровья предстает в качестве взаимообусловленных, взаимозависимых, взаимодополняющих фундаментальных способностей человека, обеспечивающих:

- *присутствие в реальности* как активного объекта (соматическое здоровье);
- *взаимодействие с реальностью* как полноценного субъекта (психическое здоровье);
- *усвоение, переработки и генерацию информации*, адекватно адаптирующей индивида и социум к быстро меняющейся среде (психологическое здоровье).

Совокупность вышеназванных способностей обуславливает реализацию фундаментальной функции самоорганизации, саморазвития, которая и выступает как категория общего, интегрального здоровья человека.

Естественным приоритетом в приведенной конструкции выступает феномен психологического здоровья, т.к. современного человека телесное здоровье интересует в той степени, в которой оно обеспечивает реальность психологических феноменов, известных как качество жизни и как позитивная идея жизни.

Из всего сказанного закономерно выводится ряд методологических проблем, которые требуют незамедлительного решения:

- разработка комплексной системы индикаторов, определяющих уровень и качество индивидуального и социального психического здоровья;
- определение основных способов эффективного воздействия на состояние и уровень индивидуального и социального психического здоровья;
- адекватное реформирование деятельности главных гуманитарных, социальных, медицинских

субъектов, в чью компетенцию входят непосредственные и опосредованные функции охраны и развития психического (в широком смысле) здоровья населения.

Методология исследования. С учетом всего вышесказанного общая цель исследования формулировалась нами следующим образом: обоснование, разработка и экспериментальная апробация современной концепции индивидуального и социального здоровья, а также полного комплекса условий, способствующих активному развитию данного важнейшего феномена.

Основные задачи исследования:

- обоснование новой парадигмы в области подходов к формированию различных категорий здоровья, более адекватных современному этапу общественного развития (постиндустриальному, информационному);
- исследование состояния и уровня психического здоровья населения РК в системе избранных индикаторов и параметров;
- определение главных составляющих категорий психологического здоровья;
- определение степени соответствия и взаимозависимости отдельных категорий здоровья (соматического, психического, психологического, интегрального);
- определение степени устойчивости населения к агрессивному влиянию внешней среды, в зависимости от уровня исследуемых категорий здоровья и степени выраженности свойств, составляющих категорию психологического здоровья;
- разработка целевых стратегий, программ, нормативных актов, способствующих масштабному внедрению наиболее эффективных инноваций и определение путей повышения эффективности системы охраны и развития психического здоровья населения;

Конкретная методология нашего исследования включала два больших этапа.

На первом этапе нами разрабатывалась система индикаторов и параметров, оценивающих качественные и объемные характеристики феномена психического здоровья, определялась степень их адекватности в мониторинге состояния и уровня психического здоровья населения.

На втором этапе исследования нами были идентифицированы основные составляющие феномена психологического здоровья; определена степень взаимозависимости категорий соматического, психического и психологического здоровья; доказана правомерность ключевого тезиса новой концепции здоровья: степень устойчивости населения к агрессивным влияниям внешней среды тем выше, чем выше уровень психологического здоровья населения.

Использовались следующие методы исследования:

- исторический (изучался спектр основных подходов к проблеме);
- социологический (изучалось наличие основных учитываемых признаков в популяции, путем углубленного социологического исследования – анкетирования, опроса);
- социально-психологический (изучались особенности реагирования отдельных групп населения на определенный вид информационного воздействия);
- метод экспертных оценок (определяется основной вектор и степень влияния информационной среды на состояние и уровень психического здоровья населения);
- метод комплексного экономического анализа (изучались шесть групп экономических показателей, отражающих объемные и качественные характеристики социального психического здоровья);
- статистический (анализировались распределение изучаемых признаков в популяции, степень корреляции между основными исследуемыми характеристиками);
- системный подход (как наиболее разработанный из внедисциплинарных подходов, использовался нами для демонстрации степени взаимозависимости изучаемых феноменов).

Отдельно следует сказать о том, что при реализации социологических и социально-психологических методов исследования, критерии, определяющие те или иные категории здоровья (соматическое, психическое, психологическое, интегральное) были надежно разделены. Таким образом, основное условие корректности анализа было нами выдержано.

В качестве модели агрессивного влияния среды мы избрали одну из самых актуальных проблем современности – распространение наркозависимости, имея в виду активную рекламу психоактивных веществ, резкую активизацию сети наркодилеров, агрессивный сетевой маркетинг, отмечающийся в данной сфере, и другие признаки, характеризующие данную проблему, как одну из самых сложных в ряду социальных вызовов последнего времени.

Результаты исследования

Основные позиции в обосновании новой парадигмы индивидуального и социального психического, а также интегрального здоровья нами были приведены выше. Здесь лишь следует добавить, что данные положения, в значительной степени, выводились из фактологического материала, а не являлись гипотезой в чистом виде.

В результате проведенного исследования подтвердилась адекватность следующих параметров оценки состояния и уровня психического здоровья населения (схема № 1).

Основные параметры мониторинга психического здоровья населения

	Основные параметры оценки состояния и уровня социального здоровья	Система промежуточных индикаторов	Система конечных индикаторов
1	Информационный	++	
2	Социальный	+	++
3	Социально-психологический	+	++
4	Медицинский	+	+
5	Экономический	+	+
6	Индекс человеческого развития (ИЧР и РЧП)		++

По информационному параметру методом экспертных оценок с использованием контент-анализа нами оценивались следующие индикаторы: степень и основной вектор воздействия на состояние и уровень психического здоровья населения мобильных, опосредованных информационных каналов (ТВ, радио, пресса, кино-видеопрокат), а также стабильных, непосредственных информационных каналов (семья, система образования и воспитания, контактные аудитории, референтные группы).

По социальному параметру с использованием статистического метода нами оценивались следующие индикаторы: оценка состояния семьи (количество заключенных браков, разводов, процентное соотношение неполных семей), абсолютные и относительные показатели суицидального поведения, динамика показателей тяжких преступлений против личности, динамика основных экологических показателей.

По социально-психологическому параметру с использованием социологических и социально-психологических методов исследования, нами оценивались следующие индикаторы: социальная динамика (статус и доход), скорость адаптации, показатель интернальности (локус контроля), наличие позитивных целей и установок, качество жизни.

По медицинскому параметру с использованием статистических, клинических и социально-психологических методов исследования (анкетирование, интервью), нами оценивались следующие индикаторы: заболеваемость, болезненность (психиатрический профиль), заболеваемость среди детей и подростков, болезненность среди детей и подростков, процент повторных поступлений в стационар, число психически больных первично признанных инвалидами, контингент психически больных имеющих группу инвалидности, обеспеченность психиатрическими койками, обеспеченность врачами-психиатрами, показатели выраженности психических отклонений у респондентов.

По экономическому параметру, с использованием методов комплексного экономического анализа, нами оценивалась система индикаторов,

отражающих все аспекты стоимостных значений категории психического здоровья: показатели затрат; микроэкономические показатели эффективности; показатели соотношения; базовые экономические показатели; макроэкономические показатели эффективности; универсальные экономические показатели (Катков А.Л., 1998, Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2002).

Индекс человеческого развития (или индекс развития человеческого потенциала) использовался нами с контрольной целью.

Наше исследование (первый этап) показало по всем исследуемым параметрам смещения уровня психического здоровья населения в зону кризиса с опережающими объемами экономических потерь в связи со снижением уровня и утратой качества психического здоровья. А также – возможность преодоления институционального дефицита в области формирования индивидуального и социального психического здоровья в результате эффективного использования соответствующих научно-обоснованных стратегий.

На втором этапе исследования нами были определены главные составляющие категории психологического (качество психического) здоровья. Для *индивидуального показателя психологического здоровья* были определены следующие критерии:

- а) полноценная личностная идентификация (Я точно знаю, кто я такой; Я – это тот, кем Я себя чувствую, а не тот, кем меня хотят видеть другие);
- б) навык ответственного выбора (Я точно знаю, чего Я хочу; Я сам принимаю решения в отношении своих действий в сложных ситуациях, и, затем, держусь принятого; Я умею отказаться от дивидендов конкурирующего сценария);
- в) качество внутреннего локуса контроля (Я сам отвечаю за все то, что происходит со мною в жизни; Я отвечаю за свою жизнь);
- г) полноценно сформированный позитивный жизненный сценарий (основная идея жизни, находящаяся в синергетических отношениях с социальными установками окружения);
- д) наличие ресурса (интеллектуального, творческого, информационного) для реализации позитивного жизненного сценария.

В качестве *социального показателя психологического здоровья* была определена динамика индикаторов:

- а) социального статуса (социальная динамика);
- б) показателя локуса-контроля;
- в) показателя скорости адаптации;
- г) наличие позитивных целей и установок.

Таким образом, показатель скорости адаптации и социальной динамики косвенно определяли адекватность ресурсных возможностей исследуемой микро или макрогруппы в реализации жизненных сценариев. Показатели локуса-контроля и социальной динамики – степень сформированности навыков ответственного выбора.

Мы исследовали распределение исследуемых социальных показателей психологического здоровья населения, контрольных показателей, имеющих непосредственное отношение к обсуждаемой теме, среди населения Республики Казахстан в целом, а также в зависимости от пола, возраста и национальности в 2001 году (исследование включало 7500 респондентов из различных регионов Республики). Результаты показали, что достаточно интенсивный уровень распределения среди населения РК обнаруживают признаки наличия позитивных целей и установок (конструктивный жизненный сценарий) и высоко оцениваемого

социального статуса. В то же время для абсолютного большинства исследуемых характерны средние темпы социальной динамики, неопределенный показатель интернальности (локуса контроля) и скорости адаптации. Таким образом, цена интенсивности показателя наличия позитивного жизненного сценария у значительной части исследуемых резко снижается.

Крайне важны, также и результаты, показывающие опосредованный (вторичный) характер заинтересованности собственным здоровьем, тропность к употреблению алкоголя и табака, в зависимости от степени психического, психологического и соматического здоровья.

Обращает на себя внимание и тенденционное сходство по формирующим факторам феноменов психологического здоровья населения и антинаркотической устойчивости. В то же время, понятно, что данные феномены, по крайней мере, по степени выраженности вышеуказанных формирующих свойств, не тождественны.

