

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том X

№ 4

2004

Москва-Павлодар

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Кандидат медицинских наук С.А.Алтынбеков; кандидат медицинских наук Г.Х.Айбасова; профессор, доктор медицинских наук А.А.Аканов; Е.В.Денисова (ответственный секретарь); профессор О.Т.Жұзжанов; профессор Н.Т.Измаилова; профессор, доктор медицинских наук А.Л.Катков (главный редактор); профессор, доктор медицинских наук В.В.Макаров (главный редактор); кандидат психологических наук Г.А.Макарова; доктор медицинских наук С.А.Нурмагамбетова; А.Н.Рамм (редактор); кандидат медицинских наук Ю.А.Россинский; академик РАМН В.Я.Семке; А.К.Тастанова; кандидат медицинских наук В.Ф.Трубецкой; кандидат медицинских наук А.И.Толстикова; 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**

**Внимание, соискатели! Журнал “Вопросы ментальной медицины и экологии”
решением коллегии ВАК от 3.03.2002 г. включен в перечень изданий
для публикации основных научных результатов диссертации**

**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

УЧРЕДИТЕЛИ:

**Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига**

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

Том X

№

2004 год

**выходит
4 раза в год**

ПСИХОТЕРАПИЯ

<i>Брук В.И., Шипова А.П.</i>	
Аспекты трансперсонального подхода в семейной	
терапии	9-10
<i>Гашунина-Лабковская Г.С.</i>	
Проблема подросткового кризиса с точки зрения ин-	
тегративной психологии	10-11
<i>Зингерман И.С.</i>	
Работа с химическими зависимостями методами про-	
цессуальной психотерапии	11-12
<i>Зорин Н.А.</i>	
Доказательная медицина и психотерапия: совместимы	
ли они?	12-16
<i>Илларионова Е.</i>	
Психолог и СМИ: опыт диалога	16-17
<i>Печникова Е.Ю.</i>	
Задачи психотерапии при невынашивании беременности	
<i>Ротов А.В., Ротов В.А., Марухленко Д.В., Балановский Д.А.</i>	18-19
Применение гипносуггестии в коррекции избыточно-	
го веса	19-21

ПСИХИАТРИЯ

<i>Асанов В.А., Сагамбаева В.Н., Армизова Р.А.</i>	
Опыт оптимизации лечения карbamазепином различ-	
ных форм эпилепсии	22-25
<i>Александрович А.В.</i>	
Об особом эмоциональном интимном контакте с боль-	
ными шизофренией	26-29
<i>Баянова М.Е.</i>	
Общественно опасные действия женщин с синдромом	
Кандинского-Клерамбо	29-30
<i>Быкова С.А., Русина Е.Ю.</i>	
Диагностика нарушений мышления при «погранич-	
ном» варианте шизофренического патопсихологичес-	
кого симптомокомплекса	30-32
<i>Садуакасова К.З.</i>	
Аллельный полиморфизм гена серотонинового ре-	
цептора 5HTR2A и вялотекущая ранняя детская	
шизофрения	33-34
<i>Садуакасова К.З., Святова Г.С.</i>	
Исследование аллельного полиморфизма гена серото-	
нинового рецептора 5HTR2A у больных шизофрени-	
ей детей и подростков в казахской популяции	34-36
<i>Садуакасова К.З.</i>	
Дайджест исследований генетики шизофрении детства	
<i>Садуакасова К.З.</i>	36-40
Аллельный полиморфизм гена серотонинового ре-	
цептора 5HTR2A и злокачественная ранняя детская	
шизофрения	40-42

<i>Садуакасова К.З.</i>	
Полиморфизм гена рецептора серотонина (5HT2A) и параноидная шизофрения у подростков в казахской популяции	42-44
<i>Саренко А.Н.</i>	
Клинико-социальные характеристики обвиняемых с по- следствиями черепно-мозговой травмы	44-46
<i>Шушкевич В.И., Джамбекова О.Б., Хакимжанова Н.А.</i>	
Грандаксин в лечении психовегетативных нарушений у длительно и часто болеющих пациентов	46-48

НАРКОЛОГИЯ

<i>Марашева А.А.</i>	
Концепция антинаркотической устойчивости в младшем школьном возрасте	49-52
<i>Одарченко С.С.</i>	
Некоторые особенности клиники и лечения алкогольной зависимости, коморбидной с депрессиями в позднем возрасте	52-54
<i>Сейтмуратова Р.С., Енсебаева Л.З., Пакеев С.О.</i>	
Встречающиеся соматические осложнения при алкоголизме	54-55

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

<i>Берда К.В.</i>	
Профессиональная деформация личности сотрудника следственного изолятора	56-59

ПЕДАГОГИКА ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

<i>Власенко И.И.</i>	
Экзистенциальные смыслы воспитания (<i>на опыте ра- боты родительских клубов</i>)	60-64
<i>Кренц И., Кренц Х. (перевод Чобану И.К.)</i>	
Пренатальные отношения: размышления об этиологии расстройств личности	64-77

ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

<i>Бубеев Ю.А.</i>	
Психофизиология и нейросемантика измененных состо- яний сознания	78-79
<i>Варга А.</i>	
Внешние и внутренние аспекты переживания дефицита жизненного пространства	80
<i>Птичкина Е.</i>	
Коучинг – новое явление в России	80-82
<i>Ушкац Л.К., Гуцалов Ю.П.</i>	
Жертвенность как психохуманская ценность в деятель- ности врача	82-83
<i>Чеглова И.А.</i>	
Образы лидерства с позиции транзактного анализа	83-87

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

<i>Захаревич А.С., Тонков В.В.</i>	
Традиционные народные практики и психотерапия: соотношение и характер взаимодействия	88-94
<i>Фридрик С.</i>	
Интенсивная психотерапия	94-101
<i>Резюме</i>	102-107
<i>Библиография к журналу «Вопросы ментальной медицины и экологии» за 2004 год</i>	108-113

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

TABLE OF CONTENTS

FOUNDERS:

**Professional
Psychotherapeutic
League**

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

Volume X
№ 4

2004

**Published 4 times
in a year**

PSYCHOTHERAPY

<i>Bruk V.I., Shipova A.P.</i>	
Aspects of transpersonal approach in family therapy	9-10
<i>Gashunina-Labkovskaya G.S.</i>	
Problem of teenagers“ crisis from integrative psychology point of view	10-11
<i>Zingerman I.S.</i>	
Work with chemical dependencies using methods of process psychotherapy	11-12
<i>Zorin N.A.</i>	
Demonstrative medicine and psychotherapy: could they be combined?	12-16
<i>Illarionova E.</i>	
Psychologist and mass media: dialogue“s experience	16-17
<i>Pechnikova E.U.</i>	
The tasks of psychotherapy in case of pregnancy nonbearing	18-19
<i>Rotov A.V., Rotov V.A., Maruhlenko D.V., Balanovskiy D.A.</i>	
Use of hypnosuggestion in case of surplus weight correction	19-21

PSYCHIATRY

<i>Asanov V.A., Sagambaev V.N., Armizova R.A.</i>	
The experience of carbamazepine treatment optimization of different epilepsy forms	22-25
<i>Aleksandrovich A.V.</i>	
About special emotional and intimate contact with patients suffering from schizophrenia	26-29
<i>Bayanova M.E.</i>	
Socially dangerous actions of women with Kandinskiy-Klerambo syndrome	29-30
<i>Bykova S.A., Rusina E.U.</i>	
Diagnostics of thinking infringements in case of «boundary» model of schizophrenia pathopsychology complex symptom	30-32
<i>Saduakasova K.Z.</i>	
Allele polymorphism of serotonin gene of 5HTR2A receptor lowly flowing early children's schizophrenia	33-34
<i>Saduakasova K.Z., Svyatova G.S.</i>	
Research of allele polymorphism of serotonin gene of 5HTR2A receptor of children and teenagers suffering from schizophrenia in Kazakh population	34-36
<i>Saduakasova K.Z.</i>	
Daidigest of childhood schizophrenia genetics researches	36-40

<i>Saduakasova K.Z.</i>	
Allele polymorphism of the serotonin gene of the 5HTR2A receptor and malignant early children“s schizophrenia	40-42
<i>Saduakasova K.Z.</i>	
Polymorphism of the serotonin gene of the (5HTR2A) receptor and teenagers“ paranoid schizophrenia in Kazakh population	42-44
<i>Sarenko A.N.</i>	
Clinic and social characteristics of defendants who have consequences of skull and brain trauma	44-46
<i>Shushkevich V.I., Dgambekova O.B., Hakimjanova N.A.</i>	
Grandaxin in treating of patients with psychovegetative infringements who ill long and often	46-48

NARCOLOGY

<i>Marasheva A.A.</i>	
Conception of antidiroids stability in young school age	49-52
<i>Odarechenko S.S.</i>	
Some peculiarities of clinic and alcohol dependency treatment that is kormobid with depressions in old age	52-54
<i>Seytmuratova R.S., Ensebaeva L.Z., Pakeev S.O.</i>	
Occurred somatic complications in case of alcoholism	54-55

BOUNDARY PATHOLOGY

<i>Berda K.V</i>	
Professional deformation of persons of collaborator of consequence isolator	56-59

PEDAGOGY OF HEALTH. VALEOLOGY.

<i>Vlasenko I.I.</i>	
Existential senses of growing up (according to the parents“ club experience)	60-64
<i>Krenc I., Krenc H. (translation of Chobanu I.K.)</i>	
Prenatal relations: thoughts about etiology of persons“ disorders	64-77

INFORMATION, REVIEW

<i>Bubeev U.A.</i>	
Psychophysiology and neurosemantics of changed consciousness conditions	78-79
<i>Varga A.</i>	
Outside and inside frustration aspects of life space deficiency	80
<i>Pitchkina E.</i>	
Couching – new phenomenon in Russia	80-82
<i>Ushkac L.K., Gucalov U.P.</i>	
Sacrifice as mental and spiritual value in doctor“s activity	82-83
<i>Cheglova I.A.</i>	
Images of leadership position of transact analysis	83-87

DISCUSSION TRIBUNE

<i>Zaharevich A.S., Tonkov V.V.</i>	
Traditional folk practice and psychotherapy: correlation and cooperation“s character	88-94
<i>Fridrik S.</i>	
Intensive psychotherapy	94-101
<i>Summary</i>	102-107
<i>The bibliography of published articles in journal «Voprosy mental'noy medetsiny i ecologii» in 2004</i>	108-113



ПСИХОТЕРАПИЯ

АСПЕКТЫ ТРАНСПЕРСОНАЛЬНОГО ПОДХОДА В СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ

В.И.Брук, А.П.Шипова

г. Москва

Трансперсональный подход в семейной терапии предполагает выход на одном из этапов работы на уровень семейного бессознательного. Семейное бессознательное – это то общее для членов семьи, по определению Рапперта Шелдрика «морфогенетическое поле», в котором происходит общение коллективного бессознательного семьи с индивидуальным бессознательным отдельных ее членов. Оно проявляется в том, что последующие члены рода могут воплощать судьбу и испытывать влияние членов рода, живших до них. Такая «передача» может происходить из поколения в поколение. Причем, речь идет не о сознательной передаче из поколения в поколение сведений о заслугах и судьбах предков, которых родители ставят в пример своим детям в целях воспитания лучших черт и гордости своим родом, а о тех явлениях, в которых идентификация с судьбами предков происходит на бессознательном уровне или вопреки желанию потомков.

О наличии такого явления исторически было известно всегда. Нередко оно фиксировалось как феномен проклятия, когда из поколения в поколение в роду происходили события, которых членам рода не удавалось избежать. Конечно, в ряде случаев сказывалось воздействие внущенного страха, который продуцировал соответствующее проявление индивидуумов. Однако такое объяснение не всегда можно считать удовлетворительным, поскольку известно много случаев, когда родственники скрывали от последующих поколений предсказания или судьбу отдельных членов рода, но негативные явления происходили все равно. И здесь история изобилует поразительными совпадениями вплоть до дат годовщин событий, о чем подробно писала в своем исследовании «Синдром предков» Анн Шутценбергер.

Другой аспект семейной бессознательной «передачи» просматривается как влияние ушедших членов рода с сильными яркими характерами на потомков во втором и далее поколении. Внуки и правнуки в этих случаях словно находятся под прессом родовых энергий. Характерной особенностью такого воздействия является имеющееся у внуков и правнуков ощущение, что они живут не совсем свою жизнь, и временами не могут объяснить мотивов своих поступков, чувствуют себя «не в своей тарелке». Ушедшие члены рода словно посыпают потомкам энергию, чтобы они строили свою жизнь так, как представляется

правильным ушедшими предкам или воплотили то, что им не удалось самим.

Схожим по ощущениям проявлением семейного бессознательного могут подвергаться дети из семей, где были аборты, мертворожденные дети, ранние смерти. В этом случае мы сталкиваемся с воздействием со-бессознательного на уровне одной семьи. Такое может происходить даже, если родители сохраняли от них свою тайну, и о произошедшем выросшие дети ничего не знали.

Проведенное с 1996 по 2001 г.г. в психологическом Центре «Соцветие» исследование более 300 случаев взаимоотношений супружеских пар, в истории отношений которых имелись аборты, подтвердило подобную точку зрения, показав, что большинство жен и практически все мужья не осознают реальных психогенных последствий абортов. Первой реакцией на обращение терапии к этой теме в 90-95% случаев является, как правило, непонимание и замешательство. Одна из сторон проблемы заключается в том, что выраженная эмоциональная реакция, чем дальше от времени аборта, тем глубже переходит в разряд подавляемых и неосознаваемых, и в этом качестве становится значительным бессознательным психогенным фактором, влияющим на функционирование не только пары, но и всей семьи в целом до тех пор, пока не произойдет глубинного катарсического осознания этой части истории жизни супружеской пары. Непринятые, нерожденные в результате абортов дети как бы стоят между супругами, разделяя их и внося в отношения всей семьи дисгармонию и нарушение единства. По-видимому, одним из наиболее сильно действующих аспектов травмирующей ситуации является произошедший неосознанный, а иногда осознанный факт отказа родителями от ребенка. Подсознательно родители понимают реальную суть происходящего, хотя на уровне сознания, как было уже показано, они могут оценивать и относиться к факту аборта по-разному. В этом случае родители не имеют возможности пройти через важнейшие стадии преодоления психотравмирующих ситуаций – стадии горя, принятия и только после этого отпускания ситуации. Тем самым, произошедшее, не будучи пережитым и отпущенными, остается на уровне подсознания и оказывает психогенное влияние на взаимоотношение и мировосприятие супружеской пары. Причем последствия абортов оказались психогенным фактором не только для родителей, но и для рожденных детей (см. таблицу).

Проявление последствий абортов для семьи

Проявление последствий	жены	мужья	дети
Ощущение разделенности	+	+	+
Осложнение взаимоотношений на фоне непонимания причин	+	+	+
Недоверие между супружами	+	+	-
Ощущение ненадежности партнерства	+	+	-
Подавленные чувства гнева, вины, стыда, горя	+	+	-
Ощущение дискомфорта, не своей жизни	-	-	+
Невротическая привязанность родители - ребенок	+	+	+

Многие дети испытывают дискомфорт, неосознаваемая природа которого кроется в том, что они занимают в порядке детей этой семьи не свое место. Старшие братья шли в семью, чтобы быть средними, а единственных дети должны были быть среди братьев и сестер. При этом на родившихся детей родители могут переносить свои чувства по отношению к неродившимся. Тем самым, родившиеся дети испытывают, с одной стороны, чувства и надежды родителей, адресованные не только им, но и кому-то еще, а с другой стороны, как бы проявляют помимо своей жизни жизнь всех нерожденных (и умерших) детей.

Именно в этом, зачастую, скрываются причины невротической привязанности родителей к детям, выражающейся в патологизации зависимости между ними, неотпускании выросших детей и не-позволения жить им свою жизнь, парентализации семейных отношений.

Трансперсональный подход в качестве терапевтической интервенции семейной терапии широко используется при работе с преодолением горя по ушедшим родственникам при аспектах работы, связанных с получением доступа к ресурсам бессознательной мудрости в сложных или кризисных ситуациях, требующих поддержки. Трансперсональный выход на семейное бессознательное напрямую используется в дыхательных сессиях холотропного и свободного дыхания при работе с повторными переживаниями аспектов собственных родов или зачатия.

О родовом и семейном со-бессознательном говорил еще в 40-х годах прошлого века Дж. Морено. Об этом писали Карен Хорни, нео-юнгианцы, Виникотт, Ада Абрахам, Иван Бузормени-Надь, Б. Хеллингер, Анн Шутценбергер и другие авторы.

Однако существующие в настоящее время знания в области физиологии, неврологии, психологии не позволяют судить, за счет какого именно механизма осуществляется подобное влияние и «передача».

Тем не менее, в настоящее время существует целый набор психотерапевтического инструментария, позволяющий достаточно эффективно работать с подобными синдромами.

Общим направлением работы с семейным бессознательным является терапия по разидентификации потомком своей судьбы с судьбой других членов рода. Задача состоит в снятии тайны с произошедших событий, принятия судьбы ушедших, устранения экзистенциального чувства вины.

В качестве методологии воздействия очень важно бывает дать высказаться самому клиенту и разговорить его родственников, проиграть травмирующие сцены, отреагировать внутреннюю напряженность от незавершенных действий. Большое влияние оказывают психотерапевтические интервенции по разделению пространства между фигурами различных членов семьи в психодраматических построениях и конstellациях по Б. Хеллингеру, сознательная вербальная разидентификация по типу «Я – это я, а ты – это ты, и я выбираю свою судьбу». Также большое терапевтическое значение может иметь сознательное принятие отверженных, забытых, погибших членов рода с уважением к их судьбе. Хорошо работают символические акты траура, отпускания, прощения, примирения и воссоединения. Высокоэффективны сессии холотропного, свободного дыхания и ребефинга как мощного средства доступа к бессознательному. Хорошо зарекомендовала себя работа с генограммами как диагностическое и терапевтическое средство.

ПРОБЛЕМА ПОДРОСТКОВОГО КРИЗИСА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Г.С. Гашунина-Лабковская

Традиционно, подростковый возраст (12-17 лет) называют «трудным возрастом». Он является одним

из самых сложных кризисных периодов в жизни человека. То, как и с чем личность пройдет через

этот переломный период становления, в значительной степени определяет дальнейшую судьбу человека.

С точки зрения интегративного подхода, проблему подросткового кризиса и, как следствие, сложность социальной адаптации подростка следует рассматривать с позиции взаимовлияния целого и его частей, поскольку мир в интегративной парадигме рассматривается не как сложная комбинация дискретных объектов, а как единая и неделимая сеть событий и взаимосвязей. В социальной психологии подобный подход формирует позицию, в которой человечество в целом представляется как живой социальный организм, все части которого – большие и малые социальные группы, семья и каждая отдельная личность являются системами, органическими, тканями и клетками этого организма, функционирующими взаимосвязанно, и имеющими смысл только в их отношении к целому. На индивидуальном уровне с этой точки зрения мы рассматриваем проблему подросткового кризиса как процесс формирования многоуровневой системы психики на этапе становления личности и определения ее индивидуальных смыслов с точки зрения ее взаимодействия с целым. Временная дисгармонизация системы, т.е. личности как формы проявления психического, формирующей свою целостность на этом этапе, представляется как кризис и имеет различные степени выраженности в зависимости от конкретных содержаний и проявлений на биогенетическом, социогенетическом, персоногенетическом, интерперсональном и трансперсональном уровнях организации психического. Подобная дисгармонизация обусловлена наличием конфликтных напряжений между фрагментами и уровнями психики подростка в условиях отсутствия устойчивых механизмов их осознавания и интеграции,

которые на данном этапе развития личность только формирует. Низкая способность к интеграции ведет к формированию деструктивных реакций личности – и в крайних выражениях – к социальной девиации и психопатологической симптоматике.

С этой точки зрения проблему подросткового кризиса можно рассматривать на нескольких уровнях:

1. Персональный уровень

Несформировавшаяся система ценностей, желание утверждаться в жизни любой ценой, неадекватная самооценка, отсутствие познавательного и творческого интересов, сложности во взаимоотношениях с окружающими и т.п.

2. Интерперсональный уровень

Недостатки семейного и школьного воспитания, усугубленные особенностями перестроичного и постперестроичного периодов, экономическая ситуация в стране и ее влияние на институт семьи, социокультурные проблемы - отсутствие социально-адаптивной системы возрастных инициаций и позитивных социальных игр, социальное давление разных подростковых групп, девальвация социальных и культурных ценностей предыдущих поколений и т.п.

3. Трансперсональный уровень

Влияние кризиса семьи, социальной дезадаптации родителей, родовых переживаний на импринты перинатального, раннего постнатального (довербального) и раннего вербального периодов. Формирование сознания отрицательной 2 БПМ и социально-негативных СКО.

Следствие – социальное явление в подростковой среде «реакции бегства» за пределы социума как попытки поиска смысла и достижения целостности в «виртуальной реальности» - компьютерных мирах, Интернете, пивной культуре, психоактивных веществах, маргинальных группировках и сектах.

РАБОТА С ХИМИЧЕСКИМИ ЗАВИСИМОСТЯМИ МЕТОДАМИ ПРОЦЕССУАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

И.С.Зингерман

Зависимости – это нелюбимый ребенок в социальной среде. Нелюбимый, так как химическую зависимость всегда сопровождает чувство безысходности или крайней трудности разрешения проблемы. Зависимости – это подавленные и уязвленные части города, которые не хотят, чтобы на них указывали пальцем. В процессуальном подходе зависимость от каких-либо веществ рассматривают, в основном, как зависимость от состояний, которых человек не может найти в привычной ему реальности. Проблема алкоголизма заключается не в употреблении алкоголя, а в состоянии трезвости,

от которой пытаются уйти. Это попытка уйти от гнетущего каждого дня состояния.

Суть работы в процессуальной терапии с зависимостями в том, чтобы интегрировать измененные состояния сознания, которые дает та или иная зависимость в повседневную реальность. Например, если в результате курения марихуаны человек получал состояние волшебности и яркости жизни, то, отказываясь от курения, он перестает это получать. Жизнь для него становится тусклой и неинтересной, начинается депрессия, потеря работоспособности... Отказываясь от употребления вещества

на силе воли или страхе, такой человек становится раздражительным, агрессивным. Задачей процессуального терапевта является грамотное выявление состояний, которые человек получает от употребления какого-либо вещества и привнесения этих состояний в повседневную реальность. В данном случае, это интеграция волшебности и яркости красок жизни из измененного состояния сознания в повседневную реальность. Для этого важно точно раскрыть первичный (особенности потребления какого-либо вещества) и вторичный процесс (потребность в каких-либо состояниях) в работе с зависимостями. Говоря языком процессуальной терапии - работа с зависимостями это всегда работа с краем и на крае между первичным и вторичным процессом и привнесением этого в жизнь.

Также одна из особенностей процессуальной работы с зависимостями заключается в том, что потребность в различных веществах рассматривают как послания подавленных частей человека, которые пытаются что-то сказать, но их не хотят

слышать в силу различных обстоятельств. Процессуальный терапевт помогает клиенту осознать и услышать свои подавленные части, не отворачиваться от них, а интегрировать.

Кроме грамотного выявления и работы с вторичным процессом зависимости, есть еще один более глубокий уровень работы, без которого, на мой взгляд, трудно достичь успеха. Это духовное изменение. Осознать причины разрушающей личность зависимости и освободиться от употребления какого-либо вещества вполне реально. Но, если за этим не последует духовная трансформация личности, то, скорее всего, появятся какие-либо новые зависимости. Конечно, они уже не будут столь разрушительными как прежние, но внутренняя целостность не будет достигнута. Поэтому следующим шагом в работе процессуального терапевта с химическими зависимостями должен быть выход клиента в глубинное, недвойственное состояние. Состояния единства и целостности, в котором нет места зависимостям. В восточной философии это называется Дао или состояние Духа.

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ПСИХОТЕРАПИЯ: СОВМЕСТИМЫ ЛИ ОНИ?

Н.А.Зорин

г. Москва

Научное подтверждение эффективности психотерапии (ПТ) всегда было предметом дискуссий, которые нередко заканчивались либо «выдавливанием» ПТ из сферы науки и медицины в область «искусства», либо объявлением ее разновидностью едва ли не шарлатанства, где ее действенность приравнивалась к плацебо-эффекту.

Такая ситуация объясняется распространенным непониманием различия экспериментальной (научной) проверки эффективности к.л. вмешательств и повседневной ПТ практики, которая, в идеале, должна обосновываться экспериментальными данными, но, чаще всего, некорректно ищет подтверждений своей истинности в себе самой – *idem per idem*.

В нашей стране эта порочная традиция, с одной стороны, является продолжением, живущих до сей поры, методологических заблуждений клинической психиатрии, погрязшей в бесконечных, наукообразных описаниях «уже описанного»¹, клонирование которого и выдается за научное

доказательство, с другой - результатом рыночной природы социального внедрения любых ПТ-техник, для которого коммерческая и научная эффективность суть синонимы. Классическим примером здесь может служить психоанализ, успешно избегающий научных проверок своей повсеместно декларируемой эффективности уже более ста лет...².

Типичным и совершенно неочевидным заблуждением является то, что будто бы научной гарантией знания об эффективности вмешательства является *знание его механизма*. В соматической медицине для этого применяют лабораторные эксперименты проверки биологических теорий (гипотез). В ПТ психологические теории (гипотезы) также проверяют. Для пущей убедительности нередко привлекаются «традиционно научные» - электрофизиологические, нейропсихологические, биохимические и пр. методики, которые позволяют представить «материально-ощутимые» и квантифицируемые результаты³.

1 Зорин Н.А. Кризис клинической психиатрии: истоки и попытки преодоления (философско-методологический анализ) Философские науки N8,1989 с. 43-52

2 Мне известно, что не все школы психоанализа числят его разновидностью психотерапии (например, школа Ж.Лакана не считает психоанализ психотерапией), но суть сказанного от этого не меняется (см. Зорин Н.А. Скромное обаяние психоанализа. Альманах «Главный Врач». - N3, 1996; с.10-20

3 Не говоря уже о том, что проверку (для быстроты и простоты) нередко осуществляют в структуре, так называемых, «до-после» исследований, занимающих в иерархии доказательности далеко не первое место (см Р.Флетчер С.Флетчер и Э.Вагнера «Клиническая эпидемиология. Основы Доказательной медицины». Медиа-Сфера, 1999 г.)

Однако перечисленные методы позволяют получить то, что в науке называют *косвенными* или «*суррогатными*» критериями исходов (например, уровень адреналина в биологических жидкостях или усиление метаболизма глюкозы в лобных отделах мозга).

Но, дело даже не в том, что мы получаем суррогатные критерии исходов; не в том, что психологические теории в своем большинстве весьма несовершенны и, как правило, вообще сочиняются *ad hoc* (к данному конкретному случаю); не в том, что кардинальный вопрос ПТ о влиянии идеального на материальное весьма далек даже от удовлетворительного объяснения. Дело в том, что знание о механизме действия вмешательства, *совершенно необходимо для дальнейших научных разработок* (например, для создания нового типа вмешательства), как это не покажется парадоксальным - *совершенно бесполезно* для клинической практики. Ну, какая, например, польза практикующему психотерапевту от знания того, что его метод снижает уровень адреналина? Разве что это потешит его «научное тщеславие». Он, конечно, может *фанатизировать* дальше, что уровень адреналина коррелирует с уровнем тревоги⁴ и даже может выстроить *умственную* цепочку причинно-следственных отношений, где уровень адреналина станет индикатором «разрешения» какого-нибудь «комплекса кастрации» и т.п.

Однако все это будет иметь смысл только тогда, когда будет *научно доказано*: во-первых, то, что все это действительно имеет отношение к процессу исцеления (точнее к тому, что называется клинически значимыми исходами страдания), во-вторых - что еще важно - *все это будет происходить точно также не только у данного больного* (иначе говоря, что полученные данные можно будет обобщать и экстраполировать). Рассмотрим обе позиции.

К сожалению, суррогатные исходы, при всей их научной привлекательности, имеют такое же отношение к повседневной клинической практике, как «выплавка чугуна и стали на душу населения» к индивидуальной жизни отдельного гражданина. Врача и пациента должны интересовать *клинически значимые исходы* (на которые, кстати, и ориентирована доказательная медицина - ДМ), а таких совсем немного: *смертность, инвалидность, выздоровление, качество жизни*. Те же самые критерии важны и для ПТ. В противном случае она

становится не методом лечения больных, а превращается в *метод лечения симптомов* (что, собственно, повсеместно мы и наблюдаем). Образно говоря, пациент (или, как модно ныне говорить в ПТ - клиент) уподобляется персонажу того анекдота, где страдавший энурезом больной, после назначения ему лекарства радуется тому, что «к утру все высыхает!»... То есть, клинически значимым исходом будет прекращение энуреза, а даже не снижение его частоты; равно как не снижение частоты курения или количества выпиваемого спиртного, а знание того, что степень этого уменьшения привела к снижению смертности, заболеваемости другими болезнями, частоты возникновения инвалидности, разводов, и т.д.).

Еще важнее понимать, что уже упомянутая *бесполезность знания механизма вмешательства для практики* происходит потому, что (к счастью небесконечное) биологическое разнообразие и (к несчастью, почти бесконечное) социально-психологическое разнообразие людей, *может существенно исказить* результат действия известного механизма вмешательства, иногда делая его *вовсе нереализуемым*. Тогда в пору, по аналогии с биологией, вводить понятие «*пенетрантности* результата вмешательства»⁵. Фигурально говоря, именно установлением такой «*пенетрантности*» и занимается, уже несколько раз упомянутая в этом тексте, доказательная медицина. Что же она собой представляет?

Для проверки эффективности лечебных и профилактических вмешательств в 80-е годы уже прошлого столетия была создана специальная технология, получившая название *доказательной медицины* (так был переведен англоязычный термин: *evidence based medicine*). Ее теоретическая основа - *клиническая эпидемиология*⁶. Она решает клинические вопросы на основе эпидемиологического подхода (масштабного опыта аналогичных вмешательств на других пациентах). Эта технология позволяет отделить *достоверные* исследования от недостоверных.

Тремя «китами» достоверности являются: *случайная слепая выборка испытуемых в группы сравнения (слепая рандомизация); достаточная величина выборки; слепой контроль (в идеале тройной)*. Нужно специально подчеркнуть, что неправильный, но повсеместно употребляемый термин «*статистическая достоверность*» с его пресловутым *p<...* не имеет к вышеизложенному определению достоверности никакого отношения⁷. Достоверные

⁴ Сами процедура корреляции квантифицируемого параметра (измерение) уровня адреналина с параметром шкалирования (квазиквантификация) - уровень тревоги - пример некорректного количественного истолкования качественного понятия (Карел Берка. Измерения. Понятия, теории, проблемы. Прогресс 1987. С.132; 17)

⁵ Такого термина пока не существует.

⁶ Р.Флетчер, С.Флетчер и Э.Вагнера «Клиническая эпидемиология. Основы Доказательной медицины». Издательство Медиа-Сфера, 1999 г.; Власов

⁷ Правильный термин - «*статистическая значимость*»; подробно на эту тему см. Н.А.Зорин «О неправильном употреблении термина «достоверность» в психиатрических и общемедицинских российских статьях» на www.doctor.ru/doctor/biometr/index.htm.ru

исследования - свободны от так называемых *систематических ошибок* (возникающих от неправильной организации исследования) тогда как статистика ($p<..$) позволяет учесть лишь *случайные ошибки*.

«Золотым стандартом» процедуры проверки эффективности вмешательств стали рандомизированные контролируемые испытания - РКИ. Процесс «ослепления» участников испытания призван устранить *систематическую ошибку субъективной оценки результата*, ибо человеку (в этом не надо убеждать психотерапевтов) свойственно видеть то, что он хочет и не видеть того, чего он видеть не желает. K.F.Schulz с соавт., проанализировав 250 клинических испытаний показал, что по сравнению с исследованиями, где процесс ослепления был адекватным, отношение шансов выявления большего эффекта лечения составило: на 41% больше ($p<0,001$) - в испытаниях, где метод ослепления был неадекватен на 30% больше ($p<0,001$) - в испытаниях, где не сообщалось о способе ослепления на 17% больше ($p<0,01$) - в испытаниях без применения двойного слепого метода⁸.

Рандомизация должна решать проблему *разнообразия* испытуемых, обеспечивая генетическую полноту «абстрактного представителя генеральной совокупности», на которого потом можно перенести полученный результат. Специально проведенные исследования показали, что отсутствие рандомизации или ее неверное проведение приводят к переоценке эффекта до 150%, либо к его недооценке на 90%⁹.

Необходимую численность выборки (без которой рандомизация может не давать требуемого разнообразия) обеспечивает процедура *мета анализа* - статистического обобщения многих РКИ на одну и ту же тему. Форма, в которой обычно представляется мета анализ, называется *систематический обзор* (СО). Такое название подразумевает, что по мере появления новых данных на ту же тему, обзор *систематически* обновляется его создателями. Сегодня СО - основной синтетический инструмент ДМ¹⁰.

Недавно возникший у научно-ориентированных психотерапевтов интерес (к модным ныне) методикам проверки эффективности медицинских вмешательств привел и к новым заблуждениям: такие понятия как *рандомизация* и *слепой контроль* многим из них кажутся непригодными или невозможными для бездушных и обезличенных проверок

«одушевленной» и сугубо «персонализированной» ПТ практики.

Между тем, контролируемые испытания и, прежде всего, «золотой стандарт» ДМ - РКИ, являются **универсальной технологией проверки любых вмешательств**, и могут применяться для проверки эффективности и/или (что еще важнее) **безопасности** любых форм медицинских, парамедицинских и даже немедицинских манипуляций, будь то психотерапия, фармакотерапия, уринотерапия или небезызвестное поливание ануса хлоретилом. А обобщение качественно выполненных РКИ в виде систематических обзоров (мета анализов) ныне занимает первое место в иерархии типов исследований по степени их научной доказательности¹¹.

Чрезвычайно важно подчеркнуть, что технология РКИ позволяет получить четыре варианта ответов о действии вмешательства *вообще без знания его механизма*. Оно позволяет научно-обоснованно утверждать, что вмешательство 1) действенно; 2) бесполезно; 3) вредно; или, в худшем случае, что 4) на сегодняшний день ничего об эффективности данного вида вмешательства сказать нельзя. Последнее происходит тогда, когда интересующее нас вмешательство, в силу малочисленности участников эксперимента, не позволила получить в РКИ, статистически значимый результат. На эти же вопросы с еще большей достоверностью отвечает и систематический обзор (мета анализ - обобщение нескольких РКИ).

Таким образом, ДМ отвечает на уже упомянутые вопросы: *действует (вредно или полезно) / не действует (бесполезно) / неизвестно*; но не отвечает на вопросы *каким образом и почему действует*. На них может ответить только фундаментальное исследование. Иными словами, ДМ для своих целей *может обойтись* без фундаментальных исследований (но, способна рождать лишь гипотезы о новом знании), тогда как фундаментальные исследования для внедрения своих результатов в повседневную медицинскую практику *не могут обойтись* без процедуры проверки эффекта по стандартам ДМ.

Самое интересное, что многие ПТ методы прошли такую проверку и результаты ее можно найти в базах данных¹² СО и РКИ. Вот некоторые из них:

Индивидуальная психодинамическая психотерапия и психоанализ для лечения шизофрении и тяжелых психических заболеваний. Мета-анализ 3

8 K.F.Schulz et al. *JAMA* 1995; 273:408-12

9 R.Kunz, A.Oxman. *BMJ* 1998; 317: 1185-90

10 Нужно иметь в виду, что в литературе встречаются другие (по сути, неверные) названия: «системный обзор»; К сожалению (и автор в этом тоже отчасти повинен) утвердились также неправильные термины: «каналитический инструмент» и «аналитическая медицина». С философской точки зрения правильно было бы говорить «синтетический инструмент» и «синтетическая медицина»

11 См. сноску 6.

12 На сегодня лучшей базой таких данных считается так называемая Кокрановская библиотека, создаваемая международной научной организацией «Кокрановское сотрудничество»; см. Зорин Н.А. Что такое Кохрейновское сотрудничество (Cochrane collaboration), Социальная и клинич. психиатр. 9. (1999) 107-108. («Кокрановское» или «кохрейновское» - более ранние варианты русской транскрипции фамилии вдохновителя создания этой организации, английского эпидемиолога и математика Archie Cochrane).

РКИ, 444 участника (обратите внимание на количество испытуемых НЗ). Выводы: «Имеющиеся на сегодня данные не позволяют высказаться за использование психодинамической ПТ для лечения больных шизофренией в стационаре. Необходимо срочно провести клинические испытания психоанализа для лечения больных шизофренией» (таковых не найдено)¹³.

Сравнение антидепрессантов с психологическим лечением и их сочетание в лечении нервной анерексии. 17 РКИ. Некоторые выводы: «сочетание антидепрессантов (АД) и ПТ оказалось лучше, чем просто ПТ. Было показано, что больные предпочитали ПТ – лечение медикаментозному, но когда ПТ сочеталось с лечением АД, предпочтение ПТ существенно уменьшалось»¹⁴.

Гипнотерапия для прерывания курения. Анализ 9 испытаний, где гипнотерапия сравнивалась с 14 различными контрольными вмешательствами. Выводы: «Нам не удалось показать, что гипнотерапия имела больший успех, нежели другие виды лечения или отсутствие к.л. лечения (при 6-ти мес. воздержании от курения). Действие гипнотерапии на прекращение курения, провозглашенное в нерандомизированных исследованиях не было подтверждено в РКИ»¹⁵.

Программы групповой поведенческой терапии для прекращения курения. 26 испытаний. Выводы: получены доказательные данные о том, что группы лучше, чем самопомощь и другие, менее интенсивные виды вмешательств. Для сравнения их действия с интенсивным индивидуальным консультированием (*intensive individual counselling*) доказательных данных недостаточно¹⁶.

Когда я представлял такие данные на лекциях по ДМ для психотерапевтов, из зала нередко раздавались возмущенные реплики: «А мы видим эффект!». Удивительно, право, слышать такое от людей, которые в силу своей профессии должны лучше других знать о существовании плацебо-эффекта, феномене «условной желательности» и т.п. вездах (разве что они почему-то числят себя в этом плане неуязвимыми...). Ни для кого не секрет, что практически вся психотерапевтическая практика основана на предварительном отборе «подходящих», сильно «мотивированных» пациентов. Так, по рассказам современников В.М.Бехтерев брал на гипноз только тех больных, кто умолял его об этом на коленях. Другим фильтром, который обеспечивает

такой отбор, является высокий гонорар за лечение. Подобно силе тока, который способна вынести крыса, чтобы добраться до кормушки, чем выше гонорар - тем мотивирование клиента, тем больше шансов на возникновение именно у него плацебо-эффекта. Тем не менее, после такого отбора многие психотерапевты *совершенно искренне* считают, что ими получен 99% положительный эффект лечения. Врачи (да и прочие целители) вообще больше склонны доверять своим органам чувств, чем всяким там научным доказательствам, а для подтверждения истинности наблюдаемого ссылаются на «клиническую реальность», которую они наивно отождествляют с реальностью «объективной»¹⁷.

Таким образом, та часть психотерапевтов, которые считают свою деятельность принципиально научно проверяемой, или, по крайней мере, претендуют привлекать научные аргументы для ее оправдания, а особенно для ее широкого внедрения, должны обязательно ссылаться на данные систематических обзоров или, по крайней мере, на данные РКИ или хотя бы КИ. Когда таких данных нет, должно их получить, спланировав контролируемый эксперимент. В противном случае любые другие доказательства эффективности и/или безопасности ПТ останутся пустыми декларациями.

Отсюда также следует весьма важное: для научно непроверенных методов ПТ наиболее подходящее место - в пространстве, свободном от клинически значимых исходов...

Я предвижу, уже слышанные мною, возражения психотерапевтов. Дескать, для ПТ не так важны клинически значимые исходы, как для соматической медицины, что задача психотерапевта «решить проблему» клиента, а не вылечить его и, посему, лечить симптомы также важно, как и больного (болезнь, причину), тем более что последняя иногда недоступна нам вовсе (эка новость!), что в ПТ важна «уникальная личность психотерапевта» (как будто в других видах лечения она не важна!) и т.д. и т.п.

Очень хорошо. Но тогда им надо, по меньшей мере: 1) отказаться от (рыночно столь соблазнительных) претензий предлагать свои психотехники, ссылаясь на их «научность», к применению на других людях. То есть, в сущности, признать *невозможность обобщения их терапевтического опыта, а, стало быть, и его преподавания и выдачи всяческих лицензий и сертификатов на свою деятельность*. Их опыт превращается в коллекцию

13 Malmberg L., Fenton M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.

14 Bacalchuk J., Hay P., Trefiglio R. Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software

15 Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J. Hypnotherapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software

16 Stead LF, Lancaster T. Group behavior therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software

17 Зорин Н.А. Что такое клиническая реальность и как ее понимают отечественные психиатры. LOGOS 1'1998:321-331

единичных, неповторимых случаев, о которых психотерапевты будут рассказывать друг другу на своих «научных» конгрессах, как старые бабки на скамейке рассказывают друг другу свою жизнь; 2) признать, что доказательств их методам получить вовсе нельзя, и, стало быть, это выводит их за пределы науки. Это делает психотерапевта уже не терапевтом, а психокорректором-официантом, согбенно вопрошающего у Клиента: «Чего изволите-с?, Какую проблемку решить-с?». Удивительно, что первыми именно Клиенты (как неискушенные теорией дети) это

прекрасно чувствуют и воспринимают многие наукообразные психотехники как нечто вроде массажа, после чего «заказывают», например, психоанализ в бане... (из личного архива НЗ).

Вообще-то я далек от мысли в условиях рыночной экономики убедить значительную часть психотерапевтов в необходимости применять методы доказательной медицины или хотя бы ссыльаться на них в своей работе (мой личный опыт убеждает в бесполезности этого занятия). Было бы неплохо, если некоторые из них хотя бы поймут, **чем они занимаются на самом деле.**

ПСИХОЛОГ И СМИ: ОПЫТ ДИАЛОГА

Е.Илларионова

Как человек узнает о том, что он хочет посетить психотерапевта? Что он видит, слышит и чувствует в этот решающий момент? Об этом он расскажет уже на консультации, и специалист, к которому он обратился, вероятно, выслушает его с искренним интересом и чувством глубокого удовлетворения: ведь пришел еще один человек, желающий развиваться и принять ответственность за свою жизнь на себя (что бы ни предъявлялось в качестве первоначального запроса).

А как человек узнает о том, что он скептически относится к психотерапии? И что он при этом видит, слышит и чувствует? Интересен ли такой человек психотерапевту или безразличен и, если верно последнее, то, что полезного хочет сделать для психотерапевта его безразличие?

Недоверие и настороженность значительного количества россиян по отношению к психологическому знанию отнюдь не означает, что интерес к последнему отсутствует. Напротив: именно о наличии этого интереса говорит огромное количество популярных публикаций в газетах и журналах, ссылок на рекомендации психологов в телевидении и радиопередачах. Средства массовой информации отражают настроения в обществе, ими фокусируется действительная ситуация. Понятно, что общая востребованность подобных материалов сформирована не теми людьми, которые читают специальную литературу. Адресатом популярных статей и передач чаще всего является россиянин со сложным отношением к психологии и психотерапии, которое, надо признать, частично обусловлено исторически. А авторами материалов обычно являются не специалисты в этой сфере, как думает читатель, а лица, психологическим образованием не отягощенные. Кроме того, журналисты весьма редко затрудняют себя предварительным обсуждением материала и консультациями с психологами;

обычной практикой является переписывание уже существующих текстов в своей «авторской» обработке. Возможно, поэтому одно из старейших и наиболее читаемых отечественных изданий сообщило своим читателям, что А.С.Пушкин был аутистом, и опубликовало статью, где, в частности, стояла фраза: «Вероятность заболеть психопатией среди мужчин выше», из чего автор делал вывод: «Все мужики – потенциальные шизофреники». Конечно, задача журналиста подавать материал живо и занимательно, но из этого не следует то, что он должен быть непременно поверхностным и содержать ошибки, даже в тех случаях, когда предпочтение отдается скандалу, а не солидной информации. Несчастный же читатель привычно верит печатному слову и пытается рекомендации, данные ему в назидание, претворять в жизнь. Кстати: многие журналисты и вместе с ними издатели тоже относятся к той категории наших соотечественников, которые, считая психотерапию опасной, пытаются при этом извлечь практическую пользу из статей своих коллег.

На этом расписанном нами столь мрачными красками фоне вызывает неподдельную радость появление в СМИ каждого интервью с профессиональными психологами, психотерапевтами и психиатрами (зачастую, правда, с большим количеством журналистских ремарок) или ими написанных и хорошо отредактированных статей. Правда, такую роскошь позволяют себе достаточно серьезные издания, радиостанции и телеканалы.

Российское постперестроенное общество, пусть и непросто, набивая шишки, но все-таки продвигается по пути цивилизованного развития. Как следствие, крупные российские компании, равняясь на западных собратьев, считают важным и полезным нанимать психологов для работы с персоналом, разработки имиджа и т.д. В свою очередь и печатные

издания очень медленно, но все-таки верно разворачиваются в сторону сотрудничества с профессиональными психологами и психотерапевтами. Но не потому, что им это очень важно, а потому что уровень общей грамотности, несмотря ни на что, тоже повышается. Теперь читателя глянцевого журнала стало сложнее отвлечь красивыми картинками от бессодержательности текста.

Следует признать честно: процесс систематического взаимодействия психолога с журналистами чреват неожиданностями. Например, склонному к анализу психологу сложно понять, почему назначенное на четырнадцать часов собрание редакции начинается в семнадцать с минутами, а у других сотрудников не наблюдается никаких невербальных сигналов, которые можно было бы проинтерпретировать как проявление раздражения и беспокойства. И только привычная мысль о том, что карта не равна карте, предоставляет возможность многовариантного поведения. При выстраивании коммуникации с сотрудниками редакций хорошо зарекомендовали себя: парадфраз, активное слушание, использование ключевых слов, терапевтические вопросы, уточняющие, открытые и закрытые вопросы, эмпатическое понимание, любые ситуативно-приемлемые способы наведения транса, присоединение, следование, ведение, разрыв шаблона как сам по себе, так и с последующим образным рассказом, например, о проявлении дисфории у эпилептоидов. В некоторых случаях эффективным может оказаться использование в речи значительного количества психологических, а еще лучше психиатрических терминов с непременным добавлением в конце каждой фразы: «Как вы, наверное, знаете...».

Но, чтобы повествование о диалоге психолога со СМИ не превратилось в пасквиль, следует подчеркнуть, что и журналисты и редакторы, с уважением относящиеся к работе психотерапевтов и психологов, существуют. Сотрудничество с ними не только интересно, но и перспективно. Кроме того, имеет смысл напомнить, что причина существующих рассогласований в отношениях со СМИ отнюдь не в злонамеренности с их стороны. Как уже было отмечено выше, сотрудники редакций часто являются представителями именно той части населения, которая весьма предвзято относится к психотерапии и психологии, желая при этом, оставаясь на безопасном расстоянии, получить поддержку, совет или расширить кругозор.

А пока она, эта часть населения, можно сказать, ходит по замкнутому кругу, психолого-психотерапевтическое сообщество живет своей собственной, чрезвычайно насыщенной интеллектуально и эмоционально, жизнью, постоянно совершенствуясь, повышая свой профессиональный уровень, посещая семинары и тренинги, публикуя научные

статьи в специализированных журналах. Складывается впечатление, что психологи даже и не собираются заниматься популяризацией своей собственной работы, а предположение, что выстраивание регулярных отношений со средствами массовой информации может содействовать дальнейшему развитию психологии и психотерапии у них (что удивительно) даже и не возникает. Общение со СМИ носит, в основном, стихийный характер, причем его инициатором, как правило, являются именно представители последних. Однако попробуем, наконец, понять, что полезного хочет сделать для психолога его (мнимое или реальное) безразличие к процессу формирования представлений о психотерапии и психологическом консультировании. Можно предположить, что растущее, развивающееся и проходящее процесс становления психолого-психотерапевтическое сообщество решается рассматривать себя, в основном, как научное сообщество и закрывает глаза на вопросы собственной социальной успешности и востребованности. Однако профессионал – это специалист, легально зарабатывающий себе на жизнь (а не на выживание!) своей профессией, и лично заинтересованный в её высоком статусе. И если из профессионалов складывается сообщество, обладающее собственным самосознанием, то оно должно стремиться к диалогу с общественностью, информируя ее об особенностях своей деятельности, создавая систему обратной связи. Иными словами, профессиональное сообщество должно не только реагировать на информационный запрос, но и формировать осознанную профессиональную внешнюю политику (это далеко не то же самое, что размещение рекламных материалов). Однако, похоже, что в настоящее время в профессиональном психологическом сообществе отсутствует осознанная и сформулированная стратегия развития и видение себя как бизнес-сообщества.

Если бросать на произвол судьбы непрофессиональные целевые аудитории, то тогда и впредь относящийся с опасением к терапии соотечественник будет видеть перед собой статьи на психологические темы, написанные непрофессионалами, слышать по радио цитаты из этих статей и чувствовать по этому поводу чувства, о которых, увы, не узнает психотерапевт, потому что этот человек к нему не придет.

Целью сотрудничества психологического сообщества со СМИ можно считать формирование устойчивого позитивного информационного поля вокруг проблематики психологии и психотерапии. И пора отдать себе отчет в том, что она может находиться под нашим контролем, если мы к этому готовы.

ЗАДАЧИ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Е.Ю.Печникова

Невынашивание беременности является одним из основных видов акушерской патологии. Частота этого осложнения беременности остается стабильной в течение многих лет и составляет 15-20% от всех желанных беременностей. В структуре невынашивания около 25% составляет привычный выкидыш, в основе которого, как и при спорадическом прерывании, лежит нарушение репродуктивной функции (В.М.Сидельникова).

Исследования отечественных ученых позволили разработать программу реабилитации для женщин, страдающих невынашиванием беременности. Тактика ведения таких пациенток складывается из трех основных компонентов:

- оценка состояния репродуктивной системы супругов и устранения возможных нарушений до и в процессе беременности;
- выявление патологических факторов гибели эмбриона/плода;
- нормализация психического статуса (В.М.Сидельникова).

Необходимость помощи психолога, психотерапевта после потери беременности очевидна, однако ограничиваться терапией острого горя у женщины нельзя. Исследования последних лет показывают, что развитие акушерской патологии предопределено индивидуальной преморбидно-существующей до беременности психоневротической готовностью женщины (исследование А.Е.Волкова и др.), отсюда вытекает необходимость психологической диагностики и коррекции нарушений, приведших к самопроизвольному прерыванию беременности.

Для психологического консультирования и психотерапии у женщин с угрозой прерывания и невынашиванием беременности, можно выделить тактические и стратегические задачи. Тактические задачи – это задачи симптоматической психотерапевтической помощи. Стратегические задачи в основном направлены на устранение психологических причин невынашивания.