Характеристика взаимосвязи (усредненных показателей корреляции) основных изучаемых параметров – психологического, психического и соматического здоровья и формирующих факторов у населения Республики Казахстан отражены в таблице 2.

Таблица 2

Группы/ параметры	Соматическое здоровье	Психическое здоровье	Психологическое здоровье	Активно устойчивые	Пассивно устойчивые	Группа риска
Качество жизни	15,25	16,75	26,5	3,0	1,4	-1,1
Соматическое здоровье	Абс.	62,0	67,5	1,17	-1,2	-1,53
Психическое здоровье	16,6	Абс.	7,85	1,5	-1,5	-1,7
Психологическое здоровье	13,75	16,25	Абс.	1,8	-3,0	1,1
Позитивные цели и уст.	4,6	8,5	88,5	12,0	6,0	9,0
Локус контроля	1,8	4,25	11,5	4,0	1,7	11,5
Социальная динамика	34,8	9,2	11,0	2,3	1,4	1,0
Скорость адаптации	20,0	12,7	9,0	1,0	1,0	1,8
Заинтересованность собственным здоровьем	2,0	7,2	10,2	11,0	3,0	2,5
Употребление алкоголя/табака	-3,3 / - 1,2	-6,8 / -1,5	-7,0 /1,3	2,0% / 26,7%	2,9% / 27,7%	10,2% / 69,3%

Используя полученные данные, легко вывести формулу индивидуальной и социальной устойчивости (формулу здоровья, в современном понимании содержания данного термина) к агрессивному влиянию внешней среды. Данная формулировка будет включать в себя следующие компоненты:

- развитые свойства психологического здоровья;

- полноценную информацию о степени агрессивности (вредоносности) какого-либо агента среды, например, наркотика;

- реальную конфронтацию сценария взаимодействия, или употребления какого-либо агрессивного агента (например, наркотика или алкоголя) с позитивным сценарием жизни;

- исключение сценария наркопотребления из всех жизненных планов и горизонтов при любых

обстоятельствах, или осмысленное создание достаточных степеней защиты от воздействия других вредоносных агентов.

Использование вышеназванных сведений возможно, в принципе, значительно повысить ценность социальных и эпидемиологических исследований по какому-либо аспекту интегрального здоровья. Например, исследования распространения наркозависимости среди населения. Помимо традиционных групп зависимых от психоактивных веществ и здоровых, в данном исследовании более обоснованно выделяются группы риска по названному профилю. Теперь они могут включать не только подростков с криминальным,

отклоняющимся поведением и семейной дисгармонией, но и всех тех, у кого недостаточно сформированы свойства психологического здоровья – антинаркотической устойчивости. В то же время и группу устойчивых к вовлечению в орбиту наркотизма можно дифференцировать на пассивных (ограничивающихся тем, что сами исключают для себя возможность употребления психоактивных веществ), активных (считающих, что необходима, кроме того, социальная противодействующая активность).

В качестве иллюстрации такого рода исследований мы приводим таблицу 3, где впервые население Республики Казахстан распределяется по вышеназванным критериям.

Таблица 3

Характеристика устойчивости к вовлечению в орбиту зависимости от ПАВ населения Республики Казахстан (данные 2001 г.)

Группы населения	всего		пол	
			мужской	женский
	sample	column %	column %	column %
Total	7031	100	2 981	4 050
Наркозависимые	117	1,7	3,2	0,5
Группа риска (н)	771	11,0	19,4	4,7
Группа пассивно воздержавшихся (н)	1 919	27,3	25,9	28,5
Группа активно устойчивых (н)	4 216	60,0	51,5	66,3
Зависимые от алкоголя	221	3,1	5,8	1,2
Зависимые от табака	2 225	31	53,6	15,5

Наиболее общий вывод, который можно сделать по материалам нашего исследования:

- наше исследование подтверждает тот факт, что от 1 до 2 процентов населения нуждается в эффективной медицинской помощи в связи с кризисным уровнем психического здоровья и вовлечением в орбиту наркотизма;
- от 10 до 12 процентов населения нуждается в кризисной (срочной и энергичной) психолого-психотерапевтической помощи в связи с низким уровнем общего психического (включая качественные характеристики) здоровья и потенциальной угрозой приобщения к потреблению психоактивных веществ;
- до 90 процентов населения нуждается в планомерных мероприятиях, формирующих высокие уровни общего психического здоровья и, соответственно, качества жизни;
- и, лишь, около 2 процентов населения нуждается в позитивном подкреплении конструктивного жизненного сценария, поддерживающего высокий уровень общего психического здоровья.

Из всего сказанного следует, что система активного формирования психического (в широком смысле) здоровья населения должна опираться, в

основном, на усилия специалистов в области развивающих технологий (психотерапевтов, консультирующих и клинических психологов, педагогов-психологов, и т.д.), и, в значительно меньшей степени, на усилия специалистов-медиков.

Особые перспективы здесь связаны с развитием интегрированных развивающих практик, ориентированных на персонализацию – психотерапию и психологическое консультирование (схема 4).

Форсированное развитие данных научно-практических направлений (психотерапия, психологическое консультирование) в Республике Казахстан и будет являться необходимым базисом для формирования дееспособной системы активного формирования индивидуального и социального психического здоровья.

Что же касается комплексного анализа эффективности предлагаемых инноваций, то проведение такого анализа, с использованием разрабатываемой нами системы индикаторов и параметров оценки состояния и уровня психического здоровья населения, возможно после масштабного внедрения современных развивающих технологий в деятельность основных социальных институтов.

Основные развивающие технологии

Институализированные	Произвольные	Лечебно-оздоровительные	Интегрированные
1. семейные статусы и роли	1. спонтанные сюжетно-ролевые статусы, игры	1. физическая культура	1. психотерапия
2. воспитание	2. неформальные межличностные коммуникации	2. спорт	2. психологическое консультирование
3. образование	3. творчество – хобби - интерес	3. закаливание	Модели: - педагогическая - психологическая - философская - социальная - религиозная - магическая - медицинская - интегративно-развивающая
4. профессиональное обучение и деятельность	4. активное взаимодействие с информационным пространством	4. здоровый образ жизни	
5. религиозная деятельность и ритуалы		5. лечебные практики (некоторые виды немедикаментозной терапии)	
6. философское консультирование (информирование)			
7. психотехнологии (по Мюнстербергу)			
Ориентация на социализацию		Ориентация на физическое здоровье	Ориентация на персонализацию

Литература:

1. Катков А.Л. Теория и практика формирования психического здоровья населения. К 29. Костанай, 1998. – 268 с.
2. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Комплексное исследование состояния, уровня и основных тенденций в формировании психического здоровья населения Республики Казахстан. Вопросы ментальной медицины и экологии. Том VIII, № 4, 2002, с. 84-97
3. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Комплексное исследование качества социального психического здоровья: Информационное письмо. РНПЦ МСПН, Павлодар, 2002. – 24 с.
4. 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.

ЖЕНЩИНА И ВЕРБАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ В СЕМЬЕ

И.К.Чобану

До XX века насилие в семье, проявляемое со стороны мужчины по отношению к женщине и детям, считалось допустимым и законным. В Домострое и документах других стран оно рассматривалось как необходимость.

В Америке и Европе насилие в семье стало социальной проблемой и получило негативную оценку со стороны общества лишь в 70-е годы двадцатого века, когда идеи равноправия мужчин и женщин в браке и на работе приобрели широкое признание. Все это произошло благодаря неправительственным женским организациям, специалистам в области гендерных исследований и социальным работникам.

В Советском Союзе насилие в семье было «закрытым» вопросом. Им занимались только криминологи и другие специалисты при изучении семейно-бытовых преступлений. Оно не могло стать социальной проблемой в стране, правовая система которой была предназначена, в первую очередь, для защиты интересов государства, а не личности. Публично о насилии в семье в России заговорили совсем недавно, с 1993 года, по инициативе женских общественных организаций. Широкая общественность узнала, что 40% всех тяжких насильственных преступлений совершается в семье. Дети, престарелые, женщины

ежегодно составляют 38% всех убитых на почве нездоровых семейно-бытовых отношений.

Происходит криминализация семьи, складывается особый образ жизни, при котором насилие, алкоголизм, наркомания становятся нормой поведения, передающейся от одного поколения к другому.

В юридических документах под насилием в семье понимается любое умышленное действие одного члена семьи против другого, если это действие ущемляет конституционные права и свободы члена семьи, как гражданина, причиняет ему физическую боль и наносит вред или содержит угрозу причинения вреда физическому или личностному развитию несовершеннолетнего члена семьи.

Так как это социальное явление многообразно, различны и формы, в которых оно определяется. Так, в международных правовых актах выделяют следующие формы насилия в семье:

- физическое насилие,
- психическое насилие,
- сексуальное насилие,
- экономическое насилие.

Объектом домашнего насилия могут быть любые члены семьи. Выделяют три типа семейной жестокости:

- со стороны родителей по отношению к детям,
- со стороны одного супруга по отношению к другому,
- со стороны детей и внуков по отношению к престарелым родственникам.

Чаще всего сначала проявляется психическое насилие, которое в определенный момент дополняется различными по степени тяжести физическими действиями, а затем оно может перерасти в физическое или сексуальное насилие. Психическое насилие в законе выражено словосочетанием «угроза применения насилия».

Мы поговорим о психическом насилии в виде вербального насилия со стороны одного супруга по отношению к другому. Как показывает практика и социологические опросы, многие женщины чувствуют себя пойманными в капкан насильственных взаимоотношений, боятся своих партнёров, подвергаются физическому насилию (56%), и, соответственно, уже не любят своих спутников, не верят, что их партнёр может измениться и мечтают жить отдельно.

Список насильственного поведения возглавляет:

№1 насильственный **гнев**, он часто сочетается с

№2 **обвинениями**. Это основная причина, по которой жертвы теряются и не понимают, что же идёт не так. Ничто не калечит сильнее, чем постоянный поиск причины проблемы внутри себя, там, где её нет.

№3 - это **осуждение и критика**, которые ещё сильнее обескураживают жертву.