Для выбора средств и времени проведения психотерапии необходимо представить с кем имеет дело психолог, психотерапевт в практике невынашивания беременности – тесное общение не только с женщинами, нуждающимися в психологической помощи, но и с их лечащими врачами. Впервые женщины, столкнувшись с проблемой потери беременности, обращаются все-таки к врачу. На приемах выделяются две группы пациенток. Первая (и их подавляющее меньшинство) – с медицинской и психологической реабилитацией до наступления конкретной беременности, вторая группа –

беременные с невынашиванием, не прошедшие медицинской и психологической реабилитации (или только после медицинской реабилитации). И в той, и в другой группе тактические задачи одинаковы. У беременных обеих групп (во второй группе чаще и более выражены) отмечаются высокая тревожность, страх неудачи (так называемый страх страха, так как женщины боятся не причины, вызывающей выкидыш, а следствий самого выкидыша, нередко боли во время выскабливания, грубого отношения медицинского персонала, намного реже – своей женской несостоятельности). И, повторюсь, что, в первую очередь, женщина с невынашиванием беременности сталкивается с врачом-гинекологом; и фактически первым психотерапевтом, а иногда и единственным, является врач. Иногда психотерапевтический эффект достигается высокой профессиональной компетентностью врача – когда врачебные назначения приводят к ожидаемому позитивному результату, у женщины появляется уверенность, снижается тревожность, улучшается настроение, что также способствует достижению позитивного результата (в данном случае – донашиванию беременности). Не менее важна в этой ситуации, с моей точки зрения, экзистенциальная позиция врача. Любой пациент, обращающийся к любому врачу, находится в состоянии неблагополучия. Подразумевается, что любой врач находится в состоянии благополучия, хотя бы в области его профессиональной деятельности. Нередко врачи своими профессиональными назначениями, обследованиями, значительными ограничениями в разных сферах жизни (например, двигательный режим, диета, работа, интимные отношения) подтверждают пациенту его неблагополучие. А если у врача есть личные проблемы, особенно сходные с проблемами пациента, из которых врач как личность не нашел позитивного выхода, то медицинский терапевтический процесс усугубляет неблагополучие пациента. Исходя из этого, крайне важна психологическая грамотность и позитивная экзистенциальная позиция врачей вообще, а акушеров-гинекологов – особенно. Открытое и доверительное отношение к себе и к миру у врача является почвой, на которой формируется позитивное состояние пациентки. Если врач не обладает такими свойствами, то он сам не оказывает благотворного влияния на душевное состояние пациентки, не создает предпосылок для работы с психологом, психотерапевтом и не создает с ними терапевтического альянса. На этом фоне работа психотерапевта не может быть достаточно успешной, а иногда может быть даже сведена к нулю – то есть должны

быть определенные требования к подготовке акушеров, работающих в области невынашивания беременности.

Проводимые многочисленные исследования особенностей психологического статуса и личностных профилей женщин с невынашиванием, с моей точки зрения, могут иметь смысл только для того, чтобы определить, каким образом перевести пациентку в позитивную позицию, а не для того, чтобы выявить, что она тревожна, находится в депрессии или агрессии. В результате исследований, обобщенных в моей дипломной работе, выяснилось, что стиль переживания беременности и психологическая компонента гестационной доминанты (в целом – это отношение женщины к себе, своему ребенку и социальному окружению) не влияют на исход беременности и родов, а значимыми здесь являются нарушения онтогенеза материнства (онтогенез материнства можно определить как поэтапное развитие потребностей, навыков, ценностей и смыслов в формировании женщины, как матери, начиная с ее рождения) и, прежде всего, нарушение материнско-дочерних отношений. Отсюда вытекают следующие стратегические задачи психотерапии невынашивания беременности: если коррекция диадических (материнско-дочерних) отношений не была произведена до наступления беременности, необходима диагностика этих нарушений во время наступившей беременности, в родах (в родах женщина спонтанна), что является первой стратегической задачей; а мотивировка для психотерапии этой женщины в послеродовом периоде является второй стратегической задачей, целью которой является профилактика нарушений родительско-детских отношений с ее уже родившимся ребенком. Необходимо подчеркнуть, что, с моей точки зрения, глубинная психотерапия нарушенных материнско-детских отношений при беременности не

показана, так как может привести к тяжелым нарушениям течения беременности.

Мощнейшим средством психотерапии является групповая работа в школах подготовки к родам (сейчас готовят не только к родам, но и к родительству), однако далеко не все женщины считают это необходимым, даже в группе высокого риска, то есть пациентки с предшествующим бесплодием и невынашиванием беременности, которые особенно нуждаются в этом, в то время как именно на курсах легче диагностировать женщин, нуждающихся в психотерапии и замотивировать их на проведение индивидуальной и групповой психотерапии до и после родов.

Итак, для психологического консультирования и психотерапии женщин с невынашиванием беременности выявляется особая структура задач:

1. Подбор и обучение психологически грамотных специалистов-врачей, могущих замотивировать пациентку на работу с психологом, психотерапевтом

2. Работа врачей-акушеров в тесной связке с психотерапевтом, желательно до наступления беременности и обязательно – с первого триместра беременности

3. При работе с психологом, психотерапевтом необходима диагностика не только эмоциональных и личностных нарушений у женщин с невынашиванием беременности, но и диагностика онтогенеза материнства

4. Симптоматическая тактическая психотерапия (консультирование) на протяжении беременности, родов и послеродового периода (релаксационные техники, музыкотерапия, элементы трансактного анализа, когнитивной и поведенческой терапии) – индивидуальная и групповая

5. Мотивировка женщины на глубинную терапию в послеродовом периоде, очевидно, после окончания грудного вскармливания, если таковая не была проведена до наступления беременности, а также на семейное консультирование

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПНОСУГГЕСТИИ В КОРРЕКЦИИ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА

А.В.Ротов, В.А.Ротов, Д.В.Марухленко, Д.А.Балановский

В 1932 году известный отечественный психиатр В.А.Гиляровский писал: «Психиатрия больше, чем какая-либо другая медицинская дисциплина связана с общим укладом жизни, и можно сказать, что каждая эпоха имеет свою психиатрию» [1]. Практика подтвердила правоту высказываний. Сегодня эти слова с полным правом можно отнести не только к психотерапии, как к субспециальности психиатрии, но и к частному ее разделу - гипносуггестологии.

В 1922 году И.П.Павлов высказал предположение что «внутреннее торможение условных рефлексов и сон – один и тот же процесс». Им было доказано полное тождество торможения и сна, которые не только сопутствуют друг другу, но и переходят друг в друга с одной и той же последовательностью стадий.

Гипноз у человека вызывается и развивается в тех же условиях и по тем же законам, что и

нормальный сон. Но, если сон - это иррадиированное торможение, развивающееся по коре больших полушарий головного мозга, как правило, без наличия очагов возбуждения, то гипноз - это медленно наступающий сон, который ограничивается вначале маленьким районом, а потом расширяется и доходит до подкорки, оставляя активными лишь мозговые центры дыхания, сердцебиения и контролируя некоторые другие процессы. В гипнозе всегда остаются активные сторожевые пункты в коре больших полушарий (раппорт), обеспечивающие связь с внешним миром.

Торможением в гипнозе охвачены только некоторые части коры больших полушарий головного мозга, и этим он отличается от сна. Гипноз вызывает слабые длительно действующие раздражители, утомляющие корковые анализаторы через одно или несколько органов чувств - зрение, слух, осязание, температурные рецепторы кожи, в результате возникает разлитый тормозной процесс в коре головного мозга. Таким образом, гипноз можно рассматривать условно как сонный рефлекс, при котором деятельность произвольной иннервации выключена. В гипнозе, как и во сне, замедляется ритм дыхания, снижается частота сердцебиения, замедляется обмен веществ, уменьшается безусловная секреция слюны и другие процессы.

Процесс образования и усиления устойчивого очага возбуждения в коре головного мозга человека называется доминантой [5]. Доминанта – это формирование интегрального очага возбуждения в коре головного мозга, направленного на удовлетворение значимых потребностей человека. А.А. Ухтомский писал, что следы прошлого (доминанты) могут оставаться годами под уровнем сознания и влиять на поведение и творчество человека.

Доминанта обладает очень важным для психотерапии свойством, она автоматически тормозит и подчиняет себе все соседние участки коры головного мозга и постепенно отключает все органы чувств.

Другой механизм, применяемый в клиническом гипнозе, это установка.

Установка (по Д.Н.Узнадзе) – готовность организма или субъекта к совершению определенного действия или реагированию в определенном направлении. Этот механизм имеет важное значение при формировании мотивации к излечению и отношения к лечебному процессу.

Изучение биоэлектрической активности мозга показало, что гипноз - это промежуточное состояние между сном и бодрствованием. И поэтому углубление гипноза приводит к полному засыпанию и обычному сну.

При этом установлено, что эффект внушенного видения и внушенного слухового ощущения на ЭЭГ совершенно подобен таковому при реальном раздражении. Однако противоположные попытки -

внушить отсутствие раздражения при реальном его осуществлении, несмотря на отсутствие субъективных ощущений, все-таки сопровождаются соответствующими изменениями на ЭЭГ [3].

Исследования русской физиологической школы показали, что возникающая доминанта обладает важным для нас свойством - автоматически подавлять, тормозить и подчинять все соседние участки мозга, а затем подчинять себе и весь мозг, всю психику, физиологию и поведение человека. При этом все происходит в соответствии с содержанием и характером психологического контакта, который и способствует возникновению доминанты, или зоны «раппорта».

Техника клинического гипноза состоит из шести основных элементов:

1. Привлечение внимания пациента
2. Установление контакта и запуск терапевтического сценария. Выработка установки
3. Фиксация и устойчивое удержание внимания
4. Сужение психологического поля внимания и переход во внутреннее медитативное состояние. Установление «раппорта» и выработка доминанты
5. Индукция транса
6. Достижение цели. Завершение терапевтического воздействия с постгипнотическим внушением

Клинический гипноз остается достаточно эффективным, особенно при ряде психосоматических и пограничных расстройств [2], там, где психологическая составляющая этих расстройств (психотравма) имеет доминирующее значение. Тем не менее, гипносуггестотерапию при коррекции избыточного веса мы рекомендуем применять только как дополнительное лечебное воздействие.

Гипноз обеспечивает врача набором таких техник, которые могут быть приспособлены к широкому спектру терапевтических подходов, включая аналитический, бихевиоральный и когнитивный.

Максимально важно, чтобы применение гипносуггестивных процедур при лечении ожирения проводилось исключительно в рамках тщательно продуманной и исчерпывающей лечебной программы, которая основывается на научном понимании природы заболевания и потребностей больного. Гипнотические техники должны проводиться не сами по себе, как основной лечебный курс, а для усиления терапевтического эффекта клинического воздействия.

На наш взгляд, гипносуггестивная процедура воздействия на пациента с избыточным весом и ожирением обязательно должна включать в себя:

1. Постановку адекватных, реалистических целей, связанных с избыточным весом, и выработку благоприятных стратегий для их достижения;
2. Торможение коры больших полушарий и подкорки (гипноз), как процедуру релаксации, усиливающую эффект внушения;
3. Выработку и поддержание готовности к похудению (установки по Д.Н.Узнадзе) и очага

-
- возбуждения (доминанты по А.А.Ухтомскому), формирующих пищевое поведение, и приводящих к положительному результату;
4. Осознание бессознательных процессов и психологических защит, способствующих ожирению;
 5. Межполушарное перераспределение мозговой активности;
 6. Индукцию включения внимания и позитивного настроения, направленного на формирование стратегии грамотного питания;
 7. Переформирование травматических и болезненных воспоминаний;
 8. Выработку ожидания положительного исхода и мотивации к лечению и оздоровлению;
 9. Авверсивные (наказывающие) и психоавверсивные методы при работе с избыточным весом и ожирением;
 10. Анализ гипносуггестивного воздействия и последствий воздействия, поведения и мыслей пациентов;
 11. Развитие чувства уверенности, оптимизма и лучшего представления о себе и своем теле, поднятие самооценки;
 12. Выработку самоконтроля, умения отказывать себе и окружающим, умения дать отпор при необходимости;
 13. Выработку новой стратегии пищевого и двигательного поведения;
 14. Выработку готовности столкнуться с трудностями, готовности к их преодолению;
 15. Достижение стойких изменений и работу над недопущением срывов;
 16. Закрепление достигнутого на длительное время триггерными механизмами и пролонгированными заданиями.
- Такой подход позволяет наиболее эффективно использовать гипносуггестивную терапию, как средство воздействия на поведение, мысли и чувства пациентов в измененном состоянии сознания, в комплексе лечебных процедур, направленных на коррекцию избыточного веса и ожирения [4].

Литература:

1. Гиллеровский В.А. Учение о галлюцинациях. – 2-е изд. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003. – 240 с.
2. Гипнотерапия под ред. М.Хина и У.Драйдена. Изд-во «Питер», 2001. – 341 с.
3. Гришин А.П. Гипноз. – М.: Локид, 1998. – 230 с.
4. Ротов А.В., Ротов В.А., Балановский Д.В. Определение внушаемости и эффективности гипносуггестии у пациентов с избыточной массой тела // Научно-практический журнал «Вопросы ментальной медицины и экологии». – Москва-Павлодар. - Т. VIII. - № 1, 2002. - С. 54-56
5. Ухтомский А.А. Доминанта. – СПб.: Питер, 2002. – 448 с.

ПСИХИАТРИЯ

ОПЫТ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ КАРБАМАЗЕПИНОМ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЭПИЛЕПСИИ

В.А.Асанов, В.Н.Сагамбаева, Р.А.Армизова

г. Павлодар

Несмотря на создание целого ряда новых антиэпилептических препаратов, большинство практикующих врачей по-прежнему используют в лечении эпилепсии классические антиэпилептические средства, как более доступные и дешевые.

Однако практика показывает, что эти препараты еще не до конца изучены, а значит, не используются все их возможности в полной мере.

К таким широко используемым препаратам относится карбамазепин, однако остаются неясности в показаниях к его назначению, схемах его применения, механизме действия. Все это побудило нас более детально изучить действие карбамазепина при различных формах эпилепсии, используя метод определения концентрации препарата в крови.

Карбамазепин был синтезирован около 40 лет назад и стал использоваться для лечения эпилепсии с начала 60-х годов.

По химической структуре карбамазепин близок к трициклическим антидепрессантам, что наряду с противосудорожным действием дает и психотропный эффект, повышает психическую активность больных, улучшает настроение и т.д. [3].

Механизм действия карбамазепина достаточно сложен и связан преимущественно с ингибирующим действием его на потенциалчувствительные натриевые каналы.

Было также показано, что карбамазепин подавляет активизирующее действие N-метил-Д-аспарата, снижая возбудимость в культуре клеток или в изолированном нейроне [3].

В исследованиях [11] указывается на свойства карбамазепина, как ингибитора кальция.

Антидепрессивная активность карбамазепина связана с усиливанием дофаминергической и адренергической нейропередачи. Исследованиями [10] установлено, что повторное введение карбамазепина в течение 14 дней оказывало антидепрессивный эффект в тесте поведенческого отчаяния, а блокаторы дофаминергических рецепторов (галоперидол, а-2-адреномиметик (клонидин) и р-адреноблокатор (пропронолол)) устранили этот эффект.

Таким образом, особенностями спектра фармакологической активности карбамазепина, отличающими его от других противоэпилептических средств, являются сочетание противосудорожного и психотропного свойств (антидепрессивное, антиманиакальное), а также отсутствие негативного

влияния на память. Эти свойства значительно расширяют показания для его клинического применения.

Показаниями для применения карбамазепина являются парциальные формы припадков с простой (фокальной) и сложной (психомоторные припадки) симптоматикой. Препарат применяется при большой эпилепсии в особенности фокального генеза, в том числе при ночной большой эпилепсии (Воронина Т.А. Антиконвульсанты в психиатрической и неврологической практике, 1994) [15].

Вейн А.И. с соавторами [4] при лечении эпилепсии с психотическими нарушениями (варианты парциальной височной эпилепсии) отмечает более высокую эффективность карбамазепина по сравнению с другими антиэпилептиками.

С.Н.Хомякова с соавторами в статье «Диагностика и лечение роландической эпилепсии» [9] рекомендует при лечении роландической эпилепсии, как одной из форм идиопатической парциальной эпилепсии, препаратом первой очереди выбора считать карбамазепин.

Ю.Н.Аверьянов с соавторами [2] в статье «Доброкачественная эпилепсия с затылочными пароксизмами» отмечает эффективность карбамазепина при этой форме эпилепсии.

Ю.Н.Аверьянов с соавторами в статье «Лобнодоловая эпилепсия, провоцирующаяся испугом (STARTLE-эпилепсия)» [1], которую они идентифицировали как парциальные припадки из дополнительной моторной дольки, указывал на полную неэффективность клоназепама и депакина и высокую эффективность карбамазепина.

В.Т.Теодоре и Р.Дж.Портрет в книге «Эпилепсия. 100 элементарных принципов», Лондон, 1995 [8], касаясь лечения эпилепсии, отдают предпочтение карбамазепину и фенитоину при лечении парциальных припадков. Вторично-генерализованные припадки они предлагают лечить карбамазепином, фенитоином и депакином.

Таким образом, эффективность лечения карбамазепином оценивается большинством авторов как довольно высокая при некоторых формах эпилепсии; но остались неясными вопросы, связанные с эффективностью карбамазепина при идеопатических формах эпилепсии, не до конца решены вопросы тактики лечения и взаимодействия с другими препаратами.

Применяя карбамазепин при политетерапии, нужно учитывать, что он может вступать в фармакодинамические и фармакокинетические

взаимодействия с другими лекарственными препаратами.

Решающим звеном в фармакокинетике препарата в организме является его взаимодействие с энзимами печени. От того, является ли препарат индуктором или ингибитором энзимов печени, в частности, системы цитохромов Р-450, зависит характер взаимодействия препарата с другими лекарственными веществами, также проходящими через печень.

Карбамазепин, будучи активным индуктором энзимов печени, снижает концентрацию в плазме вальпроата натрия, фенитоина, фенобарбитала и ламиктала.

Снижение уровня карбамазепина в плазме вызывают некоторые нейролептики (клоназепам, локсандин), а также препараты группы эуфиллина (аминофиллин, теофиллин) и близкие к нему по структурной формуле (дипрофиллин, компламин, трентал).

Из фармакокинетических особенностей карбамазепина следует помнить о том, что период полувыведения препарата, равный в начале курса лечения 35 часам, вследствие самоиндукции ферментов печени снижается в течение первых недель лечения до 10-15 часов. Терапевтическая концентрация препарата (терапевтический коридор) находится в пределах 6-12 мкг/мл.

Побочные эффекты, связанные с приемом карбамазепина, носят дозозависимый характер, чаще всего наблюдаются в начале лечения и являются следствием передозировки препарата и повышения его концентрации в крови (выше 12 мкг/мл) при применении без соответствующей адаптации. Такими побочными эффектами являются: сонливость, головная боль, головокружение, нистагм. Иногда наблюдаются тошнота, рвота, запоры, аллергические высыпания на коже.

С учетом вышесказанного в ходе настоящего исследования нами проводилось не только тщательное обследование больных (клиническое, электроэнцефалографическое, магнитно-резонансная томография) с установлением формы эпилепсии и вида припадков, но и мониторинг концентрации карбамазепина в крови методом высокоеффективного жидкостного действия хромотографии на аппарате Милихром-4 с целью контроля концентрации препарата в крови, а также разработки методов коррекции схем лечения для избежания побочных эффектов и оптимизации терапии эпилептических припадков.

Под наблюдением находилось 110 больных в возрасте от 5 до 65 лет. Преобладали лица молодого возраста - до 25 лет - 78%. Пациентов женского пола (52%) было чуть больше, чем мужского (48%). Длительность заболевания у 50% больных не превышала 1 года. Большинство больных до обращения к нам принимали карбамазепин в режиме монотерапии (55%), но значительная часть пациентов

принимала карбамазепин в сочетании с одним АЭП (40%) или с двумя АЭП (5%).

На основании комплексного обследования были выделены группы больных с парциальными припадками простыми и сложными, с вторично-генерализованными припадками, простыми и сложными абсансами и первично-генерализованными приступами.

До поступления в наш Центр пациенты принимали карбамазепин в дозировке от 2 до 6 таблеток в зависимости от массы тела и возраста, т.е. назначения были сделаны приблизительно и стандартно. Всем больным, поступившим к нам под наблюдение, была определена концентрация карбамазепина в крови. Проводилось два исследования в течение суток: первое утром натощак для определения минимальной концентрации в крови после ночной перерыва и второе после приема утренней дозы через 4 часа для определения максимальной концентрации (по данным большинства авторов [5, 6, 7], пик концентрации карбамазепина после приема его внутрь определяется через 4 часа).

Результат был следующий: только у 20% больных и минимальная и максимальная концентрация были в пределах терапевтического коридора, т.е. 6 мкг/мл - 12 мкг/мл. У остальных 80% больных концентрация в крови выходила за пределы терапевтического коридора и выражалась, прежде всего, низкой концентрацией минимального уровня, т.е. ниже 6 мкг/мл или высокой концентрацией максимального уровня, т.е. выше 12 мкг/мл, что обусловлено индивидуальными метаболическими особенностями организма, особенно молодого возраста. Таким образом, у большинства наших пациентов концентрация препарата колебалась в течение суток в значительных пределах, что, естественно, не давало возможности стablyльно воздействовать на эпилептический очаг и добиться надежного клинического эффекта.

Схематично концентрация препарата в крови в течение суток, при трехразовом приеме препарата, представлена на рисунке 1.

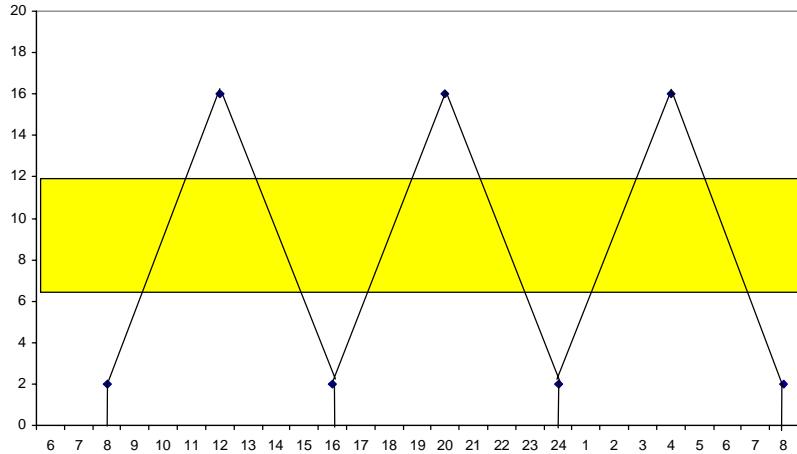
Разумеется, что концентрация препарата у каждого больного выглядела индивидуально. Здесь приводится обобщенная, приблизительная картина колебаний концентрации препарата в крови в течение суток.

Таким образом, можно сделать вывод, что при такой форме приема препарата концентрация его либо ниже нижней терапевтической границы, что чревато срывом ремиссии, либо выше верхней терапевтической границы, что может привести к хронической интоксикации организма. Выход из этой ситуации состоит в том, что следует увеличить частоту приема препарата и соответственно уменьшить разовую дозу.

Следовательно, при приеме 1 таблетки x 3 раза в день, следует принимать по 1/2 таблетки x 4 раза

Рисунок 1

Концентрация карбамазепина в крови в течение суток при трехразовом приеме



Примечания:

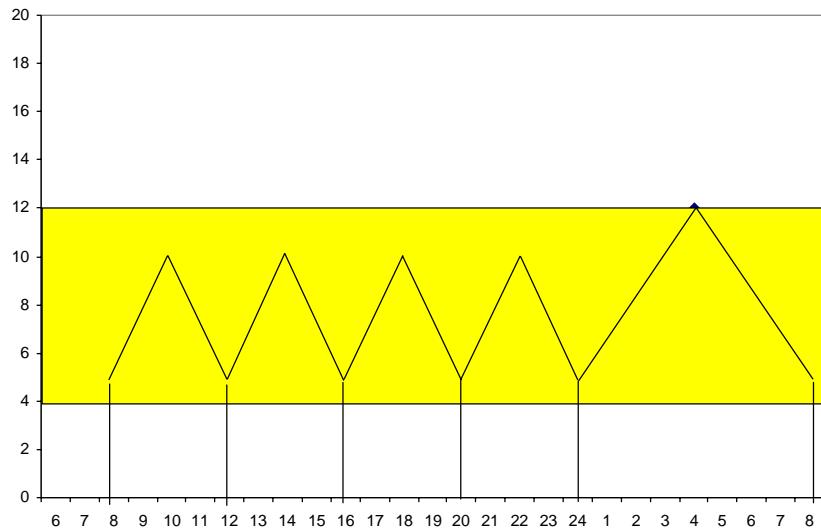
Верхняя точка – максимальная концентрация через 4 часа

Нижняя точка – часы приема препарата и минимальные концентрации

Заштрихованная зона – терапевтический коридор

Рисунок 2

Концентрация карбамазепина в крови в течение суток при увеличении приема до 5 раз в сутки



Примечания:

Верхняя точка – максимальная концентрация через 4 часа

Нижняя точка – часы приема препарата и минимальные концентрации

Заштрихованная зона – терапевтический коридор

Таблица 1

Результаты лечения пациентов с различными формами эпилепсии

Приступы	Число больных	Концентрация в крови миним., мкг/мл	Концентрация в крови макс., мкг/мл	Терапевтический эффект			
				+++	++	+	0
Парциальные простые	8 (7,2%)	6,2	9,4	6	2	-	-
Парциальные сложные	24 (21,8%)	7,1	9,6	18	6	-	-
Вторично-генерализованные	18 (16,3%)	7,4	10,2	9	6	3	-
Простой абсанс	10 (9%)	5,1	12,2	-	4	4	2
Сложный абсанс	28 (25,4%)	5,8	11,4	6	12	7	3
Первично-генерализованные	22 (20%)	6,0	11,2	8	10	2	2

Примечание:

+++ уменьшение числа приступов более чем на 75 % и отсутствие приступов в течение 1 года и более;

++ от 50% до 75%;

+ до 50%;

0 - отсутствие эффекта.

в день и 1 таблетку на ночь, и тогда графически концентрация будет выглядеть следующим образом: см. рисунок 2.

Хотя эта схема вызывает некоторые неудобства в связи с увеличением кратности приемов препарата до 5 раз в сутки - 4 раза по 1/2 таблетки и на ночь 1 таблетку, она позволяет сохранить концентрацию препарата в пределах терапевтического коридора и избежать нежелательных последствий высоких и низких концентраций, не увеличивая при этом общую суточную дозу препарата.

В обобщенном виде результаты лечения пациентов с различными формами эпилепсии представлены в таблице 1. Учитывались только больные, получавшие монотерапию карбамазепином.

Таким образом, проведенное исследование показывает, что наши данные в основном совпадают с литературными о более высокой эффективности карбамазепина при парциальных и вторично-генерализованных приступах и несколько меньшей его эффективности при идиопатических формах приступов, хотя надо отметить, что в некоторых случаях даже при простом абсансе и ЭЭГ-картины 3/сек. отмечались положительные эффекты от лечения карбамазепином, но в этих случаях особенно важным становится мониторинг концентрации препарата в крови с целью поддержания ее в пределах терапевтических границ, что и достигается методом, указанным выше, и при осуществлении контроля данной концентрации с помощью высокоэффективной жидкостной хроматографии.

Литература:

1. Аверянов Ю.Н. с соавт. Лобно-долевая эпилепсия, провоцируемая испугом (STARTLE-эпилепсия) // Неврологический журнал, 1999. - № 2. - С. 40-49
2. Аверянов Ю.Н. с соавт. Доброточные детские эпилепсии с затылочными пароксизмами // Неврологический журнал, 1997. - № 4. - С. 31-57
3. Вейн А.И., Мосолов С.Н., Воронина Т.А. Антиконвульсии в психотерапевтической и неврологической практике. - СПб: Медицинское информационное агентство, 1994. - С. 15-16
4. Вейн А.И., Мосолов С.Н., Воронина Т.А. Антиконвульсии в психотерапевтической и неврологической практике. - СПб: Медицинское информационное агентство, 1994. - С. 33-34
5. Вольф П. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1993. - Т. 93. - № 1. - С. 36-38
6. Громов С.А., Лобзин В.С. Лечение и реабилитация больных эпилепсией. - СПб, 1993. - С. 82-101
7. Карлов В.А. Эпилепсия. - М., 1990. - С. 261-266
8. Теодоре В.Г., Портэр Р.Дж. Эпилепсия. 100 элементарных принципов, Лондон, 1995
9. Хомякова С.П. с соавт. Диагностика и лечение роландической эпилепсии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1999. - № 3. - С. 16-20
10. Sluzewska A., Alfons Ch. Pol. J. Pharmacol and Pharm, 1992. - v. 44. - № 3. - P. 209-215
11. Walfen J., Bingmann J., Wegerer V. et al. Epilepsia, 1993. - v. 34, suppl. - № 2. - P. 89

ОБ ОСОБОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОМ ИНТИМНОМ КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ

А.В.Александрович

В клинической психиатрии существует учение об особом интимном эмоциональном контакте с душевнобольными, зародившееся ещё в швейцарской психиатрии в 20-х годах XX века (Я.Клези, М.Мюллер), это направление успешно развивается во многих зарубежных странах и у нас. Оно должно составить пласт культуры отношения между психотерапевтами и пациентами психиатрических клиник, когда, по словам М.Блейлера, «начинаешь видеть больного шизофренией не как здорового прежде человека, на которого навалилась болезнь, а как человека, живущего на свой лад», человека, «который по-своему борется за своё внутреннее равновесие, и которому можно помочь найти свою дорогу его же способом» (цитата по М.Е.Бурно (1995)).

Швейцарский профессор Гаэтано Бенедетти подчеркивает, что «индивидуальная психотерапия пациентов, страдающих шизофренией, начинается с «вхождения» психотерапевта в актуальную ситуацию и мир своего партнера, идентификации»; Салливан говорил об «участии», Розен о «терапевтической любви», Ариети о «душевной близости», Сиалз о «терапевтическом симбиозе», Шульц-Хенке об «интимности» (Benedetti G.,1979).

Консторум (1962) писал: «Предпосылка успешности психотерапии шизофреников вообще и эмоциональной реституции в частности – наличие эмоционального контакта с врачом; это и есть тот эмоциональный островок, о котором писал Макс Мюллер, который «иррадиирует во все стороны».

Бурно, автор метода-школы «Терапия творческим самовыражением», сформулировал упомянутое выше, как учение об особом интимном эмоциональном контакте с больными шизофренией, подчеркивая европейские исторические корни, и полагая на собственном опыте работы с пациентами, что в процессе этого контакта, врач своим живым неравнодушием к пациенту личностно оживляет индивидуальность пациента (творческая природа контакта) (Бурно, 2000).

Важнейшие особенности этого контакта, состоят в том, что, это контакт непохожий на близость с родителями, близкими родственниками, опекунами, искренне любящими пациента. Это, **более чем родительское отношение.** Весь пафос сказанного выше состоит в клиническом подходе, то есть в том, **что пациент понятен психотерапевту в своих страданиях и болезненных проявлениях,** которые могут пугать близких людей, не приниматься ими.

Родственники могут осуждать пациента, не воспринимая его болезненные переживания всерьёз.

Часто психопатологическая симптоматика индуцирует родственников, и тогда объективно оценить состояние может только врач.

Этот контакт не приятельские отношения и не дружеская привязанность. **Это более чем дружеские отношения,** так, как они, должны быть предельно верными, *не допускающими фальши со стороны врача.* Для пациента маленькая фальшивь может оказаться большим предательством. То есть – это отношения «не как бы, а по-настоящему».

Нельзя забывать, что и *задачи у этих отношений конкретные, клинические,* даже тогда, когда пациент воспринимает врача как друга.

Что касается **интимности** контакта между врачом и пациентом, это не сексуальная интимная близость пациента и врача, что полностью исключает дальнейшие терапевтические отношения, *a создание некоего неразделимого духовного симбиоза врач – пациент.* Это подробно описано у Гаэтано Бенедетти (1979). При психотерапии шизофрении он писал о возможности «психопатологического броска» врача в бредовые построения пациента. Психотерапевт развивает в себе, таким образом, вид «коммуникативной психопатологии», делаясь посредником между аутистическими символами пациента. При этом берёт даже часть этих символов на себя и внушиает пациенту необходимость их изживать – и в нём, и в самом себе, как в чём-то целом.

Об **эмоциональном** контакте Бенедетти (1979) пишет как о «способности врача выдерживать, выносить состояние пациента, наполненного переживанием своей непонятливости среди людей, пустоты, деструктивной агрессии, беспомощности-бессилия. Выдержать, вынести всё это, возможно лишь проникаясь, возбуждаясь переживаниями пациента. «Именно врач, нечувствующий себя подавленным пациентом или безучастным к нему, а напротив, чувствующий себя взволнованным, возбуждённым своим пациентом, будет выразительно принят им».

Заключая сказанное выше, можно сказать, что речь идёт, прежде всего, о любви к тяжелобольному пациенту, и именно потому, что он болен.

Опыт создания особого эмоционального интимного контакта с пациентами, страдающими шизофренией

Я создаю этот контакт различными путями. Интересным оказался, предложенный Г.М.Назлояном **метод создания скульптурного образа больного.**

Он позволяет работать с тяжёлыми аутистами, кататониками, когда, длительное время невозмож но верbalное общение с душевнобольным. Создание скульптурного образа – тонкий невербальный

контакт с пациентом – в процессе работы над портретом, без вызова, иногда, украдкой, рассматриваясь больного, всматриваешься в выражение его глаз, иногда, притрагиваешься к нему, соизмеряя пропорции.

Только полностью, всей душой, принимая человека таким, каков он есть, можно рассчитывать на успех в лечении. В работе с тяжёлым пациентом, порой месяцами не происходит видимых перемен, иногда отчаявшись, кажется, что пациент, пуст, некурабелен. Но, опыт подсказывает, что именно то волнение, которое копится в процессе подобного общения с пациентом, делает возможным прорыв в лечении. Этот прорыв часто бывает стремительным, катарсисоподобным. Давно ожидаемые перемены захватывают и пациента и врача, и это очередное испытание для обоих. Врач должен сохранять лидерство, выводя пациента из «сумеречной зоны».

Но, и на этом этапе – лишь видимость победы. Пациент, оказываясь в непривычной, иногда жестокой окружающей среде, нуждается в постоянной опоре, поддержке, в противном случае, следует возврат в болезнь, как уход от проблем. Иногда это напоминает перетягивание каната, только не в атмосфере развлекательных игр.

Один из пациентов рассказывал: «Когда я заканчиваю очередной курс медицинского колледжа, меня неудержимо тянет в болезнь, но я уже не хочу испытывать, то, что со мной было, поэтому срочно прошу матер отпустить меня на лечение в Москву».

Часто, к своему удивлению, я слышу от пациентов, что Алла Владимировна лепит меня такой, какая я должна быть, или должна стать, или я на портрете гораздо красивее, мудрее и т.д., чем на самом деле. Меня это всегда удивляет, потому, что я вижу натуру гораздо прекрасней пластилиновой модели, и, возможно, лишь большое желание отразить это, делает возможным такое восприятие скульптуры.

Один из важных моментов такой терапии – фиксация пациента на развивающемся скульптурном образе. При этом происходящие со скульптурой перемены часто присваиваются пациентами: «Она сегодня стала веселей и увереннее, значит и я уже такой стала».

На сеанс пришла пациентка в возбуждённом состоянии (перенёсшая шуб), находится на лечении более двух лет. Я не планировала работу с ней, но, чтобы избежать ухудшения, был проведён сеанс. Постепенно за работой над портретом она успокоилась, я не вмешивалась в пластилиновые формы, только гладила руками лоб, щёки, голову. Портрет её уже нельзя назвать маской. На мой взгляд, это почти готовое скульптурное изображение, в котором пациентка признаёт своё сходство. В зале было семь человек. В какой-то момент мне показалось, что пластилиновое лицо ожило. Свою

иллюзию я не озвучила. Я прекратила работу над портретом. Пациентка села рассматривать свой портрет. Я видела, как исказилось её лицо, она сказала: «Мне страшно». Вечером она позвонила мне домой и сказала, что портрет её очень сильно напугал, чем, она понять не может. «По-моему он осуждает меня за распущенность». Я резко ответила, что, по-моему, это только кусок пластилина и осуждать он не может. «Что вы говорите, это же не просто кусок пластилина – это, Алла Владимировна – я». «Тогда получается, что ты сама себя за свою распущенность и осуждаешь». Диалог продолжался ещё некоторое время.

Войдя в состояние стойкой ремиссии, эта пациентка как-то сказала: «Алла Владимировна, мне теперь часто кажется, что весь ужас болезни случился не со мной, а с портретом».

Другой способ создания эмоционального контакта - бодиарттерапия – терапия при помощи нанесения красок на лицо и тело пациента. Этот метод вправе называть самым ярким, красочным и более близким телесности человека. Только высокая степень доверия пациента врачу, позволяет воплотить это таинство преображения. Особенно терапевтически яркими становятся сеансы, при которых разукрашивается всё тело человека, бесспорно, один из основных механизмов этой терапии – лечение красотой, которую впитывает в себя пациент, при тщательно продуманном художественно-терапевтическом замысле. Именно поэтому, частая реакция пациентов – выйти в таком образе на улицу, продемонстрировать свою внешнюю красоту, которая, в данном контексте, неотделима от внутренней. Цельность восприятия окружающими такого пациента, легкий транс, распространяющийся на всех присутствующих, делает незаметной наготу человека-картины (динамичной, меняющейся, существующей недолговечно, созданной только для данного пациента).

На протяжении многих лет работы, при применении этой техники поражает скорость и глубина изменения эмоционального состояния пациента. Динамика и направление изменения эмоций диктуется исходным состоянием пациента и зависит от опыта психотерапевта и (или) художника.

По наблюдениям одного из эндогенных пациентов: «Я на протяжении многих лет наблюдаю, как вы расписываете лица. Удивляюсь всё время тому, что, когда вы накладываете грим на лицо, очень сильно меняется само лицо пациента. Это независимо от грима – меняется взгляд, выражение лица, оно становится здоровым. Меняется и поведение человека. Меня удивляет именно то, как можно отгадать образ человека, чтобы лицо выражало полное здоровье. Потом, очень постепенно, после снятия краски, лицо возвращается в исходное состояние. Но что-то остается, как отпечаток, и этот отпечаток может сохраняться очень долго».

Этот метод мы назвали **театром боди-арт**. Клинический пример: Пациентка А. 19 лет (диагноз: шизоэпилепсия), с навязчивым страхом преследования Фредди Крюгером, после предварительной работы, была полностью покрашена во время ночного сеанса. Левая половина лица и тела – образ прекрасной девы, правая половина – образ Фредди Крюгера. После завершения грима А. Настолько вошла в образ, что на протяжении трёх часов вела диалог с зеркальным образом, перевоплощаясь, то в один, то в другой персонаж, которые ссорились, мирились, предъявляли друг другу претензии, симпатизировали друг другу и т.д. Весь процесс был записан на видеокамеру. После просмотра плёнки через день А. спросила – “С кем это я всё время на плёнке разговариваю?”. Амнезия и последующие положительные перемены в состоянии здоровья свидетельствовали о том, что пациентка перенесла истинный катарсис.

В эмоциональный процесс театра-бодиарт по правилам любого театрального действия обязательно вовлекаются окружающие, независимо от социальной роли. Один из наших стажеров, подобрав по журналам сложную многоцветную ритуальную маску современного племени, нанёс её на лицо сотрудницы, примерно такую же сделал себе, после этого они стали танцевать, имитируя первобытный танец. К этому танцу, нанеся себе краски на лицо, подключились все присутствующие. Некоторые имитировали бой в барабаны, другие – звуки и песни первобытного племени. Спонтанный спектакль продолжался более часа и прекратился также внезапно, как и начался. Эмоциональный накал и последующая разрядка объединили различных пациентов, врачей психологов, стажёров, сделав сеанс долго запоминающимся, почти бразильским праздником.

Мощный эмоциональный контакт формируется с больными шизофренией при применении личностной лайбтерапии (автор К.Дюркхайм, 1992). Решительный переворот, который предлагает осуществить Дюркхайм – это переход от понимания тела, как инструмента, который я имею, к пониманию тела, которое есть я сам. Этот пункт Дюркхайма, созвучен пониманию этой проблемы Р.Ленгом, который утверждает, что отчуждение человека от его тела, рассматривание его в качестве инструмента, является составляющей шизофренического процесса (Лэнг, 1995).

Для меня в этой работе важным становится тонкий интимный контакт посредством аккуратных

прикосновений к пациенту. Чтобы продемонстрировать именно терапевтическую интимность подобного контакта, приведу клинический пример. Пациентка А. - дебют шизофренического процесса, согласилась на сеанс лайбтерапии. Некоторое время стою над ней, выбирая место прикосновения. Правой рукой мягко прикасаюсь к ноге, чуть ниже колена. Ощущение, что рука моя там находилась вечно, и она продолжение части тела пациентки, теряю счет времени. Мысль о том, что нужно задействовать и левую руку, например, положить симметрично – выводит меня из транса. Я механически прикасаюсь левой рукой к ноге пациентки, и слышу её высказывание: «Я вашей первой руке верю, а второй – нет».

Мой опыт убеждает меня в том, что при шизофрении не просто эффективен, а необходим особый эмоциональный интимный контакт пациента и врача. Думаю, в хаосе схизиса, порождающего глубокое чувство патологического одиночества, необходим человек, не просто разделивший это одиночество, а профессионально понявший и эмоционально принявший пациента близко к сердцу.

Вопросы к докладчику:

- Почему Вы решили для себя заниматься именно этой проблемой?

А. - Вероятно, в силу определённых черт своего характера.

- Как повлияло это на Вашу жизнь?

А. – Мне кажется, я стала добнее.

- Как Ваши родственники относятся к тому, чем вы занимаетесь?

А. – Часто упрекают в том, что я своих пациентов люблю больше, чем их.

- А это действительно так?

А. – Может быть, я не уделяю им столько времени, сколько своим пациентам. Я для них не врач, а они для меня не пациенты, но и к ним я стала относиться добре.

- Что бы вы выделили, как самое основное в своей работе с пациентами?

А. – Любовь. Причём это перестало быть для меня просто номинацией, мне об этом легко говорить, но отношусь я к этому серьёзно.

- Не возникает ли желания интимной близости с пациентом.

А. – Я даю и получаю от них гораздо большее – ощущение гармонии, сопричастности к творению, творению своей и не только своей судьбы.

Литература:

1. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия - М.: Академический Проект, 2000
2. Дюркхайм Карлфрид *О двойственности происхождения человека*. – Спб., Импакс, 1992. – 156 с.
3. Лэнг Рональд *Разделённое Я*. – К.: Государственная библиотека Украины для юношества, 1995.- 320 с.
4. Консторум С.И. *Опыт практической психотерапии* - М.: Ин-т психиатрии МЗ РСФСР, 1962
5. Benedetti Gaetano *The structure of the psychotherapeutic relationship in the Individual treatment of schizophrenia // Psychotherapy of schizophrenia. Proceedings of the 6 International symposium on psychotherapy of schizophrenia / Ed.: C.Muller.- Amsterdam; Oxford, 1979. - P. 31-37*

ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО

М.Е.Баянова

г. Алматы

Одной из важнейших задач современной психиатрии является профилактика общественно опасных действий психически больных.

Синдром Кандинского-Клерамбо (синдром психического автоматизма; синдром внешнего воздействия) занимает одно из ведущих мест в клинике шизофрении, а также встречается при травматических, острых металкогольных (делирий, галлюциноз), реактивных и сосудистых психозах. Клинически - это совокупность взаимосвязанных симптомов: псевдогаллюцинаций, бреда преследования и воздействия с чувством овладения и психическими автоматизмами.

Впервые описал симптомологию данного расстройства В.Х.Кандинский (1885). Клерамбо (1920, 1922) разработал классификацию входящих в этот синдром психопатологических расстройств. В рамках данного синдромального состояния описываются три вида психических автоматизмов: ассоциативный, сенестопатический и двигательный. Различают острый и хронический типы течения синдрома психического автоматизма, бредовой и галлюцинаторно-бредовой его варианты.

Согласно современным научным данным при комплексной оценке факторов риска совершения лицами с психическими расстройствами особо опасных деяний (ООД) выделяют триаду – «синдром-личность-ситуация» (Кондратьев Ф.В., 1984-1988), лежащую в основе концепции психопатологических механизмов общественно опасных действий психически больных (Мальцева М.М., Котов В.П., 1987, 1988)

С целью изучения факторов, оказывающих влияние на общественную опасность женщин, страдающих психическими расстройствами в рамках синдрома Кандинского-Клерамбо, проведено обследование 23 женщин, совершивших правонарушения, признанных в отношении инкриминируемых деяний невменяемыми и поступивших на принудительное лечение в Республиканскую психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением в период с 1992 г. по 2001 г.

Среди обследованных женщин явно преобладали страдающие шизофренией – 22 (96%), в том числе с непрерывно-прогредиентным типом течения - 19 (83%) и приступообразно-прогредиентным

течением – 3 (13%). Одна из обследованных (4%) страдала органическим поражением центральной нервной системы. По возрасту они распределились следующим образом: до 30 лет - 6 (26%), до 40 лет - 8 (55%), до 60 - 6 (22%), свыше 60 лет - 2 (9%). Из анамнеза известно, что до совершения ООД на диспансерном учете не состояло 48%, из них были больны в течение от 1 года до 10 лет 55% женщин. В прошлом лишь одна больная (4%) совершила опасные действия, а остальные 22 женщины (96%) совершили деликт впервые, причем, по направленности это были тяжкие и правонарушения против личности. Преимущественно их жертвами были лица из ближайшего окружения. Алкогольное опьянение в период ООД констатировалось у одной больной (4%), наркотическое - также у одной больной (4%).

Преморбидными особенностями женщин, не состоявших до правонарушений на диспансерном учете, были аутистический и дисгармоничный типы личности, реже паранойяльный. По структуре преобладал галлюцинаторно-бредовой вариант синдрома Кандинского-Клерамбо (65%), идеаторные автоматизмы выявлены у 7 (30%) больных, идеаторно-моторные у 4 (18%), идеаторно-моторно-сенестопатические у 12 (52%). В одном случае синдром можно было квалифицировать как положительный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо. В 31% случаев психотические расстройства протекали остро, в остальных - хронически, с преобладанием идеаторного компонента. Большинство больных диссимулировали своё состояние. По клинической картине заболевания среди обследованных наиболее часто встречающимися были хронически протекающие галлюцинаторно-бредовые расстройства и идеаторно-моторно-сенестопатические автоматизмы.

В научной литературе до настоящего времени дискутируется вопрос, насколько опасны больные с так называемым «положительным» вариантом синдрома Кандинского-Клерамбо, наиболее часто встречающимся на параноидном этапе развития параноидной шизофрении. В данном исследовании был установлен лишь один случай (4%) совершения особо опасного деяния в таком состоянии. Процент хотя и малый, но не исключающий особой общественной опасности пациентов такого рода.

Следует отметить, что эта больная совершила деликт (убийство ребенка) с особой жестокостью и вычурностью криминального поведения, при этом длительное время не осознавала тяжести содеянного.

В исследованиях, посвященных изучению особенностей деликтов психически больных женщин, отмечается, что пики их криминальной активности приходятся на периоды физиологических сдвигов (пубертат, вторая половина жизни). Однако результаты настоящего исследования свидетельствуют о том, что деликты при синдроме Кандинского-Клерамбо совершались женщинами в возрастной период от 20 до 40 лет.

Таким образом, ОД, совершенные женщинами с синдромом Кандинского-Клерамбо, характеризовались особой жестокостью и направленностью против лиц из микросоциального окружения. Как правило, общественная опасность у этих женщин проявлялась впервые в жизни. Ведущими факторами в генезе ОД этих больных были психопатологические расстройства из круга синдрома Кандинского-Клерамбо, определявшие продуктивно-психотические механизмы правонарушений. Дополнительные

экзогенные вредности (алкоголизация, наркомания) были второстепенными. Подавляющее большинство этих женщин страдали шизофренией с давностью заболевания до 10 лет и более. Аутистические изменения личности препятствовали своевременному обращению этих больных за квалифицированной психиатрической помощью. Низкий культурный уровень лиц из ближайшего окружения не позволял правильно оценить ситуацию и риск общественной опасности этих больных.

Прогностически, как указывают М.М.Мальцева и В.П.Котов, больные, совершившие ОД по продуктивно-психотическим механизмам (это имеет прямое отношение к синдрому Кандинского-Клерамбо), не склонны к совершению повторных деликтов, однако они нуждаются в проведении комплекса профилактических мероприятий, приоритетно направленных на предупреждение обострений основного заболевания. Индивидуальные профилактические программы в отношении этих больных должны быть ориентированы на своевременное выявление и купирование острых психотических состояний.

Литература:

1. Гулямов М.Г. Диагностическое и прогностическое значение синдрома Кандинского, Душанбе, 1968
2. Иммерман К.Л., Качаев М.А. Особенности принудительного лечения психически больных женщин, совершивших ОД // Проблемы судебно-психиатрической профилактики. - М., 1994. - С. 75-76
3. Мальцева М.М., Котов В.П. Дифференцированная профилактика ОД психически больных // Проблемы судебно-психиатрической профилактики. - М., 1994. - С.18
4. Халецкий А.М. О положительном варианте синдрома психического автоматизма Кандинского-Клерамбо // Журн. Невропатол и психиатр. - М., 1975. - № 2. - С 261-264

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ МЫШЛЕНИЯ ПРИ «ПОГРАНИЧНОМ» ВАРИАНТЕ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СИМПТОМОКОМПЛЕКСА

С.А.Быкова, Е.Ю.Русина

г. Павлодар

Нарушения мышления традиционно рассматриваются в психиатрической практике в качестве одного из опорных критериев определения шизофрении. Они являются существенным психопатологическим признаком, облегчающим постановку этого диагноза. Трудность заключается в том, что нарушения мышления не всегда достаточно отчетливо выявляются в условиях клинического наблюдения, осложняя позицию врача, решающего дифференциально-диагностические задачи. Именно в этих случаях при клиническом наблюдении без специального экспериментально-психологического исследования нередко трудно выявить признаки нарушенной мыслительной деятельности. Трудность клинического выявления нарушений мышления при шизофрении в случаях негрубой, нерезко выраженной его патологии связано в большой

мере с тем, что для обнаружения этого вида патологии мыслительной деятельности требуется целенаправленное создание определенных «условий», которые не всегда возникают при обычных формах клинического (психопатологического) обследования больных. В связи с тем, что нарушения мышления у этих больных зависят от структуры выполняемой ими деятельности, в клинической беседе с больными они могут не обнаруживаться. Именно в таких случаях, вызывающих наибольшие диагностические трудности, существенную помощь может оказать экспериментально-психологическое исследование. Оно основывается на знании закономерностей нарушения познавательных процессов при шизофрении и дает возможность целенаправленно создавать экспериментальные условия, направленные на выявление клинически невыраженных нарушений мышления.

Кратко остановимся на результатах экспериментальных исследований особенностей протекания познавательных процессов у больных с нерезко выраженным клиническими проявлениями шизофренического процесса. По мнению Полякова Ю.Ф. (2, 4) изменения мыслительных процессов у больных, которые отмечаются при выполнении определенных видов интеллектуальной деятельности, связано с *ухудшением актуализируемых сведений*. Это заключается в расширении круга привлекаемых из памяти сведений за счет «латентных», малозначимых свойств предметов и в тенденции к уравниванию вероятностей актуализации различных свойств. В процессе мыслительной деятельности у них привлекается гораздо больше, чем у здоровых, латентных, малозначимых по прошлому опыту свойств и отношений предметов, возрастает вероятность их актуализации.

Впечатление «причудливости», «странных» обобщений больных создается тем, что наряду с обобщениями, аналогичными создаваемым здоровыми людьми, они совершают большое количество обобщений, не наблюдаемых у здоровых испытуемых.

Поляковым Ю.Ф. были сформулированы общие закономерности изменения познавательной деятельности:

- Протекание одних процессов (видов деятельности) у больных шизофренией изменяется, приводя к отличиям в результатах деятельности по сравнению с результатами здоровых испытуемых, в то время как при выполнении других видов деятельности не отмечается разницы между больными и здоровыми;

- Нарушения также не находятся в причинной зависимости от сложности выполняемой деятельности; типично эпизодическое снижение уровня обобщения в объективно более легких пробах при хорошем уровне выполнения более сложных задач;

- Существует зависимость между нарушениями тех или иных видов познавательной деятельности у больных шизофренией, характером и степенью их выраженности, с одной стороны, и особенностью структуры этой деятельности, с другой стороны; все те познавательные процессы, протекание которых у больных шизофренией изменено, имеют в своей структуре общее звено, которое определяется как *избирательное привлечение (актуализация) сведений из памяти на основе прошлого опыта*;

У больных эта избирательность ухудшается, в то время как у здоровых существует предпочтительность привлечения тех или иных сведений из памяти.

Исходя из вышеперечисленных закономерностей можно предположить, что в задачах, для решения которых требуется нахождение (актуализация) и использования *более обычных свойств, связей объектов и явлений*, результаты деятельности у больных должны быть хуже по сравнению со

здоровыми. У здоровых людей вероятность актуализации именно таких сведений высока, что существенно облегчает решение ими такого рода задач.

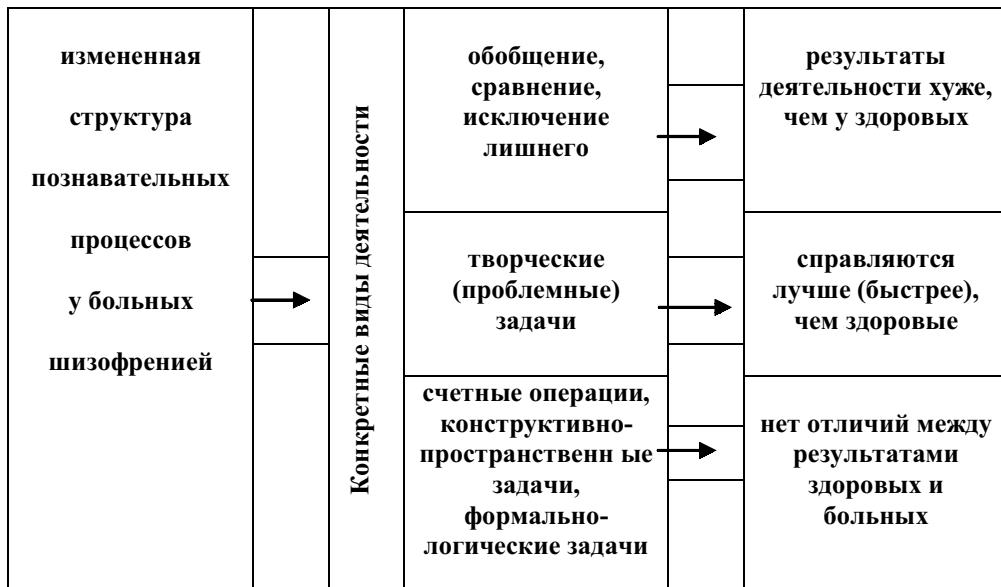
При этом в некоторых случаях, когда основная трудность в решении задачи заключается в необходимости актуализации *необычных, маловероятных связей, свойств, сторон объектов*, больные шизофренией могут получить некоторые преимущества перед здоровыми. В связи с повышением вероятности актуализации маловероятной информации больные могут лучше, быстрее здоровых «натолкнуться», найти необходимую информацию для решения этих задач. При исследовании мыслительных процессов это проявилось в некотором преимуществе больных перед здоровыми при решении проблемных задач, когда основная трудность заключается в необходимости использования необычных, малозначимых в практическом употреблении свойств предметов. Например, успешность выполнения больными шизофренией известной задачи Л.Секея в два раза превышает успешность ее решения здоровыми пациентами (1).

Проведенный анализ данного вида патологии психической деятельности свидетельствует о том, что неудачными, малопродуктивными являются такие широко употребляемые характеристики познавательных процессов при психических заболеваниях, как «снижение», «выпадение», «ухудшение». *Познавательные процессы* при патологии мозга не снижаются, не выпадают, не уменьшаются, а характеризуются определенным изменением и перестройкой своей структуры. Это измененное протекание познавательных процессов может приводить к *снижению, уменьшению, ухудшению результатов*. По отношению к оценке результатов деятельности такие термины употребляться не могут.

Использование понятий «снижение», «уменьшение», «ухудшение» и т.п. для характеристики нарушенных познавательных процессов при шизофрении оказывается невозможным потому, что нет однозначной зависимости между изменением протекания познавательных процессов и результатами деятельности. Связь между ними опосредована особенностями, требованиями *конкретных видов деятельности (выполняемых заданий)*. Опосредование приводит к тому, что при данном виде нарушения протекания познавательных процессов при выполнении одних типов деятельности результаты у больных оказываются «худшими», чем у здоровых, а при выполнении других заданий – даже «лучшими» (4).

Вышеизложенный тезис представлен в схеме.

Учитывая вышеописанную особенность нарушения протекания познавательных процессов, нами в практической работе дифференцированно осуществлялся подбор экспериментально-психологических методик при исследовании клинически нерезко выраженных нарушений мышления у больных



шизофренией. Зависимость между нарушениями познавательных процессов у больных шизофренией и изменением определенного звена в их структуре (а именно ухудшение избирательной актуализации свойств, признаков), позволила определить тот круг методик, использование которых наиболее целесообразно при исследовании такого рода больных. Применение многих из широко распространенных методик, связанных с выполнением деятельности, в структуре которых роль нарушенного «звена» незначительна (конструктивно-пространственные задачи, счетные операции, задания на запоминания и репродукцию, формально-логические и т.п.) с целью констатации изменений мышления больных шизофренией оказалось малоуспешным, т.к. именно эти виды деятельности протекают у больных без нарушений.

Наиболее эффективными для выявления нерезко выраженных нарушений мышления при шизофрении оказались задания, связанные с созданием ситуации неопределенности выбора, с «глухой» инструкцией, когда испытуемому не давалось достаточных ориентиров для выбора принципа решения, для выбора оснований для классификации, обобщения и т.д. К этому кругу методик

относятся, прежде всего, такие, которые связаны с возможностью многозначных решений задания, с отсутствием жестко детерминированного единственного «правильного» решения (классификация предметов, метод сравнения предметов и явлений, метод «исключение лишнего», метод пиктограмм и т.д.). При подборе конкретных вариантов этих методик выяснилось, что наиболее отчетливо особенности мышления больных шизофренией обнаруживаются при необходимости установления связей и отношений (в процессе сравнения, классификации и т.д.) между разнородными, «далекими» друг от друга предметами и явлениями.

Таким образом, использование знаний о механизмах протекания познавательных процессов у больных шизофренией позволяет более дифференцировано осуществлять подбор конкретных экспериментальных методик патопсихологического исследования для выявления стертых форм нарушения мыслительной деятельности у больных с нерезко выраженным клиническими проявлениями заболевания, в целом оптимизировать процесс экспериментального исследования данного контингента больных.

Литература:

1. Критская В.П., Мелешико Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. - М., 1991
2. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. - М., 1974
3. Рубинштейн С.Я. Методики экспериментальной патопсихологии. - М., 1964
4. Поляков Ю.Ф. Исследование нарушений психических процессов при шизофрении // Шизофрения. Клиника и патогенез. - М., 1969

АЛЛЕЛЬНЫЙ ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА СЕРОТОНИНОВОГО РЕЦЕПТОРА 5HTR2A И ВЯЛОТЕКУЩАЯ РАННЯЯ ДЕТСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

К.З.Садуакасова

г. Алматы

Диагностика вялотекущей шизофрении в рамках ранней детской шизофрении (РДШ) трудна и спорна. Разногласие клиницистов при определении вялотекущей шизофрении в значительной мере связано с неоднозначностью и субъективностью клинических критериев болезни [1]. Варианты болезни, клиническая картина которых выражается преимущественно негативными расстройствами, представляются в диагностическом плане наиболее спорными, нередко не распознаются и вовсе не попадают в поле зрения детских психиатров. В данном сообщении изложены результаты исследования по поиску возможных ассоциаций вялого течения РДШ параноидной и шубообразной подростковой шизофрении с аллельным полиморфизмом гена серотонинового рецептора 5HTR2A в казахской популяции. Мотивацией для такого характера исследования послужили данные об ассоциации генотипа A2A2 гена 5HTR2A с негативными симптомами при шизофрении в других популяциях [2]. Вялое течение РДШ связано, прежде всего, с исподволь и незаметно развивающимся процессом с превалирующими негативными расстройствами над продуктивными.

Цель исследования – поиск ассоциации аллельного полиморфизма гена серотонинового рецептора 5HTR2A с клинико-патогенетическими проявлениями вялого течения ранней детской шизофрении и вариантами подростковой шизофрении. С учетом данных о вовлеченности серотониновых рецепторов в генез шизофрении были выделены несколько клинико-патогенетических характеристик пробандов (возраст, пол и прогредиентность процесса) из целого ряда других и был проведен анализ ассоциации их с аллельным полиморфизмом гена 5HTR2A.

Материал и методы исследования – было обследовано 112 больных шизофренией детей и подростков казахской популяции в детском отделении НИЦ ПППиН – 58 из них составили группу с РДШ. Внутри этой группы были выделены непрерывное и приступообразно-прогредиентное вялое течение – 15 человек. На момент обследования возраст больных непрерывной вялой шизофренией был 6.58 ± 3.51 , с вялым течением приступообразно-прогредиентной шизофрении – 7 ± 0 . Контрольная группа была составлена из числа медицинских работников и студентов КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова. Все исследованные дали информированное согласие на проведение исследований. Были использованы анамнестический, клинико-психопатологический, патопсихологический, катамнестический и

молекулярно-генетический методы обследования. Исследовался аллельный полиморфизм гена серотонинового рецептора 5HTR2A. Статистическую значимость частот в контрольной и исследуемой выборке оценивали с помощью критерия с² Пирсона по шестипольной таблице. Оценка ассоциации генотипов A1A1, A1A2 и A2A2 с шизофренией проводилась путем вычисления коэффициента относительного риска Odds ratio (OR), при отсутствии ассоциации ожидается, что OR=1. Ретроспективный анализ 15 случаев вялого течения РДШ показал, что даже при наличии симптомов дизонтогенеза процессуального характера ни в одном случае не было обращения к психиатрам на ранних стадиях развития заболевания.

Результаты и обсуждение: проведенное попарное сравнение в распределении частот генотипов A1A1, A1A2 и A2A2 гена серотонинового рецептора 5HTR2A в группе здоровых и больных с вялой формой шизофрении показало достоверное превышение частоты генотипа A2A2 с²=5.95 ($47 \pm 12.88^*$, n=15 и 19 ± 3.84 , n=104) у больных шизофренией. OR для носителей генотипа A2A2=3.68. Для оценки ассоциации аллельного полиморфизма гена 5HTR2A в разных клинических группах было проведено попарное сравнение частот его генотипов вялого течения РДШ с параноидной и шубообразной формами с манифестом в подростковом возрасте.

Сравнение с параноидной шизофренией у подростков выявило достоверное превышение частоты генотипов A1A2 и A2A2, соответственно: с²=18.6 ($40.54 \pm 8.07^*$ n=37 и 8.62 ± 3.68 , n=58) и с²=17.5 ($51.35 \pm 8.21^*$ n=37 и 12.07 ± 4.27 , n=58). Распределение частот генотипов по полу также выявило различия для генотипов A1A2 и A2A2: для лиц женского пола, соответственно с²=10.43 ($21.62 \pm 6.76^*$, n=8 и 1.72 ± 1.7 , n=1) и с²=5.41 ($27.02 \pm 7.30^*$, n=10 и 6.89 ± 3.32 , n=4). Для лиц мужского пола различия не достоверны.

Сравнение в распределении частот генотипов при шубообразной шизофрении подростков и вялой РДШ, показало достоверное превышение частот A1A2 и A2A2 при шубообразной шизофрении – с²=17.01 ($52.94 \pm 12.10^*$, n=17 и 8.62 ± 3.68 , n=58) и с²=10.06 ($47.06 \pm 12.10^*$, n=17 и 12.06 ± 4.27 , n=58).

Примечание: * - различия статистически достоверны по отношению к РДШ

Распределение частот по полу не имеет различий для мальчиков. Распределение генотипов A1A1, A1A2 и A2A2 в группе больных с преобладанием негативных (10) и продуктивных (5) расстройств

соответственно было 1-3-6 и 2-2-1. Несмотря на малое представительство частот генотипов в этих группах, проведенное попарное сравнение частот генотипов в этих группах не выявило достоверных различий в распределении частоты генотипа A2A2, что вероятнее всего служит косвенным доказательством клинического положения о единстве позитивных и негативных симптомов при шизофрении [3]. Полученные результаты в целом могут свидетельствовать в пользу существования ассоциации аллельного полиморфизма гена 5HTR2A больше с негативными проявлениями шизофрении, нежели с продуктивными. Достоверное превышение частоты генотипа A2A2 в группе больных подростковой шизофренией можно считать ещё одним подтверждением ассоциации генотипа A2A2 с негативными

расстройствами, так как каждая из исследованных форм шизофрении имела длительный инициальный или доманифестный этап с формированием личностных изменений, являющихся основными негативными проявлениями при шизофрении. Выявленные достоверные различия в распределении генотипов A1A2 и A2A2 среди лиц женского пола требуют дальнейшего исследования, прежде всего, из-за малой выборки и в связи с тем, что до настоящего времени вопрос о характере наследования при шизофрении остаётся далеко неясным. Вероятнее всего, высказанное в 60-х годах предположение о доминантном гене, сцепленном с полом, или о двух генах, один из которых находится в X-хромосоме [4], требует дальнейшего изучения в соответствии с возможностями современной молекулярной генетики.

Литература:

1. Юрьева О.П. Клиника вялотекущей шизофрении у детей и подростков. М., 1971
2. Голимбет В.Е. Аллельный полиморфизм гена серотонинового рецептора (5HTR2A) и клинико-патогенетические особенности больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Неврология и психиатрия. – Т. 2, 2000. - С. 36-39
3. Руководство по психиатрии под. ред. проф. Г.В.Морозова. -М., «Медицина», 1988. - С. 86-95
4. Давиденкова Е.Ф., Либерман И.С. Клиническая генетика. - Ленинград. «Медицина», 1975. - С. 295-308

ИССЛЕДОВАНИЕ АЛЛЕЛЬНОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА СЕРОТОНИНОВОГО РЕЦЕПТОРА 5HTR2A У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В КАЗАХСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

К.З.Садуакасова, Г.С.Святова

г. Алматы

Активные поиски генетических маркёров шизофрении стали возможными с развитием молекулярной генетики. Поиски генетических маркеров шизофрении привели к исследованию гена серотонинового рецептора 5HTR2A, так как ряд исследователей обнаружили ассоциацию аллельного полиморфизма этого гена с шизофренией.

Известно, что каждый ген может быть представлен множеством форм, их называют полиморфными вариантами гена, а само явление обозначают термином молекулярно-генетический полиморфизм. Полиморфизм обусловлен изменениями в последовательности нуклеотидов в ДНК гена, представленными различными вариантами. Одним из методов исследования является выбор гена, нарушения в структуре которого предположительно могут вызвать развитие заболевания (такой ген называют «ген-кандидат») и изучение того, насколько его полиморфизм связан с развитием исследуемого заболевания [1]. Из всех известных нам исследований на данный момент наиболее перспективными можно считать исследование по участию полиморфных вариантов гена рецептора серотонина

5HT2A в развитии шизофрении [1, 2]. В исследованиях [3] показано, что частота генотипа A2A2 в группе больных, для которых характерны ярко выраженная негативная симптоматика (снижение уровня личности) и наследственная отягощенность, значимо выше, чем в группе больных с незначительными изменениями личности. Повышенный интерес к исследованию гена серотонинового рецептора 5HT2A объясняется ещё и тем, что в ряде популяций такой ассоциации обнаружено не было [9, 10], а в казахской популяции таких исследований не проводилось. Учитывая тот факт, что в ряде исследований ассоциация не была обнаружена, можно предположить, что ее наличие или отсутствие было связано с особенностями исследуемой выборки.

Цель исследования: изучение ассоциации генотипов A1A1, A1A2 и A2A2 гена серотонинового рецептора 5HTR2A с отдельными клинико-патогенетическими характеристиками, как течение и форма, половая принадлежность.

Материал и методы исследования: были обследованы больные шизофренией дети и подростки, а

также взрослые (с началом процесса в детстве), находившиеся на лечении в клинических отделениях Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК, в отделениях Городского Центра психического здоровья г. Алматы, а также дети и подростки с инициальными проявлениями шизофрении группы амбулаторного наблюдения. Выборка состояла из 112 больных шизофренией в возрасте от 4 до 30 лет. Возраст начала болезни определяли с момента инициальных её проявлений. Все обследованные лица были коренной национальности, проживали в разных регионах Республики Казахстан. Контрольную группу составили лица коренной национальности без наследственной отягощенности шизофренией из числа медицинских работников и студентов КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова – 104 человека. Во всех случаях было получено информированное согласие на проведение исследований и забор периферической крови (у родителей или опекунов больных детей, самих совершеннолетних больных, у лиц контрольной группы). Для исследования выборки были применены клинико-психопатологические, катамнестические, патопсихологические и молекулярно-генетические методы исследования.

Был определён ген-кандидат для молекулярно-генетического исследования – ген серотонинового

рецептора 5HT_{2A}. Статистическую значимость частот в контрольной и исследуемой выборке оценивали с помощью критерия с² Пирсона. Оценка ассоциации генотипов A1A1, A1A2 и A2A2 с шизофренией проводилась путем вычисления коэффициента относительного риска Odds ratio (OR) по формуле = a^d/c^b , где a и c – носители патологических генотипов здоровые и больные, b и d - не имеющие патологического генотипа здоровые и больные. Методика исследования аллельного полиморфизма гена серотонинового рецептора 5HT_{2A} описана ранее.

В соответствии с поставленной задачей проводилось попарное сравнение частот и аллелей в группах больных шизофренией и здоровых. Проведенное попарное сравнение частот генотипов и аллелей в исследованных группах показало, что генотип A2A2 достоверно чаще встречается у больных шизофренией ($c^2=11.25$, $p<0.05$). Аллель «2» достоверно чаще встречается при шизофрении, чем в группе здоровых ($c^2=5.72$, $p<0.05$). У здоровых достоверно чаще встречается генотип A1A2 ($c^2=7.74$, $p<0.05$) и аллель «1» ($c^2=5.7$, $p<0.05$). Относительный риск (OR) составил 2.82 для генотипа A2A2. Таким образом, относительный риск заболеть для носителей генотипа A2A2 увеличивается почти втрое, в то время как для носителей генотипа A1A1 этот риск не определяется.

Таблица 1

Распределение частот генотипов гена серотонинового рецептора 5HT_{2A} в группе больных шизофренией и контрольной группе (%)

		Частота генотипов						Частота аллелей	
		A1A1		A1A2		A2A2		pA1	pA2
	N	абс	%	абс	%	абс	%	%	%
Больные	112	8	7.15+1.72*	59	52.67+3.33	45	40.18+3.27*	33.48+3.15	66.52+9.94*
Здоровые	104	10	9.62+3.79*	74	71.15+3.11*	20	19.23+2.73	45.19+3.45*	54.81+3.45

Примечание: * - различия статистически достоверны ($p<0.05$)

Попарное сравнение частот генотипа A2A2 при РДШ и группой здоровых показало, что генотип A2A2 достоверно чаще встречается при РДШ ($c^2=14.9$, $p<0.05$). Odds Ratio для носителей генотипов A1A2 и A2A2 соответственно равен 1.62 и 1.89.

Попарное сравнение частот генотипов A2A2 у мальчиков группы РДШ и лиц мужского пола из группы здоровых показало достоверное превышение частоты генотипа A2A2 в группе больных мальчиков РДШ - $c^2=10.13$, $p<0.05$ ($18.96\pm11.81^*$, $n=11$ и 3.84 ± 1.88 , $n=4$). Относительный риск (OR) развития шизофрении для лиц мужского пола, носителей генотипа A2A2 равен 6.3. Различий в распределении генотипов A1A1, A1A2 и A2A2 между всей группой исследованных пробандов и ранней детской шизофренией не выявило достоверных различий между ними. Для носителей генотипа A2A2

относительный риск развития непрерывной ранней детской шизофрении равен 2.17, а в целом для группы ранней детской шизофрении равен 1.89. Согласно полученных данных, можно сделать вывод о существовании ассоциации гена серотонинового рецептора 5HT_{2A} с ранней детской шизофренией, которая играет определенную роль в формировании психопатологических проявлений; подтверждением злокачественности РДШ, которая во всех случаях связана с формированием тяжелого необратимого дефекта личности, служит и показатель риска заболеваемости, который для носителей генотипа A2A2 при наличии ряда факторов в 2-3 раза увеличивает риск заболеть РДШ; статистически достоверное превышение частоты генотипа A1A2 и A2A2 и аллеля «2» у больных непрерывной РДШ в сравнении со здоровыми и отсутствие значимых различий между клиническими вариантами РДШ вероятнее всего отражает вклад этого аллеля в

выраженность тяжести процесса, которая клинически проявляется в формировании за короткие сроки конечных состояний в виде олигофреноподобной формы дефекта при РДШ.

При изучении частот генотипов в группах больных с разными типами течения и клиническими формами, достоверно значимые величины относительного риска (OR) для генотипа A2A2 по сравнению с контролем обнаружены для всех групп, что служит подтверждением ранее высказанного предположения о вкладе этого генотипа не столько в формирование типа течения, сколько в развитие клинического разнообразия психопатологических проявлений шизофрении.

Полученные данные дают возможность предполагать участие полиморфизма A2A2 и аллеля «2» гена серотонинового рецептора 5HTR2A, как в проявлении самой шизофрении, так и в

формировании её клинических особенностей. Таким образом, впервые проведенное исследование полиморфных вариантов гена рецептора серотонина 5HTR2A в казахской популяции, позволяет сделать предположение о существовании достоверных различий в распределении частот генотипов и аллелей как между больными шизофренией и психически здоровыми лицами, так и между различными вариантами самой шизофрении. Полученные данные можно использовать при медико-генетическом консультировании, когда наличие специфических признаков шизотипического диатеза с периода раннего детства и возможное отягощение наследственности шизофренией вкупе с данными аллельного полиморфизма гена 5HTR2A (генотип A2A2) могут служить прогностическим критерием для риска развития РДШ уже в первые годы жизни ребенка.

Литература:

1. Inayama Y., Yoneda H., Sakai T. et al. Positive association between a DNA sequence variant in the serotonin 2A receptor gene and schizophrenia // Am J. Med Genet 1996, V.67, P. 103-105
2. Williams J., Spurlock G., Guffin P. et al. Association between schizophrenia and T102C polymorphism of the 5-hydroxytryptamine type 2a-receptor gene, European Multicentre association study of Schizophrenia (EMASS) Group // Lancet, 1996, V. 347, P. 9011
3. Голимбет В.Е. Генетика шизофрении // Ж. Неврологии и психиатрии. - Т. 3, 2003. – С. 58-63
4. Lin C.U., Tsai S.J., Yu Y.V.V. et al. No evidence for association of serotonin 2A receptor variant (102T/C) with schizophrenia or clozapine response in a Chinese population // Neuroreport 1999, V.10, № 1, P. 57-60
5. Verga M., Macciardi F., Cohen S., Pedrini S., Smeraldi E. No association between schizophrenia and the serotonin receptor 5HTR2a in an Italian population // Am J Med Genet, 1997, V. 74, P. 21-25

ДАЙДЖЕСТ ИССЛЕДОВАНИЙ ГЕНЕТИКИ ШИЗОФРЕНИИ ДЕТСТВА

К.З.Садуакасова

г. Алматы

Шизофрения – мультифакториальное заболевание головного мозга из группы системных, имеющее клинические проявления преимущественно в сфере психики, но затрагивающее соматовегетативную, двигательную, инстинктивную и другие сферы на различных уровнях – биохимическом, молекулярном и др. Естественен и поиск индикаторов шизофрении в разных системах организма, дисфункция которых в большинстве случаев проявляется комплексно. Всеми исследователями подчёркивалась важность вычленения маркёров риска конкретного заболевания (диагностическая специфичность маркёра), но в связи с конвергенцией воздействия разных факторов такая задача становилась трудно выполнимой.

В целом влияние окружающей среды на риск возникновения шизофрении носит эпигенетический характер: это либо генетически опосредованые различия в восприимчивости к средовым

воздействиям, либо обусловленное средой влияние на экспрессию гена [4]. Наблюдаемые клинические различия отдельных форм детской шизофрении, в свою очередь, явились основанием для предположения, что это и есть отражение существующих генетических различий между ними.

Собственно генетические исследования шизофрении были начаты в 20-х годах XIX века. Применились самые разнообразные методы исследования: генеалогический, метод переписи (выявляли уровень психических расстройств в популяциях, широком при этом использовался метод изолятов), в последующем стали проводиться эпидемиологические исследования. Результатом такого широкомасштабного изучения шизофрении явился ряд веских доказательств в пользу наследственной природы шизофрении. Были выявлены такие факты, что, частота шизофрении является крайне постоянной и удивительно сходной во многих странах мира,

несмотря на их социальные различия; в семьях больных шизофренией было обнаружено несомненное накопление шизофренических психозов, достоверно превышающее их частоту в общей популяции; была выявлена группа риска. Наиболее высоким является риск заболеваемости для детей больных шизофренией, в зависимости от того, один или оба родителя больны шизофренией, он несколько меньше для братьев-сестер и еще ниже для родителей. Появился термин «шизофренический ген», специфичность которого, по мнению исследователей, проявляется еще и в том, что в семьях больных шизофренией не наблюдается достоверного накопления психозов, за исключением маниакально-депрессивного психоза [16]; риск заболеваемости шизофренией находится в прямой зависимости от степени кровного родства, он более высок для родственников первой степени родства, чем для второй; увеличение риска заболеваемости детей в зависимости от состояния здоровья их родителей (например, в потомстве двух больных шизофренией родителей дети страдают только шизофренией). Последнее положение было расценено как важный довод в пользу генетического (нозологического) единства шизофрении. В это же время учёные пришли к выводу о том, что предиктор развития заболевания во многом зависит от ориентации психиатрической школы. Так, по данным Н.В.Ромашевской [45], для потомков семьи с одним родителем, больным шизофренией, риск заболеть ею составляет 7-17% (по данным разных исследований), при двусторонней отягощенности – до 46%; около 33% потомков больных шизофренией имеют другие психические отклонения. Теоретически же возможный шизофренический генотип наследуется при одном больном родителе у 35% потомков [43].

Фундаментальные исследования Башиной В.М. (1989) [2] были направлены на изучение особенностей патологической отягощенности семей больных ранней детской шизофренией, её связь с разными формами течения шизофрении у probандов, их диагностическое значение. Основное внимание уделялось анализу состояния родителей и ближайших родственников (деды, бабки, тётки, дядя, сёбсы). Было изучено 252 семьи, в которых были собраны сведения о 2125 родственниках probандов. Развитие этого направления получило в поисках связи между синдромом тотального дизонтогенеза в раннем детстве и такими особенностями поведения, как гиперактивность, повышенная агрессивность и антисоциальность у школьников.

Описанные в литературе предикторы шизофрении, представляющие собой «симптомы дисгармонии созревания» обнаружаются лишь на ранних возрастных этапах (первые 2 года жизни), в большинстве случаев редуцируются и не имеют аналогов на других этапах онтогенеза, что снижает их

значимость в популяционных исследованиях. Следовательно, возникла необходимость поиска предикторов в разных возрастных диапазонах. Если вклад наследственных факторов в этиологию шизофрении признаётся сегодня подавляющим большинством исследователей, то следует подчеркнуть, что далеко неясным остаётся вопрос о характере передачи этого заболевания из поколения в поколение.

В результате исследований о роли влияния наследственности и внешних факторов на проявление шизофрении, было выделено несколько факторов окружающей среды, влияние которых может увеличить риск возникновения шизофрении: вирусные инфекции, психосоциальные факторы, перинатальные вредности [19], рождение в зимние месяцы, рождение в густонаселённой местности [26].

На протяжении нескольких десятилетий тщательно изучались две альтернативные гипотезы – гипотеза полигенности [23, 22] и гипотеза единственного доминантного гена с неполной пенетрантностью [17, 25]. Согласно моногенной теории, почти все больные шизофренией должны быть гетерозиготами; вместе с тем, только у одного из четырех гетерозиготных носителей будет развиваться психоз. Полигенная теория предусматривает, что все гены обладают приблизительно равным действием на отдельные свойства, суммируются в системе и не проявляют ни доминантности, ни рецессивности. Полигенная модель хорошо согласуется с наблюдавшимся в клинике «спектром шизофренических расстройств», который включает в себя ряд переходов от манифестной шизофрении через случаи возможной и пограничной шизофрении к выраженным аномалиям личности. При этом родственники probандов с шизоидной психопатией должны рассматриваться как стоящие близко «к порогу», но ниже его. Нарастание риска заболеваемости у детей в зависимости от здоровья родителей (здоровый + здоровый и здоровый + больной) также, по-видимому, является результатом суммарного эффекта многих генов.

Факторы генетического риска шизофрении более тщательно стали исследоваться уже в 50-х годах XX столетия. Основным в те годы было когортное исследование потомства больных шизофренией родителей. Ряд авторов выявили особенности в развитии указанной группы детей, которые получили название «тотального дизонтогенеза» (pandevlopment retardation, pandysmaturation) или нейроинтегративного дефекта [21]. У обследованной группы детей (у 60%) с таким типом дизонтогенеза после 10 лет была диагностирована шизофрения. К числу специфических признаков тотального дизонтогенеза были отнесены своеобразная задержка в становлении физиологических рефлексов, нейровегетативных функций и когнитивной деятельности (зрительных и слуховых функций как

основы внимания, памяти и познания в целом) – их автор называет признаками энцефалопатии шизофренического типа. Усугубляющее влияние психосоциальных факторов риска, связанных с отрицательным воздействием психотической матери, в ряде наблюдений было исключено, т.к. наблюдавшиеся дети воспитывались небиологическими родителями.

В результате многолетних научных изысканий появился ряд признаков, которые можно с уверенностью назвать предикторами шизофренического процесса. Предикторы шизофрении описаны в литературе различными терминами – «шизоатаксия» [4], «шизотипические особенности» или «диссоциированный онтогенез»[3], «шизотипический диатез» или «нейроинтегративный дефект» [12], в которые вложено различное содержание с описанием тех или иных отклонений (психических, неврологических, моторных, соматовегетативных, патопсихологических и др.), базирующихся, в основном, на ретроспективном исследовании анамнеза у детей старше 3 лет или взрослых. Наибольший интерес в изучении данной проблемы представляют работы Fish B. (7), в которых прослежена динамика соматоневрологических и психических дисфункций с периода новорожденности у детей, рожденных от больных шизофренией родителей. Сочетание определенных неврологических и патопсихологических феноменов рассматривается автором как «нейроинтегративный дефект», обуславливающий особую биологическую уязвимость к возникновению психических заболеваний эндогенного круга у потомства от больных.

Конец 70-х годов XIX века поставил еще одну проблему перед исследователями шизофрении, которая заключалась в «дифференциации неполных, ослабленных фенотипов, детерминированных шизофренической наследственностью». Исследователи допускали, что среди соблизнецов больных шизофренией могут быть не только больные той или иной формой шизофрении, но и больные другим типом шизофренического или атипичного психоза, стертой формой, а также лица с различного рода непсихотическими расстройствами (шизоидная психопатия, т.н. «невротическая личность»).

Исследования Козловой И.А. и Трубникова В.И. [6] показали клиническую гетерогенность клинических форм детской шизофрении. Наблюдения семей 225 пробандов детской шизофренией, в частности проведенный ими анализ генетической общности между злокачественной и вялотекущей формами детской шизофрении показал, что доля общих генов подверженности к их проявлению равна 100%. Таким образом, проверка гипотезы, что генетически более отягощенной должна считаться злокачественная шизофрения по сравнению с вялотекущей, оказалась справедливой. При анализе степени генетической общности между шубообразной

и рекуррентной формами детской шизофрении потребовалось использование данных о сибах. Оценка доли общих генов между этими формами оказалась равной 51%, но полученные результаты требуют дальнейшего своего подтверждения.

Проблема превращения аминокислот и их производных при шизофрении занимала одно из ведущих мест в изучении природы этого заболевания еще с 20-х годов XIX столетия. Этому способствовало появление аминотоксической гипотезы патогенеза шизофрении, которая значительно стимулировала исследовательскую активность в этой области, а возникновение и бурное развитие психофармакологии и разработка новых, более совершенных методов исследования привели к тому, что изучение обмена аминокислот у больных шизофренией стало чрезвычайно интенсивным. Подавляющее большинство работ было посвящено изучению индолного и, особенно, серотонинового пути обмена триптофана, а также исследованию превращений ароматических аминокислот фенилаланина и тирозина и некоторых их производных.

Хотя обмен триптофана у больных шизофренией вызывает значительный интерес уже на протяжении многих лет, показатели главного пути превращения этой аминокислоты, идущего через кинуренин, исследовались на тот момент и до настоящего времени недостаточно. Уже в 60-ые годы XIX века было известно, что психические расстройства при некоторых заболеваниях сочетаются с нарушением этого пути обмена. На кинурениновом пути превращения триптофана происходит эндогенный синтез никотиновой кислоты, играющей очень важную роль в обмене веществ и в поддержании нормальной психической деятельности. Надо отметить, что обмен пиридоксина выступает в роли кофактора фосфорилированных ферментов, играющих решающую роль в регуляции обмена аминокислот. Исследования выявили, что нагрузка триптофаном родителей больных шизофренией не обнаруживает присутствия у них в крови токсических производных индола и фенола, в отличие от самих больных детей. Это дало основание авторам сделать вывод о том, что в патогенезе шизофрении важную роль играют не только явления аутоинтоксикации (ферментная недостаточность фенилаланина и триптофана), но и нарушения синтеза важных для жизнедеятельности метаболитов. Неисследованным остался аспект привитой шизофрении «пропфшизофрении», которая достаточно часто диагностируется при ранней детской злокачественной шизофрении.

Патогенетическая зависимость шизофрении от нарушения обмена биогенныхmonoаминов в головном мозге была освещена в ряде работ [9, 11, 6, 31]. С целью изучения особенностей обмена биогенных аминов у больных шизофренией в зависимости от типа течения, были изучены процентное

соотношение содержания в моче ДОФА, дофамина, норадреналина, адреналина и катехоламинов с одной стороны, и 5-оксигидроксусной кислот, триптомамина и N-метилникотинамида, объединённых в систему производных триптофана, с другой. Общее для этих исследований то, что нарушение функции декарбоксилаз в этих звеньях метаболизма биогенных аминов играет патогенетическую роль, по крайней мере, у части больных с психическими расстройствами, относимыми к шизофрении. Авторы «серотониновой» гипотезы шизофрении допускали, что биохимически это заболевание обусловлено дефицитом энзима, декарбоксилирующего 5-гидрокситриптофан [20, 26, 19]. В последующем предпринимались попытки объяснить, почему мозговая система декарбоксилаз, которая катализирует, помимо изученных, и другие звенья синтеза биогенныхmonoаминов, обнаруживает избирательную недостаточность на отдельных этапах их обмена. Была высказана гипотеза, что мощная в целом система мозговых декарбоксилаз объединяет группу специализированных ферментов с разной степенью хрупкости, но этот вопрос является предметом специального изучения на всем протяжении истории поиска «пулькового» гена в цепи биохимических превращений при шизофрении.

В рамках изучения серотонинergicкой системы мозга молекулярно-генетические исследования направлены на изучение генов, кодирующих аминокислотные последовательности триптофандегидроксилазы – ключевого фермента биосинтеза индоламинов, серотониновых рецепторов и переносчика (транспортёра) серотонина [26] в разных популяциях. В частности показано, что специфические виды полиморфизма гена триптофандегидроксилазы ассоциированы с суициальными намерениями [19, 23] и агрессией [25].

Серотониновым рецепторам типа 2A (5HT_{2A}) отводят ведущую роль в возникновении и развитии эндогенных психических заболеваний. При постмортальных исследованиях мозга отмечено уменьшение количества 5HT_{2A} рецепторов в префронтальной области. Установлена способность этих рецепторов связывать некоторые антипсихотические препараты, в частности, замедляющие развитие негативной симптоматики у больных шизофренией. При изучении антипсихотического действия клозапина было обнаружено его родство к 5HT_{2A} рецепторам, следовательно, функциональная вариабельность гена, кодирующего данные рецепторы, может влиять на клинический эффект клозапина. Нарушение функционирования 5HT_{2A} отмечается и при аффективных расстройствах [54]. Было показано, что частота генотипа A2A2 выше в

группе больных, отличающихся резистентностью к лечению атипичными антипсихотическими препаратами [15]. В работе Joober R.[24] был отмечен более ранний возраст манифестации у больных шизофренией с генотипом A2A2. В исследованиях Митюшиной Н.Г. с соавт. [8] показано, что частота генотипа A2A2 в группе больных (русская популяция), для которых характерны ярко выраженная негативная симптоматика (снижение уровня личности) и наследственная отягощенность, значимо выше, чем в группе больных с незначительными изменениями личности. Сопоставление групп больных с разными генотипами показало, что в группе носителей генотипа A2A2 преобладали больные с более тяжелыми формами течения шизофрении – непрерывной и приступообразно-прогredientной с нарастающим дефектом. Также были выявлены статистически значимые ($p < 1\%$) различия между возрастом на момент обследования больных – носителей генотипа A1A1 и больных с генотипом A2A2, а также между длительностью манифестного этапа заболевания и уровнем негативных расстройств. Большая длительность манифестного этапа у больных с генотипом A2A2 была связана не с более ранней манифестацией или экзацербацией заболевания, а со старшим возрастом больных. Также в группе носителей генотипа A2A2 был обнаружен больший процент больных, характеризующийся наиболее тяжелым уровнем негативных расстройств соответственно на 32,5% по сравнению с 14,3% для носителей генотипа A1A1, а в группе носителей генотипа A1A1 преобладали больные с легкими или незначительно выраженнымими личностными изменениями.

Исследование генетического полиморфизма гена переносчика дофамина (DAT) показало отсутствие связи его с шизофренией, характеризующейся расстройствами интеллектуально-волевой сферы, а также с неадекватностью эмоций (1). Наряду с этим была показана такая связь для синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей, манифестиции паранойяльных и психотических симптомов у больных наркоманией, употребляющих кокаин и шизоидно-тревожного расстройства личности.

Таким образом, накопленные по проблеме факторов риска развития шизофрении знания, хотя ещё и недостаточны для чёткой классификации и оценки специфичности выявленных факторов, однако позволяют разработать проекты соответствующих комплексных национальных и международных исследований. Целью таких исследований может быть дальнейшее продолжение поиска генов-кандидатов шизофренического процесса для разработки впоследствии мер превентивного вмешательства, т.н. «профилактической интервенции».

Литература:

1. Аксенова М.Г., Голимбет В.Е., Алфимова М.В. с соавт. Аллельный полиморфизм гена переносчика дофамина в группах больных эндогенными психозами. Связь с патологическими синдромами // Молекулярная биология, 2000. – Т. 34. - № 4. – С. 696-700

-
-
2. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статистика и динамика). - М., «Медицина» 1989
 3. Вроно М.Ш. Шизофрения. Мультидисциплинарные исследования. - М., 1972. - С. 77-106
 4. Голимбет В.Е. / Неврология и психиатрия // Генетика шизофрении, 2003. - № 3. - С. 58-65
 5. Коган В.Е. Аутизм у детей. - Л., 1981
 6. Милейковский Ю.А. Экскреция катехоламинов и производных триптофана при шизофрении / Ж. Невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1976. - Т. 76, Вып. 5. - С. 710-714
 7. Митюшина Н.Г., Абрамова Л.И., Каледа В.Г., Голимбет В.Е. Полиморфизм локуса A-1438-G гена рецептора серотонина типа 2A (5HT2A) у больных шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии, 2003, № 3. - С.43-46
 8. Потищук И.А. Обмен триптофана в организме больных шизофренией / Сб. Материалы юбилейной научной конференции. - Киев, 1967. - С. 108-111
 9. Ромашевская Н.В. // Ж. Неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1987. - № 10. - С. 72-76
 10. Рудзит В.К. Триптофан. - М., «Медицина», 1973
 11. Юрьева О.П. // Ж. невропатологии и психиатрии, 1970, № 8. - С. 1291-1295
 12. Эфроимсон В.П., Блюмина М.П. Генетика олигофрении, психозов, эпилепсий. - М., 1978
 13. Anthony E. // J. Children Contempt. Sur., 1982, Vol. 1. - P. 67-72
 14. Arranz M.J., Munro J., Sham P. et al. Metanalysis of studies on genetic variation in 5HT2A receptors and clozapine response // Schizoph. Res., 1998. -V. 32. - P. 93-99
 15. Bleuler M. Krankheitsverlauf, personlichkeit und verwandtschaft scizoprenen und ihre gegenseitigen Beziehungen.- In:Sammelung psychiatrischer und neurologischer Einzeldarstellungen, Bd.16. Leipzig, 1941. - V. 4. - № 1. - P. 149
 16. Book J. A genetic and neuropsychiatric investigation of a North-Swedish population. Acta genet. Statist. Med., 1953. - V. 4. - № 1. - P. 100
 17. Connon T.D. Abnormalities of brain structure and function in schizophrenia: Implications for etiology and psychopathology // Ann Med, 1996. - V. 28. - P. 533-539
 18. Du L., Bakish d., Ravindran A.V., et al. An assotion of 5HT2A receptor, serotonin transporter, and tryptophan gydroxylase gene polymorphisms in major depression // Am J.Med. Genet., 1998. - V. 8. - P. 522
 19. Evans J., Battersby S., Ogilvie A.D. et al. Association of the serotonin transporter gene with anxiety symptoms in patients presenting after deliberate self-harm // Neuropharmacology, 1997. - V. 36. - P. 439-443
 20. Fish B. Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development. - New York, 1978. - P. 442-485
 21. Gottesman I., Shields J. A polygenic theory of schizophrenia // Proc. Nat. Acad. Sci., USA, 1967. - V. 58. - № 1. - P. 199-205
 22. Hrdina P.D., Bakish D., Ravindran A. et al. Platelet serotonergic indices in major depression: up-regulation of 5HT2A receptors unchanged by antidepressant treatment. Psychiatric Res., 1997. - V. 66. - P. 73-85
 23. Joober R., Bendelfat C., Brisebois K. et al. T102C polymorphism in the 5-HT2A gene and schizophrenia relation to phenotype and drug response variability // J. Psychiatry Neurosci., 1999. - V. 24. - № 2. - P. 141-146
 24. Karlsson J. The longitudinal family distribution of Schizophrenia. Hereditas, 1964. - V. 52. - № 2. - P. 127-138
 25. Mann J.J., Malone K.M., Neilsen D. et al Association of a polymorphism of the 5HT2A receptor gene promoter region withalcohol dependence // Am J.Psychiat., 1997. - V. 154. - P. 1451-1453
 26. Manuck S.B., Flory J.D., Ferrel R.E et al. Aggression endanger-related traits associated with a polymorphism of the tryptophan hydroxyls gene // Biol. Psychiat., 1998. - V. 45. - P. 603-614
 27. Marselis M., Navarro-Matteu F., Murrau R. et al. Urbanization and psychosis: A study of 1942-1978 birth hogorts in the Netherlands // Psychol Med, 1998. - V. 28. - P. 871-879
 28. Slater E. Psychotic and neurotic illnesses in twins / Medical Research Council. Special Report Series. – London, 1953. - P. 278
 29. Wender P., Rosenthal D., Kety S. A psychiatric assessment of the adoptive potents of schizophrenics // In: The Transmission of Schizophrenia. London, 1968. - P. 235-250
 30. Woolley D.W. Биохимия психозов. - М., 1963. - С. 156-168

АЛЛЕЛЬНЫЙ ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА СЕРТОНОНИНОВОГО РЕЦЕПТОРА 5HT2A И ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ РАННЯЯ ДЕТСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

К.З.Садукасов

г. Алматы

Данные исследований [1], показавших преобладание острых галлюцинозов среди лиц с определенным

генотипом гена переносчика серотонина и исследования [2], показавшие способность антагонистов

рецептора 5HT_{2A} снижать выраженность негативной симптоматики при шизофрении позволили сделать вывод о возможной роли метаболизма серотонина в формировании негативной и позитивной симптоматики. Также были предприняты попытки обнаружить связь между клиническими особенностями больных шизофренией и полиморфизмом гена 5HT_{2A} [3] в разных популяциях.

Цель исследования - поиск ассоциации аллельного полиморфизма гена серотонинового рецептора 5HT_{2A} с клинико-патогенетическими проявлениями злокачественной ранней детской шизофрении.

Материал и методы исследования. Было обследовано 112 больных шизофренией детей и подростков казахской популяции в детском отделении НИП ППиН г. Алматы. Ранняя детская шизофрения была диагностирована у 58 больных. Код по МКБ-10 - F-2. Внутри этой группы были выделены непрерывное вялое и приступообразно-прогредиентное злокачественные течения РДШ - 43 человека. Начало возраста инициальных проявлений заболевания при злокачественных вариантах непрерывного течения у 28 пробандов 2.25 ± 1.32 и приступообразного у $15 - 7.1 \pm 3.41$. Контрольную группу составили лица титульной нации из числа студентов Казахского Национального медицинского университета им. С.Д.Асфендиярова и медицинских работников РНПЦ ППиН г.Алматы – 104 человека. Все обследованные лица были информированы о характере и целях проводимых молекулярно-генетических исследований. Были использованы анамнестический, клинико-психопатологический, патопсихологический, катамнестический и молекулярно-генетический методы обследования. Исследовался аллельный полиморфизм гена серотонинового рецептора 5HT_{2A}. Статистическую значимость частот в контрольной и исследуемой выборке оценивали с помощью критерия c2 Пирсона. Оценка ассоциации генотипов A1A1, A1A2 и A2A2 с шизофренией проводилась путем вычисления коэффициента относительного риска Odds ratio (OR). Методика исследования аллельного полиморфизма 5HT_{2A} гена серотонинового рецептора была описана в предыдущих публикациях.

Обсуждение результатов. Проведенный ретроспективный анализ периода младенчества выявил ряд общих симптомов, характеризующих процессуальный дизонтогенез в виде дефицита психической активности с периода младенчества. В данном сообщении приводятся описания наиболее часто встречающихся симптомов в группе лиц с ранней детской злокачественной шизофренией, одним из наиболее частых были нарушения ритма сон-бодрствование, пробуждение с плачем, криком. Нарушение инстинкта питания проявлялось в виде вялого сосательного рефлекса, застывания с открытым ртом у соска материнской груди в начале кормления. Отказ от груди можно было расценить как

нарушение формирования первичного уровня вегетативно-инстинктивной сферы. Присутствие в доме грудного ребенка, со слов ряда родителей практически не ощущалось, так как дети не проявляли реакции на дискомфорт, не плакали. Реже - проявляли гиперергические реакции на внешние раздражители. В связи с тем, что у детей нарушалось формирование фиксации взора – часть родителей обращалась к детским неврологам и окулистам, которые не находили каких-либо патологических нарушений. В динамике у этих детей так и не формировалась способность смотреть прямо на окружающих - отводили глаза, создавалось ощущение игнорирования присутствующих, эти проявления можно было расценить как нарушение формирования функции внимания и начальные проявления аутистического синдрома. Нарушение ориентировочных и хватательных рефлексов можно было отнести к задержке развития тонкой моторики, которое проявлялось в отказе от ползания и ходьбы и отсутствия способности удерживать и манипулировать игрушками. Нарушалось формирование игровой деятельности. Наиболее заметными были нарушения в формировании эмоциональной и речевой сферы, особенно отсутствие эмоциональной реакции оживления на появление лиц, ухаживающих за ними. Собственно предречевое развитие (гуление, лепет) практически не были заметны или отсутствовали вовсе - в итоге нарушалась коммуникативная функция речи и нарушение развития межперсональных отношений. В динамике можно было выделить два варианта дальнейшего развития процесса: с признаками регресса психической деятельности на фоне задержки психического развития в среднем в возрасте 3 ± 1.34 лет и с утяжелением психопатологической картины имевших место инициальных проявлений заболевания в возрасте - 1.6 ± 0.91 . При обоих вариантах выявлялись расстройства моторики, речи, поведения, аутистический синдром, стёртые аффективные, неврозоподобные и кататонические расстройства, с симптомами конечных состояний в виде олигофреноподобной формы дефекта. Распределение частот генотипов аллельного полиморфизма гена серотонинового рецептора 5HT_{2A} в исследованной выборке больных - A1A1-2, A1A2-30, A2A2-11. Распределение в контроле – A1A1-10, A1A2-74, A2A2-20.

В результате проведенного попарного сравнения частот генотипов с группой здоровых были выявлены различия для генотипа A2A2, который достоверно чаще встречается при злокачественной РДШ - $c2=18.42$ (при РДШ - 51.72 ± 6.56 , $n=58$ и 19.23 ± 3.86 , $n=104$ у здоровых). Относительный риск (OR) для носителей генотипа A2A2 в этой группе равен 4.5 (предполагается при OR=1 отсутствие ассоциации с заболеванием).

Сравнение частот генотипов при злокачественном и вялом вариантах РДШ выявило отсутствие

различий для генотипа A2A2 и достоверно значимое превышение частоты генотипа A1A2 в группе больных злокачественным течением РДШ с2=6.16 (69.76±7.0*, n=43 и 33±12.1, n=15).

Сравнение с частотами генотипов при параноидной шизофрении показало, что достоверных различий в распределении генотипа A1A2 нет. Генотип A2A2 достоверно чаще встречается при параноидной шизофрении -с2=10.95 (18.96±5.14, n=58 и 51.35±8.21*, n=19) и у лиц женского пола -с2= 9.13 (5.17±2.9, n=58 и 27.02±7.3*, n=37). Для лиц мужского пола различий в распределении генотипов нет.

Было проведено попарное сравнение с частотами генотипов злокачественной РДШ и шубообразной с манифестом в подростковом возрасте. Для генотипа A1A2 различия недостоверны. Для генотипа A2A2 достоверное его увеличение выявлено при шубообразной шизофрении -с2= 5.48 (47.05±12.10*, n=17 и 18.96±9.5, n=58).

Примечание: * - различия статистически достоверны по отношению к РДШ

У лиц женского пола -с2= 11.29 (35.29±11.59*, n=17 и 5.17±2.9, n=58). Для лиц мужского пола различий в распределении частот не выявлено.

Выводы: на факт накопления лиц женского пола среди больных приступообразной шизофренией с малой степенью прогредиентности и увеличение количества лиц мужского пола среди больных непрерывной вялотекущей шизофренией указывалось в исследованиях [4]. Данные, полученные при исследовании аллельного полиморфизма 5HTR2A, подтвердили эти клинические наблюдения, выявив превышение частоты генотипа A2A2 у лиц женского пола при приступообразно-прогредиентной шизофрении и отсутствие различий для лиц

мужского пола во всех группах, за исключением вялого течения РДШ. Ряд ученых выделяли параноидную форму шизофрении при злокачественно-прогредиентном, приступообразно-прогредиентном, периодическом и благоприятно, медленно текущем типах шизофрении. В то же время была доказана возможность перехода шубообразного течения шизофрении после первых приступов в непрерывное течение и пересмотру её в ряде случаев в пользу непрерывно-текущей параноидной шизофрении [5]. Следовательно, выявляемые различия в распределении частот генотипов, в частности генотипа A2A2, не определяют различные варианты течения, а скорее всего, отражают психопатологические особенности каждой из форм, преимущественно негативных симптомов, так как установлено, что негативные симптомы шизофрении чаще наблюдаются на начальных стадиях, а на отдаленных этапах её развития отсутствует параллелизм между негативными и позитивными симптомами. Достоверное превышение частоты генотипов A1A2 и A2A2 во всех клинических группах свидетельствует о связи этих генотипов с негативными расстройствами.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют в пользу существования ассоциации аллельного полиморфизма гена серотонинового рецептора 5HTR2A, в частности генотипа A2A2 с негативными расстройствами при шизофрении детско-подросткового возраста в казахской популяции. Полученные результаты требуют дальнейшего анализа в комплексе с данными по распределению частот генотипов гена 5HTR2A как внутри каждой из клинических групп, так и в связи с клинико-психопатологическими особенностями последних.