№4 **сдерживание** всяких объяснений и

№5 **отрицание** своего поведения полностью замуровывают жертву в неменяющихся, закрытых отношениях.

Вербально-насильственные взаимоотношения - это всегда закрытая система. Вербальное насилие со временем становится всё более выраженным и страшным, оно убивает самооценку, самоуважение и счастье.

Следствием вербального насилия является разрушение партнёра тремя путями:

1. через унижение,
2. превращение в «вещь»,
3. через угрозы.

Вербальное насилие напрямую связано с вопросами доминирования, контроля и угнетения. Угнетение всегда подразумевает потерю для угнетённого человеческих прав - на мир, на свободу, на жизнь без угроз и страха. Кроме того, оно грозит потерей стабильного дома для детей, потерей самоуважения и уверенности в себе для самой жертвы, а также глобально - потерей потенциала конкретного человека для всего человечества.

Вербальное насилие всегда снижает самоуважение. Вне зависимости от того, насколько жертва пытается противостоять происходящему, она начинает верить тому, что слышит: что её цели и деятельность не важны, не нужны и являются просто развлечением. Ярость и гнев партнёра запугивают её. В конце концов, всякая деятельность на собственное благо и реализацию становится табу, то есть жертва перестаёт нести ответственность за свою жизнь.

Психологически говоря, насильник живёт в Реальности №1, где правит контроль и доминирование: или ты доминируешь, или над тобой доминируют. Жертва живёт в Реальности №2, где правит взаимность и кооперация. Очевидно, что они существуют в непересекающихся плоскостях, и поэтому им становится так трудно достичь понимания.

Мужской контроль действует через физическое, вербальное и эмоциональное разрушение физического и эмоционального единства женщины, таким образом, она будет бояться быть самой собой и контролировать себя, то есть, станет доступна чужому контролю. Целью контролирующего поведения является разрушение партнёра посредством лишения его жизненно необходимых средств.

Дезинтегрированность.

Внутреннее единство, или интеграция — это состояние человека, находящегося в гармонии со своим окружением. Живя в гармонии, согласии, балансе, соответствии между своим внутренним и внешним миром, человек становится всё более целостным или интегрированным. Когда человек интегрирован, то существует соответствие

между его мыслями, словами, действиями, ценностями и целями. Он не станет говорить одно, а делать другое.

Если человек попадает в ситуацию насилия, то нарушается соответствие между его внутренним миром - восприятием, опытом, чувствами, интуицией, стремлениями - и внешним миром: тем, что он видит, слышит, чувствует, о чем ему говорят. А если нет соответствия между внутренней и внешней динамикой, то индивиду сложно действовать в согласии со своими ценностями и стремлениями.

Так, как вербальное насилие нарушает мышление, ощущения и восприятие, то оно разрывает связь с окружающим миром и затуманивает инстинкты. Из-за этого человек начинает использовать энергию в целях приспособления к ситуации и действует против самого себя. Вера чужому мнению, потеря своих «инстинктов», адаптация к другим людям, сомнение в себе, мнение, что «со мной что-то не так», - это всё симптомы нарушения внутреннего единства, которое позже может привести к параличу духа.

Как всё это происходит? Например, жена моет посуду и вдруг слышит, что она это делает неправильно, не в то время, слишком шумно, тратит слишком много горячей воды, использует слишком мало горячей воды, не тщательно, не тем мылом. Или: «Ты же знаешь, что шум мне мешает, ты хочешь, чтобы я выглядел идиотом, ты это сделала, чтобы забрать мою пивную кружку». Или: «тебе больше нечего делать, ты неспособна сделать ничего более сложного, ты знаешь, что я мог бы нанять мойщицу, если бы хотел видеть чистую посуду, ты любишь мыть посуду, потому что ты женщина, ты эксперт по мытью посуды».

Подобные каждодневные заявления приводят к ощущению беспомощности, особенно если женщина не осознает, что это насилие. Постепенно усугубляется дезинтеграция, женщина чувствует, что происходит что-то странное, нереальное. Если бы рядом был враг, то она ни за что бы не поверила ему, но рядом партнёр.

Часто женщины думают, что просто надо его сильнее любить, тогда он почувствует себя увереннее, и всё пройдёт. Это полнейшая ложь и заблуждение. С какой стати партнёр прекратит доминировать и контролировать, если именно этим путём он добился всего, чего хотел.

Вина

Итак, подобные взаимоотношения сохраняются, в первую очередь, благодаря разрушению внутреннего единства жертвы (то есть, соответствия между мыслями, действиями и результатом). Самый надёжный путь разрыва связующей нити между внешним и внутренним миром - это перекалывание вины и ответственности за насилие

на саму жертву. Из-за чувства вины женщины часто продолжают опасные для них отношения. Их первичная связь с природой, внутренний инстинкт заглушается из-за обвинений. Эти обвинения также мешают жертве распознать, что она подвержена вербальному насилию.

Обычно необходимо время, чтобы понять, что проблемы - у насильника. К сожалению, большинство жертв долгое время проводит во внутреннем поиске, пытаясь определить, что же с ними не так. Так как их обвиняют в их собственной боли, их никто не понимает, то они смиряются с ложью и ищут решение проблемы внутри себя.

Обвинения приводят к тому, что жертва теряет все ориентиры. Её опыт отрицается, и она теряет уверенность в чём бы то ни было. Общество, семья, партнёр утверждают, что если жертва несчастлива, то это её вина, надо больше стараться. Часто жертва считает себя последней неудачницей, и только осознание вербального насилия помогает избавиться от веры в слова насильника, который утверждал это ежедневно.

Варианты контролирующего поведения

Каким бывает контролирующее поведение? Можно условно выделить несколько вариантов:

1. **Контроль времени:** насильник обычно не приходит вовремя, отрицает договорённость, использует это время в других целях (приходит и делает что-то совсем другое), не желает обсуждать планы на будущее, чтобы не потерять полный контроль.

2. **Контроль пространства:** насильник приватизирует общее пространство или внедряется в личное пространство партнёра, например, контролирует социальное пространство, ограничивая контакты жертвы с друзьями, не разрешая приглашать их, отвечать по телефону. Контролирует её интеллектуальное пространство, унижая в спорах или перебивая при беседе. Нарушает её отдых, приставая, когда она хочет побыть одна. Контролирует детали её деятельности, вскрывает её почту. Перебивает сон. Принуждает к сексу.

3. **Контроль материальных ресурсов:** скрывает финансовую информацию, деньги.

4. **Контроль невербальный:** отказывается говорить, «уходит в себя», принимает позы, уходит, что-то ударяет, бьёт, постоянно ходит.

5. **Контролирует, определяя её реальность:** эта форма насилия полностью обесценивает опыт партнёра, определяя, что было «на самом деле». Это не то, что ты сказала; это не то, что ты сделала; это не то, что ты видела; это не то, что ты чувствовала. Каждое из этих утверждений нарушает границы партнёра. Насильник убеждён, что он лучше знает, что произошло, тем самым он отрицает опыт и разрушает единство жертвы, Мы воспринимаем мир через наши ощущения

и интерпретируем их нашим разумом. Если нет соответствия между восприятием и интерпретацией, то у человека нарушается чувство компетентности, внутреннего единства. Насилие может проявляться во фразах: я знаю, что я это сказал, но это неправда. Как я сказал, так и будет. Ты не знаешь, о чём ты говоришь (только я знаю правду).

6. Контролирует, определяя мотивацию: он говорит, что лучше знает, зачем она на самом деле это сделала, при этом нарушается её осознание самой себя.

7. Контролирует, заставляя жертву быть ответственной: он обвиняет её, тем самым, сохраняя контроль. Я сделал это для тебя. Я сделал это, потому что так получилось. Я сказал это, потому что ты меня взбесила.

8. Контролирует, определяя её статус: унижает её, в результате она может потерять чувство компетентности; превозносит её в ничего незначущей области (ты лучше всех стираешь пелёнки); характеризует: ты, как твоя мать; обобщает: все женщины одинаковые.

Также можно отметить обвинения, осуждение, критику, унижение, приказы и требования.

В подобных взаимоотношениях нет конфликта, который надо было бы разрешить. Вся проблема состоит в контроле: когда приказывают, критикуют и насилуют, то нет никакого оправдания этому насилию.

Ловушки

Те методы, которые используют жертвы в целях избавления от насильственных взаимоотношений, на самом деле оказываются ловушками.

1. Объяснения: жертва уверена, что она должна объяснить и убедить партнёра в своих самых лучших стремлениях. Как только он поймёт, всё прекратится, он станет добрым, и они будут жить долго и счастливо. Жертва абсолютно не способна понять, что это лишь ловушка, удерживающая её с насильником в течение долгих лет.

2. Если тебе больно, значит ты жертва: если жертва прячет свою боль, то насильник получает прекрасную возможность всё повторить в следующий раз, не неся никакой ответственности за содеянное. Она делает вид, что всё прекрасно. Только если она пройдет через свою боль, то сможет действовать в своих интересах.

3. Если я скажу, что мне больно, то я буду его обвинять: это ещё одна форма избегания ответственности за содеянное насилие. «Я случайно», может утверждать насильник, не надо поддаваться этой игре.

4. Он не хотел этого: эта ловушка подобна предыдущей. Насильник считает, что жертва не должна воспринимать всё это лично. «Это всего лишь шутка». Он отрицает своё поведение. Если

жертва хочет изменить свою жизнь, то она должна всегда реагировать на подобные заявления.

5. Я должна это принять: насильник убеждает жертву, что она просто слишком чувствительная. Не надо поддаваться этому. В настоящих отношениях оба партнёра должны получать и оказывать эмоциональную поддержку.

6. Надо показать пример: жертва считает, что если она будет демонстрировать прекрасный пример, то насильник поймёт, как себя надо вести. Ничего подобного! Он лишь убедится, что его поведение даёт ему все преимущества.

7. Я ответственно: это результат постоянных обвинений. Многие жертвы чувствуют себя ответственными и пытаются что-либо изменить, и из-за этого они слишком надолго задерживаются в подобных отношениях, в которых они не способны ничего сделать.