Литература:

1. Lesch K.P., Mossner R. // Biol Psychiat, 1998; 44:179-192
2. Spurlock G., Williams J., Daniels J. et al. // Psychiat Gen, 1995; 5:64
3. Голимбет В.Е. с соавт. Аллельный полиморфизм гена серотонинового рецептора (5HT2A) и клинико-патогенетические особенности больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Неврология и психиатрия. - № 2, 2000. - С. 36-39
4. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения. - М., Медицина. 1989. - С. 17-185
5. Алимханов Ж.А. Параноидная шизофрения. - Алма-Ата «Казахстан», 1987

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА РЕЦЕПТОРА СЕРОТОНИНА (5HTR2A) И ПАРАНОИДНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ В КАЗАХСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

К.З.Садуакасова

г. Алматы

Поиски генетических маркеров шизофрении привели к исследованию гена серотонинового рецептора 5HTR2A, так как ряд исследователей обнаружил ассоциацию аллельного полиморфизма

этого гена с шизофренией. Известно, что каждый ген может быть представлен множеством форм, их называют полиморфными вариантами гена, а само явление обозначают термином молекулярно-генетический

полиморфизм. Полиморфизм обусловлен изменениями в последовательности нуклеотидов в ДНК гена, представленными различными вариантами. Одним из методов исследования является выбор гена, нарушения, в структуре которого предположительно могут вызвать развитие заболевания (такой ген называют «ген-кандидат») и изучение того, насколько его полиморфизм связан с развитием исследуемого заболевания [1].

Цель исследования. Изучить аллельный полиморфизм гена серотонинового рецептора 5HTR2A у подростков больных шизофренией в казахской популяции. В данном сообщении приводятся результаты исследования в группе больных с параноидной формой, манифестирующей в подростковом возрасте. Было установлено, что параноидная шизофрения протекает, в основном, волнообразно, случаи исключительно непрерывного её течения редки [2], негативные симптомы болезни чаще наблюдаются на начальных стадиях, а на отдаленных этапах её течения отсутствует параллелизм между негативными и позитивными симптомами. Клинике параноидной шизофрении свойственны различные вариации, которые могут быть обусловлены особенностями начала болезни и темпом развивающегося процесса

Обсуждение. Согласно полученным данным, в инициальной стадии процесса в исследованной группе наиболее характерными были: уединение, явления метафизической интоксикации, утрата

социальных связей, психопатоподобное поведение, аффективное расстройство с беспорядочной сменой субдепрессии, гипомании, дистимии и озабоченности. Часто упоминающиеся неадекватный смех, разговоры с самим с собой наедине, были отнесены к ранней манифестации вербальных псевдогаллюцинаций, согласно исследованию Ж.А. Алимханова [3].

Проведенное молекулярно-генетическое исследование аллельного полиморфизма гена серотонинового рецептора 5HTR2A в этой группе показало, что величина относительного риска (OR) для носителей генотипа A2A2 при параноидной шизофрении равна 4.43. Попарное сравнение частот генотипов гена 5HTR2A показало, что генотип A2A2 достоверно чаще встречается в группе больных параноидной шизофренией, по сравнению с группой здоровых $c2=14.07$ ($51.35\pm6.08^*$, $n=37$ и 19.23 ± 2.73 , $n=20$). Для генотипа A1A2 - $c2=10.98$ (40.54 ± 8.07 , $n=37$ и $71.15\pm3.11^*$, $n=20$) (таб. 1). Различий в распределении частот генотипов в группе больных параноидной шизофренией и всей исследованной группой больных не выявило достоверных различий между ними. Частота аллеля «1» достоверно чаще встречается в группе здоровых, а аллеля «2» - в группе больных параноидной шизофренией, $c2=6.39$. Получено достоверное превышение частоты генотипа A2A2 при параноидной шизофрении при сравнении с группой РДШ.

Таблица 1

Распределение частот генотипов гена 5HTR2A при параноидной шизофрении (%)

Генотип	Параноидная		pA1	pA2
A1A1	3	8.11 ± 4.48	26.38±6.08	71.62±6.08
A1A2	15	$40.54\pm8.07^*$		
A2A2	19	$51.35\pm6.08^*$		
Всего	37	33.03 ± 10.58		

Примечание: * - различия статистически достоверны по отношению к сравниваемой группе

31 (83%) proband имел наследственную отягощенность шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Отягощенность суицидами близких родственников у 8 (21%).

Для параноидной шизофрении полученные данные о начале инициальных и манифестных проявлений болезни не во всех случаях указывали на подлинное начало процесса, так как почти во всех случаях в анамнезах пробандов указывалось на признаки эмоциональной отгороженности, снижение интересов, странное чудаковатое поведение, отсутствие интересов и побуждений с периода детства, которые не требовали обращения к врачам. Поэтому в большинстве случаев начало инициального периода по описаниям родителей почти

совпадало с началом развёрнутых манифестных состояний или слегка опережало. Характерным было наличие выраженных негативных расстройств в инициальном периоде, а продуктивные расстройства разворачивались в манифестном периоде на фоне уже т.н. «измененной личности».

Таким образом, полученные результаты могут быть расценены как подтверждение ассоциации аллельного полиморфизма гена серотонинового рецептора 5HTR2A, в частности его генотипа A2A2 в казахской популяции. Генотип A2A2 имеет высокий относительный риск, что также можно связать с полученными ранее данными о связи данного генотипа с негативными симптомами, которые при параноидной шизофрении появляются первыми и формируют так называемые «личностные изменения»

Литература:

1. Голимбет В.Е. Генетика шизофрении // Неврология и психиатрия
2. Елгазина Л.М. О клинических вариантах параноидной шизофрении. Дисс... к.м.н. - М., 1958
3. Алимханов Ж.А. Параноидная шизофрения

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБВИНЕМЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

А.Н.Саренко

В судебной психиатрии последствия черепно-мозговой травмы на протяжении многих десятилетий представляют собой наиболее распространенную психическую патологию, что обусловлено как объективными закономерностями современной жизни, связанными с научно-техническим прогрессом, так и с особой своего рода виктимностью в этом отношении лиц с криминальным анамнезом. В этой связи имеет значение и наличие определенной зависимости между характером патогномоничных для ЧМТ расстройств (помрачение сознания, расстройства настроения, интеллектуально-мнестические нарушения) и особенностями поведения этой категории больных, противоправного, включительно. По разным данным, почти у 80% обвиняемых при амбулаторной экспертизе ЧМТ является актуальной проблемой - анамнестической, клинической, экспертной. Исследование клинико-психопатологическим методом обвиняемых (280 человек), проходивших амбулаторное судебно-психиатрическое освидетельствование в Центре психического здоровья г. Алматы в период с 1999 по 2001 годы в связи с перенесенной до момента совершения правонарушения черепно-мозговой травмой, подавляющее большинство составляют лица мужского пола (93,2%); средний возраст обследованных составляет 29,6 лет. Системная клиническая оценка органических психических расстройств, в том числе травматического генеза, в судебной психиатрии в соответствии с многочисленными исследованиями органических психических расстройств (Гордова Т.Н., 1977; Белов В.П., 1986; Вандыш В.В., Пархоменко И.Н., 1998; Кудьярова Г.М., Нурмагамбетова С.А., Яровая Т.А., 1998; Айдельдяев Б.С., 2001; и др.) проводится в рамках функционального судебно-психиатрического диагноза с дифференциацией отдельных клинических вариантов патологии. Для экспертной оценки последствий ЧМТ на уровне медицинского критерия формулы невменяемости (статья 16 УК РК), как показывает обобщение результатов исследований, такая дифференциация должна проводиться с учетом: а) степени выраженности болезненных проявлений; б) особенности патогенеза и тенденции динамики; в) феноменологии ведущего психоорганического синдрома. Стандартные, различающиеся по тяжести

(с учетом общих патологических критериев) формы ЧМТ (Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Д., Потапов А.А., 1998) по результатам окончательного анализа выявляется со следующей частотой: а) легкая черепно-мозговая травма (сотрясения и ушибы легкой степени; 13-15 баллов по шкале Глазга, 1982) – в 5 наблюдениях (или составляет 62,5%); б) черепно-мозговая травма средней тяжести (ушиб мозга средней степени, подострое и хроническое сдавление вещества мозга; 8-12 баллов) – в 69 наблюдениях (29,7%); в) тяжелая черепно-мозговая травма (ушиб мозга тяжелой степени, диффузное аксональное повреждение и острое сдавление вещества мозга; 7-3 балла) – 18 наблюдений (7,8%). Указанная систематика тяжести последствий ЧМТ представляется предпочтительной и для экспертной практики, поскольку в нее заложен принцип функционального диагноза (Валовит В.Н., 1977; Петленко В.П., 1982; и др.). Оценка степени тяжести травматического поражения головного мозга при повторных ЧМТ, что в практической экспертной деятельности встречается достаточно часто, вызывает трудности. В этих случаях существует альтернатива (Вандыш В.В., Ражба Ю.Л., 2001): предпочтение с учетом очередности травм, приоритетности по степени их тяжести, учет кумулирующего эффекта в связи с совокупностью конкретных травм. Оценка тяжести поражения при повторных ЧМТ проводится с учетом приоритетной по степени тяжести травмы. У подавляющего большинства обследованных имеет место закрытая ЧМТ (217 человек, 93,3%), потеря сознания сразу после травмы (223 наблюдения, 96,1%). Повторные ЧМТ отмечаются у 107 обследованных (46,1%). Более 2 травм перенесли 67 человек (28,9%), которые в большинстве случаев оказались разнесеными во времени больше, чем на год. В соответствии с принятой периодизацией течение ЧМТ (Лихтерман Л.Д., 1994) необходимо учитывать три базисных периода течения в зависимости от тяжести травм протяженностью:

- острый (от 2 до 10 недель), 6 наблюдений, что составляет 2,6%;
- промежуточный (до 6 месяцев), составляет 11 наблюдений (4,7%);
- отдаленный (более полугода), составляет 215 наблюдений (92,7%).

Эти данные отражают длительность течения травматической болезни обследованных на момент освидетельствования. При оценке течения травматической болезни, обследованной с учетом существующих представлений, относительно патогенеза церебрально-органических заболеваний (Ушаков Г.К., Крылов Д.Н., 1973; Ковалев В.В., 1979; Вандыш В.В., 1994; и др.), необходимо учитывать такие принципиальные динамические характеристики, как прогредиентный характер течения болезни, резидуальное состояние. Под прогредиентной формой травматического поражения головного мозга подразумеваются те, при которых клиническая картина болезни отражает последовательную смену симптомов и синдромов – от более легких регистров к более тяжелым и необратимым; под резидуальными состояниями – относительно стойкие последствия перенесенной травмы головы, преимущественно дефицитарного типа. При исследовании установлено однозначное преобладание резидуальных вариантов органического психического расстройства травматического генеза (187 наблюдений, что составило 80,6%), что отражает удельный вес этого рода органических психических расстройств в популяции (Чуркин А.А., 2000; Кудьярова Г.М., 2001) и что значительно выше по сравнению со стационарным контингентом обследованных (Чикин Е.Н., 1996; Ражба Ю.Л., 1998; Пархоменко И.Н., 1999; и др.). Приведенные данные относительно этиопатогенетических особенностей характеризуют группу клинически актуальных последствий ЧМТ, прежде всего, как группу психических расстройств, представляющих собой реальную предпосылку нарушений способности соответствующих пациентов к произвольной регуляции своего поведения на момент совершения правонарушения. Исследования органических психических расстройств в судебной психиатрии (и не только этой нозологической группы) свидетельствуют, что приоритетной оценочной категорией должна считаться категория «ведущий синдром» («Функциональный диагноз в судебной психиатрии»; Москва, 2001). Под «ведущим синдромом» понимаются те психические расстройства, которые определяют клиническую картину травматической болезни пациента, на последовательных этапах экспертной ситуации – «актуальное состояние», т.е. состояние обследуемого на момент экспертизы, состояние в момент совершения правонарушения. Анализ проводимых наблюдений за последние 3 года свидетельствует о формировании в судебной психиатрии методически важного опыта использования формулировок и медицинского критерия через категорию «расстройства», базисную современную классификацию (МКБ-10; DSM-IV) и достаточно однозначную коррелирующую с категорией «синдром». Такой «синдромальный» подход обеспечивает диагностический процесс большей динамичностью, что

особенно важно в экспертных случаях. Следовательно, он может способствовать предупреждению неблагоприятных последствий «указонивания» диагноза психической болезни, сокращение числа диагностических расхождений, особенно, при экспертизах по разным делам. Полученные результаты свидетельствуют о достаточно типичной картине травматического поражения головного мозга. Об этом свидетельствует тот факт, что у 189 обследованных (81,5%) выделение «ведущего» синдрома на момент обследования («актуальное психическое расстройство») не представляло особых сложностей. Чаще других в качестве ведущего синдрома выявлялись личностные расстройства (F07.0 - органическое расстройство личности, органическая псевдопсихопатическая личность), которая наблюдалась у 87 обследованных (34,9%). Далее, в порядке убывания в группе обследованных следовали: когнитивные расстройства разной степени выраженности (F 02.8 – деменция; F 04.0 – органический амнестический синдром в связи с травмой головного мозга; F 06.70 – легкое когнитивное расстройство в связи с травмой головного мозга) – 51 наблюдение (22%); аффективное нарушение (F 06.3X0 – органическое аффективное расстройство настроения в связи с травмой головного мозга) – 36 наблюдений (15,5%); церебрастенический синдром (F 06.60 – органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство в связи с травмой головного мозга) – 31 наблюдение (13,4%); пароксизмальное (F 06.810 - другие психотические расстройства в связи с травмой головы) – 13 наблюдений (5,6%). У 14 обследованных (6,0%) выделение «ведущего» синдрома вызывало определенные сложности, ввиду полиморфности клинической картины, когда в равной степени выявлены такие составляющие классического психоорганического синдрома как когнитивные, аффективные и личностные расстройства. В соответствии с критериями МКБ-10 эти состояния могли быть обозначены как смешанное расстройство органической природы (F 06.37). Практически во всех наблюдениях клиническая картина была полиморфной, т.е. наряду с «ведущим» расстройством можно было выявить и сопутствующие. Последние, подчас затрудняли квалификацию «ведущего», значимого для экспертного решения расстройства (имитации интеллектуального снижения с церебрастеническими расстройствами), а иногда усугубляли его (аффективная дезорганизация «ведущего» субъективного расстройства). Основные расстройства при травматических поражениях головного мозга, по результатам исследования, часто сопровождаются когнитивными нарушениями (61,2%), преимущественно в виде легких изменений – поверхности, примитивности, ограниченности суждений, конкретности и ригидности мышления (36,2%), в 13% имели место расстройства интеллекта средней

степени тяжести, представленные, в том числе, нарушением критических способностей. В остальных 11,7% случаях, сопутствующие когнитивные расстройства представляются преимущественно нарушением памяти – дисмнестическими расстройствами. Полученные данные о частоте отдельных психоорганических синдромов относятся к современным представлениям о круге патогномоничных для органического психического расстройства клинических проявлений, в качестве которых в МКБ-10 предлагается две основные группы – деменции и психотические (галлюцинации, аффективные нарушения и др.); при чем последние «имеют меньше основания» быть причисленными к категории органических психических расстройств. В некоторых исследованиях подчеркивается и патоморфоз психоорганического синдрома вследствие перенесенной черепно-мозговой травмы, выражающийся в преобладании в классической триаде Вальтер – Бюеля когнитивных расстройств. Следует отдельно обратить внимание на частоту (57,3%) сопутствующих церебрастенических нарушений, представленных в основном повышенной утомляемостью, головной болью, головокружением, диссомническими расстройствами. Такая высокая частота встречаемых церебрастенических расстройств объясняется их патогномоничностью для психических нарушений травматического генеза. Действительно, травматическая астения (травматическая энцефалопатия с астеническим синдромом) – самое частое последствие черепно-мозговой травмы (Шумаков В.Н., Гиндин В.Я., Раширова Н.К.,

1981; Пивень В.Н., 1996, 1998 и др.), встречается у 62,4-64,8% больных (Арбатская Ю.Д., 1975; Шумский М.Г. 1983) называют астению «сквозным» нарушением всего периода отдаленных последствий. В рамках последствий травм головного мозга коморбидно с астеническими являются и аффективные расстройства, которые могут быть представлены от аффективной неустойчивости, раздражительности до очерченных дисфорических состояний по типу пароксизмальных (Докучаева О.Н., 1969; Гордова Т.Н., 1973 и др.). При исследовании полученных результатов, аффективные нарушения, как сопутствующие расстройства встречались в 47,8% случаев, причем самыми распространеными из них были аффективная неустойчивость и депрессивные расстройства (по типу тревожной депрессии), что может объясняться патопластическим влиянием на лиц, проходивших СПЭ, судебно-следственной ситуации. Личностные расстройства в качестве сопутствующих расстройств выявляются в 45,2% случаев, причем речь, в основном, идет о достаточно типичной при травматическом поражении головного мозга психопатоподобных расстройствах возбудимого круга по типу «огненной вспышливости» с истощаемостью, в других случаях – сочетающиеся с эпилептоидными, истероформными проявлениями. У 9,1% исследованных по анамнезу наблюдались сопутствующие пароксизмальные расстройства, в основном, в форме больших судорожных припадков. Во всех рассматриваемых случаях, перечисленные расстройства сочетались друг с другом в разных комбинациях.

Литература:

1. Коновалов А.Н., Васин Н.Я., Лихтерман Л.Д. и соавт. Клиническая классификация и построение диагноза черепно-мозговой травмы: метод. указание. – М., 1986
2. Штульман Д.Р., Яхно Н.Н. Закрытые черепно-мозговые травмы. Ушиб головного мозга – М.; Медицина, 1997
3. Гордова Т.Н. Отдаленный период закрытой черепно-мозговой травмы в судебно-психиатрическом аспекте. – Л., 1973
4. Давыдовский И.В. Травма, как биологическая проблема – арх.пат.; 1957. – Т. 19. - № 9
5. Кудьярова Г.М., Зальцман Г.И. Судебная психиатрия. Учебник для студентов вузов - Алматы, Медицина Баспасы, 1999

ГРАНДАКСИН В ЛЕЧЕНИИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЛИТЕЛЬНО И ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ПАЦИЕНТОВ

В.И.Шушкевич, О.Б.Джамбекова, Н.А.Хакимжанова

Актуальность проблемы в том, что с малыми формами психических отклонений встречается, прежде всего, не специалист-психиатр, а участковый терапевт, находящийся на переднем крае охраны психического здоровья населения (Кертиков

О.В., 1971), где особенно нужен постоянный контакт психиатра с врачом общего профиля.

По статистике 22% лиц с жалобами психосоматического характера отнимают до 50% и более рабочего времени врача (Stromgren E., 1955; Junn V.,

1964), основная масса которых нуждается в коррекции эмоционального состояния.

Материалы и методы

Особое внимание при отборе больных для лечения, уделялось пациентам с тяжелыми нарушениями: психосоматическими заболеваниями, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и другие, отнесенные к категории длительно и часто болеющих больных с толстыми картами, у которых значительную роль в клинической картине на фоне соматического страдания играют невротические черты.

Исследователи, изучавшие данную проблему, указывают на полиморфизм клинической картины у этих пациентов в форме сочетаний вегетативных проявлений, тревожных, алгических расстройств и неврологических элементов (Вейн А.М. и соавторы, 1995; Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986 г. и др.).

У таких пациентов характерны проявления различной степени тревоги, низкой эмоциональной устойчивости, не эффективность совладания со стрессом, панические атаки, боли в области сердца, эпигастрит, головные боли, головокружения, сердцебиение, одышки, обморочные состояния.

По данным ряда авторов психотерапевтическая коррекция психоэмоциональных расстройств, а также применение бензодиазепинов, антидепрессантов приводит к значительному уменьшению астеновегетативных расстройств.

При этом необходима не только рациональная идентификация всевозможных неспецифических (эмоциональных, психологических и др.) влияний в портфеле факторов риска каждого больного, но и целенаправленная адекватная психотропная

терапия, позволяющая купировать уже имеющиеся нарушения и не допускать их нарастания и хронизации.

Нами была предпринята попытка коррекции психоэмоциональных, тревожных расстройств у данных пациентов с использованием препарата грандаксин венгерского фармацевтического завода Эгис .

Грандаксин производное бензодиазепина тоди-зепам 2,3 бензодиазепин отличается от других бензодиазепинов как в химическом, так и в фармакологическом отношении, являясь дневным транквилизатором с мощным анксиолитическим действием, без побочных эффектов, характерных для бензодиазепинов (миорелаксация, атаксия, влияния на память, физическая и психическая зависимость).

Кроме анксиолитической (противотревожной) активности препарат обладает вегетонормализующей способностью, снижает психические проявления стресса, состояния психической напряженности.

В качестве дополнения к грандаксину в комплексное лечение был подключен витамин В1, имеющий большое значение для нормального функционирования центральной и вегетативной нервной системы. Витамин В1 участвует в адреналин-тиаминовой окислительной реакцией, под влиянием тиамина происходит удаление избытка катехоламинов (гормонов стресса) из тканей, при повышении нервно психического напряжения потребность в витамине В1 значительно увеличивается.

Результаты их обсуждения

Нами изучено влияние грандаксина на психовегетативный статус 60 человек (40 женщин и 20 мужчин), проходивших лечение в ГККП Городская поликлиника г. Рудного в 1999-2002 год в возрасте от 21 до 62 лет.

Согласно клиническим проявлениям пациенты распределялись следующим образом.

Заболевания	Общее кол-во	Проценты	Женщины	Мужчины
Всего:	60 человек	100	40	20
Бронхиальная астма	20 человек	33,3	13	7
Язвенная болезнь	15 человек	15	6	9
Гипертоническая болезнь II стадии	25 человек	42	21	4

Причем, зафиксировано при сборе анамнеза, что в 40% (24 человека) случаев сопутствовал шейный остеохондроз, хронический холецистит и хронический тонзиллит, соответственно у 45% (27 человек) и 25% (15 человек) - заболевания из группы тяжелых нарушений ирритирующей триады.

Из таблицы видно, что показатель заболевания бронхиальной астмы и гипертонической болезни выше у женщин, чем у мужчин, а язвенная болезнь выше у мужчин. Это объясняется тем, что женщины чаще обращаются за лечебной помощью, чаще лечатся, в том числе эффективно.

Наибольшая численность соматизации и тяжелых нарушений ирритирующей триады наблюдается у лиц от 42-51 лет. Видно, что во всех возрастных группах преобладает заболеваемость среди женщин, низкий уровень заболеваемости от 21-31 лет.

Особенностью в клинической картине было выраженное проявление активности симпатикотонии, а также прослежена связь между обострением вышеуказанных заболеваний в весенне-осенне время и срывом адаптивных возможностей организма на невротирующие воздействия, практически у всех

Уровень заболеваемости в возрастных группах

Возрастные группы	Женщины	%	Мужчины	%
21-31	4	10	2	10
32-41	10	25	6	30
42-51	17	42	7	35
52-62	9	23	5	25
Всего	40	100	20	100

больных преобладали пограничные психические расстройства в виде астеновегетативной, аффективной, обсессивной и ипохондрической симптоматики, т.е. имели дело с контингентом больных неврозами и психосоматическими расстройствами.

Лечебный комплекс также включал проведение методов суггестивной психотерапии, эриксоновской психотерапии, музыкотерапии, иглорефлексотерапии с активным использованием грандаксина и витамина В1.

В процессе лечения в обследуемой группе наблюдалось:

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

В среднем на 30% снизилось (90%) число обострений и дней нахождения на больничном листе вышеуказанных пациентов (особенно с ведущими расстройствами вегетативной нервной системы), в сравнении с данными по группам больных, не принимавших в таком объеме

медикаментозной (грандаксин) и психотерапевтической помощи.

Таким образом при анализе динамики клинической картины обращает внимание сочетание соматизации со сложными вегетовисцеральными нарушениями в генезе которых, вероятно, лежит длительная соматическая ирритация симпатической вегетативной нервной системы, где влияние грандаксина проявилось особенно отчетливо.

Выходы:

1. Применение грандаксина в комплексном лечении психовегетативных нарушений у длительно и часто болеющих пациентов значительно сокращает сроки лечения и помогает добиться позитивного суммарного эффекта с влиянием на течение и прогноз заболевания.
2. Наличие у пациентов хотя бы одного заболевания из группы тяжелых нарушений ирритирующей триады (хронический тонзиллит, хронический холецистит, шейный вертебральный синдром) рассматривается как соматический фактор развития невротической патологии с вегетативными нарушениями, поэтому применение грандаксина в этих случаях полностью обосновано.

Литература:

1. В.Д.Тополянский, М.А.Струковская *Психосоматические расстройства*, - М., Медицина, 1986. - С. 6-7
2. В.Б.Захаржевский, Л.Л.Дмитреева и др. *Неврозы. Экспериментальные и клинические исследования*. – Ленинград, Наука, 1989. – С. 126
3. В.И.Шушкевич *Роль ирритирующей триады в генезе нервно-психической патологии (ст. Вопросы психиатрии и наркологии)*. - Кустанай, 1991. – С. 72
4. В.И.Шушкевич, А.Д.Литвинович *Об опыте комплексной психотерапевтической работы на базе поликлиники общесоматической сети // Вопросы ментальной медицины и экологии*, 1997. - Т. 3. - № 3. – С. 28-31
5. А.У.Глеубаева, В.А.Яшина, А.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
6. С.С.Нусипбекова, Н.Е.Джаяхадова, Р.С.Майтбасова *Грандаксин в лечении психовегетативных нарушений у детей с пролапсом митрального клапана // Журнал Медицина*. - № 5, 2002. – С. 40-42
7. «И это все о нем». *Грандаксин глазами психиатров и интернистов // Материалы VI Российского Национального конгресса Человек и лекарство, сентябрь 2000*
8. В.И.Шушкевич, В.А. Яшина, Т.В. Дорохотова, Г.Р. Соенко, П.П. Соенко. *О роли Ирритирующей триады в генезе пограничной нервно-психической патологии у подростков. Вопросы ментальной экологии и медицины* т.8, 3, 2002 г.
9. В.И. Шушкевич, В.А. Яшина, Г.Р. Сорока, П.П. Соенко. *Об особенностях психотерапевтической работы с группами длительно и часто болеющих пациентов. Вопросы ментальной медицины и экологии* т. 9, 1, 2003 г.

КОНЦЕПЦИЯ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ В МЛАДШЕМ ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

А.А.Марашева

г. Караганда

Результаты масштабного многоуровневого исследования проблемы наркозависимости в РК, проведенного Республиканским научно-практическим Центром медико-социальных проблем наркомании в 2001 году, дают новое понимание проблемы профилактики наркомании. Обновленный взгляд на эту проблему, по мнению А.Л.Каткова, убеждает в реальности формирования феномена антинаркотической устойчивости населения Республики Казахстан и дает его основные компоненты: 1) полноценное прохождение и завершение этапа идентификации личностного развития; 2) адекватно сформированные навыки выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев; 3) качество «внутренней» ответственности (внутреннего локуса контроля), тесно связанное с предыдущим пунктом; 4) наличие адекватно сформулированного «собственного» конструктивного жизненного сценария с системой ценностей, исключающих потребление наркотических веществ; 5) наличие достаточных ресурсов для реализации вышеназванных сценариев; 6) полноценная информированность о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации основных жизненных сценариев. Наибольшим «весом» в вышеуказанном перечне, по результатам исследователей, обладает сочетание компонентов позитивного жизненного сценария, внутреннего локуса контроля, информированности о негативных последствиях потребления наркотических веществ.

Понятие психологической (антинаркотической) устойчивости, в свою очередь, является составляющей более общей – функциональной концепции здоровья (Катков А.Л., 1998-2001). В рамках данной концепции процесс развития индивидуального и социального здоровья человека понимается как формирование взаимообусловленных, взаимозависимых, взаимодополняющих фундаментальных способностей человека, обеспечивающих: 1) присутствие в реальности как активного объекта (соматическое здоровье); 2) взаимодействие с реальностью как полноценного субъекта (психическое здоровье); 3) усвоение, переработка и генерация, адекватно адаптирующие 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 [А.Л.Катков, 2002]. Естественным приоритетом в приведенной конструкции выступает феномен психологического здоровья. Ценность данной категории абсолютна, в то время как ценность других категорий здоровья опосредуется через феномен психологического здоровья. То есть, современного человека телесное здоровье интересует в той степени, в которой оно обеспечивает реальность психологических феноменов, известных как качество жизни и как позитивная идея жизни.

Разработка основных положений концепции психологического здоровья – антинаркотической устойчивости в младшем школьном возрасте позволяет эффективно определять степень как индивидуального, так и социального риска вовлечения в орбиту зависимости от психоактивных веществ в детском возрасте. Внедрение базисных элементов рассматриваемой концепции позволяет существенно модифицировать развивающие практики, используемые в лечении химически зависимых лиц и повысить их эффективность. Кроме того, данные практики, адаптированные в соответствие с потребностями социальной сферы (институты семьи, воспитания, образования), будут способствовать эффективному блокированию процессов распространения зависимости от психоактивных веществ среди детского населения. Концепция антинаркотической устойчивости – психологического здоровья является основной теоретической базой настоящего исследования. Данная концепция позволит систематизировать разнородные усилия по блокированию процессов распространения зависимости от психоактивных веществ. Собственно теоретический, концептуальный блок фокусирует усилия профессионалов (теоретиков и практиков), имеющих отношение к обсуждаемой проблеме, на комплексе взаимозависимых составляющих, являющихся сутью процессов вовлечения в зависимость от психоактивных веществ. Прикладной блок концепции позволяет сформулировать новые, более эффективные подходы к медико-социальной реабилитации химически зависимых лиц. А также, новые направления в сфере профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ.

Доказывая адекватность концепции антинаркотической устойчивости в отношении детей младшего школьного возраста, мы рассматриваем его основные компоненты применительно данного возраста.

Процесс полноценного прохождения и завершения этапа идентификации личностного развития начинается с младенчества и раннего детства, обретает структурированные формы в возрастном диапазоне 12-18 лет. К 18 годам по Э.Эриксону процесс идентификации должен завершаться. Следовательно, в младшем школьном возрасте говорить о полноценном завершении этапа идентификации личности невозможно. На основании проведенного теоретического и экспериментального анализа мы можем говорить о том, что особенности процесса идентификации у ребенка младшего школьного возраста можно определить с помощью изучения самооценки, уровня притязания и личностных качеств ребенка.

Данное личностное свойство является, в значительной степени, определяющим в формировании антинаркотической устойчивости личности. В связи с этим, вопросам адекватного формирования навыков ответственного выбора придается исключительное значение. Базовыми свойствами личности, с опорой на которые полноценно развиваются навыки ответственного выбора, являются: автономность и уверенность (нормативный возраст формирования 2-3 года); инициатива (нормативный возраст формирования 3-6 лет). Собственно навыки ответственного выбора формируются к 12-14 годам. Свойство ответственного выбора отличается от предпочтений или альтернатив тем, что содержит в собственной структуре умение отказаться от дивидендов конкурирующих сценариев (предпочтения или мягкие альтернативы псевдовыбора наличие таких характеристик не предусматривают), дезавуировать их внешнюю привлекательность.

Адекватно сформированные навыки выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев базируются на самоописании своих личностных качеств, способностей, возможностей, умений, потребностей, мотивов, любимых занятий, близких людей, то есть самосознания образа «я». Основной объем самоописаний занимают результаты самопознания: перечисление своих качеств, способностей, возможностей, умений, потребностей, мотивов, любимых занятий, близких людей и т.п. Эмоционально-ценостное отношение к себе мы определяли по словам и фразам, указывающим на отношение ребенка к своим особенностям, мотивам, поступкам, на степень самопринятия, самоудовлетворенности.

Итак, описанные феномены антинаркотической устойчивости, а именно полноценное прохождение и завершение этапа личностной идентификации, адекватно сформированные навыки выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев в младшем школьном возрасте представлены степенью сформированности адекватной самооценки, уровня притязания, самосознания. По мнению отечественных и зарубежных психологов данные

психические свойства представляют собой часть Я-концепции, которая формируется на основе совокупности имеющихся личностных качеств ребенка. Поэтому целью профилактики в младшем школьном возрасте следует рассматривать данные феномены как основу формирования конструктивной части Я-концепции.

Характеристики локуса контроля являются крайне важной составляющей самоорганизующей активности личности. Решение о необходимости такого рода активности и последующая деятельность в данном направлении первоначально исходит от личностной метапозиции с качеством внутреннего локуса контроля. Данное качество структурно оформляется в возрасте 12-18 лет. Ему предшествует формирование таких свойств личности как автономность (2-3 года), инициатива (3-6 лет), ответственность (5-12 лет).

Наиболее актуальным формирование ответственности становится с момента поступления ребенка в школу. Переход к школьному обучению означает коренную перестройку всего образа жизни ребенка. Перед первоклассником выдвигается целый ряд требований: он должен ходить в школу, заниматься тем, что предусмотрено школьной программой, выполнять требование учителя, неукоснительно следовать школьному режиму, подчиняться правилам поведения, добиваться результатов в учебе. Однако из-за недостаточной произвольности и несформированности волевых качеств многие первоклассники не могут подчинить свое поведение установленным правилам.

Среди показателей ответственности у детей младшего школьного возраста выделяют: осознание ребенком необходимости и важности выполнения поручений, имеющих значение для других; направленность действий на успешное выполнение порученных заданий (ребенок вовремя приступает, старается преодолеть трудности, доводит дело до конца и др.); эмоциональное переживание задания, его характера, результата (довolen, что дали серьезное поручение, беспокоится за успех, испытывает удовлетворение от сознания успешного выполнения, переживает оценку других и т.п.); осознание необходимости держать ответ за выполнение порученного дела.

Большой круг исследователей рассматривает волевые качества, в том числе ответственность, как устойчивую характеристику субъекта, стабильную черту личности. В младшем школьном возрасте это качество находится в процессе формирования. Этот процесс зависит от того, как развивается и усложняется деятельность ребенка (игра - учение - труд), какая деятельность в настоящий момент является ведущей, как изменяется место, занимаемое им в системе общественных отношений. Поэтому об ответственности младшего школьника можно говорить как об относительно устойчивом качестве,

проявляющимся на уровне привычки, эмоционального порыва или на уровне сознательно-волевой напряженности. Целесообразно рассматривать проявление ответственности у младших школьников отдельно в разных видах деятельности.

В качестве основных критериев проявления ответственности в учебной деятельности у младших школьников могут выступать: умение выполнять требования учителя сразу и до конца; умение планировать и организовывать свою деятельность; умение проявить самостоятельность на уроке и в подготовке домашних заданий; умение дать нравственную оценку своего поведения и поведения товарищей; проявление положительного отношения к учению и требованиям учителя, получение удовлетворения от преодоления трудностей в обучении; применение волевых усилий при выполнении задания и др. Ответственный ученик понимает социальные ценности учения, проявляет критичность в оценке своего отношения к учению, своего поведения, своих личностных качеств, умеет признавать свои ошибки, правильно истолковать их причины.

Структурное оформление конструктивной жизненной идеи происходит в том же возрастном диапазоне, что и процесс идентификации - 12-18 лет. Однако ко времени завершения данного возрастного периода, идентификационный жизненный сценарий может еще только формироваться и окончательно сложиться к возрасту 19-20 лет. Диагностика жизненного сценария ребенка младшего школьного возраста основывается на ценностно-смысловых доминантах, вписанных в образ мира ребенка, на основе которых он действует.

Сценарий формируется еще в раннем детстве, в основном, под влиянием родителей. Возраст от шести до десяти лет в психоанализе называется латентным периодом. В это время ребенок старается увидеть, скорее узнать как можно больше обо всем в мире. Он находится в постоянном поиске сюжета, к которому подошло бы его сценарное оборудование, а также героя, который указал бы ему надлежащую дорогу.

Сюжеты и герои живут в сказках и историях, содержащихся в книгах, которые он читал или рассказывали ему люди, пользующиеся его доверием, - мама, папа, бабушка, дедушка, друзья или детсадовский воспитатель, прошедший соответствующую педагогическую подготовку [E.Berne, 2001]. Рассказанная сказка или прочитанная история дает ему «скелет», в который входят: 1) герой, на которого ребенок хочет быть похожим; 2) злодей, который может стать примером, если ребенок подыщет ему соответствующее оправдание; 3) тип человека, воплощающий в себе образец, которому он хочет следовать; 4) сюжет – модель событий, дающая возможность переключения с одной фигуры на другую; 5) перечень персонажей, мотивирующих переключений; 6) набор этических

стандартов, предписывающих, когда надо сердиться, когда обижаться, когда чувствовать себя виноватым, ощущать свою правоту или торжествовать.

В конечном итоге, определялось формирование того или иного жизненного сценария ребенка. Так, конструктивный жизненный сценарий или высокое качество жизни преобладало в группе сравнения и, напротив, деструктивный жизненный сценарий, низкое качество жизни преобладало у детей исследуемой группы.

Наличие достаточных ресурсов для реализации конструктивного жизненного сценария. Данное свойство личности является, с одной стороны, интегрирующим и включающим вышеназванный перечень функциональных характеристик, поскольку к ресурсам личности следует отнести и факторы полноценного завершения идентификации, конструктивного формирования жизненного сценария, навыков ответственного выбора, качества внутреннего локуса контроля. Однако личность, действующая в режиме самоорганизующей активности, может эффективно управлять и биологическими ресурсами организма. А также получать доступ к суперресурсным инстанциям психического за счет манифестиации активности в духе диалогизированного сознания.

Обсуждаемое свойство личности формируется на протяжении всей жизни индивида. Однако наиболее активная, структурированная фаза имеет место в возрасте 12-25 лет. У детей младшего школьного возраста ресурсная достаточность личности базируется на диагностике силы Эго ребенка, его способности преодолевать неблагоприятные ситуации, противостоять им. А также на диагностике личностных резервов, т.е. копинг-ресурсов и особенностей защитных механизмов. Современные научные исследования доказывают, что к формированию зависимости от наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ у детей ведет недостаточное развитие у них личностных и средовых ресурсов, дефицитов в использовании эффективных копинг-стратегий и адекватных защитных механизмов.

Важным аспектом в профилактике наркозависимости в обществе является необходимость формирования профилактического информационного пространства. Неоспоримо влияние информационного пространства: средств массовой информации, видеопродукции и т.п., в том числе негативное - на личность и группы людей. Информация о вреде злоупотребления алкоголем для детей приходит в явное противоречие с массовым распространением алкоголизации среди взрослых. В отношении наркотиков вред их употребления детьми, как правило, легко признается. Опасность стать наркоманом также допускается. Большую часть детей эта угроза удерживает от злоупотребления. Однако широкое распространение сведений о наркотиках

может у другой части детей пробудить к ним не здоровый интерес, желание испробовать на себе их действие.

Углубление знаний о специфике развития антинаркотической устойчивости у детей способствуют совершенствованию технологии диагностики уровня сформированности свойств антинаркотической устойчивости в детском возрасте, а также разработке перспективы блокирования тенденции распространения зависимости среди детского контингента.

Основываясь на концепции антинаркотической устойчивости, мы выделяем ее основные компоненты относительно младшего школьного возраста:

- формирование конструктивной Я-концепции, которая включает в себя адекватную самооценку, уровень притязания и самосознания, формирующихся на основе имеющихся личностных качеств;

- качество «внутренней» ответственности (внутреннего локуса контроля);

- наличие конструктивного жизненного сценария с системой ценностей, исключающих потребление наркотических веществ;

- наличие достаточных ресурсов для реализации вышеназванных сценариев;

- информированность о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации основных жизненных сценариев.

Углубление знаний о специфике развития антинаркотической устойчивости у детей способствуют совершенствованию технологии диагностики уровня сформированности свойств антинаркотической устойчивости в детском возрасте, а также разработке перспективы блокирования тенденции распространения зависимости среди детского контингента.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ, КОМОРБИДНОЙ С ДЕПРЕССИЯМИ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

С.С.Одарченко

г. Омск

В последнее время проблема коморбидности депрессивных расстройств и иных психопатологических нарушений является одной из наиболее актуальных в современной психиатрии. В многочисленных научных исследованиях показан высокий уровень ассоциированных форм психической патологии, включающей помимо депрессий тревожные, фобические, шизотипические и соматоформные расстройства. Клиническая реальность и литературные данные убедительно показывают, что между депрессивными и коморбидными психическими нарушениями существуют устойчивые структурные связи, стереотип возникновения которых определяется этиологическими факторами, возрастом пациента, его социальной ситуацией, качеством жизни. В полной мере вышеизложенное относится к депрессиям позднего возраста. При значительном числе исследований, касающихся разных сторон проблемы аффективных нарушений, вопросам возрастного патоморфоза уделяется сравнительно небольшое внимание. Вопросы коморбидных соотношений при поздних депрессиях изучены недостаточно. В данном аспекте проблема коморбидности аффективных и аддиктивных расстройств особо актуальна, поскольку эти состояния потенцируют снижение социального статуса в пожилом возрасте.

В геронтопсихиатрическом отделении Омской клинической психиатрической больницы мы

наблюдали 37 пациентов (25 мужчин и 12 женщин) старше 65 лет, у которых депрессивные расстройства (F32 по МКБ-10) сочетались с симптомами алкогольной зависимости. Для более адекватного клинического анализа из исследовательской выборки были исключены пациенты, страдавшие алкоголизмом в пресенильном периоде. Клиническое исследование показало, что для данного контингента психически больных характерны специфические черты заболевания, которые указаны ниже.

Хроническая алкогольная интоксикация у данного контингента в целом характеризуется малой толерантностью при постоянном одиночном приеме крепких спиртных напитков. Алкоголизм здесь ассоциирован со значительным снижением памяти, гипотермией, социальной запущенностью, миопатией, остеопорозом, гипогликемией, гастроинтестинальными расстройствами и материальными проблемами.

Уровень алкоголизации при депрессиях позднего возраста возрастает при прекращении трудового поведения, причем уровень женщин, которые злоупотребляли алкоголем при выходе на пенсию в полтора раза выше, чем мужчин – 9 и 12 пациентов соответственно. Связанные с пожилым возрастом стрессы – трудности с сохранением занятости, снижение социального и профессионального статуса, утрата близких, вдовство, одиночество часто являлись поводом к увеличению потребления

алкоголя или приобщения к нему, усиливая или провоцируя аффективные расстройства. Возрастной социальный дискомфорт часто преодолевался с помощью легального и общедоступного “адаптогена” – алкоголя. Исчезновение с выходом на пенсию целого ряда сдерживающих социальных факторов, таких как необходимость выходить на работу в трезвом виде, рано просыпаться и т.д. способствовало быстрому формированию у пожилых лиц систематического злоупотребления алкоголем в отличие от трудоспособных возрастов, где больше распространено так называемое “пьянство конца недели”.

Характерной особенностью алкоголизации данного контингента является широкий спектр лекарственных препаратов, комбинируемых с приемом спиртных напитков, а также потребление спиртсодержащих медикаментов, прежде всего, корвалола (21 пациент). Последний потреблялся постоянно ежедневно, рост толерантности до 4-6 флаконов в сутки. При отмене корвалола у 17 пациентов мы наблюдали тяжелый синдром отнятия, в структуру которого помимо алкогольной абstinенции включается также и барбитуровая. Данные расстройства вкупе с аффективными расстройствами формировали весьма специфическое психопатологическое состояние. Клинически оно характеризовалось, прежде всего, тяжелой депрессией апатического (14 наблюдений) и тревожного (3 наблюдения) характера. Для структуры депрессий в этих ситуациях были характерны глубинные переживания собственной несостоятельности, приобретавшие экзистенциальный характер, пессимизм, идеи самоуничижения, самообвинения и раскаяния.

Здесь мы в 9 случаях наблюдали конгруэнтные аффекту негативные параноидные идеи, в 7 – в вечернее время эпизодические вербальные и слуховые галлюцинации. В первые два дня отнятия отмечалось грубое и недифференцированное компульсивное влечение, сопровождающееся поиском любых опьяняющих веществ. С целью изменения психического состояния пациенты принимали большие дозы транквилизаторов, амитриптилина, азалептина. В последующем компульсивное влечение затухало и сменялось вышеописанным депрессивным аффектом, который сочетался со значительными соматическими нарушениями – постинтоксикационной алкогольной гипертонией, тахикардией, аритмиями, кетоацидозом, гипогликемией. Абстиненция длительная, до 2-3 недель, литический выход сопровождался значительной астенией, малоподвижностью, пессимистическим взглядом на жизнь, навязчивым желанием опьянения.

Собственно соматовегетативный компонент абстиненции практически полностью редуцирован, истинных алкогольных делириев и галлюцинозов мы не наблюдали, также как и эпилептиформных расстройств, характерных для отнятия фенобарбитала.

В клинической динамике ведущего заболевания потребление корвалола значительно усиливало коморбидные депрессивные нарушения, вело к снижению интеллектуально-мнестических функций и уровня семейно-социального функционирования, ослабляло больных и ускоряло формирование марантического дефекта.

При алкоголизации, ассоциированной с коморбидными депрессиями позднего возраста, мы наблюдали делириозные расстройства на высоте алкогольного опьянения (16 случаев). Вечерами в состоянии алкогольного опьянения пациенты становились дезориентированными, моторно возбужденными, тревожными, совершали хаотичные движения, прятались, поведением обнаруживали наличие вербальных и зрительных обманов восприятия. Продуктивный контакт с больным в эти моменты был весьма затруднен, а то и вовсе невозможен. К утру состояние постепенно выравнивалось, период помраченного сознания полностью амнезировался.

Отметим высокий уровень суициального поведения при депрессиях, ассоциированных с алкогольной зависимостью. Из числа наблюдавшихся пациентов у 23 в течение последнего года выявлены суицидальные намерения, а у 11 – суицидальные попытки. Для этих суицидов характерен недемонстративный одиночный характер, не продуманность суицидальных поступков (прием уксуса, попытки отравления бытовым газом и/или нетоксичными медикаментами, прежде всего, антидепрессантами и транквилизаторами), некритичность, они ассоциированы, в первую очередь, с постинтоксикационными алкогольными расстройствами. После опьянения у пациентов усиливалось чувство вины и отрицательная самооценка, происходила депрессивная переоценка прошлого и формировалась пессимистическая оценка будущего. Нарастающее внутреннее напряжение, необоснованное беспокойство, мучительное чувство неопределенной угрозы сопровождалось “блужданием по темным коридорам памяти”. Вся психическая жизнь сосредотачивалась в замкнутом круге кататимно заряженных представлений, отражающих депрессивные идеи виновности (поиска возможных просчетов, ошибок, неблаговидных поступков, алкоголизации). Собственная “никчемность”, ассоциированная с “пьянством”, приобретала особую значимость. Формирование подобного кататимного комплекса с суицидальным поведением было тесно связано с преморбидными свойствами: щепетильностью, высоким уровнем ответственности, гиперсоциальностью.

Лечение данных расстройств затруднено рядом факторов. Коморбидные соматические заболевания в позднем возрасте значительно ограничивают возможности лечения и алкогольных, и аффективных расстройств, как за счет изменения толерантности к препаратам, так и за счет проблемного комплаинса,

обусловленного нарастающими интеллектуально-мнестическими расстройствами. При лечении этих пациентов основной терапевтической мишенью помимо аффективной симптоматики было влечение к алкоголю, наиболее высокую эффективность показали антиконвульсанты – дифенин от 0,117 до 0,351 в сутки и карбамазепин от 0,1 до 0,6 в сутки. Последний был предпочтительней в ретардированных формах в аналогичных дозах. Также показана высокая эффективность препаратов лития и нейролептиков седативного действия – аминазина и тизерцина в среднетерапевтических дозах. Эмоционально-стрессовые методики лечения (“кодирование”), примененные у пяти пациентов практически

полностью купировали первичное влечение к алкоголю с параллельным усилением депрессивных расстройств, которые приобретали характер развернутых депрессивных эпизодов с суицидальным поведением.

Таким образом, алкоголизация, ассоциированная депрессивными расстройствами в позднем возрасте, специфицирует клинику коморбидных аффективных расстройств, усиливает и ускоряет дементную симптоматику и способствует социальному снижению пациентов. Противоалкогольное лечение следует проводить с учетом соматоневрологических и психических расстройств, характерных для позднего возраста.

ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ СОМАТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ

Р.С.Сейтмуратова, Л.З.Енсебаева, С.О.Пакеев

Алкоголизм - заболевание с прогредиентным течением, в основе которого лежит пристрастие к этиловому спирту. Злоупотребление алкоголем по данным ВОЗ является третьей после заболевания сердечно-сосудистой системы и онкологических заболеваний причиной смертности. Многими учеными доказано, что общая заболеваемость лиц, злоупотребляющих алкоголем, почти в 2 раза выше, чем у лиц, не склонных к пьянству.

Существуют наиболее специфические для алкоголизма виды соматических расстройств. Такие как жировая дистрофия печени, в патогенезе которых злоупотребление алкоголем играет ведущую роль. Заболевание печени наиболее характерно для алкоголизма и их выраженность определяется тяжестью алкоголизма. Частота неинфекционных

поражений печени прямо зависит от среднего потребления алкоголя в день и продолжительности злоупотребления спиртными напитками в годах. Важное значение придает непосредственному токсическому воздействию алкоголя на печеночные клетки нарушение липидного обмена, а также расстройствам, связанным с дефицитом в питании больных алкоголизмом белков, липотропных веществ и витаминов группы В.

Высокая смертность среди мужчин связана, в основном, с ростом алкоголизма. 60-70% мужчин, злоупотребляющих алкоголем, умирают в возрасте до 50 лет.

Нами проведен анализ лиц, проходивших судебно-наркологическую экспертизу за последние 3 года.

Таблица 1

	2000	муж	жен	подростки	2001	муж	жен	подростки	2002	муж	жен	подростки
всего проведено СНЭ	2553	2309	204	40	2212	1977	145	70	2155	1910	170	775
признано с алкоголизмом	2661%	255	10	1	2801%	256	21	3	4592%	432	18	9

В таблице 1 отражена динамика нарастания заболевания алкоголизмом среди лиц, совершивших то или иное преступление, среди всей популяции

обследуемых лиц она составила 1-2%. Нами взяты больные с алкоголизмом и сопутствующими соматическими осложнениями, что отражено в таблице 2.

Таблица 2

	2000 г.	2001 г.	2002 г.
Всего выявлено с алкоголизмом	266	280	459
1. Пневмония	1	2	3
2. Бронхиты	3	3	5
3. Туберкулез легких	5	6	8
4. Гипертоническая болезнь	2	3	6
5. Алкогольная кардиомиопатия	3	3	7
6. Жировая дистрофия печени	5	6	12
7. Хр. алкогольный гепатит	5	4	14
8. Хронически гастрит	4	4	8
9. Алкогольный цирроз печени	1	3	6
10. Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки	2	3	7
11. Хр. панкреатит	2	2	8
12. Сахарный диабет	-	2	1

Из числа проходивших судебно-наркологическую экспертизу с сопутствующей соматической патологией составили: в 2000 году - 33 человека (12,3%), в 2001 году - 41 чел. (14,6%), и в 2002 году - 85 чел. (18,5%) от всех выявленных больных.

У больных с сопутствующими соматическими заболеваниями в 2000 году заболевания органов и сердечно-сосудистой системы составили 5,2%, тогда

как заболевания желудочно-кишечного тракта - 7,1%; в 2001 г. с заболеваниями органов дыхания и ССС - 6,1%, ЖКТ - 8,5%; в 2002 г. с ЗОД и ССС - 6,3%, ЖКТ - 12,2%.

Проведя анализ по данной популяции обследуемых, можно сделать вывод, что наметилась заметная тенденция к росту заболевания алкоголизмом с характерными для него сопутствующими заболеваниями (динамика отражена в таблице 2).

Литература:

1. Судебная психиатрия под ред. Кудияровой Г.М., Зальцман Г.И., Алматы 1999
2. Миокардиодистрофия под ред. Василенко В.Х., Фельдман С.Б., Хитров Л.Х., Москва 1989
3. Алкоголизм под ред. Морозова Г.В., Рожнова В.Е., Бабаян Э.А., Москва 1983
4. Архив СНЭК

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ЛИЧНОСТИ СОТРУДНИКА СЛЕДСТВЕННОГО ИЗОЛЯТОРА

К.В.Берда

В основу настоящей статьи легла наша дипломная работа, выполненная на кафедре Прикладной психологии Восточно-Казахстанского Государственного университета. Проблема, разрешению которой была посвящена наша работа, – это проблема не только юридической психологии и ряда смежных социальных наук – но проблема всего общества.

В настоящий момент проблеме профессиональной деформации личности уделяется достаточно внимания. И это оправданно. Однако вопрос о деформации сотрудников пенитенциарных учреждений остается открытым. В условиях всеобщей гуманизации исполнения наказаний актуальность и важность изучения данного вопроса очевидна – необходим инновационный подход – функционирование психологических служб, где психологами ведется научно-исследовательская и практическая деятельность.

В нашей работе мы попытаемся осветить такой аспект профессиональной деформации, как нарушения в эмоциональной сфере личности, а именно – развитие агрессивности у сотрудника в условиях работы в следственном изоляторе. Проблема является наиболее острой и актуальной, поскольку агрессивное воздействие на осужденного отнюдь не является фактором реосоциализации, а порождает ответную агрессию.

Цель нашей работы – исследование профессиональной деформации личности: выявить взаимосвязь между службой в следственном изоляторе и возникновением гиперагgressивности и попытаться объяснить природу данной связи. Объектом исследования является личность сотрудника следственного изолятора, предметом – агрессивность, как аспект профессиональной деформации личности. В качестве интегратора, обеспечивающего включение изучаемого феномена в психику как в целостность, выступает личность (по Мясищеву). Была выдвинута гипотеза о том, что специфика работы в следственном изоляторе влияет на появление повышенного уровня агрессивности (гиперагgressивности). Базой исследования выступил следственный изолятор г. Усть-Каменогорска.

Используемые методики

В исследовании использовались следующие диагностические методы: Hand-test, Рисунок Несущего Животного, опросник Басса-Дарки, направленный на выявление степени агрессивности (использованный в исследовании для дифференциации физической и вербальной агрессии),

СМИЛ, тест М.Люшера. Основанием для выбора методик был выбран «принцип дополнительности». Данный набор методик позволяет наиболее полно, на сегодняшний день, оценить и описать агрессивность как психическое явление. По результатам корреляционного анализа можно выдвинуть предположение, что названные методики описывают одну и ту же психическую реальность с разных аспектов, обнажая исследователю различные ракурсы одного многогранного явления. Данные методики не дублируют друг друга, а дополняют, позволяя избежать фрагментарности восприятия и представляя целостную и полную картину сложного психологического феномена.

Описание выборки испытуемых

В исследовании участвовало 80 человек – 40 служащих следственного изолятора (экспериментальная группа), из них 16 сотрудников офицерского состава (8 сотрудников отдела режима и охраны и 8 сотрудников оперативного отдела) и 24 сотрудников-контролеров (сержантов) следственного изолятора и 40 сотрудников частных охранных структур использовалось в качестве контрольной выборки. Испытуемая выборка формировалась с учетом требования ее репрезентативности и адекватности. Обе группы уравнены по полу, по возрасту, по национальной принадлежности, по социальному статусу. Все испытуемые мужского пола. Возрастные параметры представлены разбросом от 23 лет до 34 лет. Средний возраст испытуемых 26 лет. Социально-демографические характеристики исследуемых: все испытуемые прошли службу в Вооруженных Силах РК, все являются уроженцами и жителями города Усть-Каменогорска и работают в силовых структурах.

Описание условий и процедуры эксперимента

Исследование проводилось поэтапно. Вначале проводилась работа с личными делами сотрудников с целью получения общих сведений о них. Затем был проведен опросник СМИЛ и тест Басса-Дарки, направленный на изучение агрессии, из которого были взяты две шкалы: шкала физической и вербальной агрессии. Далее были проведены проективные методики, которые не требуют много времени для проведения и обработки. Затем было проведено корреляционное исследование зависимости уровня агрессивности от индивидуальных характеристик сотрудников и промежуточный корреляционный анализ между результатами отдельных методик.

Исследование велось в рамках системного подхода. В психологии системный подход позволяет интегрировать и систематизировать накопленные знания, преодолевать их излишнюю избыточность, находить инварианты психологических описаний, избегать недостатков локального подхода, повышать эффективность системных исследований и процесса обучения, формулировать новые научные гипотезы, создавать системные описания психических явлений.

Профессиональная деятельность сотрудников ИТУ способствует развитию и закреплению определенных профессионально важных качеств (ПВК) специалиста. Вместе с тем она имеет такие психологические особенности, которые могут привести к нежелательным изменениям в личности сотрудника, отрицательно влияющим на его работу. В этих случаях речь идет о профессиональной деформации.

Профессиональная деформация личности – это совокупность психологических изменений личности, происходящая под влиянием специфических условий, целей и содержания деятельности. Причем имеются в виду отрицательные изменения, потому что иначе нужно было бы говорить о формировании, а не о деформации. Речь идет о профессиональной деформации сотрудников следственного изолятора, то есть о некоторых негативных последствиях, связанных с их профессиональными занятиями и выраждающихся в субъективных или объективных изменениях их личности и характера.

Хотим сразу отделить понятие профессиональной деформации от так называемого «синдрома сгорания». Оба эти состояния связаны с работой в исправительной службе. Различие заключается в том, что о «синдроме сгорания» принято говорить в контексте профессиональной деятельности, а профессиональная деформация относится, в основном, к жизни вне работы. Используя условную оппозицию «Профессионал - Человек», можно более наглядно представить разницу между этими двумя феноменами. «Я как профессионал» - это часть личности, которая ответственна за выполнение профессиональных обязанностей, носитель необходимых для этого знаний, этических установок и принципов; максимально проявляется в профессиональной деятельности. «Я как человек» - более центральная («своя») часть личности, включающая в себя некие обыденные представления о жизни и о себе, житейские установки и принципы; в основном, проявляется в так называемой «личной жизни». Пользуясь этими определениями, «синдром сгорания» можно представить как потерю контролирующей роли «Я профессионального», и внедрение «Я человеческого» в область профессиональной компетенции. На работе специалисты «по-человечески» устают и испытывают раздражение на своих клиентов. Профессиональная деформация, напротив, представляется как расширение господства «Я профессионального»

в область деятельности «Я человеческого». Придя домой, человек продолжает вести себя как специалист. В профессиональной деформации можно предположить две компоненты:

Изначальные склонности (преморбид). Еще до соприкосновения со своей будущей работой у человека уже есть черты характера и особенности личности, присущие представителям этой профессии. Они могут осознаваться их обладателем, приниматься как желательные и вызывать чувство гордости (например, желание помогать людям) или, напротив, быть неосознанными, подавляться и скрываться (например, интерес к частной жизни других людей)

Собственно профессиональная деформация. Профессиональная деятельность развивает эти личностные особенности, очерчивает и рельефно выпячивает их. Иногда (в случае с вытесненными чертами) профессиональная деятельность оправдывает их, дает им право на существование и проявление. Несомненно, изначальные склонности влияют на выбор соответствующей профессии. Они представляют собой «благоприятный» фон, почву, на которой в последующем разворачивает свою деформирующую деятельность профессия.

Исследователи профессиональной деформации – Г.Г.Шиханцев, В.В.Васильев, А.Е.Хохряков – выделяют следующие ее виды: должностная, депривационная, адаптивная профессиональная деформация, профессиональная девиация, профессиональная деградация.

Должностная профессиональная деформация проявляется в неограниченном применении власти, нетерпимости к воли других людей, их подавлению, некритичности к себе, к своим ошибкам, и наоборот, мелочность, придики к другим.

Депривационная профессиональная деформация обусловлена фрустрацией потребности различного уровня и содержания (невозможность получения положительных эмоций, тесных, дружеских контактов и т.д.).

Адаптивная профессиональная деформация характеризуется пассивным приспособлением личности к различным условиям деятельности, неспособностью адекватно оценивать ситуацию и находить приемлемые пути решения различных проблем.

Профессиональная девиация проявляется в не значительных отрицательных изменениях личности. Как правило, это явление мало влияет на успешность служебной деятельности и характер межличностных отношений.

Профессиональная деградация характеризуется профессиональной несостоятельностью, безнравственностью и аморальностью личности.

В общем, профессиональная деформация имеет следующие признаки (Л.В.Филонов, 1981), относящиеся ко всем выделенным ее видам: общее

обеднение лексикона, заимствование жаргона, некритичность к криминальной субкультуре, неадекватное восприятие осужденных, перенос стиля общения с осужденными на других людей, значительное сужение потребностей, огрубление личности в целом, но, наиболее серьезный и опасный аспект профессиональной деформации – это возникновение и развитие агрессивности.

Выводы

Итак, проделана работа, целью которой ставилось исследование профессиональной деформации личности, а именно: выявить взаимосвязь между службой в следственном изоляторе и возникновением гиперагgressивности и объяснить природу данной связи.

В ходе исследования были выполнены все поставленные задачи, в частности, была выявлена природа феномена агрессии именно в условиях следственного изолятора. При этом важно не то, что выделенная проблема не решена полностью (вся психологическая наука насчитывает очень ограниченное число решенных проблем), важно то, насколько исследователь продвинулся в решении проблемы. Об этом можно судить по тезисам, утверждениям, выражющим содержательные итоги исследования. Исследование велось в рамках системного подхода. В психологии системный подход позволяет интегрировать и систематизировать накопленные знания, преодолевать их излишнюю избыточность, находить инварианты психологических описаний, избегать недостатков локального подхода, повышать эффективность системных исследований и процесса обучения, формулировать новые научные гипотезы, создавать системные описания психических явлений.

Таким образом, в ходе проведения эксперимента, по ходу обработки, описания и интерпретации результатов, были получены следующие выводы.

1) Указывая на статистическую значимость различий признаков экспериментальной и контрольной группы, нужно сделать вывод, что гипотеза исследования нашла подтверждение – специфика работы в следственном изоляторе влияет на возникновение и развитие профессиональной деформации личности.

2) Была проанализирована среда следственного изолятора и выявлена специфика действия указанных признаков в этой среде. Среда, в которой осуществляется деятельность сотрудников следственного изолятора, значительно отличается от условий работы сотрудников других силовых структур. Специфика профессиональной деятельности сотрудников заключается в следующем:

1. *Отрицательное влияние микросреды подсудимых.* Необходимо учитывать, что осужденным свойственные психологические барьеры по отношению к сотрудникам, психические состояния агрессивности, враждебности и деструктивности. В указанной микросреде доминируют асоциальные нормы.

2. *Высокий уровень постоянных эмоциональных нагрузок,* в том числе стрессовых ситуаций, связанных с высоким риском психологической дезадаптации.

Высокую хроническую стрессогенность можно связать с такими детерминирующими факторами, как: постоянная угроза эмоциональной агрессии, постоянная угроза физической агрессии (особенно в настоящее время, когда распространена практика взятия заложников), высокий уровень эмоциональной окрашенности общения со спецконтингентом.

3. *Высокая степень «закрытости» исправительных учреждений*

4. *Наличие властных полномочий при ограниченном контроле их применения.* Анализ ответов сотрудников следственного изолятора, систематически совершающих противоправные действия по отношению к подследственным, показывает, что главным мотивом при выборе ими профессии был следующий: «Иметь доступ к неконтролируемому».

5. *Функциональная обоснованность отдельных работников и служб.*

6. *Депривация общения, дефицит позитивных впечатлений,* необходимость преодоления явного или скрытого сопротивления со стороны спецконтингента.

7. *Отсутствие четкой регламентации и неопределенность должностных обязанностей.* Желая упорядочить систему управления и определить каждому подчиненному сотруднику круг обязанностей, появляется множество детальных документов, приказов, постановлений. Психологически негативное последствие такой практики заключается в том, что она сужает поле свободных действий подчиненных, способствует формированию установки «действовать по инструкции» в ситуациях, требующих немедленного и нестандартного решения проблемной задачи.

8. *Специфический режим работы и связанные с этим затруднения в решении ряда вопросов личного плана.* Психологические изменения, порождаемые спецификой служебной деятельности, проявляются среди личного состава в виде алкоголизации, суицидов, высокой текучести кадров, в форме дисциплинарных нарушений, эмоционального выгорания и профессиональной деформации. Итак, видно, как в данных условиях возникает и развивается профессиональная деформация личности.

3) Корреляционное исследование зависимости уровня агрессивности от индивидуальных характеристик показало связь между указанным признаком (агgression) и уровнем образования. В частности, повышенный показатель агрессии характерен сотрудникам со средним и средне специальным образованием, у сотрудников, имеющих высшее образование этот показатель гораздо ниже. Вопреки ожиданиям, связи между должностным статусом, возрастом и уровнем агрессивности прослежено не было.

4) Промежуточное корреляционное исследование результатов проведенных методик показало статистически значимую связь между методикой Басса-Дарки (шкала физической агрессии) и Хандтестом; между шкалой физической агрессии теста Басса-Дарки и качественным показателем РНЖ – угрожающей позой животного; между шкалой вербальной агрессии теста Басса-Дарки и выделенные исследователями качественным показателем РНЖ – дополнительными деталями рисунка; связь между контуром фигуры РНЖ и позой животного. Связь четвертой шкалы (импульсивность) СМИЛ со шкалой физической агрессии теста Басса-Дарки.

Можно сделать вывод, что названные методики описывают одну и ту же психическую реальность с разных аспектов, не дублируя друг друга,

а, дополняя, представляют полную картину сложного психологического феномена.

5) Были проанализированы и предложены психотерапевтические методы коррекции обозначенного явления, разработаны и даны рекомендации в рамках пенитенциарной психотерапии

Данные выводы не претендуют на широкое распространение, поскольку *специфика выборки*, особые условия и содержание деятельности испытуемых, делают непрезентативным обобщение результатов исследования на категорию людей, при надлежащих иным профессиям.

Конечно же, наши размышления о профессиональной деформации личности не претендуют на полную объективность. Это лишь попытка обозначить тему, требующую более внимательного и серьезного подхода.

Литература:

1. Бэррон Р., Ричардсон Д. *Агрессия*. – СПб. - «Питер», 1999
2. Асмолов А.Г. *Психология личности*. - М., 1990
3. Анастази А. *Психологическое тестирование. В 2 т.* - М., 1982
4. Антонян Ю.М., Еникеев М.И., Эминов В.Е. *Психология преступника и расследование преступлений*. - М., 1999
5. Басс А. *Психология агрессивности*. - М., 1961
6. Братусь Б.С. *Аномальные личности*. - М., 1989
7. Братусь Б.С. *Психологические аспекты нравственного развития*. - М., 1988
8. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. *Словарь-справочник по психодиагностике*. - СПб, 1999
9. Васильев В. *Юридическая психология*. - СПб, 1999
10. Гришина Н.В. *Психология конфликта*. - СПб, 1999
11. Зимбардо П. *Патология эмоций*. - М., 1972
12. Кон И.С. *Нравственные начала в уголовном процессе*. - М., 1959
13. Лебедева Е. *Психологические аспекты работы с кадрами // Законность*, 2000, № 4
14. Майерс Д. *Социальная психология*. - СПб, 1998
15. Мургuleц Л.В. *Социально-психологическая диагностика личности*. - Л., 1988
16. Немов Р.С. *Психология*. В 3-х т. - М., 1998
17. Бодалев А.А., Столина В.В. *Общая психодиагностика*. - М., 1987
18. Рубинштейн С.Л. *Основы общей психологии*. - СПб, 1998
19. Перлз Ф. *Эго, голод и агрессия*. - М., 2000
20. *Практикум по психодиагностике*. - М., 1989
21. Леонтьев А.Н. *Практикум по психологии*. - М., 1972
22. Леоненко П.М. *Профессиональная этика участника уголовного судопроизводства*, 1981
23. *Психологический словарь*. - М., 1983
24. *Психотерапевтическая энциклопедия*. Под ред. Карвасарского Б.Д. - СПб, 1999
25. Реан А.А *Психология изучения личности*. - СПб, 1999
26. Рогов Е.И. *Настольная книга практического психолога*. - М., 1999
27. Фрейд З. *Психология бессознательного*. - Новосибирск, 1997
28. Фресс П., Пиаже Ж. *Экспериментальная психология*. - М., 1975
29. Фромм Э. *Анатомия человеческой деструктивности*. - М., 1994
30. Хохряков А.Е. *Парадоксы тюрьмы*. - М., 1999
31. Хъелл Л., Зиглер Д. *Теории личности*. - СПб, 1998
32. Чалдини Р. *Психология влияния*. - СПб, 1998
33. Чуфаровский Ю.В. *Юридическая психология*. - М., 1996
34. Шиханцев В. *Юридическая психология*. - М., 1999
35. Изард К.Е. *Эмоции человека*. - М., 1980
36. *Энциклопедия психологических тестов*. - М., 1997
37. Ярошевский М.Г. *Психология в 20 столетии*. - М., 1974

ПЕДАГОГИКА ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ СМЫСЛЫ ВОСПИТАНИЯ (на опыте работы родительских клубов)

И.И.Власенко

г. Ростов-на-Дону

Пойми, что ты больше всего на свете хотел бы делать, - и делай.

Р.Бах «Чайка по имени Джонатан Ливингстон»

Главное дело, которым я занимаюсь последние шесть-семь лет – родительские клубы. Дело, которое доставляет много организационных хлопот, приносит огорчения и радости; дело, которое не кормит и не обеспечивает, но занимает большую часть не времени, но жизни. ЦЕЛЬ: (как минимум!) помочь людям осмысливать и почувствовать интерес и радость самого процесса воспитания, ощутить себя в нем, как в полете. СМЫСЛ: сознание собственного опыта воспитания.

Я экспериментировала с разными формами клубов: при школе, в Психологическом центре, ветеранской организации, работая с молодыми родителями, родителями подростков, родителями-опекунами. Словом, некоторое представление о клубке (не отсюда ли: Клуб?) психологических проблем воспитания имею. А если представить этот клубок в виде разноцветных шерстяных нитей, то важно отыскать в нем всегда присутствующую, но не всегда лежащую на поверхности нить ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ВОСПИТАНИЯ. Более того, если в совместной работе удается ее найти и потянуть за краешек, то другие ниточки проблем начинают разматываться как бы «сами по себе».

Перебирая сейчас записи групповой работы, я все же сомневаюсь: стоит ли еще неосознанный в полной мере материал представлять профессионалам? С каждым днем убеждаюсь, что многого не знаю... Я не знаю даже того, чего я еще не знаю... В конце концов я говорю себе: «Стоп! Я позволяю себе не знать того, чего я не знаю, но я позволяю себе сказать о том, что я знаю или думаю, что знаю». Это смелое для себя заявление я смогла сделать после услышанного мною случайно (?) стихотворения Григория Остера:

Руками никогда нигде не трогай ничего.
Не впутывайся ни во что и никуда не лезь.
В сторонку молча отойди, стань скромно в уголке
И тихо стой, не шевелясь, до старости своей.

(Тем более, что и стоять-то уже недолго осталось). И все же я воспользуюсь этим советом, а поскольку он «вредный», то сделаю наоборот. Пусть это будет рассказ об опыте конкретного ДЕЛА. Сейчас, кажется, пришло в нашей стране время ДЕЛАНИЯ (и осмысления в процессе этого делания). Я даю себе отчет в том, что у каждого (и у меня) появится собственная «картинка» повествования, но я постараюсь главные детали сделать поярче.

Не верь глазам своим! Они видят только преграды. Смотреть – значит понимать: осознай то, что уже знаешь, и ты научишься летать.

Р.Бах «Чайка...»

Толчком к написанию этой работы послужил рисунок. Было это так... За пять минут до окончания урока психологии в 8 классе я нарисовала на доске «кляксу» и дала ученикам задание сделать из нее что-то для себя важное, какой-то рисунок. Вместе со звонком посыпались на меня нетленные шедевры. Один из них поразил меня! Четырнадцатилетний подросток с трудной семейной и школьной судьбой нарисовал автопортрет, в котором соединились неуклюжее большое тело и слабенькие тонкие ножки, острый взгляд и кривая усмешка, зарождающаяся сексуальность и почти детская неловкость. А через весь рисунок уверено и четко было написано: «Я РОЖДЕН БЫТЬ ХОРОШЫМ».

- Я люблю тебя! Ты хороший! – так, наверное, шептала мать этого мальчика, впервые увидев улыбку сына. Прошли годы...

- Ты любишь меня? Я хороший? – с усмешкой спросил на днях подросток свою мать, вернувшись в полночь с дискотеки и вытряхивая из карманов помятые сигареты.

- ЗА ЧТО тебя любить? Ты совсем отбился от рук: грубишь отцу, все время бессмысленно болтаешься с друзьями, запустил учебу, обижашь сестру.

- Вот-вот! Сестру ты только и любишь, а на меня тебе наплевать! – кричит срывающимся голосом сын и хлопает дверью...

И вот теперь эта мать, заплаканная и беспомощная, сидит в кабинете психолога, надеясь на помочь или... на чудо. Как ей помочь? Возможно ли?

Как ни странно, но в подобных случаях, чем хуже – тем лучше. Гром не грянет – мужик не перекрестится. Может и грубо, но, по сути, верно. Раскаты-то давно доносились, и ветерок уже листья срывал, и накрапывало. Но дремлющий (или по горло занятый «важными делами» родитель) грезил: авось гроза пройдет мимо. Но не проходит. Тогда в срочном порядке – стирку бросать, крышу чинить! Когда человек задумывается об экзистенциальных смыслах воспитания? Когда они утеряны хотя бы на короткое время. Родитель уже осознал: что-то «не так». И даже нашел силы прийти к специалисту. Запрос-то у него может быть манипулятивный, но подтекст экзистенциальный. И в этом случае есть надежда на позитивный прогноз.

С чего мог начинаться экзистенциальный конфликт, называемый обычно спором «отцов» и «детьей» (О материах почему-то умалчивается. Возможно потому, что в этой диаде еще сложнее с определением ГРАНИЦ)?

Сначала мать и дитя – единое целое. Потом – неизбежное отделение одного от другого и первое установление границ. Здесь еще нет конфликта, этот процесс считается физиологичным и естественным. Затем матери предстоит осознать, что теперь ее ребенок уже не часть ее существа. Теперь на свете ДВА человека (третий человек – отец ребенка – в этом процессе пока не участвует или как бы не участвует).

Конечно, малыш еще очень зависит от матери: она его согревает, нежит, питает. Уже ВОС-ПИТЫВАЕТ? Молодые матери рассказывают, какие сильные чувства они испытывают после родов, когда впервые видят свое дитя «вне» себя, когда начинают кормить грудью, когда вывозят в коляске на первую прогулку – и можно уже чуть-чуть отойти и вдруг (!), как в песне Высоцкого, ЗАМЕТИТЬ, что нас ДВОЕ. Такое отделение – закон Бытия. Какие чувства испытывают мужчины, когда встречают из роддома «двуих»? В старину существовал обычай: отцу новорожденного полагалось съесть «родильную ложку» каши, густо посоленной и круто наперченной. Наверное, чтобы почувствовал он хотя бы символически часть страданий, переносимых женщиной при родах или в назидание о будущих страданиях, когда «Малые детки спать не дают, а от больших сам не уснешь».

Конфликт определения границ «Я» – «НЕ-Я» неизбежен, но степень его проявления будет зависеть от многих внешних и внутриличностных обстоятельств: а если роды были трудными? а если ребенок родился с физическими недостатками? а если при всем этом встречать из роддома некому? Экзистенциальный выбор: остаться с ребенком или оставить ребенка – предстоит сделать женщине.

Предположим, малышу повезло – теперь они с мамой ВДВОЕМ. Как это осознается матерью: противопоставлением этого союза остальному миру? Ожесточением по отношению к внешнему миру? Или к ребенку, который теперь ее отделяет от этого мира? Кто теперь эти двое: «мы» или «я и он»? насколько слитно, насколько раздельно? Если бы этот вопрос мог решиться в одночасье! Но даже если решится, любой выбор будет иметь долгое «последствие». Бывает длиною в жизнь.

Пройдет три года, семь лет, четырнадцать... Кому? Ребенку? Да. Но и опыту ВОСПИТАНИЯ этого ребенка. ВОСПИТАТЕЛЮ столько же лет, сколько и воспитаннику. Предположим, ребенку семь лет. Родителям КАК ВОСПИТАТЕЛЯМ тоже семь лет. А теперь задача: сколько лет родителям, если сегодня у них родился второй ребенок? Что происходит с возрастом и опытом воспитателей? Снова «впасть в ранее детство»? Тогда старший ребенок почтвует себя брошенным. И снова приходится делать выбор. Есть такой экзистенциальный анекдот: «Кораблекрушение. За бортом остались жена и теща. Кого должен спасать мужчина?.. Того, кто не умеет плавать». Но, с другим, видимо, потом придется долго объясняться.

Но как же все-таки определиться, где кончается пространство материнского (отцовского) «я» и начинается «я» ребенка? Как решать воспитательную задачу, когда трехлетний ребенок говорит: «Я сам!»?

- Ни-з-зя!!! – часто восклицает родитель, - ты еще мал, ничего не понимаешь. Начинается традиционная родительская суггестия: детям нельзя шуметь, (грубить, курить, обманывать, уходить из дома...). Значит, детям нельзя, а взрослым – можно? Ну, подождите, я подрасту! Экзистенциальный вопрос о том, когда что МОЖНО, скорее всего не имеет однозначного ответа. Например, герой Аркадия Райкина рассказывает о своем детстве так: «Пить, курить и говорить я начал одновременно!»

Итак, первые отдаленные раскаты грома... Но их еще не замечают или думают о том, что еще есть время. А ВРЕМЯ в сознании человека имеет свойство сжиматься-растягиваться. Это особенно заметно в воспитании детей: чужие дети растут быстро, роста своих не замечаешь. Время как бы останавливается. В эту экзистенциальную ловушку попадают многие родители, но особенно часто – гиперропекающие. Вчерашний ребенок похож на сегодняшнего – и так каждый день, а время идет. «Вчера» мать жаловалась: «МЫ еще не научились проситься на горшок», а «сегодня»: «МЫ прогуливаем уроки в лицее». Сколько времени прошло между этими двумя событиями? А сколько – в сознании матери? Откуда это «мы»?

Экзистенциальный смысл ГРАНИЦ и ВРЕМЕНИ взаимосвязаны, а диада «мать и дитя», наверное, самая сложная для одного и другого. Со-зависимость и от-страненность – омут и овраг на

ландшафте воспитания. Со-зависимость как одержимость в воспитании (обычно единственного ребенка) я сравнила бы с омутом, которого не видно, но который всасывает и поглощает. Сопротивление почти бесполезно. Вот пример: в клубе занимается тридцатилетняя женщина, мать которой ей постоянно говорит: «Помни, с твоим рождением я умерла». Точнее – она «переключилась» на жизнь ребенка, а свою собственную пустила в режим «автопилота». Как и следовало ожидать, дочь не оправдала надежд матери и теперь эта женщина (уже бабушка) с тем же энтузиазмом принялась за внука, активно отстраняя дочь от процесса воспитания ребенка. Мать семилетнего мальчика делает попытки освобождения от навязываемого ей поведения. Возможно, ей удастся это сделать. Но удастся ли направить энергию «омута» в мирное русло?

От-страннынность похожа на овраг, который начинается с небольшой канавки; она все углубляется, ширится и, наконец, становится почти непреодолимым препятствием. Оттуда веет холодом... В

некоторых семействах из поколения в поколение дети воспитываются без любви. «Заболевание» передается по наследству. Это пример почти полного отсутствия воспитания, но уже само это отсутствие по-своему воспитывает.

Вот пример пятидесятилетней женщины, бабушка которой в свое время была «активной строительницей коммунизма». Родившийся ребенок был нежеланным, так как был серьезной помехой для дела, и воспитывался у случайных людей. Девочка выросла, родила дочь (которая тоже мешала ее карьере) и тут же отдала ее своей матери. Теперь бабушка-опекун занялась воспитанием внучки, реанимировав когда-то нереализованные материнские чувства. Эта девочка выросла, родила дочь и хотела быть хорошей матерью, но отношения были какими-то неровными, натянутыми, искусственными. Сейчас ее дочь уже взрослый человек, и мост через овраг от-странныности и нелюбви предстоит выстраивать с разных берегов оврага. Она надеется на это.

Чтобы летать с быстрой мысли или, говоря иначе, летать куда хочешь,... нужно, прежде всего, понять, что ты УЖЕ ПРИЛЕТЕЛ.

Р.Бах «Чайка...»

Опыт работы с людьми, так или иначе связанными с детством, говорит о том, что ВОСПИТАНИЕ для них имеет ОСОБЫЙ СМЫСЛ, насыщенный разнообразными оттенками: воспитание-любовь, воспитание-долг, воспитание-месть и т.д. Даже те люди, которые отказываются называть себя воспитателями (например, авторитарные педагоги-предметники), вкладывают в понятие «воспитание» какой-то свой особый смысл.

Воспитание обладает удивительным качеством: быть НЕЗАМЕТНЫМ в гармоничных и зрелых семьях, где из поколения в поколение передается особая атмосфера дружелюбного взращивания детей с продолжающимся собственным ростом и развитием. Наверное, такой процесс семейного воспитания можно назвать старинным русским словом ЛАД.

Мне нравится метафора математика Шаталова «Огурец в рассоле». Эта метафора процесса воспитания иллюстрирует, как мне кажется, идею Выготского о «зоне ближайшего развития», поэтому имеет возрастные ограничения, но суть передается образно и верно: чтобы получить хорошо засоленный огурец, не нужно им манипулировать: разрезать, начинять солью, утрамбовывать и т.п. Достаточно подготовить хороший рассол и поместить его туда, а огурец САМ возьмет себе все, что ему нужно. Хорошие хозяйки знают отличные рецепты и могут по ним готовить.

Воспитание в деструктивной семье – это унижения, обвинения, деспотизм, созависимость. Процесс воспитания превращается в тяжкий

изнурительный труд, вызывает чувства гнева, обиды, вины, отчаяния. Появляются желания обвинить, переложить ответственность, уклониться, исчезнуть. Неизбежно возникают мифы, ложь и обман и не только для «внешнего употребления», но и для себя. Например: у ребенка несносный характер (как и у папаши), ребенка испортила дурная компания, у него плохие учителя и т.д.

И вот, когда ситуация уже вышла из-под контроля, какой-то внутренний механизм самосохранения срабатывает, и человек, живущий в большом городе, начинает искать поддержку, опору. Бывает, что он обращается к специалистам на индивидуальную консультацию, терапию, в группы поддержки, в родительский клуб. О работе родительского клуба, его специфике еще будет сказано несколько слов. А пока о том, с чего обычно начинается такая работа. С постановки вопросов, связанных с воспитанием. Когда мы произносим слово «воспитание», что мы под ним подразумеваем? Кто такой воспитатель? А может ли родитель быть не-воспитателем? Когда? Почему? С этого начинаются поиски смыслов воспитания. Некоторые недоумевают: зачем нам это? Вы нам совет дайте, как на ребенка воздействовать! Не получив ответа, уходят. Просто не туда пришли. А те, кто остался, остаются надолго. И начинается РАБОТА. Вот пример такого совместного делания. Опуская описание процедуры обсуждения, полемических страстей, образования и разрушения группировок, работу со словарем, показываю некий совместно выращенный

плод, который уже «пинадкусывалы». Один из девизов родительского клуба: «Растем и развиваемся вместе (с детьми)». Что стоит за этими словами? Стали разбираться. Выготский выделил 6 эпох

взросления ребенка. Описание соответствующих им эпох «взросления» родителей как воспитателей нет. Или мы не нашли. И хорошо, что не нашли, потому что стали выстраивать их (пока на бумаге) сами:

1 этап
МЛАДЕНЧЕСКИЙ

ребенок родился, его родили и теперь осуществляют его первые потребности

РОДИТЕЛЬ(И)

2 этап
РАННИЙ ДЕТСКИЙ

его вынашивает на руках, нянчит, «пестует», (почти забытое русское слово и соответствующее ему по сути совсем не употребляемое).....

ПЕСТУН (нянька)

3 этап
ДОШКОЛЬНЫЙ

его вос-питывает, т.е. заботится о внешних и внутренних потребностях, питает

ВОСПИТАТЕЛЬ

4 этап
РАННИЙ ШКОЛЬНЫЙ

ребенок, как губка, впитывает знания! Новая родительская роль

УЧИТЕЛЬ

5 этап
ПОДРОСТКОВЫЙ

способствует расширению его кругозора, сам является образцом и героем для подростка

НАСТАВНИК

6 этап
ЮНОШЕСКИЙ

отсюда и на всю оставшуюся жизнь родитель – это

ДРУГ

Вот такая выстроилась эволюционная цепочка родительских ипостасей. Расти и развиваться вместе, значит следовать примерно таким путем. Мы умышленно не называли возраста детей, соответствующего определенному этапу, так как это в каждом случае индивидуально и неповторимо. Акцент мы делали на прохождение родительского пути. Нет ли где «застреваний» или неоправданного и рискованного опережения процесса? Конечно, эта схема не бесспорна, «для домашнего употребления», но она помогла ПЕРЕОСМЫСЛИТЬ многие вопросы воспитания. Произошла переформулировка первоначальных запросов в диапазоне от «Что С НИМ делать?» до «Что происходит здесь-и-сейчас со мной?»

После осознания (порой очень болезненного, но очищающего) того, что происходит в жизни семьи, каждый имеет возможность представить трудности воспитания как ВЫЗОВ, который бросает судьба. Экзистенциальный выбор каждый делает сам: продолжать обвинять ребенка, себя, судьбу или принять на себя ДЕЙСТВЕННУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ за собственный образ жизни? Выбор не может быть «правильным» или «неправильным», не может определиться в одночасье, но это может быть точкой отсчета к позитивным изменениям. Это может быть началом узенькой, но смелой тропинки «УДОВЛЕТВОРЯЮЩИХ ОТНОШЕНИЙ» между собственным миром и внешним миром.

Здесь жили чайки-единомышленники, каждая из них считала делом своей жизни постигать тайны полета, потому что полет – это то, что они любили больше всего на свете.

Р.Бах «Чайка...»

Жить в эпоху перемен – дело не из легких. Наверное, особые люди сюда призваны, способные выстоять и выстроить что-то новое. Почему-то вспомнился кусочек цветаевской прозы. Там семья живет сразу в двух домах: один недостроенный, другой недоснесенный. Там между «начатком» и «пережитком» туда-сюда кочуют. Многое старое теряет смысл, а многое новое еще не осмыслено. Время формирования смыслов и способов существования.

Пожалуй, никогда еще не страдало так семейное миро-здания. Во всяком случае – в нашей стране. Слова «социальное сиротство», «бездомовщина», «неполная семья», «созависимость» заняли в

речи активную позицию. Все, кого это коснулось, в большей или меньшей мере несчастливы. А может ли несчастный человек воспитать счастливого? Недаром же когда-то Макаренко требовал (!) от воспитателей колонии малолетних преступников: «Вывернитесь наизнанку, но будьте счастливы!» (цитирую по памяти). А если нет сил «вывернуться»? Тогда искать помощников. Кто будет этим помощником: учитель? психолог? дальний родственник? тренер? Наверное, не так важно. Важно, чтобы рядом с ребенком оказался достойный и принимающий его взрослый. Надо окружить ребенка такими людьми, приготовить этот «рассол»,

способный отдавать, а ребенок, возьмет, что нужно, сам.

Работа в клубе делает процесс осознания проблем воспитания более интенсивным, глубоким, всесторонним – ОСМЫСЛЕННЫМ. Это рождается в клубе: отношения с ребенком (воспитание и самовоспитание) могут строиться на основе ИНТЕРЕСА и РАДОСТИ. Это ориентир в гуманистическом воспитании. А как же детские протесты: грубость, непослушание, воровство, ложь? Как с ним быть? Нет ответов. Есть вопросы. Например, тема занятия: «ВОРОВСТВО». Двенадцать воспоминаний о своем детском воровстве. Что за ними:

Зачем все это мне? Мои дети выросли, они взрослые и самостоятельные люди. Кто мы сейчас друг другу? В вопросе – ответ. Мы – друзья. Нам нравится эта наша сегодняшняя жизнь. Но так было не всегда. Были взлеты и падения, огорчения и озарения, горести и радости.

протест, вызов, случайность, месть?.. 12 поворотов сюжета, 12 мотивов, 12 вариантов ответа. Затем дискуссии в группах и в круге. Пожалуйста, есть пространство для собственного выбора. Учись. Действуй. Ошибайся. Исправляй ошибки.

Любимое занятие в клубе – придумывание дизайнов (переосмысление известных). Это своеобразные конспекты прошлых занятий, это язык группы. «Родители – тоже люди», «Догнать и нанести добро», «Когда хочется ударить – обними» и т.д. Эти речевки – своеобразные «включатели» для коммуникаций по поводу воспитания. Ради этого приходят в клуб.

«Предела нет, Джонатан?» – подумал он с улыбкой. Иринулся в погоню за знаниями.

Р.Бах «Чайка...»

Я чувствую потребность отрефлексировать ценности собственного опыта воспитания. Я благодарю своего мужа, наших детей, наших друзей и близких за этот увлекательный совместный полет. Я хочу пригласить тех, кому это интересно, продолжить путь.

ПРЕНАТАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ: РАЗМЫШЛЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИИ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

И.Кренц, Х.Кренц (перевод Чобану И.К.)

Термин «расстройство личности», используемый как описательная диагностическая категория, едва ли подходит в качестве точки отсчета для этиологических размышлений. Во-первых, многие авторы подвергают сомнению обоснованность включения в эту категорию многих совершенно различных заболеваний. Более того, их классификация основывается на описательных симптоматических соображениях. Однако поиск релевантных условий развития требует «вертикальной» перспективы. Таким образом, мы должны иметь дело с вопросом, что объединяет различные нарушения личности «в их глубине». На этом этапе мы не можем обсуждать основы наших суждений, но мы заявляем о следующих предпосылках.

Термин «личность» описывает индивидуальное с перспективы относительной стабильности его структур и процессов (Rudolf, 1999). Тем не менее, личность рассматривается не только как статическая, сколько, как динамическая система (Millon, 1996). Она постоянно «создается вновь» во взаимодействиях со своим окружением. Ее эффективность произрастает как из ее относительной гибкости, так и из относительной стабильности. Мы

описываем функцию, которая регулирует гибкость и стабильность, как «структурную». Это «результат жизненного опыта человека, более точно, это образ, в котором его личная история была пережита, неврологически организована и представлена и мнемонически записана» (Deneke, 1999). Эффективная структурная интеграция дает возможность установить связи между индивидуумом и другим (установление близости с другим), обеспечивает способность отличать себя от другого (установление автономности и, таким образом, дифференциации от других), а также способность восстанавливать интрапсихический баланс (восстановление целостности внутри себя) (Rudolf, 1999) (1). Говоря в общем, она относится к регулированию «внутреннего» и «внешнего». Она служит для создания чувства единства, последовательности и непрерывности. Структурное заболевание вызывается «дефицитом развития, (из-за которого) определенные структурные дифференции и шаги интеграции не произошли» (OPD, 1996). Итак, развитие **психологической структуры** неразрывно связано с психофизическим развитием индивидуума. Оно начинается сразу, совместно с этим развитием и

зависит от степени, в которой первичные потребности ребенка удовлетворяются и утверждаются его окружением во время процесса развития.

Личность человеческого существа проявляется в личном стиле. В лучшем случае ассоциативная структурная интеграция способствует взаимодействию с окружающей средой, стимулируя индивидуальные способности и адаптируясь к условиям окружения. В худшем случае мы сталкиваемся с чрезмерным или недостаточным регулированием или отменой регулирования. Тогда адаптация личного стиля к внутренним и внешним требованиям становится дефицитарной с неявной границей, отделяющей его от патологии. Следуя DSM IV, мы относим к расстройствам личности паттерны интернизованных взаимодействий, которые постоянны и стабильны, ведут к далеко идущим конфликтам в социальном окружении и приводят к страданию и негативным воздействиям на индивида и других (DSM IV 1996). Следовательно, когда мы размышляем об этиологии расстройств личности, нам, в первую очередь, придется рассмотреть условия развития способности к структурной интеграции. Это также можно подтвердить клинически. В сравнении с другими диагностическими группами при расстройствах личности структурные нарушения проявляются в особенно выраженной степени (Rudolf, 1999). Следующие замечания базируются на теории и практике Психодинамической Телесно-ориентированной Психотерапии (2). **Психодинамическая Телесно-ориентированная Психотерапия** основана на интеграции психодинамических подходов (особенно подходов психологии «Я» – Self) и телесно-ориентированной психотерапии (Krenz, 1998). Она уделяет особое внимание теории привязанности и находкам, которые она переняла, расширила и обеспечила их постоянное использование в психотерапевтическом лечении в течение 15 лет (Krenz, 2000, 2001). Более того, она исследует значимость современной пренатальной и перинатальной психологии в этиологии психопатологии (Krens, 2001; Alberti, 2002; Anders-Hoerger, 2002). Основными темами этой статьи стали как соображения, связанные с привязанностью, так и обсуждение эмоциональной важности беременности.

Развитие начинается внутриутробно

Как было указано выше, развитие способности к структурной интеграции неразрывно связано с психофизическим развитием ребенка, и так это происходит с самого начала. Наиболее важный тезис, который мы должны представить и затем защитить, утверждает, что человеческое развитие начинается с момента зачатия. Это включает твердую уверенность в том, что нарушения эмоциональных отношений с матерью могут повлиять на развитие личности уже внутриутробно и, таким образом,

внести свой вклад в дефицит структурной интеграции, а также в предрасположенность к поздней патологии. То, что пренатальный ребенок воспринимает, реагирует, действует и, вероятно, чувствует и живет в прямом взаимодействии со своей матерью, невозможно отрицать в эру ультразвуковых исследований внутриутробного развития. Великое множество научных исследований также указывают на то, что первые 9 месяцев жизни могли бы составить весьма ранимый и чувствительный период не только для физического, но и для психологического развития человека. (3)

Развитие недетерминировано

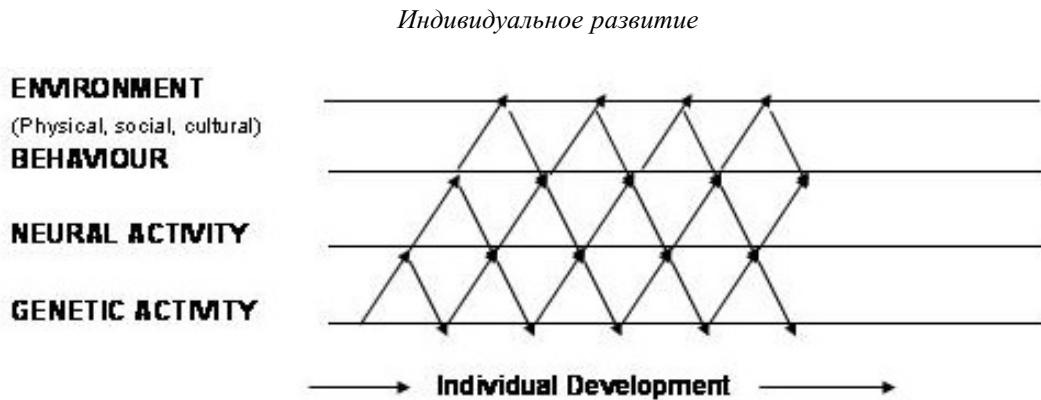
Похоже, что наши гены – даже ученые верят в это – определяют развитие тела и в высокой степени развитие нашей психики. Однако важность генов в развитии способностей мозга по-прежнему остается за пределами наших знаний, особенно в отношении сложных когнитивных и эмоциональных черт индивида (Roth, 2001). В любом случае, гены не «делают» организм, они лишь влияют на его взаимодействия с окружающей средой. «...Что позволяет развитию произойти... это взаимоотношения двух компонентов, а не сами компоненты. Гены сами по себе не могут привести к развитию также, как стимуляция сама по себе не может вызвать развитие» (Gottlieb, 2002). Гены обладают двумя фундаментальными функциями: во-первых, они действуют подобно моделям для передачи информации последующим поколениям. Также они синтезируют определенные протеины в соответствии с информацией, хранящейся в их ДНК. На эту «транскрипцию» полностью напрямую влияет опыт (4) (Siegel, 1999). В этом смысле генетическое выражение – это недетерминированный процесс, но он также привязан и к условиям окружающей среды. Длительный стресс, к примеру, может запустить такой воздействие генов, которого, вероятно, не произошло бы при нормальных обстоятельствах.

Эта статья также обращается к **Теории Вероятностного Эпигенеза** Гильберта Готтлиба (2002), которая утверждает, что (пренатальное) развитие определяется «критическим взаимодействием эндогенных и экзогенных факторов на четырех уровнях (генетическая деятельность, нейрональная деятельность, поведение и окружающая среда). С этой перспективы функция (опыт, или «функциональная деятельность», или «поведение») влияет на соответствующую структуру. Следовательно, отношения между (мозговой) структурой и функцией должны рассматриваться как **двусторонние** (van den Bergh, 2002) (схема 1). Резюмируя, можно сказать, что там, где происходит развитие, факторы окружающей среды определенно играют роль: нет развития без опыта. Применительно к нашей теме это означает, что факторы окружающей среды влияют на развитие пренатального ребенка «с самого

начала» и даже до того, например, через уникальные индивидуальные качества спермы и яйцеклетки, через качество физической и эмоциональной экологии женского тела (см. ниже) и т.д. Эта перспектива

также применима к анатомии и физиологии, как и к поведению и эмоциональному опыту (Gottlieb, 2002). В особенности ясно пренатальное развитие показывает, что тело и психика неразрывно связаны.

Схема 1



Окружающая среда (физическая, социальная, культурная)

Поведение

Нейрональная деятельность

Генетическая деятельность

Изображение полностью двухсторонней природы генетического, нейронального, поведенческого влияния и влияния окружающей среды в течение курса индивидуального развития (Gottlieb, 2002).

Внутриутробное обучение

Тот факт, что каждый организм существует в постоянном взаимно влияющем взаимодействии со своим окружением, можно также описать, как «способность обучаться». Это обучение, глубоко заложенное на вегетативном уровне, является врожденным качеством, свойственным всем живым существам. Сужая тему до рассмотрения более сложных видов чувств и поведения, сенсомоторных паттернов и т.д., можно доказать, что пренатальное обучение начинается самое раннее с периода 23 недели внутриутробного развития (Maret, 1997). Эта способность весьма важна для выживания ребенка: он приобретает способность постнатально распознавать знакомые стимулы окружающей среды (такие, как материнское молоко, запах и голос!) (Hepper, 2002). В этом смысле (пренатальная) привязанность к матери биологически закоренена.

Обучение включает мнемонические процессы. И это ставит крайне интересный вопрос, а как может запомниться пренатальный опыт. Современные исследования памяти внесли следующие уточнения в этот вопрос: понимание памяти в виде модели склада устарело. Память не связана с отдельным органом, а рассматривается «как функция целого организма... сложный, динамический, повторно

распределяющий по категориям, классифицирующий и интерактивный процесс...» (Leuzinger-Bohleber, et al., B.Koukou, 1998). «В исследований памяти... термин «память» на сегодняшний день включает в себя все, что отражает влияние прошлого опыта. Такое определение включает в себя до-вербальное, дорепрезентативное, досимволическое и даже пренатальный опыт, который все шире становится субъектом психотерапевтической работы в наши дни» (Kohler, Koukou, et al., 1998). В противоположность эксплицитной памяти, которая включает сознание для кодирования и запоминания, имплицитная память уже функционирует до рождения (Siegel, 1999). Она относится к поведению, эмоциям, восприятию и телесным ощущениям. Резюмируя, мы утверждаем, что внутриутробные переживания могут имплицитно запоминаться организмом. При реактивации такие воспоминания проявляют себя более или менее диффузными (телесными) ощущениями, предчувствиями, настроениями, эмоциями и поведением – все без осознания их пренатального или перинатального происхождения. Следовательно, в отношении психотерапевтической практики мы должны принять тот факт, что мы можем столкнуться с этими переживаниями в форме диффузных (телесных) регрессий.

Пластичный мозг с самого начала

При рождении мозг является самым недифференцированным органом тела (Siegel, 1999). Этот факт регулярно используют, чтобы неверно представить

пренатальное церебральное развитие, как несущественное для позднего развития. Это ложное однобокое утверждение основано на детерминистской позиции, что мозг не функционирует «правильным образом» до тех пор, пока его развитие не «завершилось». Однако мозг никогда не становится «законченным», так как он продолжает реинтегрировать себя (Huther, 2001; Siegel, 1999). Пластиность мозга, т.е. его чувствительность к влиянию окружающей среды, является характеристикой, в особенности присущей человеческому мозгу (Huther, 2001). В частности **пренатальное развитие мозга** – это крайне чувствительный процесс: для него пренатальный ребенок нуждается от материнского организма в питательных веществах, кислороде и пр. В этом процессе он также сталкивается с недостаточностью плацентарного обеспечения, метаболическими заболеваниями матери, химическими веществами, такими как алкоголь, никотин, наркотики, лекарства, гормоны, циркулирующие в кровотоке, и другие вещества (Huther, 2001). Так называемые тератогенные факторы могут привести к долгосрочным последствиям для структуры и функции мозга и даже проявиться в психологических и поведенческих нарушениях (van den Bergh, 2002).

Важные мозговые центры начинают созревать очень рано: гипоталамус, миндалевидное тело и мозг млекопитающих примерно с 5-ой – 6-ой недели беременности, за ними следуют основные лимбические проводящие пути на 6-ой – 7-ой неделях (Roth, 2001). «До сих пор у нас весьма скучные знания о тонких процессах, происходящих в этих центрах, однако, можно сделать вывод, что они запускаются очень рано. По крайней мере, основные лимбические центры и проводящие пути уже находятся на месте задолго до рождения». (Roth, 2001). Большинство людей недооценивают важность этих областей мозга. Они редуцируют мозг до неокортика и представляют мыслительный процесс и осознание как функции, свойственные цивилизованному человеку. Тем не менее, находки нейробиологии показывают, что функции неокортика неразделимо связаны с функциями так называемых «нижних» церебральных структур (Siegel, 1999). Познавание, эмоции и действия всегда становятся функцией целого мозга. К примеру, «сознание и инсайт ... могут быть переведены в действие только с «согласия» лимбической системы... решение о том, что, в конце концов, будет сделано, принимается лимбической системой» (Roth, 2001). Подводя итог, Герхард Рот (2001) заявляет: «...развитие личности (начинается) уже в течение первых недель развития эмбриона с формирования структуры, которая производит наше основное аффективное снаряжение. Уже во время развития эмбриона появляется второй слой лимбической системы, он делает систему чувствительной к процессу обуславливания. Рождение и переживания

первых часов, дней, недель и месяцев после этого наиболее глубоко воздействуют на уровень обуславливания в виде стимулов окружающей среды и в соответствии с этим формируют базовую основу нашей личности». Хотя мы не разделяем его относительный пессимизм в отношении изменчивости ранней структуры, тем не менее, мы согласимся с Рутом в том, что пренатальная окружающая среда, начиная с зачатия, является формирующим фактором развития человеческой психики. Психологическое состояние матери, очевидно, является частью этой пренатальной окружающей среды.

Правая половина мозга и потребность в эмоциональном резонансе

Почти весь мозг структурирован асимметрично (5). Похоже, что основа этой асимметрии лежит в ранних, вероятно, даже фетальных стадиях. «Подверженность воздействию гормонов во время фетального роста рассматривается как один из факторов, напрямую влияющих на специализацию функций полушарий. Исследования обнаружили, что латерализация, вероятно, возникает перед рождением, усиливая представление о том, что врожденные генетические и другие конституциональные факторы (вызванные внутриутробными условиями) могут играть важную роль в начальной дифференциации двух полушарий» (Siegel, 1999). Хотя надо весьма аккуратно приписывать различные функции левой и правой половинам мозга, тем не менее, можно сказать, что правое полушарие более вовлечено в рецептивную, саморегулирующуюся моторную активность. Оно специализируется на «целостности» и регулировании аффекта по отношению к другим индивидам, что является функциональным пререквизитом для привязанности и коммуникации, например, между матерью и ребенком (Siegel, 1999). В особенности на них воздействуют переживания, относящиеся к социальным отношениям (Schore, 1994). Интересно отметить в этом контексте, что в течение первых трех лет жизни правое полушарие доминирует над левым. (6) Младенец, так сказать, полностью зависит от эмоционального резонанса. Мы считаем, что этот процесс начинается уже в течение фетального развития.