8. Завтра будет лучше: чем меньше любви получает жертва, тем сильнее она надеется, что завтра всё изменится. Завтра она будет любима, уважаема, оценена. Парадоксально, но чем дольше жертва была лишена любви, тем более страстно она ждёт её, и тем дольше будет продолжать подобные взаимоотношения, питаемые лишь надеждой. В подобных отношениях единственным спасением для жертвы является отбросить всякую надежду и подумать о себе. Иногда такие жертвы уходят и потом возвращаются в надежде, что партнёр изменился. Но он не изменится, а жертва ещё сильнее застрянет в этой ловушке. Ради возвращения своего партнёра насильник может некоторое время играть в раскаяние, но в последствие всё повторится.

9. Эмоциональная и финансовая ловушки: каждая жертва должна искать себе поддержку среди друзей, соседей, среди врачей, в группах психологической поддержки. Необходимо какое-то место, куда можно было бы уйти. Нужно быть готовой обеспечить собственное существование.

10. Система убеждений: общество, церковь часто поддерживают насильника, а не жертву. Надо уметь этому противостоять.

В некоторых ситуациях жертвы живут, убеждённые, что всё это было случайно, что партнёр меняется, что они приняли произошедшее слишком близко к сердцу и пр. Отношения становятся откровенно созависимыми.

Как это ни странно, но именно жертва сильнее всех хочет спасти свой брак. Практически все разводы предпринимаются с крайней неохотой, как последнее средство. Жертва покидает своего мучителя только тогда, когда ей кажется, что выбора нет. Большинство насильников искусно отрицает любое насилие, убеждая всех, будто бы причиной развода было что-то другое. Иногда, когда насильник знает, что жертва знает, что он

насильник, и не хочет с этим мириться, то он сам заканчивает эти взаимоотношения, лишь бы не смотреть в лицо своим проблемам.

Начало излечения.

Любое вербальное насилие превращает человека в инвалида. Процесс излечения начинается с признания того, что случилось, что женщина выстрадала, чего лишилась. Осознавая всё это, она может испытать чувство огромной потери, потери того, что могло произойти и не произошло, потери энтузиазма и веры в себя, ясного мышления и надежды, доверия людям.

Чтобы выйти из этого состояния, важно определить свои приоритеты и ценности. Важно понимать, что женщина имеет право на собственные ресурсы в виде своего времени, пространства, энергии, разума, творчества и т.д., а, кроме того, каждый человек обязан с максимальной пользой использовать свои ресурсы в своих интересах или в интересах своих детей. Когда женщина знает свои ценности, то может установить приоритеты. Когда она прояснила свои приоритеты, то может интерпретировать внутреннюю и внешнюю информацию, выбирать и принимать лучшее решение.

Для выздоровления пациентам придется учиться защищать себя эмоционально и духовно. Умение различать, кто токсичен, а кто нет, что верно, а что ложно, со временем исчезло. Необходимо вновь пробудить его. Женщины мирятся с насилием по разным причинам: никто в мире не видит этого преступления, кроме самой жертвы; иногда она полностью имобилизована или парализована происходящим.

Чтобы не попадать в ситуацию вербального насилия, человек должен понимать, какими способами и средствами его могут разрушать. Надо самому принимать решения, искать выходы, определять действия, предпринимать эти действия, стремиться к выполнению своих целей. Чтобы исцелиться от насилия, от него надо, в первую очередь, освободиться. Для этого надо, чтобы окружающие признали границы личности вашего пациента, может быть через взаимную договорённость или, если это недостижимо, вероятно, этим людям стоит на время разойтись или отдохнуть порознь.

При выздоровлении от вербального насилия важно научить пациентов положительно оценивать себя и получать положительную оценку от окружающих. Это вселяет веру в себя и в своё собственное восприятие. Стоит мотивировать их, искать, образно говоря, «свою стаю», т. е. людей, ценящих, принимающих и поддерживающих их идеи, взгляды, потребности, попытки, достижения, их чувства, надежды, мечты, таланты, мнения.

Как жить в таких условиях

В большинстве случаев насильственных взаимоотношений практически невозможно сразу же их покинуть. Что же делать? Очень важна поддержка психолога или психотерапевта. Стоит ориентировать пациентов на поиск поддержки со стороны семьи, друзей, коллег, особенно незаменима группа поддержки. Жизнь в насильственных отношениях никогда не будет лёгкой. Вот несколько предложений, которые помогут вашим клиентам сохранить чувство уравновешенности:

1. Осознавайте, что вам говорит партнер: спрашивайте себя, что он на самом деле хочет сказать, что скрывается за его словами, может быть стоит завести журнал, куда заносить свои наблюдения, а позже анализировать их с целью более адекватного реагирования на насилие.

2. Осознавайте цели насилия: помните, что основной мотив насилия — это контроль над вами, не взаимность, а главная стратегия — это унижение ради усиления вашего сомнения в себе.

3. Осознавайте, что насильники перекладывают всю ответственность за своё счастье на жертву: он может говорить: «Что это здесь делает?» гневным голосом, как будто вы несёте ответственность за эту вещь, а от её местоположения зависит его счастье. Или «Где мои вещи?», — как будто вы должны их для него найти. Или «Ты вызываешь во мне ярость», — как будто вы несёте ответственность за его ярость. Или: «Ты заставила меня это сделать», — как будто вы можете заставить кого-то (особенно его!) что-либо сделать.

4. Осознавайте, что насильник не рассматривает вас, как отдельную личность: то есть он может запретить вам иметь отдельное мнение. Или он может поглотить вас, сделав вас ответственной за свои чувства и превратив вас в предмет своей жестокости.

Чего избегать

Стоит посоветовать пациентам:

1. Избегайте менять себя: этим невозможно вылечить насильника.

2. Избегайте фокусирования на том, что произошло: лучше концентрироваться на приятном, найти хорошего собеседника и пообщаться на приятные темы.

3. Избегайте изоляции: если жертва испытывает чувство стыда за ситуацию, важно разъяснить ей, что это не ее вина, что она отдельный человек. Стоит стимулировать ее к общению.

4. Избегайте попыток всё улучшить: насилие связано с контролем. Жертва пытается улучшить ситуацию, а именно этого добивается партнёр. Бросьте! Займитесь тем, что доставляет удовольствие вам.

5. Избегайте менять его: никто не может изменить другого человека. Просто говорите: Хватит! Прекрати! Не более.

6. Стоит обсудить с пациенткой состояние дел в самых важных областях ее жизни:

- образование и интеллект,
- работа и финансовая безопасность,
- развлечения и друзья,
- искусство,
- упражнения и здоровье.

Многим помогает дневник. Записывая события, потом легче проанализировать их, оценить, прояснить, обсудить с самой собой.

Восстановление и излечение

Когда ваши пациенты полностью восстанавливаются, то к ним возвращается ясность мышления, чувство собственной значимости, радость жизни, восторг, которые являются результатом восполненной внутренней целостности. Единственный путь, который приведет человека к осознанию своей великой ценности и глубокой связи с Творческим Источником, питающим дух жизни, является действие в соответствии со своими главными интересами.

Литература:

1. Ходырева Н. *Причины физического насилия: сущность рода или дисбаланс власти.* – Новое Лит. Обзор.- 2001

2. Шакина В.А. *Что мы понимаем под насилием в семье.* Ирк. Вестн.- 2001

3. Evans P. «Verbal abuse». - New York. - 1993

СОВРЕМЕННАЯ НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ И МЕТАКОНЦЕПЦИЯ СНИЖЕНИЯ СПРОСА НА НАРКОТИКИ

А.Л.Катков, И.В.Василенко

Республиканским научно-практическим Центром медико-социальных проблем наркомании в течение полутора лет разрабатывается метаконцепция снижения спроса на наркотики (ССН).

Одним из главных направлений данной метаконцепции является организация современной наркологической помощи. В частности, ее первичных звеньев, где предполагается реализовывать программы снижения вреда, мотивационную психотерапию, консультирование и т.д.

В статье приводятся некоторые базисные положения предстоящих преобразований в этом, чрезвычайно важном секторе наркологической помощи населению Республики Казахстан.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

А.А.Александров

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия рассматривается нами как научно-методологическая основа для создания универсальной интегративной модели психотерапии. Такому новому пониманию целей патогенетической психотерапии должны соответствовать новые формы организации психотерапевтической помощи. Члены психотерапевтической команды могут специализироваться по поведенческо-когнитивной, конфликтцентрированной терапии, гештальт-терапии, арт-терапии и другим видам психологического воздействия. Каждый из них выполняет специфические задачи, исходя из целей патогенетической терапии. Но этот вопрос требует специального рассмотрения. Такой видится нам перспектива развития личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ АРТ-ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ

С.К.Букаева, А.З.Нургазина, С.Н.Молчанов, Ж.К.Бокина, Б.А.Азанова

В настоящей статье рассматриваются особенности проведения арт-терапии у детей, показания для проведения арт-терапии, предлагаются техники проведения арт-терапии у детей.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ МЕТОДОМ СИМВОЛДРАМЫ

В.Е.Лиманов

Автор предпринял попытку строить символдраматическую психотерапию сексуальных расстройств с учётом периодов формирования сексуальности, стадий либидо и копулятивного цикла.

С этой целью используются мотивы, взятые из книг и из семинаров Я.Л.Обухова, в том числе предложенные Р. де Зуалем, и мотивы, которые взял на себя смелость ввести автор.

О ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

В.И.Шушкевич, Г.Р.Сорока, Е.В.Щаенко, Н.А.Хакимжанова

В статье проанализирована эффективность комплексного лечения артериальной гипертензии с использованием эриксоновской и групповой методик психотерапии и современных (ИАПФ) гипотензивных препаратов в условиях городской поликлиники г. Рудного, Костанайской области (исследовано 150 человек, обратившихся к врачам за период 1999 – 2002 г.г.). Отмечен высокий эффект терапии артериальной гипертензии, что подтверждает необходимость расширения психотерапевтических структур на базе учреждений общесоматической сети.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

Г.Х.Айбасова

Предложена коррекция отдаленных последствий черепно-мозговой травмы, которая основывается на применении медикаментозного лечения и психотерапии, что позволяет доступными методами сохранить качество жизни детей на достаточно высоком уровне.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

Г.Х.Айбасова

Исследована клиническая характеристика психических расстройств в отдаленном периоде черепно-мозговых травм у детей. психические расстройства разделены по доминирующим синдромам, которые расположены по степени тяжести: тяжелые и легкие. Полученные данные имеют важное клиническое и прогностическое значение.

К ПРОЕКТУ КОНЦЕПЦИИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН НА 2005-2010 Г.Г.

Г.Х.Айбасова, А.Л.Катков

В статье «К проекту Концепции совершенствования специализированной помощи в сфере психического здоровья населения Республики Казахстан на 2005-2010 г.г.» авторами обосновывается необходимость разработки и утверждения обновленной Программы совершенствования специализированной помощи в сфере психического здоровья населения Республики Казахстан на 2005-2010 г.г. При этом основной акцент делается на необходимость модернизации подходов к организации служб психического здоровья в полном ассортименте: психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической, наркологической. Непосредственно в тексте проекта Программы, обозначаются примерные ориентиры развития служб психического здоровья в мире, а также возможные ориентиры для формирования национальных подходов по Республике Казахстан. В проекте концепции совершенствования специализированной помощи в сфере психического здоровья населения Республики Казахстан на 2005-2010 г.г. содержатся все необходимые разделы данного документа.

КОНЦЕПЦИЯ И МОДЕЛЬ СИСТЕМНО-РАЗВИВАЮЩЕГО СТАНДАРТА В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

А.Л.Катков, Г.Х.Айбасова

Авторами статьи «Концепция и модель системно-развивающего стандарта в сфере психического здоровья» приводятся основные концептуальные положения, касающиеся новых подходов в регулировании деятельности служб психического здоровья, достижения высоких уровней социального здоровья в Республике Казахстан. При этом выделяются 6 стандартных блоков, взаимодействующих по системно-функциональному принципу, подробно описанному в соответствующих разделах статьи. Авторами разрабатывается как общее понятие системно-развивающего стандарта, так и конкретное определение стандарта в соответствующих спектрах деятельности служб психического здоровья. В заключении подробно разбираются механизмы общего повышения эффективности в деятельности служб психического здоровья за счет использования и широкомасштабного внедрения обсуждаемой концепции.

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БРАЧНО-СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Т.И.Козинская, Б.С.Байкенова, Н.К.Ахмедьянова

Целью настоящего исследования является анализ амбулаторных историй болезни брачно-семейных отношений среди больных, страдающих эпилепсией. Для реализации поставленной задачи были изучены литературные данные, амбулаторные карты, истории болезни, проведены индивидуальные беседы с больными эпилепсией, проживающими как в сельской, так и в городской местности.

ШИЗОФРЕНИЯ В СОЦИОКУЛЬТУРАЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ СИБИРИ

Л.Д.Рахмазова

Результаты проведенного исследования позволяют показать неоднозначное влияние этнокультуральных факторов на формирование популяций психически больных на территориях с мультиэтническим населением и определить как структурные, так и собственно клинические особенности шизофрении у представителей монголоидной группы. Выявленные особенности клинико-динамических характеристик шизофрении демонстрируют необходимость специального подхода к проблеме образования медицинских кадров, работающих в полиэтнических популяциях, и оптимизации реабилитационных программ для коренного населения с использованием методов народной медицины и привлечением служителей культа для работы с больными и их родственниками.

ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ КАБИНЕТА ЭКСПЕРТИЗЫ ОПЬЯНЕНИЯ

Е.Р.Каримов, П.Г.Брыжахин, С.Д.Сулейменова, Е.Л.Иванов

За период с 2000 г. по 2002 г. авторами проведена исследовательская работа, позволившая получить достоверную информацию о динамике показателей учетных опьянений среди населения г. Семипалатинска, осуществить и количественный анализ данных за последние 3 года.

В данной статье предоставлены некоторые результаты проведенного многоуровневого исследования.

ВЛИЯНИЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ТРАВМАХ НА ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

О.С.Когай, Ж.Р.Дарибаев, Т.П.Лапина

В настоящей работе нашей целью было обратить внимание практикующих врачей на особенности внутренней картины болезни при производственных травмах, повлекших неврологические нарушения, поскольку помимо внешних объективных проявлений клинической картины болезни существует субъективная оценка своего состояния, возможных последствий болезненных нарушений и изменения социальной ситуации в связи с этим; указать на факторы, из которых складывается внутренняя картина болезни (преморбидные личностные свойства, особенности отражения в сознании больного объективных болезненных изменений и степень когнитивных нарушений вследствие повреждения головного мозга), а также влияние внутренней картины болезни на исход заболевания.

К ПРОБЛЕМЕ ТРЕВОГИ У ЖЕНЩИН С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

И.Е.Куприянова, Л.А.Агаркова

С помощью шкалы тревоги Гамильтона изучен уровень тревожности у 185 женщин с гинекологической патологией, работающих на Томском нефтехимическом комбинате. Общий уровень тревоги составил $12,2 \pm 1,04$ балла. Высокие показатели выявлены в возрастной группе 51-60 лет и среди профессий, связанных с материальной ответственностью и нормированием рабочего времени. Исследованы уровни тревоги при различной гинекологической патологии: воспалительных заболеваниях, миоме и сочетанных состояниях, включающих миому с заболеваниями щитовидной железы. Наиболее тревожны были женщины с воспалительными заболеваниями.

Выделены 3 группы женщин: стрессоустойчивые с низкими показателями тревоги, группа потенциального риска и группа реального риска (с максимальным набором неблагоприятных факторов). Для каждой из групп разработаны психопрофилактические программы.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД – НОВАЯ КОНЦЕПЦИЯ В МЕДИЦИНЕ

Б.А.Шахметов

Психосоматический метод изучения и лечения больного подчеркивает значение всего организма и, прежде всего, душевных процессов в развитии патологии человека в тесном взаимодействии с окружающей средой. О психосоматическом, биопсихосоциальном заболевании говорят тогда, когда есть четкая связь: предрасположенность-личность-ситуация.

В организации медицинской помощи психосоматическим пациентам необходим целостный подход к человеку как к личности. В комплексном лечении психосоматических заболеваний наряду с биологической терапией соответствующее место должны занимать психологическая коррекция, психотерапия и социотерапия.

ЭКОЛОГО-ВАЛЕОЛОГИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ И ОБРАЗОВАНИЕ УЧАЩИХСЯ: ГЕНЕЗИС, ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

А.Г.Маджуга

Автор описывает, что экология и валеология могут быть рассмотрены как междисциплинарные области, посредством которых возможно осознание ценности здоровья и формирование мотивации на здоровый образ жизни, личностной ответственности каждого за здоровье последующих поколений и состояние окружающей среды.

Ориентация учащихся на здоровый образ жизни должны основываться на экологическом и валеологическом сознании личности и их позитивной трансформации в процессе познания мира в научно-обоснованную здоровотворческую деятельность.

СПЕЦИФИЧЕСКИЙ РЕЛАКСАЦИОННО-РЕКРЕАТИВНЫЙ ПСИХОКАТАЛИЗ

А.Ф.Ермошин

Автор выделяет во всем многообразии психотерапевтических подходов два класса методов, названных им психодинамическим и психостатическим подходами и показывает принципиальное отличие их друг от друга, а также свойственные им достоинства и недостатки. Он утверждает возможность синтеза этих подходов с сохранением свойственной мобилизационным (психодинамическим) подходам диагностической точности и свойственной релаксационным (психостатическим) методам терапевтической успешности в методе, названном им специфическим релаксационно-рекреативным психокатализом.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВЕННЫХ ПАРАМЕТРОВ ИНДИВИДУАЛЬНОГО И СОЦИАЛЬНОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

(по результатам комплексного исследования населения Республики Казахстан)

А.Л.Катков, к.м.н. Ю.А.Россинский

Проблема определения качественных параметров индивидуального и социального психического здоровья более чем актуальна, в связи с необходимостью изменения подходов к активному формированию феноменов здоровья, а так же в аспекте развития индивидуальной и социальной антинаркотической устойчивости.

В данной статье обосновывается концептуальная база категории психологического (качества психического) здоровья населения. Приводятся результаты исследований, проведенных с использованием новых подходов, параметров, индикаторов, оценивающих рассматриваемый феномен.

SUMMARY

CURRENT NARCOLOGY CARE AND METACONCEPTION OF DRUG DEMAND REDUCTION

A.L.Katkov, I.V.Vasilenko

The metaconception of drug demand reduction has been working out in Kazakhstan Republican Center for Medical Social Problems of Drug Addiction during the year and six months. And one of the main subject of this metaconception is to organize up-to-date narcology care. It is suggested especially in its beginning stage, where it is supposed to realize the programs of harm reduction, motivational psychotherapy, consultings and other methods.

In the paper there are some basic proposals of the forthcoming reconstructions in this important sector of narcology care in Kazakhstan.

PATHOGENETIC PSYCHOTHERAPY: IT'S CURRENT STATE AND PERSPECTIVES

A.A.Aleksandrov

Individual oriented (reconstructive psychotherapy is observed as a scientific methodological basis for creating the universal integrative model of psychotherapy. New forms of organization of psychotherapy care must correspond to this new understanding of the objects of the pathogenetic psychotherapy. The members of psychotherapy teams can be specialize by behavior-cognitive, conflictcentred therapy, geshtalt-therapy, art therapy and other kinds of psychological influence. Each of them performs specific tasks according to the objects of pathogenetic therapy. But this question requires special observation. This is our point of view on the perspectives of the development of the individual-oriented (reconstructive) psychotherapy.

THE PECULIARITIES OF CARRYING OUT THE ART THERAPY FOR CHILDREN

S.K.Bukaeva, A.Z.Nurgazina, S.N.Molchanov, Zh.K.Bokina

The present study describes the peculiarities of the art therapy for the children, how to do it and there are some techniques of carrying out the art therapy for the children.