Это утверждение соответствует гипотезе, которую мы разработали, исходя из нашей клинической работы, и которую мы обсудим далее: первично бессознательные эмоциональные отношения между матерью и ребенком во время беременности становятся главным фактором среди условий детского психологического развития.

Раннее программирование

Окружающая среда, особенно в течение определенных чувствительных фаз, может оказывать влияние на пренатального ребенка, вероятно, на всю

жизнь. Сексуальное развитие также не детерминируется исключительно генетически: самки крыс, которым давали высокие дозы тестостерона в течение периода времени, начинавшегося незадолго до родов и заканчивавшегося некоторое время спустя после родов, физически и поведенчески развивались как нормальные самцы. Самцы, у которых в этот период не доставало тестостерона вследствие кастрации, развивались как нормальные самки. Хотя у самцов по-прежнему присутствовала Y – хромосома, а у самок две X – хромосомы, их половые органы и поведение развивались в противоположном направлении. Для этих перемен крайне важен временной диапазон. Для людей, похоже, чувствительная фаза располагается между 12–ой и 20–ой неделями беременности (Verney, Weintraub, 2002).

Также были сделаны удивительные находки в исследованиях «пренатального программирования» хронических заболеваний таких, как сердечно-сосудистые заболевания, повышенное давление, диабет и ожирение (Nathanielsz, 1999). Эти результаты почерпнуты из исследований на животных и всеобъемлющих эпидемиологических исследований. В «голландскую голодную зиму» между сентябрем 1944-го и маем 1945-го годов снабжение продуктами было резко ограничено оккупационными германскими войсками. Это событие оказало длительное воздействие на здоровье детей, рожденных женщинами, которые были беременны в то время. «Специфическое воздействие Голодной Зимы на здоровье в течение всей жизни зависело от стадии беременности, в которую беременная женщина не получала соответствующего питания. У мальчиков ... проявлялась большая тенденция к ожирению, если их матери были подвержены голоданию только в течение первого триместра беременности. Если матери голодали в третьем триместре беременности, у мальчиков снижалась вероятность развития ожирения в поздней жизни. Также была повышена вероятность развития диабета и шизофрении...» (Nathanielsz, 1999). Итак, раннее программирование становится следствием или (определенных типов) плохого питания или внутриутробным влиянием гормонов стресса. «Недоедание включает стрессовую реакцию в теле плода... и стимулирует компенсаторные механизмы. Это... может привести к тому, что важные органы и регуляторные системы будут весьма неидеально скоординированы...» (van den Bergh, 2002). Эксперименты на животных показывают, что плод адаптируется к враждебным условиям окружающей среды, используя свою энергию, в первую очередь, для развития мозга и, в гораздо меньшей степени, для развития других телесных функций (Nathanielsz, 1999). В результате это приводит кроме всего прочего к меньшему весу при рождении, который рассматривается как симптом неоптимальной пренатальной окружающей среды (Nathanielsz, 1999; van den Bergh, 2002).

Мать в стрессе – ребенок с нарушениями

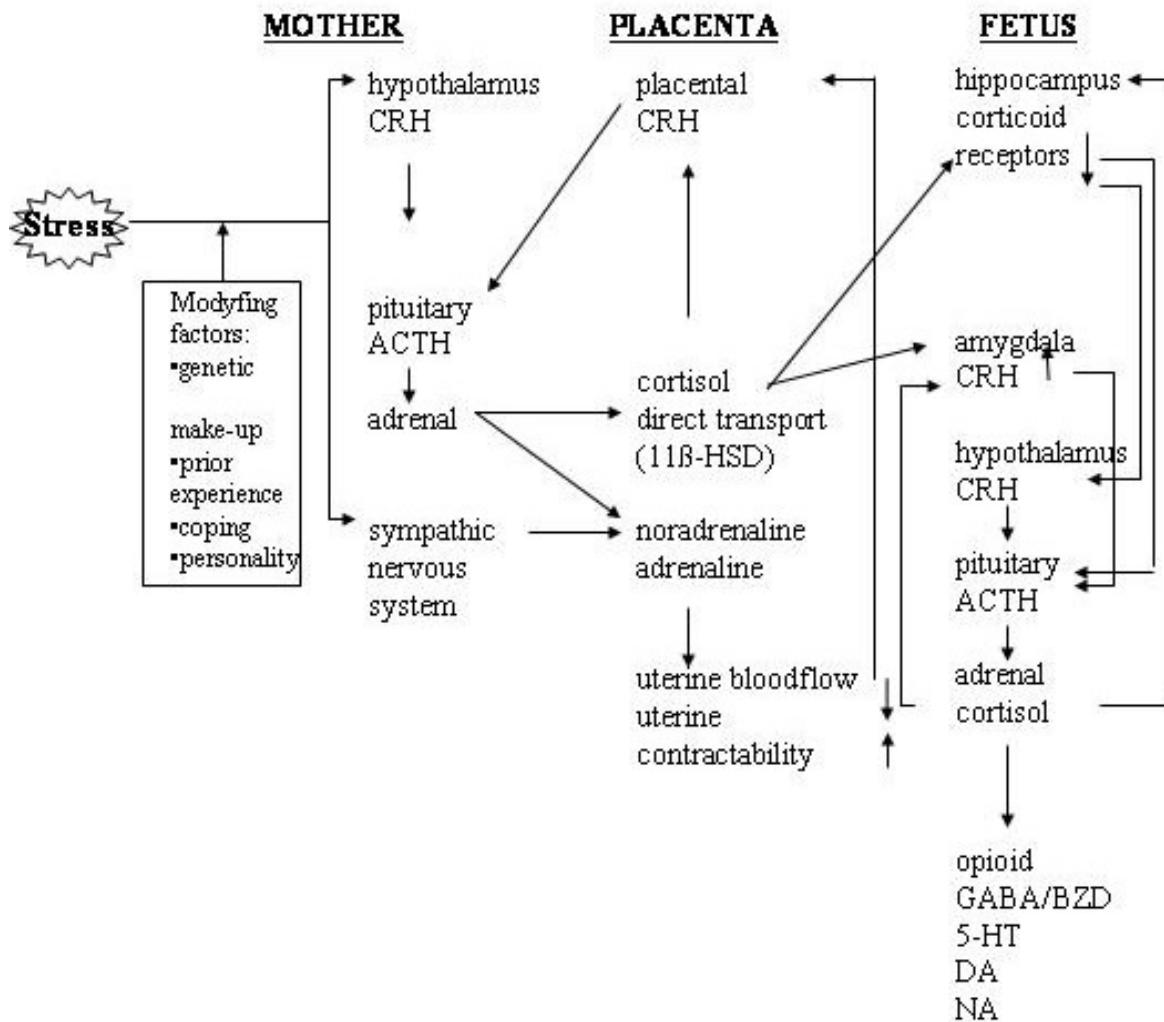
Исследования стресса представляют доказательства того, что не только физические, но также и психологические условия, будучи передаваемыми организмом беременной женщины, влияют на психофизическое развитие ребенка. При помощи опросников и физиологических показателей в долговременных исследованиях измерялся стресс во время беременности, и затем его сравнивали как с вероятными осложнениями во время беременности и родов, так и с поведенческими показателями ребенка. Было обнаружено, что пренатальная тревога и стресс коррелируют с низким весом при рождении и преждевременными родами (van den Bergh, 2002). Эмоциональные и физические последствия преждевременных родов могут быть крайне тяжелыми, низкий вес при рождении также может привести к далеко идущим последствиям: он составляет фактор риска при родах и соотносится с увеличением заболеваемости у младенцев, детей и даже значительно позже у взрослых (Nathanielsz, 1999). Долгосрочные исследования показывают, что ребенок, испытавший пренатальный стресс, проявляет **поведенческие черты**, которые можно суммировать как чрезмерную возбудимость и нарушение саморегуляции. В возрасте 7-8 месяцев у таких детей отмечается чрезмерный плач, моторное беспокойство, низкая адаптация, а также недостаточность психологического и моторного развития (Huizink, 2000, van den Bergh, 2002). Даже в возрасте 8-9 лет мальчики по-прежнему демонстрируют недостаточный контроль импульсов, гиперактивность, нарушение внимания и агрессию. У девочек наблюдается более высокий уровень социальных проблем и внешнего поведения (van den Bergh, 2002). Этот результат может быть важным в свете наших рассуждений. Низкая саморегуляция (OPD, 1996) у взрослых считается важным индикатором нарушений структурной интеграции и может рассматриваться в качестве фактора риска психопатологического развития. Считается, что эти корреляции являются результатом следующего механизма (схема 2) (7): гормоны стресса, в особенности глюкокортикоиды, поступают в кровоток пренатального ребенка через плаценту. Клетки плаценты также могут стимулироваться для производства гормонов стресса. Кроме этого, стресс матери снижает кровоснабжение матки и плаценты через активацию симпатической нервной системы и, таким образом, вызывает стрессовую реакцию у плода (Huizink, 2000).

Стресс, модифицирующие факторы:

- генетические,
- предшествующий опыт,
- совладание,
- личность.

Мать:

- гипоталамус



- гипофиз АКТГ
 - надпочечники
 - симпатическая нервная система.
- Плацента: плацентарный CRH
- кортизол, прямой транспорт 11 β HSD
 - норадреналин, адреналин
 - маточный кровоток, маточная сократимость.
- Плод: гиппокамп, кортикоидные рецепторы
- миндалевидное тело CRH
 - гипоталамус CRH
 - гипофиз, АКТГ
 - надпочечники, кортизол
 - опиоиды, ГАМК \ БДЗ, 5 -С, ДА, НА.

Механизмы, вовлеченные впренатальный стресс, оказывают воздействие на плод, включая несколько петель с позитивной обратной связью (Huizink, 2000).

Депрессивная мать – депрессивный ребенок

Младенцы, рожденные матерями, испытывавшими депрессию в течение последнего триместра беременности, также проявляют признаки депрессии.

«У депрессивных матерей ... повышенный уровень кортизола и норадреналина и пониженный уровень дофамина в течение последнего триместра беременности. Этому профилю соответствует повышенный уровень кортизола и норадреналина и пониженный уровень дофамина у их новорожденных» (Lundy et al., 1999).

Эти находки еще более ужасают, если учесть тот факт, что депрессивный элемент в постнатальных отношениях между матерью и ребенком будет лишь усугублять эти воздействия, приводя к тому, что в дальнейшем психопатология станет еще более возможной. Как мы будем рассматривать далее более детально, депрессию можно интерпретировать, как попытку нейтрализовать свободно плавающий страх аннигиляции через эмоциональное онемение (Dulz, 2000).

Беременность и теория привязанности

В настоящее время ранние отношения между матерью и ребенком рассматриваются в качестве важного фактора как здорового, так и

психопатологического развития. Теория привязанности может обеспечить теоретическую базу для этого. Согласно Mary Main, самые ранние отношения привязанности формируются в возрасте 7 месяцев (Siegel, 1999). Очень малое количество исследований по теории привязанности включают период беременности (Fonagy et al., 1991; Benoit & Parker, 1994). Fonagy (1991), например, исследовал представления о привязанности у женщины во время беременности и сравнивал их с паттернами привязанности между ней и ее ребенком в возрасте одного года. В 75% случаев безопасная привязанность у ребенка (измеренная при помощи «странной ситуации») могла быть предсказана исходя из безопасной привязанности матери (исследованной с использованием Интервью Взрослой Привязанности в течение последнего триместра беременности), что указывает на межгенерационный трансфер представлений о привязанности, но не делает утверждений о том, каким образом этот трансфер осуществляется. Не считается, что он происходит через отношения пренатальной привязанности. Соответственно, принятие пренатальной связи находится за пределами теории привязанности. И все же теоретики привязанности начинают открыто заявлять о возможности пренатальной привязанности (Munz, 2002). Однако из-за мощной эмпирической ориентации теории привязанности они при этом наталкиваются на некоторые ограничения. Эта теория противостоит огромным методологическим проблемам (8).

Тем не менее, нам представляется весьма привлекательным способ описания пренатальных отношений между матерью и ребенком как первой привязанности. Как подчеркивалось выше, высока вероятность того, что пренатальная привязанность имеет биологические основы. Кажется, что она служит для выживания ребенка, обеспечивая его возможность распознавать аспекты пренатальной материнской окружающей среды во время первого контакта с матерью (через аудиальное и хемосенсорное (чувствительное к химическому) обучение) (Hepper, 1995, 2002) (9). Эволюция дала плоду способность учиться и эмоционально привязываться к своим родителям. Более того, мы должны отметить, что существуют «хорошие» и «менее хорошие» отношения привязанности. Они приводят к различным презентациям привязанности на уровне организма (Piontelli, 1996), которые могут сопровождать индивида в течение его жизни в форме запограммированных поведенческих паттернов. Их качество зависит от физико-эмоционального ответа (матки) матери, который мы определяем как резонанс. В теории привязанности термин резонанс относится к постнатальной «чувствительности» матери.

Пренатальные отношения

Далее (10) мы обратим наше внимание на динамику пренатальных переживаний и в соответствии

с этим исследуем, какие аспекты могут вносить свой вклад в психопатологическое развитие. Для этого мы покидаем основания эмпирической науки и пишем, исходя из нашего клинического опыта. Рассматривая модели, представленные здесь, исключительно с эмпирической точки зрения, придется признать их достаточно спекулятивную природу. Если же рассмотреть их в совокупности с исследовательскими находками, описанными выше, то можно попытаться развить гипотезу и теоретическую базу, имеющую значение для психотерапии – не более и не менее.

«Во взаимоотношениях» с самого начала

На самом деле пренатальные отношения между матерью, отцом и ребенком начинаются задолго до зачатия: с желаний и стремлений родителей, их страхов, ожиданий, забот и скрытых мотивов. Уже в это время ребенок становится частью физической, эмоциональной, социальной и духовной экологии. Уже встреча спермы и яйцеклетки происходит «во взаимоотношениях»: похоже, что яйцеклетка выбирает «подходящую» сперму (Verny & Weintraub, 2002). Когда они сливаются, то это происходит в окружающей среде определенного качества, которая уникальна в этот момент и никогда вновь не повторится. Бластоциста извлекает питательные вещества из окружающей среды, которая, в свою очередь, резко меняется в ответ на появление бластоциты. Развитие – высоко индивидуальное и всегда отличающееся – осуществляется исключительно через это **постоянное взаимодействие**. Оно происходит через гормональный обмен, через количество доступного кислорода, через контакт с амниотической жидкостью, стенку матки, пуповину, через шумы и звуки, которые достигают внутриутробный мир плода через тело его матери, через поступление здоровых и также вредных веществ и через чувства матери, в которых, так сказать, «купается» плод. В это время душа и тело находятся в неразрывном «единстве». Ребенок напрямую переживает физическое и эмоциональное состояние матери, точно так же, как мать – сознательно или бессознательно – испытывает состояния ребенка.

Отношения на уровне организма

Невозможно описать частные характеристики пренатальных отношений обычными психологическими терминами: они постоянно будут оставаться по большей части «в стороне» и не дадут доступа к физико-эмоциональному миру отношений на уровне организма между грудью клеток и стенкой матки, между эмбрионом и амниотической жидкостью, между плодом и родовым каналом и т.д. Peter Sloterdijk (1998) знакомит нас с этим миром: «...ребенок – который – появится испытывает сенсорное присутствие жидкости, мягких тел и

границ укрытия ... начинает с плацентарной крови, затем амниотическая жидкость, позже плацента, пуповина, амниотический мешок и смутное ощущение границ – чувство сопротивления абдоминальной стенки и эластичного покрытия. Если и существовали какие-то ранние «объекты» в этом поле, то они могли быть лишь объектами-тенями или вещами-которые-кажутся. В первую очередь, кандидатом на роль такой вещи-которая-кажется будет пуповина – с возможным ранним опытом прикосновения – также, как и плацента, которая представляет первых «других» и представляет раннее диффузное присутствие древнего питающего компаньона плода.

Время на земле молока и меда?

Внутриутробное время нередко демонстрируется в виде эдакой «Земли Кокейна» - сказочной страны изобилия и праздности – как сладостное состояние полного изобилия, в которое мы все хотели бы вернуться. Хотя не каждого ребенка приветствуют: иногда жизненные обстоятельства трудны, существует экономическая неустойчивость, отношения с отцом небезопасны или отсутствуют, или женщина эмоционально неспособна принять ребенка. Это будет воздействовать на пренатального ребенка? Будет ли разница, если ребенок был зачат в любви или в результате военного изнасилования? Что испытывает ребенок в матке депрессивной женщины или женщины в психозе? Вполне возможно, что для некоторых внутриутробная жизнь более похожа на ад, чем на землю молока и меда.

Бессознательное накопление пренатального опыта (переживаний)

«Первые взаимоотношения» на столько абсолютны и отмечены зависимостью, что, касаясь их, мы притрагиваемся к экзистенциальным вопросам жизни и смерти. Если пренатальные переживания отмечены травматическим опытом, таким, как попытки аборта и другие акты насилия или близкие к смерти переживания, которые угрожали существованию плода, то психика может быть отягощена шоковой реакцией или может определяться попытками сохранить контроль над ней при любых обстоятельствах. При хронической стимуляции эти шоковые реакции, вероятно, запускают примитивные стратегии выживания, которые оказывают устойчивое воздействие на дальнейшее развитие и могут проявляться во взрослой жизни как смертельная тревога или страх аннигиляции. Если превалирует опыт позитивной привязанности (11), организм диффузно «запомнит» базовое чувство безопасности, физической и эмоциональной связности, релаксации и единства. Пренатальные переживания становятся частью нашего бессознательного вегетативного обучения и процесса адаптации. Это очень трудно, фактически, может быть, невозможно

достичь через сознание следов в памяти об этом витальном периоде наших жизней. Однако бессознательно **имплицитные следы памяти** можно почувствовать и увидеть в снах, эмоциях, физических ощущениях, в творческом выражении и даже в регрессивных состояниях, с которыми мы сталкиваемся, когда ищем абсолютной безопасности и комфорта.

Дефицит пренатальной привязанности

Мы рассматриваем пренатальные факторы, которые способствуют поздней психопатологии, как результат недостаточного или негативного (неадекватного) резонанса со стороны материнского организма на физические и эмоциональные потребности пренатального ребенка. Таким образом, они являются результатом дефицита пренатальной привязанности. Так как на этом уровне физические и эмоциональные условия не разъединимы, это определение также включает и физические процессы, такие как временная нехватка кислорода или питательных веществ. Мы считаем, что «физические» процессы тоже воспринимаются и испытываются как эмоциональный разрыв в континууме привязанности и соответствующим образом обрабатываются. Если мы будем говорить о «восприятии» или «переживаниях» пренатального ребенка, то это окажется очень сомнительной попыткой описать пренатальную психику в терминах и понятиях, подходящих для мира сознания и отдельных объектов. Мы соприкасаемся с ограничениями лингвистического выражения и сталкиваемся с недостатком терминов, описывающих целостную связь тела и психики.

Недостаток пренатальной привязанности **угрожающей жизни природы** можно описать как травму, потому что внутренние возможности пренатального ребенка справиться с ней крайне ограничены перед лицом внутриутробной угрозы. Это могут быть любые события или состояния, ведущие к шоковой реакции, такие как, например, попытки аборта, изнасилование матери или другие переживания насилия, недостатка кислорода, чувства ненависти матери и пр. Из-за слабости защитной системы плод чувствителен к травматическим переживаниям. Они ослабляют растущую структурную интеграцию и, следовательно, увеличивают вероятность травматических переживаний в дальнейшей жизни. По этой причине будет хорошей идеей расширить диагностику, проводимую людям, страдающим от множественных травм, и включить в нее возможность пренатальных травматических отношений. Они заключены глубоко в бессознательном и манифестируют в виде дисфункциональных эмоциональных паттернов и поведения таких, как физические и психологические страхи, паника, диссоциация и импульсы бегства или борьбы. Эти симптомы возникают, в основном, как бессознательные реакции на чувство любви, стыда или зависимости.

Пренатальные потребности и их противоположности в виде угрозы

Основная эмоциональная потребность пренатального ребенка заключается в том, чтобы ему разрешили позитивным путем привязаться к своей матери. Предусловием для этого будет ее адекватный резонанс по отношению к его потребностям. Можно выделить различные аспекты этой основной потребности.

Потребность в поддержке и интеграции организма в противоположность угрозе растворения и дезинтеграции

Тревога перед потерей границ и дезинтеграцией ощущается у некоторых клиентов с очень ранними нарушениями, как настоящая опасность. С нашей точки зрения, психотическая дезинтеграция – это последнее средство организма для «управления» тяжелой смертельной тревогой: **страх падения в бездонную пустоту**, растворения, потери физической природы и структуры, в мире, лишенном объектов, без воспоминаний о резонансе, который несет и поддерживает. В позитивном смысле резонирующая матка служит естественным поддерживающим контейнером, вместилищем. Она обеспечивает форму и защиту; это окружающая среда, которая доступна для безусловного использования, подобно «воде и воздуху» (12). Она, как питающая и дружеская опора для процесса роста ребенка, позволяет ему фокусироваться на самом себе, что может привести к чувству интеграции организма: ощущению целостности и наличия границ, наличия кожи вокруг самого себя. Это крайне важно для развития психических структур, которые поддерживают нашу психику в единстве и дают нам чувство целостности и непрерывности.

Потребность в безопасности существования в противоположность угрозе быть разрушенным

Экзистенциальная безопасность означает «разрешение жить». Некоторые дети сталкиваются с угрозой смерти уже внутриутробно: от сознательных и даже бессознательных **попыток аборта**, от токсичного воздействия, наркотиков, от яда ненависти. Похоже, что на самом глубоком уровне жизнь и смерть неразрывно связаны. В зависимости от масштаба угрозы деструкция и смерть могут стать постоянными компаньонами для некоторых, что может манифестировать в желании смерти и суицидальных попытках, в опасном жизненном стиле, ненависти к себе и саморазрушающем поведении (13). Она также способна выражаться в экстремальном отрицании физического существования, наличия тела, существования в виде тела. Если у индивида есть тело, то также будут и потребности тела: однако ощущение тела и ощущение его потребностей может вынести на поверхность воспоминания о жестоких атаках против его существования. «Сделать

аборт самого себя» может стать компенсационной стратегией, используемой для избавления от потребностей в привязанности (Janus, 2000). Следующими на очереди для избавления могут стать потенциально «хорошие» ситуации и отношения, так как они вновь выносят на поверхность смертельную тревогу и, таким образом, представляют чрезмерно большую угрозу для нестабильного баланса психики.

Потребность в непрерывности (связи) в противоположность угрозе быть изгнанным

Дефицит привязанности может также привести к чувству, что ребенок нежеланный. Мать может ощущать холод по отношению к ребенку и не оказывать ему никакого внимания.

Она не борется с ним активно (как было описано выше), но она недоступна эмоционально. Этот дефицит привязанности может быть результатом тяжелой психопатологии матери. С другой стороны, стрессовые жизненные ситуации могут вносить свой вклад в это: подумайте о зачатии в результате изнасилования или при других обстоятельствах, связанных с социальным стыдом и позором, домашним или социальным насилием, серьезным финансовым кризисом, разводом и т.д. (Emerson, 1999). В качестве реакции на эту ситуацию пренатальный ребенок, скорее всего, эмоционально закроется и изолирует себя нарциссически. Может быть, это связано с чувством экзистенциального одиночества, безнадежности и глубоко укорененным чувством потерянности. Изгнание и исключение из человеческого контакта противоречит внутренней потребности «быть включенным» и «быть частью человечества». Компенсационные попытки в форме адаптации, психосоматических всплесков и \ или нарциссического ухода (Janus 2000) в, вероятно, волшебный, но в конце одинокий мир без связей, продлевают негативную связь с эмоционально недоступной матерью (14). Поэтому в длительной перспективе эти компенсации не улучшают обороноспособность. В конечном счете, они приведут к экзистенциальному кризису, выражаясь в глубоко укорененном сожалении об отрицавшемся счастье жизни.

Пренатальные условия как факторы риска поздней психопатологии

Аспекты дефицита пренатальной привязанности, выделенные выше, также, как этиологические замечания – это первые попытки описать чувствительность к разрыву в динамике пренатальных отношений, позаимствованную из нашего клинического опыта. Мы считаем, что описанные потребности во вместилище, безопасности и целостности являются жизненно важными эмоциональными аспектами пренатального существования. Однако потенциальные психологические симптомы почти

никогда **нельзя монокаузально** приписать лишь им. Вместо этого мы рассматриваем пренатальную травматизацию в качестве возможного фактора риска или предрасположенности к поздней психопатологии. Мы считаем, что позитивный и негативный резонанс матери – это, в основном, бессознательный процесс. Главным фактором будет возможная психопатология матери, чья степень выраженности из-за тесной сомато-психической связи между двумя организмами может увеличивать вероятность заболевания у ребенка.

Особенно это относится к неинтегрированным травматическим переживаниям, а также выраженному дефициту привязанности в жизненной истории матери. Возможные факторы внешнего стресса, конечно, воздействуют на благополучие и функционирование матери, однако, их влияние зависит от того, как она их переживала, от способности матери к структурной интеграции и от социальных и эмоциональных ресурсов, которыми она располагает.

Рождение, пожалуй, самое потенциально драматическое событие в жизни, без сомнений, оно оказывает величайшее воздействие на физическое и эмоциональное развитие ребенка и тоже может рассматриваться как фактор риска поздней психопатологии (Janus, 1991). Не имея возможности далее рассматривать здесь этот вопрос, мы проводим наш тезис, что события при рождении в некоторых случаях отражают качество пренатальных отношений (15). Обобщая, мы можем отметить, что опыт рождения можно рассматривать или как нарушение или как усиление переживания пренатальной привязанности. Во многом это относится и к **постнатальным взаимоотношениям** между матерью и ее ребенком. Пренатальная и перинатальная травматизация могут усиливаться, но могут и целительно растворяться. Недостаточность аффективной созвучности, т.е. способности регулировать аффективное состояние ребенка и предлагать эмоциональное вместилище и т.д. (Milch, 1998), может на нейробиологическом уровне приводить к нарушению функции префронтальной коры (Siegel, 1999) и на психологическом уровне вести к разнообразным формам заболеваний, связанным с привязанностью. На поздних фазах адекватное психологическое развитие ребенка зависит от того, как фигуры, к которым он привязан,правляются с детским отстаиванием себя, автономностью и агрессией (Krens, 1998). На этом этапе на сцену выходит отец, чью важную роль в психологическом развитии ребенка мы коротко обсудим.

Роль отца

Опосредованный телесным и эмоциональным резонансом матери, отец (16) является частью экологии младенца с момента зачатия. Его заботливая любовь предлагает защиту. Таким образом, он

выполняет, в основном, защитные функции для матери и ребенка. Он становится представителем или мостом во внешнюю жизнь. После рождения эти защитные функции продолжаются. Подобно матери, отец вначале встречает ребенка симбиотически. Начинают вынашиваться его архетипические феминные компоненты: у него развиваются «материнские инстинкты» (17). В этот период жизни (до 1,5 – 2,5 лет) отец остается теплым фундаментом: симбиотическая связь с матерью (Krens, 1998) располагается в самом сердце детских переживаний. Интенсивность этой связи проявляется в том, насколько пренатальный и постнатальный ребенок физически и эмоционально зависит от эмоциональной доступности матери. Роль отца абсолютно необходима для дальнейшего развития способности преодолеть связь с матерью и интегрировать автономность и идентичность с потребностью в близости. Для этого ребенку нужен человек, который подобно отцу – волшебнику сможет символически противопоставить свое **отцовское всемогущество** всеобъемлющей власти матери. Желание выйти из симбиотической зависимости к обществу и автономности, держась за сильную и защищающую руку отца, которому верят, очень интенсивно и несет огромную психологическую важность. Ребенку свойственна абсолютная вера в волшебную силу отца, непоколебимая, подобно вере в Санта Клауса, в деда Мороза. При отсутствии патологии он может доверить себя этой силе (идеализируя, идентифицируясь и интернализируя). Если это стремление слиться со всемогуществом отца достаточно хорошо подтверждено и разъединение от «симбиотической» матери таким образом произошло, то ребенок сможет постепенно начать отражать, воспринимать и уважать отца как человеческое существо с его сильными и слабыми сторонами.

Многие источники эмоционального **вмешательства** или травм могут скрыть эти шаги в развитии. Мы бы хотели привлечь внимание к одному аспекту, который имеет выдающееся значение в контексте внутриутробного развития. Если пренатальная и постнатальная связь с матерью отмечена экзистенциальными травматическими переживаниями, то отношения с отцом будут крайне отягощены: неосуществленные потребности ребенка в симбиотической привязанности, с которыми ребенок едва ли может справиться или отмахнуться от них, будут в этом случае направлены на отца в крайне выраженной форме. Отец может чувствовать интенсивность детского бессознательного желания слиться (которое лишь частично относится к его «делу»), но он будет неспособен должным образом соответствовать ему и, таким образом, станет угрожать скрыться. Вероятно, он будет воспринимать идеализирующую и цепляющуюся ребенка как неконтролируемую помеху. Ребенок, страдающий от трудно контролируемого экзистенциального

страха, также не может повернуться к отцу прямо, открыто и с доверием. Его доверие миру было поколеблено еще внутри в отношениях с матерью. Невыполнение потребности в символической идентификации с отцовским всемогуществом может привести к далеко идущим психологическим последствиям (18).

Если такая фрустрация будет повторением фрустрациипренатальных и постнатальных потребностей в привязанности к матери, то результат будет в особенности выраженным. Если отец окажется насилиственным, отсутствующим, отвергающим или ожесточенным, без сомнения, произойдет ретравматизация. Нежеланный ребенок глубоко разочаруется и создаст свой собственный волшебный мир, в котором он чувствует себя защищенным и властным. В основном, он создает свой собственный идеальный образ отца в Супер – Эго, с которым позже пытается идентифицироваться. Он создает безопасный мир, подобно королю, который сам себя возвел на трон. Правила и решения о том, что такое хорошо и плохо, определяются по возможности независимо. Такие дети достаточно рано выглядят взрослыми. Они сами себя берут за руку, но чаще остаются в одиночестве. Поведенческая манифестация этой стратегии выживания зависит от большого количества факторов: в любом случае чувства стыда и зависти должны контролироваться стратегиями нарциссической защиты, как описал Kernberg (2001). Вместо того чтобы в один день создать с отцом связь на равных, ребенок реагирует «символическим убийством отца»: в стране может быть лишь один король (19). Он должен обесценить и разрушить отца. Однако, поступая так, ребенок рискует изолировать себя от потенциально позитивных отцовских проявлений.

Пренатальная травматизация и структурная интеграция

В конце нам следует вернуться к вопросу о том, до какой степени пренатальные переживания могут воздействовать на развитие способности к структурной интеграции. С нейробиологической точки зрения мозг – это сложная система, способная создавать «порядок, согласие и стабильность» (Siegel, 1999). Эта функция тесно связана с саморегуляцией эмоциональных состояний. Способность эмоционально регулировать себя, в свою очередь, зависит от социальных отношений. Ей учатся из переживания привязанности. Она, в свою очередь, развивается очень рано, внутриутробно. (20) Самый большой фактор риска состоит в дефиците пренатальной привязанности, который генерирует **эквиваленты экзистенциальной тревоги**. Свободно плавающая тревога пограничного пациента, описанная Dulz (2000) и Hoffmann (2000), ярко отражает аспекты привязанности, рассмотренные выше. Мы согласны с Dulz и Hoffmann в том, что

тревога (смертельная тревога) – это эмоциональная основа пограничного расстройства личности (21). Она относится к страху дезинтеграции, уничтожения, изгнания или поглощения. Пренатальный объект запускает эту тревогу. Возобновление подлинных чувств зависимости, направленных на него, становится самым худшим, что может произойти с таким человеком.

Мы интерпретируем **агрессию** в поведении клиента с пограничной организацией личности как попытку противостоять этим эквивалентам экзистенциально угрожающей тревоги. Она, к примеру, обостряется, когда индивид чувствует себя бессильным и неспособным справиться с ситуацией, когда ему угрожает потеря самого себя, а также при проявлении потребности в любви, сексуальности и привязанности. Как было сказано выше, они должны быть «уничтожены», так как они напоминают организму о неосуществленном стремлении к зависимости и слиянию.

Мы ранее отметили, что экзистенциальный дефицит пренатальной привязанности составляет фактор риска для развития **психопатологии с низкой структурной интеграцией**. Эта гипотеза также может стать попыткой объяснить тот факт, что не у всех детей, переживших, например, в детстве сексуальное насилие, разовьется пограничное заболевание личности. Вероятно, что грубый дефицит пренатальной, перинатальной и постнатальной привязанности позднее дает ситуации насилия власть вызвать патологию. Взаимоотношения с отцом в этом контексте могут стать ресурсом ретравматизации. Кроме этого, на сложную динамику также влияют генетическая предрасположенность, вид социальной интеграции (слишком мало или слишком много) и культурные факторы.

Терапевтическое применение

Здесь невозможно обсуждать использование пренатальных переживаний в психодинамически ориентированной психотерапии (Krens, 2001). Однако важно, чтобы вопросы о беременности и родах стали частью **анамнеза**. Адекватная интерпретация этой информации, тем не менее, во многом зависит от желания терапевта принять собственные слои пренатальной психики. Только, когда эти измерения открыты, понимание клиента может перейти в чисто интеллектуальные измерения. Терапевтическая встреча, основанная на эмоциональном контакте, как никогда важна при работе с пренатальной травматизацией. Однако мы должны предостеречь от экспериментов в этой области, особенно при работе с клиентами с очень ранними нарушениями. Могут обостриться сильные чувства, отчаянная компенсация и даже декомпенсация, и они способны разрушить терапевтические отношения, что будет эквивалентно ретравматизации. Работа с пренатальными нарушениями требует

адаптированных психотерапевтических техник. «Отцовские» и «материнские» качества психотерапевта необходимы, чтобы помочь клиенту понять и проработать сложную последовательность ранней травматизации, вызванной матерью и отцом. Проводя это, психотерапевт присутствует как лично, так и с рефлексивного расстояния. Психотерапевтический процесс предлагает безопасную поддержку: с одной стороны, наблюдают, обозначают и подтверждают границы, с другой стороны, есть пространство для исцеляющего переживания «безграничности»: в постоянном контакте с психотерапевтом, всегда «во взаимоотношениях».

Сноски:

1. Посмотрите также OPD (OPD 1996)
2. Hans Krens, основатель этого метода, совместно со своей женой Inge Krens руководит обучающим центром в Нидерландах.
3. В мае 2002 в Нидерландах прошел крупный конгресс, посвященный эмоциональной важности беременности и родов. Информацию можно увидеть на сайте www.congress2002.com
4. В соответствие с Готтлибом, термин «опыт» включает как спонтанную активность, генерируемую внутри нервной системы, так и активность, вызванную сенсорной стимулацией, происходящей от окружения организма.
5. Асимметрия также существует в стволе мозга, лимбической системе, миндалевидном теле и пр. задолго до развития неокортекса (Siegel, 1999)
6. Это не так до конца 3-го года жизни, до тех пор, пока не разовьется мозолистое тело, которое обеспечивает прямой обмен информацией между полушариями мозга.
7. Эти механизмы пока еще не полностью поняты (Huizink, 2000).
8. Исследователи пренатальной привязанности используют почти исключительно Шкалу привязанности матери – плода, созданную Cranley, которая, однако, методологически является весьма спорной.
9. Peter Nepper из «Центра Исследований Поведения Плода» в Белфасте исследует, например, пренатальное аудиальное и химически чувствительное обучение (обучение через запах и вкус: два чувства, которые, видимо, нельзя разделить в пренатальной окружающей среде, и которые, скорее всего, стимулируются одновременно). Nepper подчеркивает биологическую важность как пренатально-распознавания голоса матери, так и подобия вкуса материнского молока и амниотической жидкости (Nepper, 1995, 2002).
10. Частично этот текст был позаимствован из статьи Inge Krens «Первое взаимоотношение» (2002).
11. Эмоционально, например, это происходит когда психика матери достаточно стабильна, когда она может справляться с нормальными страхами, возникающими во время беременности, когда может предложить ребенку адекватный ритм деятельности и расслабления и, когда она обеспечивает ему «пребывание» в смеси надежды, доверия и дружественных чувств по отношению к нему.
12. Термин происходит от Балинта и использовался им в разных контекстах (Balint, 1997).
13. «Тяга к смерти», постулированная Фрейдом, может в этом контексте нести значение интернализованной экспрессии переживания надвигающегося аборта.
14. См. также «Синдром мертвый матери» Andre Green о конstellациях постнатальных отношений.
15. Важные факторы – это конечно внешние обстоятельства рождения, включая акушерскую практику.
16. Термин «отец» здесь используется для представления «архетипического отцовского» в мужчине. Таким образом, его иногда используют для иллюстрации. Каждому должно быть ясно, что живой отец из плоти и крови из-за своей личности, собственного опыта общения с родителями, конкретных жизненных обстоятельств и т.д. может принять эту роль лишь в некоторой степени.
17. Гормонально уровень его тестостерона снижается, тогда как уровень окситоцина возрастает. Окситоцин расширяет поведение привязанности (Uvnas-Moberg, 1998). Некоторые небезопасно привязанные молодые отцы переживают сильнейший кризис идентичности и сжигают себя посредством посещений проституток, сексуальной неверностью, агрессивным поведением и пр. для того, чтобы вновь почувствовать себя «мужчинами».
18. Некоторые отцы нарциссически идентифицируют себя с ролью всемогущего отца и, таким образом, эмоционально помещают себя, как человека, выше дифференциации и вне досягаемости.
19. Эдип был нежеланным ребенком, которого отец хотел убить после его рождения, а мать эмоционально бросила. Это физическое и психологическое переживание насилия могло стать бессознательным мотивом отцеубийства, совершенным Эдипом позже (Verney, 2002). Кстати, жизнь Нарцисса тоже началась с насилия (изнасилование).
20. В настоящее время эта точка зрения рассматривается в области заболеваний нарушений личности (Dulz, Jensen 2000, Milch, 1998), это особенно проявилось благодаря исследованиям проводимым Piontelli, 1996.
21. Мы считаем, что это может быть верным и для других заболеваний с пограничной организацией личности.

Література:

1. Alberti B. (2002) «... actually, I shouldn't even be here»- Effects of prenatal trauma on postnatal stages. In: *On the essence of prenatal life*. Krens H. (ed.). Hamburg: Association of Psychodynamic Bodytherapy; 43-57
2. Anders-Hoepgen T. (2002) Physical touch in the psychotherapeutic bonding process In: *On the essence of prenatal life*. Krens H. (ed.). Hamburg: Association of Psychodynamic Bodytherapy; 58-73
3. Balint M. (1997) *Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung.*, Stuttgart: Klett-Cotta
4. Benoit D., Parker KCH (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*; 65: 1444-1456
5. Deneke F. (1999) *Psychische Struktur und Gehirn. Die Gestaltung subjektiver Wirklichkeiten*. Stuttgart, New York, Schattauer
6. Dulz B. (2000) *Der Formenkreis der Borderline-Störungen: Versuch einer deskriptiven Systematik*. In: *Handbuch der Borderline-Störungen*. Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (ed.). Stuttgart, New York: Schattauer; 57-74
7. Dulz B., Jensen M. (2000) *Aspekte einer Traumadiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: psychoanalytisch-psychodynamische Überlegungen und empirische Daten*. In: *Handbuch der Borderline-Störungen*. Kernberg OF, Dulz B., Sachsse U. (ed.). Stuttgart, New York: Schattauer; 167-193
8. Emerson W. (1999) *Shock: A universal malady. Prenatal and perinatal origins of suffering*. veröffentlicht bei: Emerson Training Seminars, 4940 Bodega Avenue, Petaluma CA 94952, USA
9. Fonagy P., Steele H., Steele M. (1991) *Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother-attachment at one year of age*. *Child Development*; 62: 891-905
10. Gottlieb G. (2002) *Individual Development & Evolution*. Mahwah, London: Lawrence Erlbaum
11. Green A. (1993). *Die tote Mutter. Psyche*; 3: 205-240
12. Hepper P. (1995) *Human Fetal «Olfactory» Learning*. *Int. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*; 7: 147-151
13. Hepper P. (2002) *Prenatal learning: Building for the future*. In: *Vienna Symposium 2001, The significance of the earliest phases of childhood for later life and for society*. Janus L. (ed.) Heidelberg: ISPPM; 33-37
14. Hoffmann S.O. (2000). *Angst - ein zentrales Phänomen in der Psychodynamik und Symptomatologie des Borderline-Patienten*. In: *Handbuch der Borderline-Störungen*. Kernberg O.F., Dulz B., Sachsse U (ed.). Stuttgart, New York: Schattauer; 227-236
15. Huijink A. (2000) *Prenatal stress and its effect on infant development*. Unpublished doctoral thesis: <http://www.library.uu.nl/digiarchief/dip/diss/1933819/inhoud.htm>
16. Hütter G. (2001) *Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
17. Janus L. (1991) *Wie die Seele entsteht. Unser psychisches Leben vor und nach der Geburt*. Hamburg: Hoffmann und Campe
18. Janus L. (2000) *Der Seelenraum des Ungebornen. Pränatale Psychologie und Therapie*. Düsseldorf: Walter
19. Kernberg O.F. (2001) *Die narzisstische Persönlichkeit und ihre Beziehung zu antisozialem Verhalten und zu Perversionen. Persönlichkeitsstörungen*; 5: 137-71
20. Kübler L. (1998) *Einführung in die Entstehung des Gedächtnisses*. In: Koukkou M, Leuzinger-Bohleber M, Mertens W (ed). *Erinnerung an Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog. Band 1: Bestandsaufnahme*. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse
21. Krens I. (1998) *Freedom through Bonding - On the essence of Psychodynamic Bodytherapy*. Hamburg: Association of Psychodynamic Bodytherapy; 4-52
22. Krens I. (2000) *Von Bindungswunsch und Bindungsangst, Part 1. Energie und Charakter*; 22: 68-83
23. Krens I. (2001) *Von Bindungswunsch und Bindungsangst, Part 2. Energie und Charakter*; 23: 20 -37
24. Krens I. (2001) *The First Relationship*. *Int. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*; 13: 9-30
25. Leuzinger-Bohleber M., Pfeifer R., Rückerath K. (1998). *Wo bleibt das Gedächtnis?* In: Koukkou M, Leuzinger-Bohleber M, Mertens W (ed). *Erinnerung an Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog. Vol 1: Bestandsaufnahme*. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse
26. Lundy B.L., Jones N.A., Field T., Nearing G., Davalos M., Pietro P.A., Schanberg S., Kuhn C. (1999) *Prenatal depression effects of neonates. Infant Behavior & Development*; 22 (1): 119-129
27. Maret S. (1997) *The prenatal person. Frank Lake's Maternal-Fetal Distress Syndrome*. Lanham, New York: Oxford University Press of America
28. Milch W. (1998) *Überlegungen zur Entstehung von Borderline-Störungen auf dem Hintergrund der Säuglingsforschung. Persönlichkeitsstörungen*; 1/98: 10-21
29. Millon T. (1996) *Disorders of personality. DSM-IV and beyond*. New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons

-
-
30. Munz D. (2002) *Die pränatale Mutter-Kind-Beziehung*. In: *Klinische Bindungsforschung*. Strauß B, Buchheim A, Kächele H (ed). Stuttgart, New York: Schattauer; 162-172
31. Nathanielsz P.W. (1999) *Life in the womb: The origin of health and disease*. Ithaca, New York: Promethean Press
32. OPD Arbeitskreis (Hrsg) (1996) *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber
33. Piontelli A. (1996). *Vom Fetus zum Kind. Die Ursprünge des psychischen Lebens*. Stuttgart: Klett-Cotta
34. Roth G. (2001) *Fühlen, Denken, Handeln*. Frankfurt: Suhrkamp
35. Rudolf G. (1999) *Persönlichkeitsstörung und Persönlichkeitsstruktur*. Persönlichkeitsstörungen; 3: 40- 48
36. Sab H., Wittchen H.U., Zaudig M. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
37. Schore A.N. (1994) *Affect regulation and the origin of the self. The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, Hove: Lawrence Erlbaum
38. Siegel D.J. (1999) *The developing mind. Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York, London: Guilford
39. Sloterdijk P. (1998) *Späten I*. Frankfurt am Main: Suhrkamp
40. Uvnäs-Moberg K. (1998) *Ocytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions*. Psychoneuroendocrinology; 23: 819-835
41. Verny T., Weintraub P. (2002). *Tomorrow's baby. The art and science of parenting from conception through infancy*. New York, London, Toronto, Sydney, Singapore: Simon & Schuster van den Bergh B (2000) *Pregnancy, how do you regard it? A review of the ways to approach the emotional state of expectant mothers in scientific research*, CBGS-Werkdocumenten. Bruxelles. van den Bergh B (2002a). *Het belang van de prenatale levensfase voor de ontwikkeling van psychopathologie*. Kind en Adolescent; 23 (2): 97-111

ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ И НЕЙРОСЕМАНТИКА ИЗМЕНЕННЫХ СОСТОЯНИЙ СОЗНАНИЯ

Ю.А.Бубеев

г. Москва

Одной из проблем, привлекающих пристальное внимание исследователей в последние десятилетия, является проблема измененных состояний сознания (ИСС). В трансперсональной психологии и психотерапии ей принадлежит без сомнения ключевая роль.

В настоящее время преобладающей является точка зрения, что сознание человека представляет собой некоторый «континуум от сверхсознания до комы». Причем, согласно Ч.Тарту, изменение состояния сознания происходит не непрерывно, а «ступеньками», скачкообразно, по типу «квантового скачка», с полным разрывом специфических взаимосвязей психических подсистем и их последующей перестройкой в новую, стабильную структуру сознания. Основные подсистемы при этом резко перестраиваются и организуются в новую, стабильную системную конструкцию, характеризуемую изменением функционирования ряда важнейших психических процессов. При этом индуцирование ИСС при действии различных процессов происходит практически по одному и тому же механизму - переходу от обычного, базового состояния сознания (бодрствования) к измененным состояниям, характеризующимся активизацией более древних, архаичных структур.

Ч.Тарт выделял также процессы, стабилизирующие и разрушающие определенные состояния сознания. Например, некоторые состояния сознания могут разрушаться из-за перегруженности раздражителями или из-за их полного отсутствия, либо из-за какого-то аномального раздражителя, выходящего за рамки обычного восприятия.

В случае дыхательных психотехник, довольно часто используемых в психотерапии, в качестве «разрушающих сил» выступают изменение газового состава крови и вызываемого им кислотно-щелочного равновесия – дефицит СО₂ и дыхательный алкалоз. По нашим данным, общие потери (невосполненный дефицит) углекислоты крови в процессе холотропной сессии составляет около 3 литров. Это является пусковым механизмом возникновения перестройки мозгового кровотока, изменений волновой структуры электрической активности мозга, напоминающих, в самом деле, «квантовых скачок», описанный Тартом. Закономерным является формирование мощного и обширного фокуса дельта ритма, локализующегося в области правого полушария. Довольно часто он занимает целиком правое полушарие, вызывая ассоциации с «правосторонним

сознанием». Дальнейшее развитие процесса, происходящее при стабилизации величин дефицита СО₂ в крови на максимальных значениях, сопровождается резким увеличением мощности и доминирования дельта и тета-ритмов.

Исследование всех форматов интенсивного дыхания показало, что наиболее значительные потери углекислого газа с выдыхаемым воздухом наблюдались лишь в первые 10-15 мин. В дальнейшем, интенсивное дыхание служит лишь для сохранения уже достигнутого за это время дефицита, практически не увеличивая его. Полученные нами данные позволяют заключить, что ведущую роль в ограничении потерь СО₂ при гипервентиляции играет шунтирование кровотока в малом круге кровообращения.

Кардиореспираторная система, таким образом, имеет чрезвычайно мощный защитный механизм, препятствующий прогрессированию гипокапнии, несмотря на интенсивную вентиляцию альвеолярного пространства. Его включение происходит с первых минут гипервентиляции и достигает максимальной эффективности к 10-15 минутам.

Согласно легенде, Диоген Синопский, разувевшийся в возможности встречи с «человеком», покончил жизнь самоубийством, произвольно прекратив дышать. Результаты наших исследований позволяют утверждать, что системы «защиты от дурака» не позволяют причинить себе вред ни способом остановки дыхания, так как с потерей сознательного контроля дыхание самопроизвольно восстанавливается, ни чрезмерно интенсивным дыханием, ибо разобщение дыхания и кровообращения в легких блокирует потери углекислоты.

Но, гипервентиляция является пусковым механизмом не только в таких интенсивных техниках, как холотропное дыхание, свободное дыхание, ребейнг и др. Установлена роль непроизвольной гипервентиляции, как триггера возникновения таких «мягких» ИСС, как потоковые или ресурсные состояния. При изучении ритма и временных характеристик фаз дыхательного цикла у лиц в состоянии «потока», оказалось, что характер дыхания у них имел признаки «связности», о чем можно сделать вывод из значений вариативности дыхательного ритма и продолжительности выдоха. Более детальный анализ параметров внешнего дыхания показал наличие явных признаков повышения эффективности газообмена в легких. Начальные степени гипокапнии вызывают и характерное для

этих состояний изменение электрической активности головного мозга.

Но, наиболее интересным аспектом в проблеме ИСС является, безусловно, непосредственно сами неосознаваемые процессы. Однако до самого последнего времени исследователи этой области ограничивались лишь самыми косвенными знаками изменений, происходящих в подсознательной сфере.

Ситуация изменилась с разработкой методического подхода, направленного на изучение субъективной семантики и основанного на анализе вызванных потенциалов при предъявлении вербальных стимулов ниже порога осознания (Квасовец, Иванов, Бубеев, 2002). Было показано, что семантические характеристики этих стимулов отражаются в показателях вызванной биоэлектрической активности мозга, которые могут быть использованы для анализа субъективных значений в их связи с мотивационной сферой, смысловыми образованиями, механизмами психологической защиты. Возможности применения этого подхода для практического психодиагностического использования были продемонстрированы на примере изучения психических состояний, наблюдавшихся у лиц опасных профессий, которые во многом определяются неосознаваемыми процессами страха и тревоги. Для интерпретации выявленных при этом изменений была использована семантическая модель сознания В.Налимова. Согласно ей сознание описывается как многомерное пространство смысловых фильтров. Личность конкретного человека можно представить как некоторый ландшафт с выступающими кое-где «островками» проявленных предсуществующих смыслов. После успешной трансформационной работы возникает некая новая конфигурация личности. Личность обретает новые возможности восприятия смыслов в виде новых особенностей «рельефа местности». При этом часть «островков» предыдущего состояния может скрываться под водной поверхностью, а вместо них появляются другие участки «суши», имеющие другие «координаты» в смысловом пространстве. Видение новых

смыслов и реализует конкретную личность, динамические преобразования которой порождают феномен сознания.

Нейросемантические подходы позволяют объективизировать и количественно оценить состояние важнейших семантических фильтров, представляющих «выпуклости» в случае акцентуации и «впадины» в случае защитного вытеснения.

Исследование, проведенное с участием нескольких сотен комбатантов и лиц опасных профессий, выявило наличие грубых деформаций системы смысловых фильтров, с помощью которых личность воспринимает реальность и формирует внутреннюю - психическую реальность. С этих позиций становится более понятным характер психических изменений, наблюдаемый у участников боевых действий. Очевидно, что если процесс трансляции на любом уровне (базовом или социальном) наталкивается на какие-либо искажения, препятствия, то индивид отражает окружающий мир в своей психической реальности искаженно, неадекватно. Результатом такой неправильной трансляции и будут симптомы посттравматических стрессовых расстройств. А так как психическая сфера выступает регулятором многих функций организма, в том числе на физиологическом и биологическом уровнях, то изменения в ней могут сказываться на функционировании других систем и органов, которые в данном случае могут рассматриваться как психофизиологические, эмоционально-вегетативные и физиологические корреляты.