ETHIOPATHOGENETIC PSYCHOTHERAPY OF SEXUAL INJURIES BY SYMBOLDRAMA METHODS

B.E.Limanov

The author undertook an effort to built the symboldrama psychotherapy of sexual injuries taking into account the stages of forming the sexuality, stages of the libido and the copulative cycle. To elucidate the issue the author used the methods taking from the books and seminars of Y.L.Obukhov and R.de Zual and the methods the author uses himself.

ABOUT PSYCHOTHERAPY TACTICS IN THE COMPLEX TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION

V.L.Shushkevich, G.R.Soroka, E.V.Shaenko, N.A.Khaksimzhanova

In this study it was analyzed the effectiveness of the complex treatment of arterial hypertension with the help of Erickson's and group methods of psychotherapy and current hypertension therapy in the city hospital

in Rudny city, Kostanai oblast (150 men were examined in the period of 1999-2002). There was a significant rise of effectiveness of the therapy of arterial hypertension. The data presented in this study indicate the necessity to extend psychotherapy structures in the somatic medical units.

PRINCIPLES OF TREATMENT OF FURTHER CONSEQUENCES OF BRAIN TRAUMAS

G.H.Aibasova

The correction of further consequences of a brain trauma which is offered here based on application of medical treatment and psychotherapy, that allows by accessible methods to keep quality of life of children on enough high level.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF MENTAL FRUSTRATION IN FURTHER PERIOD OF BRAIN TRAUMAS

G.H.Aibasova

The clinical characteristics of mental frustration in further period of children's brain traumas is investigated in the present study. The mental frustration are divided into dominant syndromes, which are located on a degree of weight: heavy and light. The received data have an important clinical and prognostic means.

TO THE PROJECT OF CONCEPTION FOR IMPROVING THE SPECIALIZED CARE IN THE SPHERE OF MENTAL HEALTH OF THE POPULATION OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN (2005-2010)

G.K.Aibasova A.L Katkov

In the paper to the project of the Conception of improving specialized care in the sphere of mental health of the population of Republic of Kazakhstan for period 2005-2010 the authors prove the necessity of working out and statement of renewed program of improving the specialized care in the sphere of mental health of the population of the Republic of Kazakhstan. And the basic accent is made on the necessity of modernization the approaches to the organization of full mental health services including psychiatric, psychotherapy, medical-psychological, narcological care. In the text of the project of the program the authors mark approximate directions of the development of mental health services in the world, and also probable directions for forming of national approaches in the Republic of Kazakhstan. The project of the conception of improving the specialized care in the sphere of mental health of the population of the Republic of Kazakhstan for the period 2005-2010 has all the necessary divisions of the given document.

CONCEPTION AND MODEL OF SYSTEM-DEVELOPING STANDARD IN THE SPHERE OF THE MENTAL HEALTH

A.L.Katkov G. K.Aibasova

The authors of the article conception and model of system-developing standard in the sphere of the mental health lead to the basic conceptual proposals concerning new approaches in regulation of activity of mental health services achieving the high levels of the social health in the Republic of Kazakhstan they point out standard blocks interacting in the system-functional principle which was in details described in accordance with the divisions of the article. The authors are worked general idea of system-developing standard and

concrete defining the standard in correspondence with the sphere of mental health services .In conclusion of the study they explain the mechanisms of general increasing the efficiency in the activity of mental health services due to the use and wide scale inculcation of the discussing conception.

MEDICAL SOCIAL SHOWINGS OF MARITAL-FAMILY RELATIONS OF THE PATIENTS SUFFERING FROM EPILEPSY

I.I.Kosinskaya, B.S.Baikenova, N.K.Akhmedyanova

The primary aim of this study is the analysis of the outpatient cards of the disease of marital-family relations among the patients suffering from epilepsy. For the realization of the task we studied all literature information, outpatient cards, the history of the diseases and it were carried out the individual talks with patients suffering from epilepsy among the city population and among the distant communities.

SCHIZOPHRENIA IN THE SOCIALCULTURAL AREA OF SIBERIA

L.D.Rakhmazova

The results of recent clinical studies gives us the opportunity to show the influence of ethnocultural factors on the forming of population of mental diseases in the territory with multiethnic population and define the structural and clinical peculiarities of schizophrenia among the representatives of mongoloid groups. The results of the study of the peculiarities of clinical-dynamic characteristics of schizophrenia demonstrates the necessity of special approach to the problem of forming the medical staff who will be able to work with the polyethnic population and use the methods of folk medicine and attract priests to work with the patients and their relatives.

FROM THE EXPERIENCED WORK OF CONSULTING ROOM FOR THE EXPERTISE OF DRUNKENNESS

E.R.Karimov, P.G.Bryzhakin, S.D.Suleimenova, E.L.Ivanov

The authors of the present study carried out the investigation the period of 2000-2002, which gives the clear information about the dynamics of indexes of drunkenness among the population of Semipalatinsk city. And it also helps to realize the quantative analysis of data of the last three years. In this study they present some results of multilevel investigation they have carried out.

THE INFLUENCE OF INTERNAL PICTURE OF THE DISEASE OF PRODUCTION TRAUMAS ON OUTCOME OF THE DISEASE

O.S.Kogai, Zh.R.Daribaev, T.P.Lapina

In the present study the major aim is to turn the attention of practitioners to the peculiarities of the internal picture of the disease of production traumas which were accompanied with neurotocal injuries , probable consequences of the disease, the changes of social situation and to point out at the factors of the internal picture of the disease (personal qualities, the peculiarities of reflection of the objective disease changes and the degree of cognitive brain injuries) and the influence of the internal picture of the disease to the outcome of the disease itself.

THE PROBLEM OF ANXIETY OF WOMEN WITH THE GYNECOLOGICAL, PATHOLOGY

I.E.Kupriyanova, L.A.Agarcova

The problem of anxiety of women with the gynecological pathology studied with the help of the scale of Hamilton (185 women working in Petroleum Chemical plant in Tomsk city). The general level of anxiety in the age of 51-60 of women who has a material responsibility and strict norm of the working time. The degree of anxiety was investigated in all forms of the gynecological pathologies: inflammation diseases, uterain myoma, and the states which includes both uterain myoma and the diseases of thyroid glands. The most anxiety were women with the inflammation diseases. There are 3 groups of women: stress-stable with the low level of anxiety, the group of potential risk and the group of real risk (having maximum qualities of unwell factors). Psychopreventive programs were worked out for each of these groups.

PSYCHOSOMATIC APPROACH IS A NEW CONCEPTION IN MEDICINE

B.A.Shakhmetov

Psychosomatic method of study and treatment of the patient emphasizes the meaning, and first of all his sincere processes in the development of a pathology of a patient in the close interaction with an environment. About psychosomatical, biopsychological disease speak then, when there is a precise communication: predisposition-person-situation.

In organization of medical care of psychosomatic patients the complete approach to the man as to the person is necessary. In the complex treatment of psychosomatic diseases alongside with biological therapy the appropriate place should take the psychological correction, psychotherapy and sociotherapy.

ECOLOGICAL AND VALEOLOGICAL EDUCATION OF STUDENTS: GENETIC, TRENDS AND PERSPECTIVES OF THE DEVELOPMENT

A.G.Madzhuga

The author notes that ecology and valeology should be the fields which help to value the health and to form the motivation for healthy life style, personal responsibility of each person for the health of the further generation and the state of the environment. Orientation of students for the healthy life style must be based on ecological and valeological consciousness of the person and its positive transformation the process of the world study into the scientific valid healthy creative activity.

SPECIFIC RELAXATIONAL-RECREATIVE PSYCHOCATALUSIS

A.F.Ermoshin

Among the various methods of psychotherapy approaches the author of this study picks out two classes of methods called by him psychodynamic and psychostatic approaches and shows the merits and deficiencies, their differences. He confirms

The possibility of synthesis of these approaches which have the diagnostic exact and therapy success in the method which was named by the author of this study specific relaxational recreative psychocatalysis.

**DEFINING OF THE QUALITATIVE PARAMETERS
OF INDIVIDUAL AND SOCIAL MENTAL HEALTH**
(according to the results of the complex investigation of the population of Kazakhstan)

A.L.Katkov, U.A.Rossinskyi

The problem of evaluation of qualitative parameters of individual and social mental health is extremely actual, because of the necessity to change the approaches to active forming of health phenomena and in the view of the development of individual and social drug usage resistance.

This article gives evidence to the conception of the category of psychological (a quality of mental) health in population. The results of studies performed with new approaches, parameters and indicators for evaluation of this phenomenon are shown.

БИБЛИОГРАФИЯ К ЖУРНАЛУ «ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ» ЗА 2003 ГОД

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

Катков А.Л., Василенко И.В. Современная наркологическая помощь и метаконцепция снижения спроса на наркотики. – Том 9, № 4, 2003

ПСИХОТЕРАПИЯ

Александров А.А. Патогенетическая психотерапия: современное состояние и перспективы. – Том 9, № 4, 2003

Белянская О.В., Калмыкова И.Ю., Ушаков А.Н. Место эриксоновского гипноза в психотерапевтическом процессе. – Том 9, № 4, 2003

Быков С.И., Быкова-Григорьевских И.В., Ургина Ю.А. Ментальный дизайн и прикладная мифология. Дальнейшее развитие лингвистического подхода в психотерапии. – Том 9, № 2, 2003

Букаева С.К., Нургазина А.З., Кошегулова Р.М. Психотерапевтическое воздействие арт-терапии. – Том 9, № 2, 2003

Букаева С.К., Нургазина А.З., Кошегулова Р.М. Арт-терапевтическое направление психотерапии. – Том 9, № 2, 2003

Букаева С.К., Нургазина А.З., Молчанов С.Н., Идрисова А.М., Азанова Б.А. Особенности проведения арт-терапии у детей. – Том 9, № 4, 2003

Бурно М.Е. Воспоминания-размышления о поездке в Вену, на Психотерапевтический Конгресс. – Том 9, № 4, 2003

Давыдова Г. Развитие творческих отношений личности в рефлексивной диалого-терапии. – Том 9, № 1, 2003

Давыдова Г. Развитие рефлексивной культуры подростков в психологическом консультировании. – Том 9, № 2, 2003

Жолдасова Ж.А. Самочувствие, активность, настроение, субъективное ощущение времени пациентов с героиновой зависимостью: динамика после телесно-ориентированного тренинга. – Том 9, № 4, 2003

Жолдасова Ж.А. Оценка своего тела и телесность у больных с героиновой зависимостью. Динамика после телесно-ориентированной психотерапии. – Том 9, № 4, 2003

Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А. Интегративно-развивающая групповая психотерапия зависимых от психоактивных веществ. – Т. 9, № 3, 2003

Касьянова В.П. Самоанализ. Метод самосканирования. – Том 9, № 1, 2003

Клышников Е.Н. В чем опасность инфантильных стратегий поведения женщины с лидерским потенциалом. – Том 9, № 2, 2003

Коваленко А.Н., Есельсон С.Б. Тема судьбы в работе с клиентами. – Том 9, № 2, 2003

Когай О.С., Моторыкин В.М., Муханбедина М.А., Лапина Т.П. Психотерапия в комплексе лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. – Том 9, № 2, 2003

Корабельникова Е.А. Использование сновидений в диагностике и терапии невротических расстройств у детей. – Том 9, № 2, 2003

Кудров А.Н. Актуальные задачи психоанализа в компаниях MLM. – Том 9, № 1, 2003

Лиманов В.Е. Этиопатогенетическая психотерапия сексуальных расстройств методом символ-драмы. – Том 9, № 4, 2003

Маджуга А.Г., Маджуга Л.Г. Арт-терапия как одно из приоритетных направлений современной коррекционной психологии и педагогики. – Т. 9, № 3, 2003

Макаров В.В. Два подхода к психотерапии и консультированию и обучению психотерапии и консультированию. – Том 9, № 4, 2003

Пак Т.В., Нургазина А.З. Особенности групповой психотерапии подростков. – Том 9, № 1, 2003

Пак Т.В. Психотерапия в наркологии (литературный обзор). – Т. 9, № 3, 2003

Пак Т.В. Новые психотерапевтические подходы в реабилитации наркозависимых. – Т. 9, № 3, 2003

Рузгис М.В. Нарциссическая личность в сексопатологии и психотерапии. – Том 9, № 4, 2003

Суатбаев Н.Р. Web-сайт «Поддержка». Психологическая помощь в Интернет. – Том 9, № 2, 2003

Титова В.В. Психотерапия подростков с химической зависимостью. – Том 9, № 2, 2003

Титова В.В. Новые подходы к психотерапии в программах медико-социальной реабилитации пациентов с наркотической зависимостью. – Т. 9, № 3, 2003

Тукаев Р.Д. Проективные механизмы гипноза и проективная гипнотерапия. – Т. 9, № 3, 2003

Тукаев Р.Д. Проблемы оценки эффективности психотерапии в клиническом и психологическом подходах. – Том 9, № 4, 2003

Тукаев Р.Д. Мишени клинической гипнотерапии: симптом или этиопатогенез? – Том 9, № 4, 2003

Тукаев Р.Д. Структурный подход в клинической психотерапии. – Том 9, № 4, 2003

Ходорева Т.В. Опыт лечения пациенток, переживших смерть детей. – Том 9, № 2, 2003

Хропова Г.А. К проблеме интеграции психотерапевтических методов. – Том 9, № 2, 2003

Хропова Г.А. Роль СПК в регуляции агрессии в норме и патологии (на модели алкоголизма). – Том 9, № 2, 2003

Чобану И.К. Групповая транзактная психотерапия психозов в психиатрическом стационаре. – Т. 9, № 3, 2003

Шушкевич В.И., Яшина В.А., Саенко П.П. О психотерапевтической практике в лечении больных бронхиальной астмой. – Т. 9, № 3, 2003

Шушкевич В.И., Сорока Г.Р., Щаенко Е.В., Хакимжанова Н.А. О психотерапевтической тактике в комплексном лечении артериальной гипертензии. – Том 9, № 4, 2003

ПСИХИАТРИЯ

Айбасова Г.Х., Толстикова А.Ю. Психопатоподобные расстройства в структуре резидуально-органической недостаточности головного мозга травматического генеза. – Том 9, № 4, 2003

Айбасова Г.Х. Принципы лечения отдаленных последствий черепно-мозговых травм. – Том 9, № 4, 2003

Айбасова Г.Х. Клиническая характеристика психических расстройств в отдаленном периоде черепно-мозговых травм у детей. – Том 9, № 4, 2003

Айбасова Г.Х., Катков А.Л. К проекту Концепции совершенствования специализированной помощи в сфере психического здоровья населения Республики Казахстан на 2005-2010 г.г. – Том 9, № 4, 2003

Адылов Д.У. Клиническое и экспериментально-психологическое обследование целителей с возбудимым радикалом личности. – Том 9, № 2, 2003

Адылов Д.У. Дифференциальная диагностика психозов с психотическими проявлениями и измененным состоянием сознания у целителей. – Том 9, № 2, 2003

Аманова Ж.Ш., Лободенко А.Г., Садыкова Б.К., Каскакова А.Т. Диссимуляция у больных шизофренией (клиническое и экспериментально-психологическое исследования). – Том 9, № 4, 2003

Бисеналиев С.Б., Бисеналиева К.М. Значение исследования качества жизни больных шизофренией для профилактики агрессивных общественно-опасных действий. – Т. 9, № 3, 2003

Бисеналиев С.Б., Бисеналиева К.М. Особенности посткритического этапа у больных с фебрильной шизофренией. – Т. 9, № 3, 2003

Бисеналиев С.Б., Бисеналиева К.М. Особенности проведения посмертной судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе по факту смерти. – Т. 9, № 3, 2003

Бойко В.С. Применение препарата Зипрекса в женском отделении РПБСТИН. – Том 9, № 4, 2003

Галеев А.А., Якипова Г.Т. Социально-демографическая и клинико-психопатологическая структура психически больных, совершивших общественно-опасные действия (ООД). – Т. 9, № 3, 2003

Голдобина О.А. Современные проблемы психического здоровья населения, пути решения на региональном уровне. – Том 9, № 1, 2003

Голдобина О.А., Соколов Я.В. Роль и место мониторинга психического здоровья в решении проблем оказания специализированной помощи детям и подросткам. – Том 9, № 1, 2003

Голдобина О.А., Семке В.Я., Трешутин В.А. Программно-целевое планирование работы психиатрической службы как важнейший компонент обеспечения усиления роли здравоохранения в формировании психического здоровья населения на региональном уровне. – Том 9, № 1, 2003

Денисова Е.В., Оспан Т.Б., Лободенко А.Г., Кожанова Ж.Т. Невербальная диагностика психических заболеваний (обзор литературы и собственные наблюдения). – Т. 9, № 3, 2003

Измаилова Н.Т., Илешева Р.Г. Клинические особенности шизофрении, осложненной гашишной интоксикацией, и ее проявления в детско-подростковом возрасте. – Том 9, № 2, 2003

Катков А.Л., Айбасова Г.Х. Концепция и модель системно-развивающего стандарта в сфере психического здоровья. – Том 9, № 4, 2003

Казинская Т.И., Байкенова Б.С., Ахмедьянова Н.К. Медико-социологические показатели брачно-семейных отношений больных эпилепсией. – Том 9, № 4, 2003

Кудьярова Г.М., Саренко А.Н. Судебно-психиатрическая оценка лиц с органическими психическими расстройствами травматического генеза, не исключающими вменяемости (ст. 17 УК РК). – Т. 9, № 3, 2003

Кудьярова Г.М., Негай Н.А. К вопросу о патогенезе и клинической картине начальных органических психических расстройств сосудистого генеза (по данным литературы). – Т. 9, № 3, 2003

Назлов Г.М. Лицо болезни. – Том 9, № 1, 2003

Негай А.П., Сарсенова Р.О., Ким В.В., Хан А.А. Особенности течения туберкулеза и психических заболеваний при их сочетании. – Том 9, № 2, 2003

Негай А.П., Сарсенова Р.О., Писчатская А.Г., Жубатканова А.Ж. К вопросу о «Системе открытых дверей». – Том 9, № 2, 2003

Негай А.П., Макашева Н.П., Курегенов Т.И., Даужигитов Т., Ким О.В. Психические расстройства у больных пеллагрой по материалам Кызылординской областной психоневрологической больницы за 2000-2002 годы. – Том 9, № 2, 2003

Новикова М. Судебно-психологический аспект работы. – Том 9, № 2, 2003

Нуркатова Г.З., Нуркатов Е.М., Бойко В.С. Профилактика общественно-опасного поведения больных шизофренией в период принудительного лечения. – Том 9, № 4, 2003

Оспан Т.Б., Байханова Т.Р., Жолдыбаева Ж.С. О суицидологической ситуации в г. Экибастузе с 1996 по 2002 г.г. – Том 9, № 2, 2003

Пак Л.Л., Кубаева Р.М., Назаров З.А., Пак В.Л., Можаяев В.А., Мусенова Ж.К., Тлеугарин К.Т. К вопросу профилактики общественно опасных действий психически больных. – Том 9, № 2, 2003

Пак Л.Л., Кубаева Р.М., Можаяев В.А., Мусенова Ж.К., Назаров З.А., Пак В.Л. К вопросу принудительного лечения психически больных. – Том 9, № 2, 2003

Пугачев В.П., Юнусов М.Р., Якипова Г.Т., Бибакова Н.Т. О целесообразности использования галоперидола-деканата в качестве поддерживающей терапии у больных параноидной шизофренией, проживающих в сельской местности. – Т. 9, № 3, 2003

Рахмазова Л.Д. Шизофрения в социокультуральном пространстве Сибири. – Том 9, № 4, 2003

Рузгис М.В. Проблемы семейной дисгармонии в нарциссических парах. – Том 9, № 2, 2003

Толстикова А.Ю. Роль интегративной модели патогенетической психотерапии в изучении особенностей формирования депрессивных состояний при употреблении психоактивных веществ. – Том 9, № 1, 2003

Толстикова А.Ю. Перспективы исследований в области молекулярной генетики и иммунологии при изучении проблемы зависимости от психоактивных веществ. – Том 9, № 1, 2003

Толстикова А.Ю. Клинико-психопатологический анализ депрессивных состояний и суицидального поведения у больных с зависимостью от психоактивных веществ. – Т. 9, № 3, 2003