Показана возможность управления настройками семантических фильтров с помощью различных методов психокоррекции. Установлено, что наиболее эффективными являются методы работы в ИСС и комплексные схемы, интегрирующие воздействия на различных уровнях. Подтверждено, что в основе генезиса стрессовых расстройств лежит не имманентное искажение процессов смыслообразования, как при других формах психопатологии, а порождаемые реальной жизненной ситуацией когнитивные нарушения.

Литература:

1. Ю.А.Бубеев, И.Б.Ушаков Механизмы дыхания в условиях длительной произвольной гипервентиляции // Авиационная и экологическая медицина. - № 2, 1999. - С. 22-26
2. Ю.А.Бубеев, С.В.Квасовец, А.И.Иванов Современные инструментальные средства психодиагностики и коррекции стрессовых расстройств // Актуальные проблемы интегральной медицины. - М., 2001. - С. 182-187
3. С.В.Квасовец, А.И.Иванов, Ю.А.Бубеев Анализ подпорогового восприятия вербальных стимулов как инструмент психодиагностического исследования // Психологический журнал, 2002. - № 3. - С. 45-54
4. В.В.Козлов, Ю.А.Бубеев Измененные состояния сознания: психология и физиология. - М., 1997, 197 с.

ВНЕШНИЕ И ВНУТРЕННИЕ АСПЕКТЫ ПЕРЕЖИВАНИЯ ДЕФИЦИТА ЖИЗНЕННОГО ПРОСТРАНСТВА

А.Варга

Особенности среды, в которой развивался, рос и проживает индивид, накладывают свой отпечаток на самосознание. Особенности восприятия себя и окружающего мира жителей больших городов отличаются от таковых у жителей провинций, деревень, поселков. Временно-пространственные координаты, являющиеся неотъемлемыми составляющими индивидуальной картины мира, также обладают рядом специфических черт. Как правило, к ним относится темп жизни, диапазон перемещений и мера расстояний. К изменению этих внешних параметров можно адаптироваться.

Наряду с внешними координатами, существует внутреннее переживание времени и пространства, которое формируется в ходе раннего развития и накладывает отпечаток на восприятие окружающего времени-пространства. Исследования последних лет в этой области показали, что степень искажения и сужения этих координат связана с уровнем личностной патологии. Агорафобии и клаустрофобии, являясь одним из возможных и наиболее ярких клинических проявлений проблем в области внутренних пространственных координат, стали приобретать свою симптоматическую специфику в условиях большого города.

За последние несколько лет получила распространение такая проблема как транспортные фобии, связанные с невозможностью поездки в метро. В основе клинической картины – тревога, вызванная ощущением нехватки воздуха, часто маскирует страх смерти или аннигиляции. Вторая сторона переживаний - чувство одиночества, беспомощности, отсутствия помощи со стороны окружающих.

Особенности внутреннего мира лиц с агорафобией и клаустрофобией: зыбкость границ, отсутствие

сформированной идентичности, и отсутствие внутренней третьей позиции, что связано, в свою очередь, с особенностями объектных отношений (т.е. отношений с родительскими фигурами). Чаще всего в основе лежит невозможность благоприятной сепарации от матери в силу слабости или отсутствия отцовской фигуры.

Во внешних проявлениях у лиц с данным синдромом, можно выделить несколько типов семейных взаимоотношений: первый тип – симбиотические отношения между матерью и дочерью, где «больной» является мать, которая, идентифицируясь с дочерью, испытывает актуализацию тревоги, связанной с ее взрослением; второй вариант связан с первым, точнее является ее обратным вариантом – страдает дочь, но в основе лежит ранняя и болезненная сепарация от матери; третий вариант – мужчины или юноши, также страдающие от отсутствия поля для отделения от матери, особенно на пороге создания собственной семьи.

Безусловно, мегаполис с его темпом, характером взаимоотношений с социумом, требованиями, предъявляемые к жизни, усиливает сепарационную тревогу и, тем самым, обладает провоцирующей силой. В дополнение к этому нехватка или отсутствие отдельной жилплощади. Общественный же транспорт, в котором происходит все большее сокращение психологической дистанции, угрожает зыбким границам своего Я, а другие люди становятся потенциальной угрозой и без того дефицитарному внутреннему пространству.

Проблема миграции. Поток приезжих – олицетворение проникающего объекта, угрожающего чувству собственной идентичности.

КОУЧИНГ – НОВОЕ ЯВЛЕНИЕ В РОССИИ

Е.Птичина

В Москве в ноябре 2002 года прошла Первая Международная Конференция по коучингу «Коучинг – новые возможности».

Коучинг стремительно набирает популярность по всему миру. В России это пока новое и мало изученное клиентами явление. И поэтому услуги, предоставляемые в этой области, эксклюзивны на российском рынке практической психологии.

Существуют различные варианты перевода слова «коучинг». Нередко можно слышать, как говорят, что коучинг – это что-то подобное наставничеству, иногда, что это консультирование или тренинг. Если обратиться к переводу этого слова в словаре, то «коучинг» - это тренировать, заниматься репетиторством, подготавливать к экзамену или состязаниям (англо-русский словарь Мюллера), и - наставлять,

воодушевлять, тренировать (краткий оксфордский словарь). В английском варианте слову «Couching» можно сопоставить – «Co-achieving» - содостижение, содействие. Но, коучинг по сути не является ни тренерством, ни наставничеством, ни психотерапией, ни психологией, хотя можно найти области пересечения с любым из названных понятий. Можно сравнить процесс появления коучинга с процессом рождения коктейля – различные жидкости смешиваются, и в результате рождается совершенно новая. И в нем, конечно, можно различать знакомые вкусовые ингредиенты, но, по сути, это что-то совсем новое и другое.

Персональный коучинг в своем нынешнем виде появился в 1980 г. в США. Основатель Томас Леонард. Для обозначения той работы, которую Леонард проводил со своими клиентами, он использовал слово «коучинг» (сопровождение, тренерство клиента в достижении его цели). Этот вид профессиональной помощи становился все более и более популярным. В 1992 году Томас Леонард организовал Университет Коучинга; на настоящий момент эта самая большая организация в мире, обучающая коучингу.

Основной целью коучинга, как метода, является помочь клиенту в том, чтобы он самостоятельно нашел решение той или иной реальной проблемы. Коучинг родом из спорта, а не из педагогики, психологии или «науки управления». В спорте невозможна ситуация, когда коуч пробежит (проплынет) дистанцию или сыграет матч вместо спортсмена. Изучение техники отработки их «до седьмого пота» (формальный тренинг) также является необходимым, но далеко не достаточным условием для победы в соревнованиях или олимпиаде. Доказано, что олимпийские чемпионы не всегда обладали самой совершенной техникой и даже физическими данными. Так в чем же секрет победы? Победа на соревнованиях – всегда комплексное событие. Здесь играют роль и техника, и физическая форма, и «настрой на победу» «сыгранной команды», если это командные соревнования и др. Практика показала, что чемпионы в отличие от «обычных» спортсменов имеют свою собственную, индивидуальную и зачастую нестандартную технику. Это означает, что если тренер хочет воспитать чемпиона, нужно помочь спортсмену «открыть свою технику» или, как говорят, «поймать свою игру». Для этого недостаточно «заучивания» техники других мастеров.

Коучинг – это возможность научить другого большему, чем знаешь и умеешь сам. Основной отличительной особенностью коучинга (как в спорте, так и в бизнесе) является то, что коуч помогает человеку найти собственное решение, а не решает проблему за него. Следовательно, коуч обязательно – эксперт в области проблемы. Но он должен быть экспертом в том, как помогать другим

в раскрытии их собственных возможностей, это человек, который видит клиента ответственным за свою жизнь и привержен тому, чтобы он действительно вырастал в соответствии со своим потенциалом.

В процессе диалога коуч стимулирует нас к более глубокому осознанию своих целей, ресурсов и ограничений. Так, например, если вы сейчас обратите внимание на состояния мышц ваших шеи и плеч, позвоночника в тот момент, когда я это говорю, вероятно, мышцы немного расслабятся и вам захочется что-то сделать, может быть выпрямиться, потянуться. Это небольшая иллюстрация того, как осознание помогает преодолеть ограничения.

В процессе коучинга исследование препятствий, целей, ресурсов и других «составляющих» отношения человека к ситуации является одним из инструментов «нахождений своей игры», то есть своего уникального способа решения конкретной проблемы клиентом. Но (и это самое важное) результатом коучинга всегда является эффективное действие, а не только слова или «понимание» проблемы. Коучинг – это «про будущее действие», а не «про прошлые ошибки», хотя для этих целей прошлый опыт может быть объектом обсуждения и исследования.

Первое, что важно сказать: что коучинг – это вид психологического консультирования. Чем коучинг отличается от классического психологического консультирования и психотерапии – тем, что работает с целями и своими методами работы с клиентом.

Приоритетная цель коучинга – это продвижение человека, работа с потенциалом и реализация этого потенциала на практике. Коучинг – это встреча клиента с будущим и то, что организуется «здесь и сейчас». Если свернуть в схему, то это можно выразить, как: Цель – Реальность – Выбор – Воля. Это новый стиль мышления, это процесс движения к лидерству, построение своей индивидуальной формулы успеха, схема воплощения мечты, а мечта – это та цель, за исполнение которой взята ответственность.

Коучинг возможен, только если клиент принимает и реализует самостоятельные решения. Иначе говоря, человек должен обладать правом принятия решений (или влияния на них) и нести ответственность за результат.

Кратко опишем этапы коучинга:

1. Установление взаимоотношений коучинга, заключение «контракта на содостижение» конкретной цели. Согласование правил работы:

- клиент: высказывает просьбу помочь;
- коуч: объясняет правила игры и помогает формулировать ожидания в целом.

2. Определение задач для конкретной встречи:

- коуч: детализирует задачу на конкретную встречу совместно с клиентом;
- клиент: уточняет свои ожидания от конкретной встречи.

3. Исследование текущей ситуации (проблемы):

- коуч: старается понять текущую ситуацию (проблему) и отношение к ней клиента и помочь в том же самому клиенту, задавая вопросы и активно слушая;
- клиент: исследует ситуацию и свое отношение к ней совместно с коучем.

4. Определение внутренних и внешних препятствий на пути к результату:

- коуч: старается понять, что мешает клиенту в достижении цели, и помочь ему в осознании и исследовании препятствий;
- клиент: исследует свои внутренние и внешние препятствия.

5. Выработка и анализ возможностей для преодоления препятствий:

- коуч: задает вопросы и использует другие методы, провоцирующие клиента к поиску решений и преодолению ограничений;
- клиент: исследует возможности для преодоления препятствий.

6. Выбор конкретного варианта действий и составления плана:

- коуч: помогает клиенту в анализе возможностей;
- клиент: анализирует возможности, выбирает конкретный вариант и составляет план действий.

7. Коуч и клиент договариваются о том, что конкретно должно быть сделано к следующей встрече (определенному сроку):

- следующий коучинг всегда начинается с обзора – «что сделано, что удалось, и что можно было сделать лучше».

Конечно, эти этапы – не догма. Иногда они меняются местами, и логика процесса несколько видоизменяется. Однако в большинстве ситуаций коучинга последовательность в сессии сохраняется. Формула работы: вызов-видение-осознание-ответственность-действие. Коучинг – это непрерывное сотрудничество, которое помогает клиентам добиваться реальных

результатов в своей личной и профессиональной жизни.

Томас Леонард так объясняет суть коучинга: «Коучинг превратился сейчас в интегративную технологию успеха. Это больше, чем пара принципов и методов. Это наложенная индустрия создания сотен специализированных навыков, принципов, концепций, действий и мудрости».

Безусловно, коучинг не является «панацеей» от всех проблем, но дух коучинга в раскрытии творческого потока в себе, открытии внутреннего источника лидерства, который есть в каждом из нас, это процесс становления красоты жизни в себе. Человек никогда не узнает, на что он способен, если он не заявляет свое право на «Большую силу». Ведь только вызовы заставляют нас стать нечто большим, чем мы являемся, и вытаскивать те неиспользованные ресурсы и способности, которые необходимы нам для реализации новых проектов.

Между коучем и клиентом всегда возникает синергетическая коммуникация. Без этой составляющей невозможен процесс коучинга. Когда во взаимодействие вступают две части, рождается третья, это нечто неуловимое, оно то и является тем, что делает продвижение к целям мощным и приносит драйф от процесса. Коуч и клиент – это команда, которая работает над проектами, разрабатывает их, внедряет в жизнь, празднует победы и создает новые цели.

Вопросы, которые задаются во время сессии, заставляют клиента выйти за рамки привычной картины мира, выдергивают из обыденного контекста восприятия, мышления и помогают прийти к более высокому уровню понимания и осознания.

Коучинг тренирует клиента, чтобы он выиграл по отношению к себе, к своей жизни – получил свою золотую медаль, открыл в себе свое собственное золото и уникальность, «вспоминает» свое призвание и научается следовать ему, наполняя свою жизнь, творчеством, красотой и радостью бытия.

ЖЕРТВЕННОСТЬ КАК ПСИХОДУХОВНАЯ ЦЕННОСТЬ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА

Л.К.Ушкац, Ю.П.Гуцалов

г. Павлодар

«Не навреди» - советовал Гиппократ. Увы, современная действительность ведёт к противоположному порой непроизвольно.

Жертвенность (прежде всего, как самопожертвование) – суть, необходимость и норма в процессе воспитания детей. Её позитивная роль достаточно значима и в деятельности определённой группы лиц

в сфере религии, педагогики. Особым образом эта психодуховная ценность (феномен) проявляет (должна проявлять) себя и в медицине. А её роль в психотерапии вообще трудно переоценить.

По сути дела способность к жертвенности является (должна являться) таким же индивидуально необходимым качеством психодуховной характеристики

врача, как, к примеру, те или иные потребные физиопсихические данные спортсмена, экстремала и т.п. Вне сомнения, доминантность конкретных (т.е. и других) человеческих качеств можно найти почти при любой профессии. Однако очевидно: наиболее гармонична (потребна) психодуховная доминантность (с конкретным её содержанием, приложением) именно в тех сферах деятельности, которые касаются души и духа, здоровья человека.

Современный переход на основы рыночной (в какой-то степени стихийной, дикой, антигуманной) экономики откладывает на второстепенные позиции такие наши качества, без которых невозможно полноценно выполнять определённые профессиональные функции.

Как показывают исследования (прежде всего тестирование), у преобладающей части пациентов (особенно психотерапевтических служб) искренность, принципиальность, честность врача существенно увязывается с тем, что конкретно профессионально несёт в себе доктор: какое место в характеристике его, как личности, занимают духовные ценности (особенно соотносительно к ценностям материальным). Даже понимая, что «врач не богач» пациент улавливает то, что преобладает со стороны врача относительно него – больного: оказать помощь; обогатиться; или то и иное. В случаях, когда материальный интерес к пациенту преобладает, между ним и врачом возникает незримое (иногда и зримое) напряжение (явление отчуждения). Такое отчуждение чем-то напоминает отчуждение классовое.

В психотерапевтической практике это может стать одной из причин (нередко, ведомой) неудач в излечении пациента. При этом в поведении больного можно наблюдать и явление эдакой скрытой мести (сопротивление методике лечения, гипнотизации, и даже анамнезу). Здесь интересно отметить такой феномен: оное явление чаще приходится наблюдать во взаимоотношениях больных с молодыми,

начинающими врачами (т.е. к специалистам призванию, с более солидной должностью пациент проявляет такого рода отчуждение существенно реже). Но, как известно, именно молодые врачи чаще испытывают материальные затруднения.

Платная медицина (особенно преобладающая в психотерапии, при кодировании), таким образом, сама по себе порождает некий антиэффект. Хотя по законам диалектики бывает и наоборот (но, увы, не в таком масштабе). Так или иначе, но данный факт требует того, чтобы его учитывали...

Жертвенность в деятельности врача пациентом может восприниматься (подсознательно, но не по Фрейду), как некое к нему уважение, любовь. А это повышает его физио-эмоциональную сопротивляемость к болезни (к дурной привычке и др.). Вне сомнения, всему должен быть некий предел (в данном случае, как профилактика возможного паразитизма). Но очевидно одно: мы утрачиваем нечто невосполнимое. И, видимо, перевод всей медицинской помощи на бюджет государства, проблемы не решит.

Здесь кстати вести речь о неформальном объединении (прежде всего, через обучение, что уже имеет место в некоторых странах) профессиональной деятельности врача и священника, врача и работника искусства, врача и педагога (типа гуру, как у йогов). Здесь, видимо, кстати и конкретное психодуховное тестирование всех тех, кто желает обучиться в медицинских учебных заведениях. Но, конечно же, в данном случае особо суще (обязательно) воспитание молодого поколения в той норме значения (обретения) всех человеческих качеств, среди которых далеко не последнее место должна занимать жертвенность (но в диалектической гармонии с другими характеристиками наших я).

Т.е. очевидно: проблема, которую мы в данном случае затрагиваем, как сопричастную профессиональной сути (образу) врача гораздо глубже.

Литература:

1. Сборник «Человек и эпоха». - М., 1984 (статьи Маньковского и Ойзермана)
2. Фром Э. Искусство любить. - М., 1998
3. Франкл Э. Человек в поисках смысла. - М., 1990
4. Чопра Д. Совершенное здоровье. - М., 1995
5. Юнг К. Аналитическая психология. - М., 1995 (в этой же книге: Одайник В. «Массовая душа и массовый человек»)
6. Гуцалов Ю. Мировоззрение и жизнь / Сборник «Духовность народа и её выражение в русской и казахской литературе». – Алматы, 2003

ОБРАЗЫ ЛИДЕРСТВА С ПОЗИЦИИ ТРАНЗАКТНОГО АНАЛИЗА

И.А.Чеглова

Любая школа или модальность психотерапии – это модель сознания человека и модель мира,

который человек строит для себя с помощью своего сознания. Причем строительный материал – это

живая реальность, с одной стороны. А с другой – это те образы и фантазии, которые создаем мы внутри себя, образы людей и вещей этого мира, образы взаимодействий между ними. Ясные и простые понятия, которые есть в транзактном анализе, позволяют очень эффективно изучать этот материал, и видеть, как человек берет материал определенного качества, каким способом он делает свою постройку, и какой результат он получает – то есть каким будет его мир – уютным, теплым, добрым, или, наоборот, промозглым и до крайности некомфортным. Поэтому, когда мы изучаем творческое наследие Эрика Берна – транзактный анализ, мы можем изучить себя и свои способности. И можем посмотреть, как живут и работают по-настоящему успешные люди, и научиться строить очень подходящий мир для себя и для тех, кто нам близок. И добиваться успехов в реальной жизни.

А мерой успеха, причем бесспорной и абсолютной универсальной, является умение человека создавать организации для достижения своих целей и зарабатывать деньги. Это и понятно, ведь организация может наработать намного больше, чем одиночка. И потом, это очень здорово, когда твоя работа позволяет воплотить в жизнь твою мечту и одновременно прокормить себя и свою семью!

Есть такое присловье: если ты такой умный, то почему ты такой бедный?

И меня всегда интересовало: как делается дежное дело? Как и почему одни люди могут его делать, а другие – нет? Почему и как одни люди управляют другими? Если эти вопросы перефразировать с позиций транзактного анализа, то они выглядят уже несколько по-другому:

- Какая структура личности лидера будет способствовать успеху? Каково соотношение и порядок работы Родительского, Детского и Взрослого состояний его сознания? Как увязаны в его личности играя Детская креативность, Взрослое тестирование реальности, компетентность и ответственность и Родительская тяга к контролю и соответствуанию всего на свете определенным критериям?

- Как лидер создает группу и взаимодействует с группой? Как он структурирует свое время и время группы?

Берн утверждает, что наиболее успешный лидер – харизматический, то есть тот, кому присущи качества, которые люди обычно приписывают самому успешному строителю миров – Богу. Эти качества – всемогущество, всеведение, неуязвимость, непобедимость, неподкупность, бесстрашие. И даже еще одно – бессмертие. Оно обычно и достигается. Ведь то, что построено таким лидером, построено по его образу и подобию, может пережить его. И порой весьма надолго. Таких называют еще отцами-основателями. И чтят подчас как земных богов. Сиддхарда, становящегося Буддой...

Однако, лидер, да еще харизматический, – это все как-то не по-русски звучит. Тем не менее, в русском языке есть целая семья слов, которые великолепно отражают и сущность, и даже проявления и функции такого человека по отношению к его делу и людям, с помощью которых он это дело делает. И этапы развития этого дела.

Вот, например, **Начальник**. Кто это? Это тот, с которого все начинается, человек, который творит **начала**. То есть те идеи и образы взаимодействий, которые лягут потом в основу целого предприятия или отдельного проекта. То есть составят образ предприятия или Дела, который будет воплощаться в реальном мире. Начальник вынашивает эти идеи, сопоставляет с реальностью, а потом выражает в словах. Вначале было слово. А еще раньше – идея... нематериальный мысленный образ, исполненный творческой энергией своего создателя.

В теории менеджмента это называется определением стратегии и принятием решения. А словесное выражение этих идей – ни что иное, как бизнес-план организации, ее устав и, несколько позднее, штатная структура и должностные инструкции, а также «полезностная» иерархия должностей в сводке должностных окладов. И технические задания.

Вот и получается, что в структуре личности Начальника на этапе творения начал доминирует Детское эго-состояние. Именно в его ведении находится интуиция, позволяющая человеку почувствовать в мире новый источник жизненной силы, или жилу, которую никто до него не разрабатывал. Или предложить новый оригинальный способ решить уже поставленную кем-то задачу. Это зависит от масштаба личности.

А потом уже следуют Взрослое умение взвесить все «за» и «против» и убедиться в жизнеспособности идеи и Родительское искусство – описать все это настолько привлекательно, доходчиво и убедительно, чтобы заманить в дело людей, которые будут у него работать. Или убедить босса в целесообразности своих предложений. Что интересно: чем жизнерадостнее, щедрее и талантливее этот Ребенок (так называемая Детская составляющая психики) и чем более он увлечен своей мечтой, тем зрячее и ощущимее будет нарождающийся образ, и Взрослому легче просчитать вероятность реализации проекта, а Родителю – заманить в дело людей. Ведь их Детское состояние так жаждет ярких и необычных впечатлений (у хорошего шефа работники и не пьют даже – у них и так сознание расширяется, только на пользу делу...). Если Начальник не боится тратить свою жизненную силу на создание действительно больших и ярких образов, то эта его сила как бы раздвигает пространство реального мира, и образуется некий вакуум, который просто втянет в дело именно тех, кого надо. И столько, сколько надо. Как сказал кот Бегемот о бальной зале, разместившейся в московской квартире: «Для

тех, кто знаком с пятым измерением, такие вещи – плевое дело».

Начала (образы и мысли) – дело тонкое. Причем в прямом смысле, то есть тонкоматериальное, с точки зрения некоторых концепций... А вдохновение вообще не подчиняется законам и приходит тогда, когда приходит. И тогда важно его не упустить, и позволить себе нырнуть в нарождающийся мир своей мечты с головой, и там, ничего не боясь, стать Творцом. А сколько времени потребуется для создания верных образов Дела – Бог весть... Поэтому Начальник в своем творчестве по людским часам не живет. То есть структурирование времени у него сугубо целевое. Он в таком состоянии и на встречу деловую опоздать может, и забыть поесть, и не услышать, что его кто-то зовет. И не важно, если кто-то опаздывает, даже подчиненный, не важно, ведь освобождается время для того, чтобы побывать наедине с собой. Со своей мечтой...

При чрезмерной активности Детской составляющей сознания и подавлении Взрослой и Родительской существует опасность оторваться от реальности и удариться в неоправданное прожектерство. А при атрофии Детской составляющей – не быть человеку Начальником. Да и успеха в жизни не видать.

Берн называл лидера, который определяет стратегии и принимает решения – **эффективным** лидером.

Но вот, идеи сгенерированы, оценены и описаны, решения приняты и задачи поставлены. И начинается следующий этап работы. И наш лидер входит в новый образ – в образ **Устроителя**. Его задача – **построить** организацию. Воплотить идею... То есть облечь ее в живую плоть и кровь реальных людей. А их в дело нужно привести. Привести за руку, то есть войти с ними в самый тесный контакт. Поэтому лидера на этапе непосредственной работы с персоналом называют **Руководителем**. Чтобы человека в дело привести, нужно сначала определить: потянет или нет. То есть фактически понять структуру личности потенциального работника: насколько богата жизненной силой Детская составляющая его сознания, ответственна и компетентна Взрослая и соответствует задачам Дела Родительская. И что им движет, за что он будет работать – за какие деньги и за какие возможности. Если участие в нашем Деле позволяет ему воплотить его мечту – то это самый лучший работник. И обратное тоже верно: если мечта работника может быть реализована в рамках его производственной деятельности, то руководитель для него – отца родного милее.

Вот в этом и состоят главные задачи Руководителя – отбор, обучение и мотивация персонала. И в структуре личности главное место принадлежит Взрослому состоянию, его умению наблюдать, фиксировать и соотносить факты. Детское и Родительское состояния помогают находить общий язык с

сотрудниками. Посмеяться с одними, полюбезничать с другими и наподдать как следует третьим, чтобы служба медом не казалась. Кто как мотивируется, одним словом. Такого лидера Берн величал **психологическим**.

На этапе Устройства (то есть собственно организации) Дела лидер оперирует уже не бестелесными образами и идеями, а реальными, подлежащими учету ресурсами – не только кадрами, но и материалами, деньгами и временем. И здесь уже (в отличие от этапа начального) – время – деньги. А они, как известно, счет любят. Поэтому **структурирование времени – сугубо почасовое**. И не дай Бог опоздать, ведь тогда можно не успеть (и, в итоге, не преуспеть). А подчиненные должны структурировать свое время в зависимости от своих обязанностей – те, кто отвечает за идеи и образы, могут иметь целевое структурирование, а те, кто на хозяйстве – извольте строго по часам. И это все у хорошего Руководителя учитывается индивидуально и в контрактах недвусмысленно оговаривается.

При чрезмерной активности Взрослой части сознания в ущерб Детской и Родительской человек теряет вкус к жизни и моральные принципы и превращается в непрерывно функционирующий агрегат. Психика его заполняется только цифрами, и нет в ней места более ни для чего другого. Если, наоборот, Взрослая часть блокируется, то адекватная оценка реальности сильно затруднена, и человек мечется между чувствами и принципами, теряя лидерские позиции.

И вот, народ подобран, обучен и расставлен, и «процесс пошел». Сказка оказывается, а Дело делается. И приходит момент, когда технологический цикл завершается созданием определенного продукта. И его нужно сравнить с изначальным образом. То есть определить, соответствует ли деятельность предприятия поставленным целям, соответствует ли работа персонала должностным инструкциям, а характеристики произведенного товара или услуги – техническому заданию. То есть протестировать на соответствие **правилам**. А по результатам – вынести вердикт: наградить, наказать, исправить или так оставить. И лидер в этом случае называется **Управлятелем**. Есть у него и еще задача. Он за все в ответе. Если что, то вышестоящие с него за все и спросят. И главная миссия здесь – у Родительского состояния с его потрясающим умением блюсти устои. Взрослое занято самим процессом сверки, а Детское – радуется успехам, обижается на своих подчиненных за нерадение и краснеет за все это безобразие на ковре у биг босса, если он есть. Берн называл такой тип лидерства **ответственным**.

Контроль – процесс увлекательный, и редко кто из Управлятелей может удержаться в рамках почасового структурирования времени. Вот этот участок еще вне контроля, а вот тут... А делегировать ответственность и, соответственно, наделять полномочиями, это

бывает ой как сложно. Ведь для этого нужно уметь доверять и договариваться, а Родительская составляющая сознания этим навыкам предпочитает другие – контроль и ограничение. И еще: Родительское состояние трудно осознается, поэтому и выйти из него бывает нелегко. Например, чтобы просто пойти домой. Поэтому, как и на первом этапе, у Начальника, здесь может быть целевое структурирование времени. Только Дело здесь – уже не дивный мир, в который с головой ныряешь, а большая гора булыжников, которые только раскидаешь, вздохнешь – а тут уже новых поднавалило...

Так, Управитель превращается в грузчика с не- нормированным рабочим днем, а чтобы хоть как-то упорядочить свою жизнь и жизнь коллектива, он пытается максимально ужесточить правила и при этом сделать их для всех одинаковыми, независящими от особенностей работы конкретных сотрудников. А самые жесткие правила у него – для себя самого. Большая проблема Управителя – гипертрофированное Родительское состояние. Задавленное Детское прорывается часто тягой к выпивке или психосоматическими заболеваниями, а утрата Взрослой информированности о реальном положении дел грозит участью конституционного монарха. Однако, мы все же об успешных лидерах...

Итак, Детское состояние Начальника творит идеи, начала, основы предприятия как новый мир. Взрослое состояние Руководителя населяет этот мир людьми. Настоящими, живыми людьми. А Родительское состояние Управителя – правит этим миром. И чем человек профессиональнее, тем легче осуществляются у него переходы из одного эго- состояния в другое. Вместе с тем, очень важно умение включать в соответствии с потребностями Дела ресурсы именно той составляющей сознания, которые нужны в данный момент. Разводить их по времени. Чтобы не было искушения, например, одновременно включать Детскую фантазию

и Родительский контроль. Это самый лучший способ одновременно утратить инициативу и способность к контролю.

И еще: наблюдения показывают, что каждый лидер, как правило, наиболее эффективен на определенном этапе. Одни люди могут генерировать идеи, другие – обустраивать подразделения, а третьи незаменимы «на хозяйстве».

А бывает и так, что все три образа лидера уживаются в одном человеке. Для такого человека в русском языке есть еще одно слово: **Хозяин**. Этот человек – и вправду хозяин своего дела и своей жизни. Он знает себя и знает, чего хочет, он хорошо умеет творить начала, руководить людьми и управлять ими, виртуозно определяя соотношение доверия и контроля.

В народе говорят: «маг – это тот, кто могёт». Кто «могёт» самое трудное – всегда знать, кто он здесь, и зачем ему это Дело. Осознав себя Хозяином, человек объединяет магию успеха и повседневную рабочую деятельность. И воплощает, таким образом, берновскую концепцию интегрированного Взрослого, которое впитывает в себя все лучшее, что было в Родительском, Детском и Взрослом состоянии человека до интеграции. То есть до того времени, когда он повзрослеет по- настоящему.

А ведь развитие у человека интегрированного Взрослого состояния и есть та цель, ради которой был создан и работает транзактный анализ. Квалифицированный транзактный аналитик располагает хорошо разработанной системой диагностики личностных ограничений, препятствующих деловой успешности, а также набором высокоеффективных корректирующих, развивающих и обучающих методик. Результаты этой работы будут видны в Деле, которое и есть лучшее место для самопознания и роста. И экономическая эффективность Дела – объективный критерий успеха.

Таблица 1

Характеристика лидерства на различных этапах работы организации

Этап работы организации	Определение стратегии. Принятие решения	Отбор, мотивация и обучение кадров	Контроль качества
Образ лидера	Начальник	Руководитель	Управитель
Термин по Берну	Эффективный лидер	Психологический лидер	Ответственный лидер
Результат деятельности	Идея	Коллектив	Соответствие продукта идее
Отражение в делопроизводстве	Устав, бизнес-план, штатная структура, должностные инструкции, положения о подразделениях, технические задания	Персональный списочный состав организации, приказы по основной деятельности	протоколы производственных совещаний, приказы о поощрениях и взысканиях
Преимущественное вовлечение и порядок работы эго-состояний	Д-В-Р	В-Д-Р	Р-В-Д
Структурирование времени	целевое	почасовое	целевое

Литература:

1. А.А.Андреев *Магия и культура в науке управления*
 2. Э.Берн *О структуре и динамике организаций и групп*
 3. В.В.Макаров *Психотерапия нового века*
-
-

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

ТРАДИЦИОННЫЕ НАРОДНЫЕ ПРАКТИКИ И ПСИХОТЕРАПИЯ: СООТНОШЕНИЕ И ХАРАКТЕР ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

А.С.Захаревич, В.В.Тонков

г. Санкт-Петербург

Актуальность этой темы резко возросла в последнее время в связи с рядом тенденций, просматриваемых в современной практической психотерапии:

1. Все большее внедрение в мировую практику психотерапии традиционных практик, издревле используемых в народных традициях для коррекции и лечения психических отклонений.
2. Разработка законодательных актов, определяющих направления деятельности биосенсорных целителей и практиков нетрадиционной (народной) медицины по лечению психических заболеваний и методов, используемых для этого.
3. Непонимание, прежде всего, со стороны сторонников западных (особенно аналитических) методов психотерапии механизмов и способов влияния на психику в традиционных практиках.
4. Обострение взаимной критики представителей традиционных, народных и классических направлений психотерапии.

В настоящей статье предлагается подход, который определяет место классических и традиционных направлений психотерапии в отношении к предмету – психике и к принципам оказания психотерапевтических услуг.

Предметом психотерапии является человеческая психика и, как следствие, весь человек в целом. В настоящее время уже известно огромное количество методов и техник психотерапии и их число продолжает расти. Почему? Все модальности и подходы к психотерапии различны исходя из их собственного понимания или взгляда на психику человека. По нашему мнению, каждое психотерапевтическое направление вычленяет лишь часть психических взаимодействий человека, олицетворяя эту часть, с целым. Как в той притче, где слепые описывали слона, ощупывая его только в доступной им части. А если бы они «ощупали» слона изнутри... Только в этом случае действительно может быть огромное количество описаний и принципов работы с одним предметом, т.е. в современной психотерапии все-таки существует основной взгляд на психику как на «черный ящик», рассматриваемый с разных сторон, из которого периодически вылезает что-то мало предсказуемое.

Однако при всей демократичности психотерапии и принятии ею всего и всех, что, кстати, подтверждает мнение о том, что психотерапия не наука, а набор практик, существует одно, явно умалчиваемое психотерапевтическим сообществом,

противоречие во взгляде на природу предмета психотерапии – человека и его психику.

Психика – это идеальное (абстрактное) или материальное образование?

Если она – первое (идеальное), то в пору всем психотерапевтам записываться в священники, потому что в это надо верить и ни в коем случае не прикасаться.

Если она – второе (материальное), то до какой степени эта материальность психотерапией принимается или осознается? От психики как проявления принятых функций физиологии человека до ... чего именно?

Несовместимость этих подходов к психике, а также принципиальная нетерпимость их обладателей друг к другу и не дают родиться реальному взгляду на различные формы психотерапевтических воздействий.

Может ли человек реагировать тем, чего не существует? Разве наш опыт не подсказывает, что это невозможно? Откуда же рождается эта двойственность и что ее питает?

Задавшись этим вопросом более 15 лет назад, группа Санкт-Петербургских исследователей под руководством В.В.Тонкова, используя метод наблюдения преимущественно в расширенных состояниях сознания, установила ряд закономерностей, связанных с функционированием психики человека. Об этом и пойдет речь ниже.

Так, по нашему мнению, корни заблуждений психотерапии кроются в одном – в недооценки свойств материи и ее функций: **Информационность и Энергетичность**. **Информационность** проявляется в инерционности реакций материи и присуща больше психическим проявлениям, а **Энергетичность** здесь выступает как аспект изменений инерционности психоматриц и, как следствие, изменение способа реагирования психики на внешние сигналы. Эти свойства проявлены в материи одновременно и ее качества зависят от соотношения или весомости свойств на данный момент.

Исходя из этого, **психика – это функция многопластовой физиологии, а физиология – это функция объемлющей психики**.

Таким образом, мы утверждаем, что психика – это, безусловно, материальное образование, поддерживаемое особыми тонкоматериальными носителями, которые косвенно или прямо проявляются как в известных современной науке формах

взаимодействий (электромагнитное излучение, гравитационное, химическое и т.п.), так и в формах, еще незарегистрированных современными приборными средствами, но косвенно выявляемых методами наблюдения, особенно в расширенных состояниях сознания. Психика недвусмысленно реагирует на волнение окружающего пространства - в прямом смысле слова, имеет четко сконфигурированную систему реакций и состоит из определенных типов материи, тонких материй и, вероятно, иноматерий, о которых все чаще говорят астрофизика и физика тонких взаимодействий.

Любые материальные, в том числе и тонкоматериальные, среды находятся по степени возбуждения в двух устремлениях: либо повышенной **информационности**, либо повышенной **энергетичности** в зависимости от их соотношения.

Информационности, как устремлению свойственно оперировать конкретными интерпретаторами – цифрами, буквами, символами, звуками, геометрическими фигурами и формами, цветами и т.п., а также их производными – словами, речью, образами, формулами и т.п.

Энергетичность же описывается скорее абстрактными, т.е. сложно уловимыми интерпретаторами действия, поскольку само выделение энергетичности связано с изменением формы материи, например: светлее-темнее, ярче-тусклее, приятнее-неприятнее, структурированнее-хаотичнее, активнее-пассивнее и т.п.

Энергия для жизнедеятельности и совершения необходимой работы, в том числе и психических действий, образуется только в результате взаимодействия двух материальных, в том числе тонкоматериальных, носителей различных качеств и свойств. По аналогии, например, в двигателях автомобиля в результате взаимодействия электрической искры и бензина, горючая смесь возгорается, выделяется энергия, которая может быть использована в результате дальнейших трансформаций, либо на движение автомобиля, либо для зарядки аккумулятора или же отопления салона. При этом следует четко понимать, что понятие энергия является отвлеченным философским обозначением конкретного вида изменения одной формы информатичности в другую, как понятие полет самолета не означает ничего конкретного, прикрывая собой множество конкретных физических действий, этот полет обеспечивающих.

Здесь кроется фундаментальный постулат для всех психических явлений и процессов: чем выше уровень информатичности психических проявлений, тем меньше в нем энергии и наоборот. Т.е., чем больше мы знаем и храним в памяти конкретной информации, тем меньше у нас энергии в долевом отношении по отношению к нашей общей; чем более formalizованными и конкретными методами мы пользуемся в психотерапевтической

практике, тем они менее эффективны и более опасны, как для клиента, так и для самого психотерапевта или консультанта. Запомним это положение оно нам в дальнейшем еще пригодится.

Откуда же возможно поступление тонкоматериальных носителей, используемых абсолютно в любой психотерапевтической практике вне зависимости от контроля за этими процессами и понимания со стороны самого психотерапевта или консультанта? Энергоноситель к клиенту может поступать тремя разными путями:

- Передача собственной биосреды специалиста
- Проецирование на клиента специалистом внешнего энергоносителя
- Проекция силы окружающего пространства, имеющей интерес к происходящему

Естественно, что наилучшие результаты в психотерапевтическом процессе будут иметь специалисты, способные отслеживать все три процесса.

То, что мы видим, как реакции, это не психика, а только ее реагирование и взаимодействие с окружающей средой. Например, ветер, взаимодействуя с листвой деревьев, вызывает характерные звуки шелеста. Воспринимая многие звуки, мы не можем в первые моменты даже распознать их источника.

Система реакций человека заложена в особых архетипах или инфрарефлексах, так называемых «формах», определяющих, например, количество рук, ног, диктующих очертания, физиологию и методы физиологического реагирования, и далее проявляющиеся в безусловных и условных рефлексах.

Физическое тело – это одна из частей психики, проявленная в ее соответствующих реакциях на окружающий физический мир.

Оздоравливая одну часть психики, нельзя забывать об остальных, иначе проблема будет выжата в другие ее пласти – сны, побуждения и позывы или вообще в непонятное.

Таким образом, задача психотерапии становится шире – открыть «дверцу», установить сообщение между пластами психики и дать возможность несобщающимся по каким-то причинам сосудам соединиться, уравнивая общие суммарные равновесия, а не отдельные локальные. В результате этого у человека часть «психического» перейдет в «физическое» и наоборот. Уравновешенные естественно-необходимым для жизни образом структуры человека не дадут возможности для развития отклонений и «размогают» ранее существовавшие (в том числе и различного рода психологические проблемы), при этом резко возрастет адаптивность организма и психики и их способность к мутациям.

Рассмотрение современных оснований и подходов психотерапии с позиций материальности психики, на наш взгляд, невозможно без своего рода исторической классификации направлений и способов понимания психических процессов человека, поскольку именно психотерапия и сопутствующие

ей методы составляли наибольшую часть целительского потенциала жившего ранее человека. Здесь показано, что наивысший уровень доступа к психическим процессам имели и имеют **«посвященные»**, обладающие за счет своих инициированных способностей возможностью непосредственного контакта и коррекции психических процессов у другого человека. Именно они являются основателями различных учений - **йоги, даосизма, жречества, шаманизма, оккультизма**, а в современных интерпретациях – **сенсология**, как науки о тонкочувственном восприятии человеком окружающего мира, способах развития такого восприятия и влиянии человека на окружающую действительность за счет своих естественных способностей. Отличительной особенностью этих направлений является естественно-испытательский подход к познанию психических явлений с помощью способностей к расширенному восприятию.

Следующий уровень доступа к психике можно предоставить **биосенсорному целительству**, как подразделу **сенсологии**, имеющего целью за счет естественных способностей приведение организма и психики человека в более целостное состояние.

Отдельно необходимо коснуться **религий**, пытающихся в обрядно-ритуальной форме приближаться к эффектам, достигаемым основателями религий (в том числе и психотерапевтическим, но только при условии непосредственного контроля за счет своих способностей этих эффектов, иначе по иерархии религиозные методы опускаются значительно ниже). По сути же, **религии** по своим взглядам на мир являются частью **сенсологии**, а по практическим методам – частью биосенсорного или **парацелительства**.

Далее, рассматривая **Целительство** в целом как явление, его можно подразделить на три характерных направления:

- академическая медицина,
- целительство в форме рецептурной народной медицины,
- парацелительство или биосенсорное целительство.

Академическая медицина. Иногда её выделяют как «западную» разновидность медицины. Базируется, в основном, на синтетической (химической – в отличие от растительной или естественно-животной) фармакопее и приборных методологиях. Например, психиатрия и некоторые направления клинической психотерапии, использующие фармацевтические и приборные средства, находятся, безусловно, здесь, являясь по существу разделами физиологии.

Целительство в форме рецептурной народной медицины. Эта форма легко может быть включена и адаптирована в предыдущую форму – академическую. Основные признаки – наличие повторяющихся рецептур, проверенных временем и подтвержденных

многократными применениями: малина и мёд – от простуды, пчела – от ревматизма, корень калгана – от понсса и так далее. В более сложных видах – снадобья из бог знает скольких составных частей, с разнообразнейшими запахами и разносторонними применениями. Проблем с исследованиями и классификацией этой разновидности деятельности в случае необходимости не предвидится. Специалисты легко могут вырасти из академической медицины, либо из народной среды. Например, психотерапевтические эффекты от использования средств ароматерапии, трав или биологически активных добавок находятся в этой сфере.

Парацелительство (биосенсорика) с естественными признаками сенситивности, то есть на основе механизмов сверхчувствительности, сверхвспримчивости и высших психо-био-энерго-информационных обменов. Отличается от двух предыдущих направлений (академической медицины и целительства в форме рецептурной народной медицины) фундаментально – до глубочайших деталей, поскольку основным критерием специалиста, в этой области деятельности, является не умение работать с рецептурными справочниками и приборными комплексами, а явное владение методами сверхчувственного восприятия и сверхчувственного регулирования. Специалисту совершенно необходимы особые управляемые биосенсорные возможности (присутствующие у всех людей, но недостаточно востребованные), а также совершенно реальный опыт по их использованию.

Область **парацелительства** не относится к академической, либо народно-рецептурной разновидностям воздействия на психику по причине глубочайших противоречий в механизмах их деятельности и специфических формах зарождения, обучения и тренировок специалистов, её представляющих. По нашему мнению, практически все оставшиеся методы психотерапии можно отнести к этой области **«пара»**, поскольку по определению психика, являясь материальным образованием, существует и функционирует в особом **параллельном** пространстве, а точнее в системе множества многомерных пространств.

По способу воздействия на психику методы парацелительства можно подразделить на три направления:

- психологические методы воздействия;
- вещественные способы воздействия;
- эффекты присутствия.

Психологические методы воздействия – психотерапия, психотренинг, психоадаптация, психореанимация, психовоздействие, психоразгрузка и т.п. Методы психологического, психотерапевтического и психиатрического разворачивания ситуационных, психосоматических, пограничных и патологических состояний работают вполне эффективно. Эффект «плацебо» давно известен своей эффективностью и человек, превращающийся в прекрасного

специалиста в области «суперплацебо-терапевта» может иметь высокую эффективность, даже не имея ни малейшего представления о механизмах и процессах, сопровождающих психотерапию и психологическое консультирование. Например, клиент искренно верит, что психотерапевт решит его личную проблему. Сама эта вера запускает подсознательные процессы саморегуляции и его внутренняя реальность меняется. Если же эта вера по каким-либо причинам поколебалась, возвращается принятие прежней реальности и опять может проявиться эта же проблема.

Вещественные способы воздействия - с применением различного рода веществ и объектов: трав и их производных в виде препаратов, настоев, киселей и кашек, предметов ритуального и неритуального свойства при условии признания им определённых смысловых нагрузок и сопутствующих энергетических функций. Эффект вещественных стимуляторов и средств-активаторов древен чрезвычайно, так при психологическом дискомфорте зачастую человек часто даже и неосознанно, стремится перераспределить по помещению знакомые ему предметы, а окружающие его люди расширяют количество и разновидности окружающих его вещей за счёт очень специфических «игрушек для больного». Удивляться тому, что специалист по биосенсорике способен для облегчения состояния клиентов подобрать определённую гамму предметных форм естественного и искусственного содержания не приходится – это дело только тренировки, предрасположенности, практики, внимания и чувствительности.

Эффект присутствия - с применением «самого себя» как реального фактора психотерапевтического процесса, когда именно состояние самого специалиста по биосенсорике является настроенным или управляемо диссонирующим с состоянием его подопечного. Способ древнее любого другого и безгранично шире. Сюда же могут быть отнесены и любые формы настроенных методов – от молитв и призывных технологий до методов тело-выделений (управляемых сновидений, “астральных” путешествий и прочих специальных технологий подобного свойства).

Не существует принципиально иных путей биосенсорного воздействия, поэтому любые попытки перенесения биосенсорных подходов в психотерапевтическую (в данном случае, прежде всего, в клиническую) практику либо неизбежно приведут к эффекту превращения психотерапевта в обычного специалиста по биосенсорике, либо неизменно уменьшат свою активность, поскольку специалист по биосенсорике, чаще всего, не лечит препаратами и другими вещественными средствами, а использует их в качестве безусловного настроенного «агента», засыпаемого в организм подопечного с целью облегчения сверхчувственного контакта с

последующим воздействием на психику. Кроме того, как уже отмечалось, резко уменьшается активность методов психотерапии за счет использования в психотерапевтической практике конечных алгоритмов, повышающих уровень информативности и резко снижающих уровень энергетичности в психотерапевтическом процессе.

Путаница, при которой некомпетентными людьми совершенно безосновательно объединяются воедино целительство в форме рецептурной народной медицины и биосенсорика и создает безысходную двусмысленность ситуации, в которой целительство рассматривают только в аспекте лечения различных заболеваний, игнорируя психическую сторону воздействия.

Между тем, существует Международный (МКЗ-88) и Общероссийский (ОКЗ-93) классификатор занятий, который выделяет различные группы целителей и определяет направления их деятельности. Далее – некоторые выдержки из законодательных актов:

Составная группа 324: «Целители и практики нетрадиционной медицины»

Целители и практики нетрадиционной медицины проводят консультации по поводу состояния здоровья, а также методов его сохранения и улучшения, осуществляют лечение физических и психических заболеваний с помощью народных методов, стимулирующих процессы жизнедеятельности организма, или посредством внушения, биоэнергетического и прочего воздействия.

Выполняемые ими обязанности обычно включают консультации по вопросам правильного питания и образа жизни, способствующего поддержанию или восстановлению физического или психического здоровья; лечение пациентов с помощью методов народной медицины, в том числе траволечение, внушение, коррекция биоэнергетических полей и т.п.

Занятия данной составной группы требуют врожденных способностей и большого профессионального опыта, приобретаемого в процессе практической работы.

Базовая группа 3242: «Целители (лечащие внушением и молитвами)»

Целители, лечащие внушением и молитвами, лечат психические и физические заболевания с помощью биоэнергетического воздействия, внушения, молитв и подобных методов.

Их обязанности включают:

- лечение психических и физических заболеваний силой внушения, молитв, путем коррекции биоэнергетических полей;

- консультирование относительно правильно-го поведения, образа жизни и веры в целях сохра-нения физического и психического здоровья и улуч-шения самочувствия;

- выполнение родственных по содержанию обя-занностей.

Таким образом, специалисты данного направления по законодательству имеют право на коррекцию психических состояний, психологическое консультирование и психотерапевтическое воздействие.

Все три вышеописанные области парациелительства, включая методы психологии и психотерапии, без исключения весь свой эффект вызывают за счёт перечисленных ниже процессов:

- био-энерго-обменный объёмно-распределённый процесс,
- резонансно-возбуждающий процесс,
- ментально-дополняющий (мысле-объединённый) процесс.

Осуществляемый специалистом по биосенсорике био-энергообменный объёмно-распределённый процесс, выражается в перемещении и активации тонких сфер человеческой материи – различных спектров и слоев психоэнергетических составляющих психики (психоматриц), тепловых полей, запаховых сред, электромагнитных составляющих и т.п. - и сопровождается различными психотерапевтическими эффектами.

Осуществляемый специалистом по биосенсорике резонансно-возбуждающий процесс, заключается в передаче нематериального свойства тонкоматериального носителя - «энергетичности», этакого «работуна». Энергия - есть не материя, а лишь ее свойство, проявляющееся лишь в моменты её (материи) преобразования из одного вида в другой... За счет этого процесса очень эффективно у клиента может решаться достаточно широкий круг психологических проблем.

Осуществляемый специалистом по биосенсорике ментально-дополняющий (мысле-объединённый) процесс, вызывает частичное объединение подсознательно-мыслительных функций двух психик с целью решения ситуационных проблем, связанных не столько с самим психическим здоровьем, сколько с адаптационно-перестроичными его особенностями. Если короче – специалист по биосенсорике использует некие доступы к клиенту для подсознательной передачи адаптационно-восстановительного личного психофизиологического опыта, обогащаемого у него самого, в том числе, и за счёт опыта нового клиента.

Резонансные настройки - как совпадающие, так и диссонирующие, одинаково могут быть использованы для разнообразнейших эффектов - от вызова и управления насыщающими откликами по-допечного, при которых организм и психика активизирует, либо подавляет процессы привлечения из окружающего пространства тонких материальных составляющих, восстанавливающих психику. При достаточном насыщении, может значительно повыситься уровень свободно-распределенного тонкоматериального носителя, когда собственно сама психотерапия уже становится не нужна...

Для установления понимания и взаимоотношений между целительскими и общепринятыми подходами к психотерапии в Институте социального развития естественных способностей (г. Санкт-Петербург) создано новое направление – «Биосенсорная психотерапия», зарегистрированная в ОГППЛ как самостоятельная модальность, а также разработана и отлицензована образовательная программа по подготовке специалистов соответствующего профиля.

Биосенсорная психотерапия, как подраздел общей сенсологии, рассматривает все психические взаимодействия, психологические и психотерапевтические воздействия как материальные, осуществляемые посредством тонкоматериальных носителей. В этом взгляде - основное отличие биосенсорной психотерапии от многих направлений и методов, используемых в психологии и психотерапии.

На наш взгляд, одно из основных заблуждений психотерапии состоит в разделении форм психотерапевтического воздействия, как изменения рисунка реакций мышления, на гипноз, внушение, убеждение. Для раскрытия этого положения введем ряд понятий.