Тотина И.К. Психопатия (расстройства личности). – Том 9, № 4, 2003

Чолак Ю.Д., Бойко В.С., Мурумбаева Д.А. Клинико-социальные особенности психически больных женщин, находившихся на принудительном лечении в РПБСТИН в период 1992-2001 г.г. – Том 9, № 4, 2003

Шайхысламова Н.К., Оспан Т.Б., Лободенко А.Г., Аманова Ж.Ш., Кожанова Ж.Т. Диагностика начальных проявлений малопрогредиентной психопатоподобной шизофрении в подростковом возрасте (клинический, экспериментально-психологический, судебно-психиатрический аспекты). – Том 9, № 2, 2003

Шахметов Б.А. Организация психиатрической помощи Костанайской области. Цели и задачи. – Том 9, № 2, 2003

Шаяхметова Г.Т., Мусабалинова Н.Б. Токсический (медикаментозный) гепатит у психически больных (клинические наблюдения). – Т. 9, № 3, 2003

НАРКОЛОГИЯ

Байызбекова Д.А., Арстанбекова А.А. Модели незаконного потребления наркотиков, выявленные

в ходе экспресс-оценки распространения наркомании в Кыргызстане. – Т. 9, № 3, 2003

Байызбекова Д.А., Арстанбекова А.А., Асанов Т.К. Эпидемиологические особенности инъекционной наркомании в Кыргызстане. – Т. 9, № 3, 2003

Бектаева Г.Т., Комарова О.Н. Отзыв о применении препарата грандаксин в лечении алкогольной зависимости. – Том 9, № 4, 2003

Горышева О.В. Метод суррогатного замещения (по преодолению табакозависимости). – Том 9, № 2, 2003

Каражанова А.С. Клинико-эпидемиологические аспекты наркозависимости детского возраста. – Т. 9, № 3, 2003

Каримов Е.Р., Брыжахин П.Г., Сулейменова С.Д., Иванов Е.Л. Из опыта работы кабинета экспертизы опьянения. – Том 9, № 4, 2003

Кудров А.Н. Культурно-экологический подход к психосоматическим аспектам профилактики химической зависимости. – Том 9, № 1, 2003

Кравченко И.В. Основные механизмы влияния никотиновой кислоты на организм. Особенности воздействия на психопатологический статус больных, страдающих опийной наркозависимостью. – Том 9, № 1, 2003

Макаров В.В., Колосов В.П., Коньков Е.М. Терапия субдепрессивных состояний у зависимых от алкоголя больных Витагам-Рулином в комбинации с амитриптилином. – Том 9, № 2, 2003

Марашева А.А. Отношение детей младшей возрастной группы к проблеме наркомании (Гендерный аспект). – Том 9, № 2, 2003

Нургазина А.З., Букаева С.К., Молчанов С.Н., Идрисова А.М. Программа профилактики наркомании в подростковом возрасте. – Том 9, № 1, 2003

Сарсенова Р.О., Писчатская А.Г., Жубатканова А.Ж. Сосудистые и соматогенные психозы, возникшие на фоне хронического алкоголизма и особенности лечения алкогольных психозов у больных пожилого возраста. – Том 9, № 2, 2003

Толстикова А.Ю. Объективные критерии определения степени выраженности влечения к психоактивным веществам. – Том 9, № 1, 2003

Толстикова А.Ю. Современные взгляды на формирование депрессивных состояний с позиции молекулярно-генетических и иммунологических механизмов зависимости от психоактивных веществ. – Том 9, № 1, 2003

Толстикова А.Ю. Психопатологические аспекты тревоги и фобии у больных с зависимостью от психоактивных веществ. – Том 9, № 2, 2003

Толстикова А.Ю. Самосознание личности в рамках зависимости от психоактивных веществ. – Т. 9, № 3, 2003

Толстикова А.Ю. Нейрохимические и иммунологические аспекты изучения механизмов

зависимости от психоактивных веществ (обзорная статья). – Т. 9, № 3, 2003

Толстикова А.Ю. Взаимосвязь нейролингвистического программирования и психокибернетической модели, их роль в изучении проблемы зависимости от психоактивных веществ. – Т. 9, № 3, 2003

Шушкевич В.И. О психосоматическом подходе в комплексной терапии алкогольной зависимости в условиях городской поликлиники. – Том 9, № 2, 2003

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Жантасова С.Ж., Айтбембетова А.Б. Проблемы транссексуализма в Республике Казахстан. – Том 9, № 1, 2003

Когай О.С., Дарибаев Ж.Р., Лапина Т.П. Влияние внутренней картины болезни при производственных травмах на исход заболевания. – Том 9, № 4, 2003

Корабельникова Е.А. Психолингвистические особенности больных с невротическими расстройствами. – Том 9, № 2, 2003

Корабельникова Е.А. Опыт лечения расстройств сна у детей с невротическими и психосоматическими расстройствами. – Том 9, № 4, 2003

Куприянова И.Е., Агаркова Л.А. К проблеме тревоги у женщин с гинекологической патологией. – Том 9, № 4, 2003

Мусабалинова Н.Б., Оспанова Ж.А. Трудности дифференциальной диагностики психических нарушений при эндокринных заболеваниях. – Том 9, № 2, 2003

Негай А.П., Сарсенова Р.О., Алиева А.С., Дон М.А. Анализ по суицидам по Кызылординской области за 2001 год и 1 квартал 2002 года. – Том 9, № 2, 2003

Нургазина А.З., Идрисова А.М., Букаева С.К., Молчанов С.Н., Пак Т.В. Изучение формирования у подростков аддиктивного поведения и психокоррекционная работа с ней. – Том 9, № 1, 2003

Россинский Ю.А., Алтынбекова Г.И., Каражанова А.С., Нургазина А.З. К вопросу об исследовании копинг-стратегий в пограничной психиатрии и наркологии. – Том 9, № 2, 2003

Шахметов Б.А. Психосоматический подход – новая концепция в медицине. – Том 9, № 4, 2003

Шушкевич В.И., Сорока Г.Р., Яшина В.А., Саенко П.П. Об особенностях психотерапевтической работы с группами длительно и часто болеющих пациентов. – Том 9, № 1, 2003

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Бирюков А.Е., Насырова Т.Ж. Проблемы суицидов и вопросы превентивной суицидологической службы. – Том 9, № 1, 2003

Валивач М.Н., Россинский Ю.А. Психосоматика, миф и реальность. – Том 9, № 1, 2003

Галеев А.А., Рудич П.А., Якипова Г.Т. Распространенность пограничных состояний с точки зрения психотерапии. – Т. 9, № 3, 2003

Козлова С.М., Шахназарова Н.В. Задачи психологического ведения ВИЧ-инфицированных. – Том 9, № 1, 2003

Корабельникова Е.А. Современное состояние учения о невротических расстройствах (обзор). – Т. 9, № 3, 2003

Россинский Ю.А. Психологическое, психическое и соматическое здоровье как аспекты интегрального здоровья и их значение в «пограничной» психиатрии и наркологии. – Том 9, № 1, 2003

Рузгис М.В. Отдельные аспекты психологической и сексуальной дисгармонии у нарциссических личностей. – Т. 9, № 3, 2003

Шахназарова Н.В., Горбачев И.А., Козлова С.М., Соболева А.М., Петухов К.В. Проблемы организации процесса психологического сопровождения ВИЧ-инфицированных в России. – Том 9, № 1, 2003

ПЕДАГОГИКА ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

Гирич Я.П. О программах «Обучения здоровью» (замечания по поводу книги Н.А.Сироты, В.М.Ялтонского, И.И.Хажилиной, Н.С.Видерман «Профилактика наркоманий у подростков: от теории к практике. М, 2001»). – Т. 9, № 3, 2003

Маджуга А.Г. Эколого-валеологическое воспитание и образование учащихся: генезис, тенденции и перспективы развития. – Том 9, № 4, 2003

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

Бурно М.Е. Психотерапия и клиническая психотерапия. – Том 9, № 1, 2003

Ермошин А.Ф. Специфический релаксационно-рекреативный психокатализ. – Том 9, № 4, 2003

Катков А.Л., Россинский Ю.А. Определение качественных параметров индивидуального и социального психического здоровья (по результатам комплексного исследования населения Республики Казахстан). – Том 9, № 4, 2003

Колосов В.П. – Том 9, № 1, 2003

Криндач В.П. Полночные размышления российского метамодалного психотерапевта. – Том 9, № 1, 2003

Макаров В.В. Мультимодалная психотерапия в России. – Том 9, № 1, 2003

Общероссийская общественная организация Профессиональная психотерапевтическая лига. Базовый семинар по мультимодалной психотерапии. – Том 9, № 1, 2003

Решетников М.М. Экономические и организационно-методические проблемы психотерапии. – Том 9, № 1, 2003

Троицкий А.Ф. Опровержение к статье “Феномен бессознательного предвидения...”, напечатанной в журнале, том 7, № 3. – Том 9, № 2, 2003

Чобану И.К. Женщина и вербальное насилие в семье. – Том 9, № 4, 2003

СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Авилова Л.Э. Методы сенсологии в организации процесса профессиональной самоподготовки. – Том 9, № 1, 2003

Евдокимов В.И. Причины возникновения синдрома хронической усталости и методы преодоления. – Том 9, № 1, 2003

Захаревич А.С. Биосенсорная психотерапия – перспективные направления развития. – Том 9, № 1, 2003

Игнатьева С.К. Использование методов сенсологии в работе с беременными. – Том 9, № 1, 2003

Соколова Е.В. Психологические факторы, препятствующие становлению и развитию успешного бизнеса. – Том 9, № 1, 2003

Хромова А.Ю. Методы сенсологии в психотерапевтической помощи матери и ребенку в послеродовом периоде. – Том 9, № 1, 2003

Шапиро О.Г. Биоэнергетическая коррекция психосексуальных расстройств мужчин и женщин при стрессогенных воздействиях. – Том 9, № 1, 2003

Шарейко Н.Л. Психобиоэнергоинформационные взаимодействия как основа психотерапевтического процесса. – Том 9, № 1, 2003