Постулат 1. Информационность не может быть присуща тому, чего не существует материально. Рисунок сознания – есть следствие неизвестных, недоступных сегодня науке, но совершенно материальных психоформ - психоматриц.

Постулат 2. Любая форма изменения личностных реакций человека под воздействием убеждения, внушения, гипноза – есть один и тот же процесс с различной степенью тяжести, сложности и контролируемости последствий, поскольку мы имеем дело с регулированием одних и тех же систем разными методами и с различным усилием, но с единым импульсом направленности, выражающимся в итоговом изменении реакций (рисунка) личностного мышления и личностного восприятия.

Исходя из этого, методы психологического и психотерапевтического воздействия на психику человека могут быть подразделены по двум основным признакам:

1) Методы насильтенного излома восприятия и его свойств с итогом в виде принудительного поворота сознания в требуемом направлении

2) Методы завлекающего характера, имеющие основной первопричиной скрытый, используемый психотерапевтом интерес его клиента

В первом случае мы имеем дело с формой насилия, во втором – с формой скрытой торговли. Здесь можно упомянуть категорию неизбежно приходящую на ум любому развитому оппоненту: движение клиента и психотерапевта в параллельном направлении. Однако если бы интересы клиента и психотерапевта, выражающиеся в движении в одном направлении, существовали изначально, то

клиент решал бы свои проблемы самостоятельно, а психотерапевты остались бы без работы.

Насильственные методы, исходя из постулата 1, могут быть разделены на методы:

- разрушения деструктивных узлов психоматриц;
- подмены и внедрения слоёв психоматриц явным (магия, оккультизм, йога, традиционные терапии и т.п.) или интуитивно-скрытым (психиатрия, психотерапия, психология, священничество) психическим инструментарием.

- перераспределения (случайного, либо направленного) слоёв психоматриц, похожее на перетасовывание карточной колоды элементами или пластиами.

При этом незнание скрытых форм воздействующего психического инструментария не является условием, мешающим его использовать. Так, человек, совершенно незнающий основ анатомии и физиологии, дышит, перемещается и продолжает свой род, а водитель современного автомобиля, к примеру, «Мерседес» мало представляет его устройство.

Существует огромное количество практик, развивающих физичность этого инструментария и никто не виноват, что средний психотерапевт ими не владеет, развивать его отказывается и, как следствие, не пользуется.

Наиболее сильным насильственным методом является гипноз, при котором у клиента чаще всего наступает эффект перерегулирования и часть слоев психоматриц обесточивается.

Завлекающие методы психологического воздействия. Исходя из постулата 1, эти методы действуют теми же путями с разницей лишь в том, что личные действия по разрушению, подмене и перетасовыванию слоёв психоматриц, клиент совершает самостоятельно, используя подсознательно вышеизложенные механизмы регулирования. При этом он исходит из ценностных систем и шкал, предлагаемых ему психотерапевтом с целью «торговли» с ним (клиентом). Здесь в качестве «товара» и его «оплаты» выступают: с одной стороны, ожидаемые клиентом душевые состояния (не спокойствие, а именно – ожидаемые), а с другой - материальная конфигурация рисунка сознания, реакций, восприятия или иных прочих присущих конкретной ситуации структур.

Проблема клиента и наша задача (задача психотерапевта) выглядит следующим образом:

- с одной стороны - у клиента существует не реализованный, как правило, скрытый интерес, который он может сам и не знать;
- с другой стороны – формы его восприятия, сознания, реакций, не дающие возможности для его (интереса) реализации.

В итоге, основным событием ситуации «торговли» выступают:

- с одной стороны, невозможность реализации клиентом самостоятельно своего скрытого интереса,

- с другой стороны, предложения со стороны психотерапевта целого ряда преимуществ, включая, приближение реализации его скрытого интереса, при условии, что клиент самостоятельно включит собственные скрытые механизмы, с помощью которых будет произведено его же насилие над его же личностью в целях реализации скрытого интереса, либо приближения к соответствию с собственным идеалом.

Соответствие внутреннему идеалу – самый сильный стимул для самостоятельного перетасовывания психики. Внутренний идеал и есть тот самый скрытый интерес.

Вопрос о сути биосенсорной психотерапии не может быть рассмотрен без определения видов психотерапевтического воздействия с точки зрения потребительского интереса:

- ✓ психотерапия в форме лечебно-оздоровительных мероприятий;
- ✓ психотерапия в форме методов познания и самопознания;
- ✓ психотерапия в форме технологий направляющего, агрессирующего или насильственного характера;
- ✓ психотерапия в форме установления «человеческих условий существования», или иначе, формы, предвосхищающей психотерапевтическое воздействие, т.е. формы, создающей условия, в которых человек не нуждался бы в психотерапевтическом воздействии.

Отсюда следует, что единой сути психотерапевтического процесса нет, поскольку слишком различаются их цели и источники.

Основная направленность подготовки специалиста по биосенсорной психотерапии заключается в изменении его психофизиологического статуса для непосредственного восприятия психических процессов путем переноса некоторых особых качеств и способностей психики, свойственных и проявляемых в особых состояниях сознания, в естественное состояние - с целью их осознанного применения в профессиональной деятельности. В связи с этим в биосенсорной психотерапии этап осмыслиения психических процессов сменяется процессом набора опыта. При этом основной психотерапевтический эффект при качественной подготовке психотерапевта должен проявляться в виде эффекта присутствия, с применением «самого себя», как реального фактора психотерапевтического воздействия, когда именно состояние самого специалиста по биосенсорной психотерапии является настроенным или управляемо диссонирующим с состоянием его подопечного.

Таким образом, в практических приемах биосенсорная психотерапия оперирует не столько жесткими алгоритмами психотерапевтической деятельности, сколько интуитивно-творческим определением набора необходимых действий для

выведения клиента на качественно новый уровень психических состояний, при этом активно применяется способ выявления и трансформации скрытых психических реакций человека. Исключение составляет особый класс психоагрессирующих биосенсорных подходов, являющихся биосенсорной разновидностью психиатрического гипноза.

Особо необходимо отметить использование в биосенсорной психотерапии нового класса энергосенсорных дыхательных психотехнологий для изменения состояний сознания человека. Они разрабатывались как самостоятельное направление дыхательных психотехнологий, в некоторых вторичных аспектах соприкасающееся с уже используемыми в психологии и психотерапии - реберфингом Леонарда Орра и холотропным дыханием Станислава Грофа. Последние (реберфинг и холотропное дыхание) использовались авторами на первоначальном этапе исследований при создании энергосенсорных типов дыхательных психотехнологий для выявления биосенсорных и психоэнергоинформационных элементов дыхания. И хотя энергосенсорные дыхательные психотехнологии используют некоторые общие (с реберфингом и холотропным дыханием) описательные и классифицирующие элементы, но, по сути, имеют совершенно отличные цели и методы их реализации.

Биосенсорная психотерапия опирается на запатентованные разработки в области регуляции психических процессов человека (патенты Российской Федерации от 27.08.1999 «Способ регулирования эмоционально-психического состояния» и от 27.06.2001 «Способ выявления скрытых психических реакций человека», авторы В.Тонков, А.Захаревич, А.Горюнов и др.) и представляет собой современную самостоятельную Российскую школу со своими базовыми подходами к изучению и развитию психики и организма человека с активным использованием измененных состояний сознания, включая разработанный собственный категориально-смысловый аппарат.

В этом ее сходство с такими интегральными системами развития человека, как йога, даосизм, суфизм, зороастризм и т.п., когда сами психотерапевтические приемы и эффекты являются подразделами более обширных интегральных систем развития и зачастую и отдельных традиционных терапий.

В настоящее время «Биосенсорная психотерапия» зарегистрирована как модальность в Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиге.

Для качественного обучения и подготовки специалистов в России лицензированы программы дополнительного профессионального образования по направлениям деятельности Института социального развития естественных способностей, находящегося в г. Санкт-Петербурге.

Подготовка специалистов по биосенсорной психотерапии проводится в рамках договора между ИСРЕС и ОППЛ и включает в себя обучение по следующим программам:

1. Общая сенсология
2. Современные методы сенсологии в психологии и психотерапии
3. Практическая сенсология в дыхательных психотехниках

В настоящее время образовательные проекты по биосенсорной психотерапии реализуются в Санкт-Петербурге, Москве, других регионах России, странах СНГ и Балтии.

В заключение необходимо отметить, что анализ современного состояния мировой психотерапии показывает на непрерывную тенденцию расширения модальностей и подходов психотерапии за счет направлений, ориентированных на естественные способности специалистов к расширенному восприятию психики клиентов. Не исключение в этом являются и подходы биосенсорной психотерапии, а где место других модальностей и направлений психотерапии в соответствии с приведенной в статье классификацией каждый специалист может домыслить сам.

ИНТЕНСИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

С.Фридрик

г. Челябинск

Вступление

Если при встрече двух человек ничего необычного не происходит, значит – их Души молчат...

Если слово «психотерапия» состоит из двух греческих – **psyche** – Душа и **therapy** – уход (за больными), сопровождение, лечение, то, что это слово означает? Уход за Душой? Сопровождение Души? Или – Душой сопровождаемый? Лечение Души или

лечение Душою? Неизвестно. Кому как нравится. Я бы перевела это слово на русский язык «**Душа с Душою говорит...**».

Есть много разных видов или модальностей психотерапии. Всю современную психотерапию можно увидеть, как psyche-терапию умственную и психотерапию «сквозь ум».

1. Об умственных направлениях психотерапии

Наш ум – это «то, чем мы думаем» (А.Дериев, Новосибирск), маленький участок коры головного мозга (3-4% ее). В уме нашем хранится очень много бесполезных знаний, запомненных когда-то («Слава КПСС!», например), чужих цитат. В нем хранятся все сложные конструкции терминов и анализа, схем, выводов, умозаключений, рекомендаций, много не пригодившихся в жизни знаний. В нем находятся давно введенные в нас чужеродные программы воспитания, очень многие устойчивые программы-ограничения «правильно-неправильно», «нельзя-можно», «плохо-хорошо», программы о морали, приличиях, о кодексе «строителя коммунизма» и прочем. Когда мы смотрим с умом - мы не видим очевидного, а лишь свои собственные оценки, мнения, суждения о происходящем. Мы подгоняем существующую безграничную реальность под свои умственные схемы и конструкции. Мы смотрим на человека с позиций своей оценки, диагноза или синдрома. Говорим, что этот человек – депрессивный, а этот сублимирует, проецирует, бредит и пр. Мы видим не подлинную реальность, а искаженную нашим умом карту подлинной реальности. Это – как рисовать карту водопада. Зачем? Бессмысленно рисовать карту водопада – он на ней мертв. Подлинной Реальности безразлично, что мы о ней думаем. Настоящая Реальность просто существует. Она не зависит от того угла зрения, под которым на нее смотрит человек. И его точка зрения ей безразлична.

Умные люди читают о пользе талой воды, не видя, что с крыши тает она грязная. Чистая талая вода – только из горных рек. Читают, что полезно кушать, а неприятного вкуса «полезных» рекомендаций не чувствуют.

Когда мы слушаем умом, то мы внутри себя подгоняем слова клиента в ту или иную свою схему, свою позицию, свое мнение. Мы через ум слышим не слова говорящего, а лишь свои звучащие мысли: «А, вот что это значит! Этот человек не прав, а этот говорит просто чушь. О! А вот это интересно – это совпадает с моей точкой зрения!». Слушая с умом, каждый человек услышит только свою мысль, только то, что он захочет услышать. Слушая умом мы имеем не **точку зрения** (это, кстати, привычные слова: «А какова Ваша точка зрения?»), а **точку слуха** (эти слова непривычны, но они справедливы, как и «точка зрения»)! В уме рождаются диспуты и дискуссии, споры ни о чем – о своей правоте. Здесь - уважение к правоте, и забывание левого. А ведь «что справа, то и слева» - Гермес Трисмегист был посланцем Богов. Умные, образованные люди знают слова Соломона: «И ты прав, и ты прав», но... согласиться с ним не могут. (Есть даже целая псевдонаука – «конфликтология»). У ума часто преобладает: «Прав только я!», то есть неустойчивое стояние на одной правой ноге.

Встретились два умных человека, поговорили о т.н. проблеме одного из них, проанализировали выделенные моменты, по-новому взглянули на старую ситуацию, изменили к ней отношение одного из них, пришли к осознанию, озарению, инсайту, катарсису, не забыв воспользоваться «ресурсным планом психотерапевтической коммуникации» (научный психотерапевтический термин одного известного ученого) – и расстались, довольные друг другом. Причем, более доволен тот, кому оплатили эту встречу. Или не очень довольны оба, так как за разговор, пусть и с приятным человеком, в нашей постсоветской стране гонорар невысокий. **Разговор тогда имеет смысл, когда за ним есть новое действие.** За «поговорить» платят недорого. Ведь умных людей много, поговорить всегда есть с кем при желании – соседи, коллеги, друзья. «Психодиагностика на кухне» в нашей стране процветает. И люди у нас неглупые, и психологи почти все, особенно по чужим проблемам.

Умственные, рациональные, аналитические терапии – разговор двух приятных умных собеседников. Причем, один из них думает про себя, что он умнее, другой – то же самое думает о себе в лучшем случае. В худшем – отдает первенство первому только потому, что тот называется психотерапевтом – значит, вроде бы лучше знает психику людей. А тот просто прочел больше книг по специальности.

2. Небольшое отступление

Психология – это смешная наука. О Душе наука. Как Душу безграничную можно вместить в рамки науки? «Если твой взгляд пересекся с полетом птицы – значит, ты летишь вместе с ней» Как это может понять психолог? Разве возможно понять (понимание – это функция ума, а ум и Душа – ох, и разное!), что Душа – везде, что Реальность Безгранична?

Хотим мы того, или не хотим – мы Кем-то созданы. Создателем, Созиданием, Богом (Этому множество Имен и нет Имени). Тот, Кто пишет План – существует. **Человек изначально создан целостным.** Ум начинает свою думающую работу примерно с тех лет, когда человек начинает помнить себя – с 2-3 лет. А до этого младенец не живет, что ли? «В глазах ребенка отражена вся Вселенная», мне нравятся эти слова В.Козлова. Правда, педиатры почему-то считают, что младенец – плохо фиксирует взгляд, что он может испугаться своей ручки, поэтому – пеленать! Ребенок же беззащитен, кто спрашивает его – нравится ли ему пеленание? А что он видит и сколько он знает, этот маленький человек, пришедший в мир? Кто знает это? Он рассказал, если бы говорить умел. Но как только появляются мысли и слова, ум начал свою работу – у всех людей возникает блокировка памяти предыдущей жизни. Но, каждой клеточкой целостный

организм помнит многое – клеточная память есть у всех нас. И с раннего детства начинается «воспитание» - поучения, назидания, запреты, ограничения (вместо пеленок). А их столько бессмысленных и нелепых! Например: «Ты же солдат, - говорит мама 3-летнему сыну, - должен одеваться быстро!» Маленький мальчик в растерянности, он любит маму: «Мама права! Но я – маленький, а солдаты – большие. И я буду солдатом, когда вырасту. Я же должен... маме». Вот и пошла цепь разрушения-расщепления целостности мыслями. **Знаменинное «должен»,** уводит человека от себя самого – **оно чужеродное для всех,** но такое родное и знакомое многим! А хочет ли мама, чтобы ее сына потом убили на войне? Об этом она сейчас не думает. **А слово сказано – оно прошло в сына!** Детей всегда необходимо спрашивать: **«А как хочешь ты?»** - тогда они не будут по всему свету искать себя в своих духовных поисках. Но ведь мысли – только лишь мысли, а целостности неважно, что мы о ней думаем. Нам важно!

Почему-то в обществе интеллект в почете. О Душе многие забыли, хоть и в церковь толпами пошли, и о духовности говорят. Создатель создал далеко не только ум! ОН создал ВСЕ! Все, что в нас, все, что вне нас. Если в человеке уважаем только ум (а все образовательные программы именно ум человека фаршируют столькими бесполезными знаниями!), т.е. продукт малой лишь части головного мозга, тогда **зачем создан осталльной мозг, кишечник,** внешне очень похожий на извилины головного мозга??? А ведь в организме человека много еще чего Создано. А все остальное – что? Атавизм, пережиток обезьяны? Пусть так думают те, кто так хочет думать. Природа мудра, в человеке нет ничего лишнего! Во всем «остальном», в теле в том числе, и везде живет вся Вселенная, все естество человека. Но умом этого не постичь – уму это **невозможно!** И для психологии это непостижимо. Душой ведь можно слышать, о чем переговариваются звезды... Как же **это** понять??! И какая психотехнология научит этому?

3. Иррациональная психотерапия («сквозь ум»)

Психотерапия трансперсональная способна работать со всем организмом человека, изначально созданным целостным. Такую психотерапию спокойно можно назвать транс-персональной (сквозь персону) или «сквозь ум». Но некоторые ученые считут такое название слишком упрощенным. (Я уже слышала эти слова от одного доктора наук, он придумал свою, не помню какую по счету, теорию гипноза). Поэтому «иррациональная психотерапия» - лучшее название, о ней ученые почти ничего не знают. **Иррациональная терапия работает с изначально целостным человеком,** в отличие от всех интегративных или интегрирующих технологий. Для

нее есть один простой Закон Вселенной, подаренный людям Гермесом Трисмегистом – **Равновесие:** что внутри – то снаружи, что слева – то справа, что сверху – то снизу. Все!

И, пройдя «сквозь ум», во внутренней тишине целостный психотерапевт легко способен смотреть и **видеть глазами, слушать и слышать ушами** (они – лишь инструменты для зрения и слуха). Тогда исчезает «точка зрения», появляется естественное видение – все **очевидное видно.** И тогда – видит и слышит Душа. И всегда видно, где именно нарушено равновесие. Многие называют это «интуицией» - ну, почему я так не сделал – ведь чувствовал же!!!

Душа чувствует! Тогда, когда видит и слышит! Ее голос всегда первый, только ум наш часто, сразу же включаясь, заглушает этот прекрасный голос! Сердце подсказывает, да немногие умеют его слышать.

Человек воспринимает информацию всей своей сущностью – не только глазами, ушами. Обдумывание искаивает воспринявшую информацию. Мелодия голоса более важна, чем многие слова. Есть слова живые (однозначные), проникающие в важные точки человека, есть и неживые (многосмысловые), которые лишь захламляют голову, создают головные боли, порождают бессонницу. Например, пациентка говорит: «Я закрываю глаза и позволяю себе видеть тонкий план». «Что ты видишь с закрытыми глазами?». Растерянно: «Цвета – желтый, зеленый!» «Вот **это** ты и видишь, и незачем думать при этом о каком-то еще тонком плане – этим лишь создаешь себе лишнее напряжение и сама себя путаешь».

В психотерапии иррациональной участвует весь организм человека, в том числе и маленький участок тела в коре головного мозга. Он (ум) просто не в состоянии отследить все происходящее и поэтому вскоре просто «отдыхает». А работа идет полноценная при ясном сознании клиентов. Сквозь ум легко видеть и слышать **все** проявления другого человека, а не свои галлюцинации о диагнозах, оценках, интерпретациях, анализах и пр. И поэтому целостный психотерапевт легко может помочь любому человеку, который обратился за помощью из Тишины своей Души.

Хорошо бы, если бы психотерапевтами становились только целостные люди или готовили в профессии целостных психотерапевтов. Это я позволила себе перевести на ясный язык цитату того же известного ученого-теоретика, занимающегося интегративными психотехнологиями «Отсюда вполне понятные сложности в перерастании эксплицитивного статуса психотерапии в социальный, реализуемого, в идеале, за счет осмысленного экспорта верифицируемых, высокодинамичных развивающих технологий из профессионального психотерапевтического ядра в институализированные практики (образование, воспитание и т.д.)» (Впрочем, кто ж его поймет, может он даже имел в виду

воспитание целостных людей – но это просто невозможно! Кто же позволит человеку быть свободным!). Как нет возможности поставить подготовку целостных психотерапевтов «на поток» – целостных-то людей в истории единицы были, и многих из них уничтожали. Путь к своей целостности – это путь одного человека, он сам его выбирает, тернист этот путь – тот самый «узкий путь, ведущий в жизнь», о котором Христос когда-то сказал. Но он ведет к звездам. А многие идут шеренгами широким известным путем – так спокойнее, проще, легче. Многим одного очень легко критиковать, заклеймить, затоптать, стереть с лица Земли. Зато здесь постоянное соревнование – кто кого обойдет.

4. Начиналась интенсивная психотерапия 2 года назад

Нет желания кого-то из великих или известных цитировать. У каждого из них или свой взгляд, или – еще хуже – своя точка зрения. **Позволю рассказать о своем видении интенсивной психотерапии, зная, что такого термина сегодня нет.**

Кто сегодня готов платить высокий гонорар психотерапевту за долгосрочную терапию? В нашем постсоветском пространстве? Единицы, да и те, кому жить скучно. А сколько людей нуждаются в настоящей хорошей психотерапии. Далеко не единицы! И не от скуки! Если терапия долгосрочна – значит, ее результаты медленные. Хорошая психотерапия не должна длиться месяцы и годы. Как бы умело терапевт не перекладывал ответственность за результат своей работы на клиента.

Девизом интенсивной психотерапии вполне может быть: «Скорость, качество, надежность!».

Клиент за хорошие деньги должен получить хороший для него результат в более короткий срок. В наше время мы все уже не очень-то любим стоять в очереди к парикмахеру или в магазин с одинаковыми деньгами в кошельках.

Был у меня разговор с психотерапевтом (он много лет ведет группы холотропного дыхания, сам дышал в таких группах немногого). «Как же так, – удивлялись мы с ним – дышат многие, а меняются ведь очень немногие люди?». Ответ прост. Не все хотят менять себя.

Напряжение из души выходит криком, слезами.

В этом и отсрочка опасному действию и действию Новому. Необходимо изъять первопричину накопления напряжения. **Без изъятия первопричины** напряжение на время сбрасывается – опасные действия на время предотвращаются, а Новые не появляются вовсе. **Пример** из нашей с Анной Барг (о ней скажу позже – особо) ранней работы: Горькое горе проживала одна женщина, горько и долго, и конца и края не было этому горю. Каждой клеткой своей помнила она и чувствовала свое горе, а не знала, о чем оно. Воспоминание Души о гибели любимого мужа в прошлый раз жило в ее Душе.

И не было тогда ей возможности отгоревать все полностью. Лишь знание об этом дало ей возможность в этой жизни выплакать все слезы до конца и залечить свою душевную рану. Сама бы она не вспомнила – нет возможности помнить тяжелый предыдущий уход из жизни или горе тяжелое из-за блокировки умом воспоминаний прежней жизни. **Другой пример** видел известный психотерапевт Алексей Дериев из Новосибирска. Юная девушка с детства страдала странным кожным заболеванием – кожа на ногах, плечах была покрыта мелкоточечной красной сыпью, постоянно была жгущая боль, носить колготы было невозможно. Чем только не лечили ее дерматологи! Без эффекта. Она много раз дышала у меня, когда я одна еще занималась холотропным дыханием. Многое прожила, многое сделала для себя. Но кожа оставалась прежней. В первом дыхании у нас с Анной у девушки проявилась на короткое время своеобразная контрактура голеней и ступней, как при сожжении людей заживо, к концу первого дыхания руки были сведены полностью, она не могла взять ложку. Оказалось, ее в прошлый раз сожгли вместе с маленькой дочерью. (**Знание приходит, естественно, не к клиенту и только тогда, когда жизненно необходима помощь!** А то сейчас модно «кузнавать» у т.н. «магов» и «чародеев» свои прошлые воплощения. Зачем? Вселенная – не справочное бюро! **Никогда из любопытства Она ничего не сообщает. Только по желанию самого клиента и при крайней жизненной необходимости! И не всем!!!** Алла Пугачева, например, вовсе не была Екатериной Второй, как уже написала одна женщина. Алла Борисовна действительно «великая певица времен политика Брежнева» и уже других. У нее и без этой выдумки прекрасный жизненный статус и она превосходно говорит с экрана телевизора: «С Новым Годом, мой народ!». А силы в ней столько, что Екатерина отдыхает по сравнению с ней. Вселенная на имидж не работает. И со Вселенной лучше не шутить! Это опасно!). Я спросила у очень удивленного Алексея Дериева, какой бы диагноз он поставил девушке сейчас. «**Настоящая контрактура Дюпюитрена**» – был ответ. Все исчезло на втором дыхании при соответствующей работе с девушкой, тело освободилось от тяжелейшей травмы прошлого ухода из жизни. Алексей мне задумчиво говорит: «Света, а кто в это поверит, в то, что мы видели? Ведь любой бы сейчас говорил о матрице какой-нибудь». Какая разница, кто поверит! Важно, что сделали! Это было около года назад. Девушка абсолютно здорова. Кожа чистая, ноги красивые, колготы носит легко.

В классическом холотропном дыхании до первопричины самому человеку добраться почти невозможно – оно ведь стремится к целостности (сам термин – tropos – поворот, стремление), а не с самой целостностью работает. Человеку **иногда**

необходимо знать первопричину своих страданий, чтобы полностью освободиться от нее. Клиент только способен чувствовать страдания – причина заблокирована умом. Знание первопричины для человека почти всегда слишком болезненно, и мы увидели, что людям лучше не знать о первопричине – только в исключительно редких случаях при тяжелейших душевных переживаниях! Такие люди очень сильны, раз способны жить с такой огромной тяжестью – им знание о первопричине всегда принесет только пользу. Когда все ясно – уже легче прожить свои страдания до конца. Остальным знать незачем – мертвым грузом такие знания остаются, ум сразу блокирует их – а, ерунда все это! Чушь собачья! Такое «объяснение» уму проще принять, и это вполне понятно. Поэтому мы с Анной Барг **сейчас вовсе не сообщаем** никому ничего травмирующего – убираем многие первопричины так, что люди о них просто не знают – это бережнее, легче, спокойнее для участников. Те тренера, которые ведут группы холотропного дыхания, не могут знать о первопричинах, этому нигде не обучают, и обучить этому невозможно. Нужны особенные способности. Поэтому многие участники холотропных групп лишь на время сбрасывают напряжение, первопричина остается и напряжение накапливается вновь – очень многие не меняют себя новыми действиями, да и не желают таких перемен.

Для полноценной работы в дыхательных технологиях необходима еще и терапия после выброса наружу внутреннего напряжения – чтобы прервать пути его накопления.

Трансперсональные дыхательные направления терапии, наиболее работающие с целостностью человека, в качестве терапии проводят шеринг с обменом информации о своих ощущениях в дыхании, используют рисование внутреннего мира человека через мандалы (как понравилось Станиславу и Кристине Грофам). И при этом некоторые тренера делают вид, что они-то знают, о чем рисунок. Одна из терапевтов вообще заявила, что ведущему всегда известны переживания клиента во время дыхания – ну, заблуждающаяся женщина, что тут скажешь. Другая заявила клиенту: «У тебя неправильные переживания. Вот он, соединился с космосом, вот у него правильные переживания». Сам клиент чувствует, проживает в дыхательной сессии **столько**, сколько ни одним рисунком и никакими словами не скажешь. Иногда тренера начинают рассказывать теорию Станислава Грофа о перинатальных матрицах – зачем? Это – теория Станислава Грофа, о ней можно прочесть в его прекрасных книгах. И матриц таких в природе не существует – это идея автора, гениальная понравившаяся ему выдумка для описания в его многочисленной практике многих сходных случаев (у великих людей они великие, но зачем же слепо перениматать чужое?). Теория и есть теория, к переживаниям

человека она никакого отношения не имеет. Одна женщина-психолог, объясняя свою пассивность по жизни, как весомый аргумент, сказала мне: «Но ведь я – из кесарева сечения! У меня выпали основные перинатальные матрицы!» (смотрите глазами!). «Ну и что?! Ты же родилась! Живешь – так действуй! Не действуешь – так не обвиняй свою маму в том, что так тяжело тебя рожала!». И многие люди, «пройдя холотропку» – именно так из-за работы некоторых тренеров неуважительно производят слова участники очень серьезной работы – вдруг говорят: «Я сегодня заново родился» или «Я прошел вторую, третью перинатальную матрицу». Не нужно заблуждаться – ты **родился давно**, столько лет назад, каков твой возраст. А если ты **чувствуешь себя рожденным заново, то готов ли ты и способен ли жить по-новому?** А матрицы и рядом не было никакой, когда ты дышал. Или «родовой канал» по несколько раз проходят, как упражнение делают. **Полноценного опыта достаточно при одном его прохождении**, все остальное – гимнастика.

Многие участники холотропных групп лишь на время сбрасывают напряжение, **но это уже хорошо!** Когда первопричина остается, напряжение накапливается вновь – снова нужно дышать! А это и тяжело, и утомительно, и «неэстетично» – очень многие избегают по вполне понятным причинам холотропного дыхания, очень полезного для здоровья! И для духовного развития! И для личных перемен тех, кто хочет их!

Меняют себя, свою жизнь только те, кто хочет этого! Наблюдение за собой – это путь развития. Путь вверх. И менять себя можно безгранично развиваясь. Некоторые хотят менять мир вокруг себя. Наблюдение за миром – накопление в душе злости, зависти, уныния. Все это мертвым грузом лежит на душе, давит душу. Такие изменения вниз, а не вверх.

Один Мастер психотерапии был во время моей работы с клиенткой, когда та, удивившись, спросила меня: «Так, выходит, что моя проблема – во мне?». Я ответила: «Да – твоя в тебе, моя – во мне». Мастер громко говорит с горечью в голосе: «А моя проблема – в сыне». Мне жаль Мастера. Так его называют некоторые коллеги. Мне жаль, что этот немолодой уже человек, столько лет занимаясь умственной психотерапией, думая и сказав мне лично, что он работает Душой, так и не понял, что в нем самом-то и находится его проблема с сыном. Ведь это **он** говорит о своей проблеме.

5. Интенсивная психотерапия

Мы ведем ее вместе с Анной Барг, ей 23 года. Она – сертифицированный психолог ППЛ, тоже преподаватель и официальный супервизор практики ППЛ. У нас разные функции в работе. Поэтому я и пишу эту статью, Анна работает чаще молча.

То, что умеет делать Анна, не умею делать я. И наоборот. Мы назвали свою работу **Новой Формой Работы**. Почему такое название, мы рассказали на нашем сайте <http://fridrik-barg.narod.ru>, а коротко – потому, что такую работу в таком сочетании никто кроме нас не делает.

Она показана при самых разных сложностях и расстройствах **только тем людям, кто сам хочет улучшить свое отношение к себе, к людям, к миру, к жизни, к здоровью, к деньгам и пр.** Это могут быть и тяжелейшие жизненные шоковые ситуации, и тяжелейшее состояние здоровья, и желание создать семью, и улучшить свое дело, и, казалось бы, самые банальные заявки «хочу чувствовать себя уверенным, хочу перестать сомневаться, хочу себя полюбить и т.д.»

Она для тех, кто хочет менять себя, чтобы жизнь свою наполнить и радостью, и легкостью, и любовью, красотой и комфортом, и интересными делами, полезностью себе и людям, хорошим отдыхом.

Противопоказание к ней одно – нежелание человека в ней участвовать. И мы не работаем с людьми, принимающими тяжелые нейролептики – резко снижены, притуплены свойства желать чего-то. Дети с 8 лет участвуют в нашей работе вместе с мамами.

Это - трехдневный 6-7-часовой интенсив, состоящий из трех ежедневных частей.

Первая часть – круг прямой и косвенной иррациональной терапии.

Потому иррациональной, что она воздействует на весь организм, а не только на его маленькую часть, называемую «умом». Только иррациональное способно работать с иррациональным в человеке, то есть со всем целым организмом, не обращая внимания на игры, хитросплетения и выдумки ума.

Круг ведет одна из нас – видящая, слышащая, чувствующая, интуитивная, говорящая одновременно одному человеку и всем участникам, и действующая. Работает без обдумывания, но прекрасно знает – что, когда, зачем, кому в круг она говорит и делает! В этой работе нет ни единого лишнего взгляда, жеста, слова, метафоры, где важна мелодия голоса, а не словесное содержание рассказчиков. Работа идет живыми словами, ясными для всех участников. Внимание ведущей пристально ко всем проявлениям каждого участника, к первым «ключевым» словам, к позам, жестам, модуляции голоса. Участники мало говорят, больше слышат. Причем, сами отмечают, что слушать не устают. Работа идет с изначальной целостностью всех людей, пусть даже многие думают, что они расщеплены. Человек воспринимает информацию всем организмом, при отдающем мозге в ясном сознании – каждой клеточкой, кожей, самыми необходимыми не очень здоровыми пока частями тела,

глазами, ушами, душой. Всей своей сутью. При этом – каждый человек улавливает для себя главное, свое – то, что идет на пользу. Не умом, естественно – всем организмом. Чужеродное не воспринимается – проходит сквозь, т.к. нет «мишени» в его организме. Филигранная гомеопатическая психотерапия; утирующее, усиливающее зеркало, становящееся постепенно пустым. Множество необходимых приемов, необходимые разъяснения на конкретных примерах, как мы сами себе создаем многие «ловушки», тупиковые ситуации. Постоянное внимание на видении и слышании всех участников. Многие участники вскоре с радостным удивлением начинают и видеть и слышать по-новому. Технологиями иррациональная терапия не работает – технологии для механизмов. Мы работаем с живыми людьми. К каждому человеку подбирается тот ключ, который только к нему и подходит. Истинное осознание – мгновенно! Только без обдумывания, без мыслей! Кому-то слово, кому-то жест, кому-то звук, кому-то действие, кому-то «разрез», чтобы грязи был дан отток – только потом постепенно будет сделано заживление чистой раны. Все очень бережно, в необходимой каждому участнику дозе. Косвенная терапия, как известно, легче входит в человека, поэтому она мощнее прямой. Все участники круга (их бывает до 35 человек) под постоянным воздействием косвенной и прямой терапии. Время для людей проходит незаметно. Люди много смеются, ведь смешного в жизни нашей очень много. Некоторые считают, что мудрость только через боль рождается. Пусть считают. А можно и в радости, смеясь, к мудрости приходить. Естественно, сквозь трудности, но не более.

Вторая часть – дыхательная сессия для того, чтобы... Это ни одна из известных «техник» дыхания. Мы используем дыхание для расслабления организма и ума, чтобы получить возможность полностью работая с телом, максимально очистить организм от негативных внутренних накоплений, напряжения, которое есть у каждого человека, живущего в наше время в постоянном повышенном стрессе. У каждого напряжение в своей степени. Дышат все участники одновременно, глаза завязаны у всех, никаких наблюдателей – только двое ведущих. В самом начале по интенсивности дыхание напоминает сессии С.Грофа, по времени короче (1,5-2 часа). Столько, сколько нам необходимо для работы со всеми нуждающимися в этот раз. То же ритмичное вступление, далее музыка меняется так, как удобно ведущим, «драма» и «выход» соблюдаются. Человек какое-то короткое (не более 10 минут) время дышит активно глубоко и без пауз между вдохом и выдохом. В это время одна из нас полностью делает свою работу по активизации процессов в организмах всех участников, практически не прикасаясь к телам людей. Процессы полностью активированы, и вскоре каждый человек **дышит в удобном для него ритме**.

При этом целебное состояние достаточной глубины и нет необходимости постоянно форсированно дышать на протяжении длительного времени, что снимает физическую нагрузку, какая всегда есть при классическом холотропном дыхании. Соответственно и нет классических соматических противопоказаний, так как организм легко переносит удобное для себя дыхание.

Дыхание в нашей работе необходимо для того, чтобы у второй ведущей – Анны Барг была полная возможность очистить от накопившегося негатива тела участников. Она приступает к своей работе, когда контроль ума уже не блокирует энергетический доступ к человеку (при этом люди спокойно знают, что они в полной безопасности, и в любой момент они при желании могут спокойно снять повязки, посетить туалет при необходимости, вновь вернуться, чтобы продолжить дыхание).

Ее работа – с телом каждого человека, причем очень необычная, такой работе невозможно научиться нигде. Просто у нее есть необходимые особенные способности. Мы не показываем эту работу людям, ее чувствуют на себе и ощущают результат только участники. Из всех участников, кому это наиболее необходимо «вынимаются» все негативные многолетние накопления – вытаскиваются, выбрасываются, сгорают в воздухе, не вредя другим дышащим. Освободившееся, уже «чистое» место заполняется живительной чистой силой Вселенной. Сами участники не в состоянии ни отследить, ни тем более, осознать, что же из них выбрасывается – так много всякого хлама носят люди в своих организмах. Это и давно забытые неприятности, обиды, страхи, и многие несказанные слова и не сделанные действия, или чужеродные какие-то включения – обидные слова, программы, и тяжелые воспоминания, душу разъедающие, и клеточная тяжелая память прошлого ухода из жизни – да много чего! Если бы ум наш в состоянии был бы помнить все, что было с человеком в его жизни – не было бы нам возможности жить. Поэтому «косозаваться и озаряться» просто незачем, да и нечем – необходимо убрать груз и тяжесть прошлого, как обычный мусор. **Для человека только когда прошлое умрет, придет будущее.**

Этим занимается Анна Барг. Ее работу видели лишь единицы, когда им была в том необходимость. Это прекрасная работа настоящей Шаманки, к которой Духи сейчас **всегда сами приходят** на помощь во время ее работы (обычные шаманы проводят длительную специальную подготовку, ритуалы, призывая Духов, но даже так те не всегда приходят, это известно). Поэтому в такой работе все помещение безопасно для людей – весь «негатив», выйдя из любого человека, сгорает тут же (чего не происходит в холотропном дыхании). Мне остается лишь любоваться мастерством, точностью, филигранностью, бережностью Их Работы. Сама

Анна, работая с ними, находится в определенном состоянии, из которого выходит только после окончания всей работы. С кем из участников она работала – сама не помнит. Своей личной силой она уже полностью не работает, всю оставляя себе. За два года, что мы делаем Новую Форму Работы, Анна неизвестно изменилась. Она теперь абсолютно здорова физически, и в свои 23 года – целостная зрелая, мудрая женщина. Мы снимем на пленку фильм о ее и Их работе, пока не знаем для чего. Просто очень хочется сохранить эту красоту и подлинное Мастерство для людей. Увидят его те, кто был на нашей работе и почувствовал эффект на себе.

После – вновь круг. Более короткий, проверяющий. Опрос самочувствия с прицельной терапией. Причем, большинство участников почти не помнят того, что происходило с ними в дыхании. Это и незачем. Почти все сразу в первый же день отмечают душевную легкость, умиротворенность, облегчение в организме.

Терапия голосом, некоторые простые разъяснения для людей необходимы, чтобы прервать те пути, которыми люди накапливают болезнестворное для себя напряжение. Необходимо старые привычные мысли и действия менять на новые – тогда результат наиболее радикален. Мысли, ставшие привычкой, мешают Вселенной осуществить все наши желания. Пусть мысль не будет полем боя, а станет чистым потоком. Старые пути накопления негативной энергии исчезают. Если человек вновь возвращается в своей жизни к старым привычным действиям, мыслям, отношениям – значит, через какое-то время вновь накопится то, что было. Нам вновь будет с чем работать. Такое встречается крайне редко только потому, что очень многие участники нашей работы на себе почувствовали, что Новое всегда интереснее, лучше старого, привычно надоевшего.

Третья часть – соединение внутреннего Целителя каждого участника с Единым Всеобщим Целителем. Эту работу делает Анна. Она посвящена в пять космоэнергетических каналов, но работает со всеми участниками только тремя – Универсальным, и каналами Исцеления хронических заболеваний. Как работает в этом случае Вселенная – не знает никто, людям не дано знать того, чего не дано. **Лишь невежа считает, что если сейчас что-то невидимо, значит, оно не существует** (те, кто видят иное, знают цвета этих трех каналов – золотисто-желтый, фиолетовый и розовый.) Все участники проживают совсем другие чувства, ощущения у всех они разные. В этой работе воздействие идет сразу на первопричину любых расстройств в организме. Будь то ситуация, повторяющаяся постоянно, какое-то незддоровье, какие-то застрявшие ненужные человеку отношения, какие-то сделанные извне, и пр. Исцеление идет через обострение –

это давно известно древней медицине. В нашей работе сейчас процессы участников протекают гораздо легче, чем раньше, и при этом эффективнее. Это объясняется переменами в организмах самих ведущих. Если такую работу делает нездоровый и нецелостный человек со своими не чистыми личными интересами к ней, процессы участников бывают очень тяжелыми. Есть, к сожалению, люди, которые берутся посвящать сразу в несколько каналов всех желающих за небольшие деньги, сами пройдя только посвящение. Берегите свое здоровье, это очень небезопасно. Все качественное дорого стоит. За многие тысячетия на Земле много людей погибло, пока наработались полноценные ритуалы посвящения в целительские космические каналы. Анна Барг не посвящает в каналы, она с ними работает. Посвящение делают лишь Учителя.

Завершается день вновь работой в круге. Все отмечают только те ощущения, что были в Соединении. Всегда просим до завтра максимально побывать в молчании – много своих новых открытий приходят к людям из тишины своей Души. Эти подарки лучше оставлять себе.

6. Завершение

Итак – три дня работы по 6-7 часов. В первый день нашей работы пришли одни люди, расстаемся всегда с другими. И каждый из них сделал ровно столько, сколько необходимо и возможно именно его организму в этот раз.

Возможности у всех людей разные, разная сила желания, разная скорость – одни быстро пишут или ходят, другие – медленно. Бессмысленно сравнивать людей между собой – все разные.

Картина полная о каждом человеке складывается как из кусочков мозаики. Настолько богат и многогранен каждый человек, что мне, врачу,

изучавшей шесть лет в медицинском институте т.н. «этиопатогенез» многих болезней просто смешно и горько, насколько далека та медицина, которая изучает симптомы и медикаменты для иссечения этих симптомов от реальной помощи конкретному человеку. Многие болезни, к сожалению, от дурных, грязных мыслей. Иногда даже не самого заболевшего, а вокруг него. И ДНК здесь ни при чем. У каждого человека – своя, уникальная причина его конкретного того или иного расстройства. Каждый раз мы говорим людям, что мы не лечим, у нас не больница. Мы работаем с Целостностью. Когда нужна помочь других специалистов, мы всегда направляем к ним. Иногда участие в нашей работе – это подготовка к необходимой уже операции, она переносится легче. Мы не для науки работаем – для людей, учет, статистику не ведем – доказывать ничего не собираемся. Когда нужны результаты анализов для наглядности динамики, мы просим людей сделать некоторые исследования. Помогаем тем, кому можем помочь. Есть случаи отмены химиопрепаратов – без надобности уже, случаи исчезновения фибромиомы матки, кисты яичника (головившихся к операции). Т.н. «бесплодные» женщины детей рожают. О случаях из Новой Формы Работы будем писать другие публикации.

Наша работа постоянно Новая. Не знаем, как будем работать через год, только еще качественнее, естественно. С ноября 2002 г. по август 2004 г. мы с Анной Барг провели 61 интенсив «Новая Форма Работы». Нет предела нашему развитию и развитию любого человека, если он хочет развиваться.

Результаты Новой Формы Работы уже ощутили на себе многие люди. И очень многим еще сможем помочь. **А помочь мы можем только тем людям, кому нужна наша помощь.** И больше никому.

РЕЗЮМЕ

ОПЫТ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ КАРБАМАЗЕПИНОМ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЭПИЛЕПСИИ

Асанов В.А., Сагамбаева В.Н., Армизова Р.А.

Сделан краткий обзор механизма действия карбамазепина, его эффективности при различных формах эпилептических припадков.

Рассмотрены пути оптимизации лечения карбамазепином с использованием мониторинга концентрации препарата в крови методом высокоэффективной жидкостной хроматографии.

Приведены данные по лечению карбамазепином 110 больных с различными формами эпилепсии. Установлена более высокая эффективность лечения при парциальных и вторично-генерализованных приступах.

АЛЛЕЛЬНЫЙ ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА СЕРОТОНИНОВОГО РЕЦЕПТОРА 5HTR2A И ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ РАННЯЯ ДЕТСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

Садуакасова К.З.

Полиморфизм гена серотонинового рецептора 5HTR2A был исследован при шизофрении в разных популяциях. Целью данного исследования был анализ ассоциации между полиморфизмом гена 5HTR2A и клинико-патогенетическими характеристиками злокачественных вариантов ранней детской шизофрении (РДШ), параноидной и приступообразно-прогредиентной шизофрении подростков в казахской популяции. Были установлены различия в распределении частот генотипов 5HTR2A между РДШ и здоровыми: показано, что генотип A2A2 5HTR2A достоверно чаще встречается при злокачественной РДШ $c2=18.42$, OR=4.5. Полученные данные свидетельствуют в пользу существования ассоциации, в частности генотипа A2A2 с шизофренией у детей и подростков в казахской популяции $c2=18.42$. Выявлено, что генотип A2A2 достоверно чаще встречается в группе больных параноидной и шубообразной шизофренией, соответственно $c2=10.95$ и $-c2=5.48$. Сравнение частот по полу выявило, что носителей генотипа A2A2 достоверно больше среди девочек при параноидной и шубообразной шизофрении, чем при РДШ, соответственно $-c2=9.13$ и $c2=11.29$. Для мальчиков различий в распределении частоты генотипа A2A2 в исследованных клинических группах не выявлено. Полученные результаты требуют дальнейшего анализа в комплексе с данными по распределению частот генотипов гена 5HTR2A как внутри каждой из клинических групп, так и в связи с клинико-психопатологическими особенностями последних.

ДАЙДЖЕСТ ИССЛЕДОВАНИЙ ГЕНЕТИКИ ШИЗОФРЕНИИ ДЕТСТВА

Садуакасова К.З.

Собственно генетические исследования шизофрении были начаты в 20-х годах XIX века. Факторы генетического риска шизофрении более тщательно стали исследоваться уже в 50-х годах XIX столетия. Основным в те годы было когортное исследование потомства больных шизофренией родителей. Ряд авторов выявили особенности в развитии указанной группы детей, которые получили название «тотального дизонтогенеза» (pandevlopment retardation, pandysmaturation) или нейроинтегративного дефекта. Одним из последствий появления аминотоксической гипотезы патогенеза шизофрении (60-ые годы) стало изучение роли серотонинергической системы в проявлении психопатологических феноменов при шизофрении. В рамках изучения серотонинергической системы мозга молекулярно-генетические исследования направлены на изучение генов, кодирующих аминокислотные последовательности триптофангидроксилазы – ключевого фермента биосинтеза индоламинов, серотониновых рецепторов и переносчика (транспортёра) серотонина. В результате проведенных исследований, серотониновым рецепторам типа 2A (5HTR2A) стали отводить ведущую роль в возникновении и развитии эндогенных психических заболеваний.

АЛЛЕЛЬНЫЙ ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА СЕРОТОНИНОВОГО РЕЦЕПТОРА 5HTR2A И ВЯЛОТЕКУЩАЯ РАННЯЯ ДЕТСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

Садуакасова К.З.

Были исследованы probанды с непрерывным и приступообразно-прогредиентным вялым течением – 15 человек из 58 больных с ранней детской шизофренией. Был проведен анализ ассоциации аллельного полиморфизма гена 5HTR2A указанной группы со здоровыми лицами и шизофренией подросткового возраста. В группе сравнения больные-здоровые, выявлено достоверно значимое превышение частоты генотипа A2A2 в группе больных, $c^2=5.95$, $p<0.05$ (47 ± 12.88 , $n=15$ и 19 ± 3.84 , $n=104$). Коэффициент относительного риска равен 3.68 и является статистически значимым для носителей генотипа A2A2. В группе РДШ - параноидная, для генотипов A1A2 и A2A2, соответственно - $c^2=18.6$ и $c^2=17.5$. Распределение частот генотипов по полу показало достоверно значимое увеличение генотипов A1A2 и A2A2 для лиц женского пола при параноидной шизофрении, соответственно $c^2=10.43$ и $c^2=5.41$. В группе РДШ- шубообразная, частоты генотипов для A1A2 и A2A2 достоверны выше для шубообразной шизофрении, соответственно - $c^2=17.01$ и $c^2=10.06$. Выявленные достоверные различия в распределении генотипов A1A2 и A2A2 в исследованных группах показывают ассоциацию гена 5HTR2A, в частности генотипов A1A2 и A2A2 с шизофренией в казахской популяции и показывают вариабельность форм шизофрении в зависимости от пола, возраста и прогредиентности процесса.

ГРАНДАКСИН В ЛЕЧЕНИИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЛИТЕЛЬНО И ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ПАЦИЕНТОВ

Шушкевич В.И., Джамбекова О.Б., Хакимжанова Н.А.

В статье проанализирована эффективность применения грандаксина в лечении психовегетативных нарушений у длительно и часто болеющих пациентов за период 1999-2002 год (60 человек).

При анализе динамики клинической картины обращает внимание сочетание соматизации со сложными вегетовисцеральными нарушениями, в генезе которых лежит длительная соматическая ирритация симпатической нервной системы, что подтверждает полную оправданность в применении грандаксина.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ СОТРУДНИКА СЛЕДСТВЕННОГО ИЗОЛЯТОРА

Берда К.В.

Было проведено исследование профессиональной деформации личности: проведен аналитический обзор теоретических и экспериментальных подходов к изучению проблемы, выявлена взаимосвязь между службой в следственном изоляторе и возникновением гиперагgressивности, объяснена природа данной связи, рассмотрены пути ее преодоления.

ПРЕНАТАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ: РАЗМЫШЛЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИИ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

Кренц И., Кренц Х.

Основываясь на теории Готтлиба о Вероятностном Эпигенезе, эта гипотеза предполагает, что пренатальные переживания могут составлять основу как для защитных факторов, так и для факторов риска возникновения поздней психопатологии. Научные находки генетики, нейробиологии, раннего обуславливания и исследования стресса явно демонстрируют, что пренатальные переживания могут оказывать влияние на психологическое и физиологическое развитие эмбриона и плода. Свой вклад в обоснование теории пренатальной травматизации вносят долгосрочные исследования Психодинамической Телесно –

ориентированной Психотерапии: пренатальные взаимоотношения между матерью и ребенком рассматриваются в качестве «первой привязанности». Дефицит пренатальной привязанности проистекает из недостающего или неадекватного резонанса матери на потребности в привязанности пренатального ребенка, которые включают в себя потребность во вместилище, безопасности, непрерывности (целостности) и пространстве. Тело и психика неразделимо соединены в этом смысле. Клиенты с тяжелым дефицитом пренатальной привязанности страдают от чувства аннигиляции, смертельной тревоги и \ или от попыток обороны или компенсироваться при столкновении с повторным возникновением чувства зависимости или потребности в слиянии. Нарушенные отношения между ребенком и отцом могут в этом контексте действовать как фактор ретравматизации.

Ключевые слова: пренатальный опыт, привязанность, беременность, развитие мозга, структурное развитие.

ТРАДИЦИОННЫЕ НАРОДНЫЕ ПРАКТИКИ И ПСИХОТЕРАПИЯ: СООТНОШЕНИЕ И ХАРАКТЕР ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Захаревич А.С., Тонков В.В.

В данной работе предлагается подход, который определяет место классических и традиционных (целительских) направлений психотерапии в отношении к предмету – психике и, как следствие, к принципам оказания психотерапевтических услуг. Психика рассматривается как многослойное комплексное материальное образование, реагирующее на волнения и смены окружающих пространств. Психика имеет четко изначально четко сконфигурированную систему реакций и состоит из определенных типов материи, способных дополняться новыми при систематических обращениях к этим новым материям. При этом физическое тело является одной из многослойных частей психики, проявленной в ее соответствующих реакциях на окружающий физический мир. В статье приводятся классификации направлений, способов и процессов воздействия на психику и место целительских и психотерапевтических методов в этом. В работе мозгальности «Биосенсорная психотерапия» определена роль связующего звена между классическими и традиционными (целительскими) направлениями психотерапии.

Ключевые слова: сенсология, биосенсорное целительство, биосенсорика, биосенсорная психотерапия, тонкоматериальный носитель, психоматрица, информационность и энергетичность, конкретные и абстрактные интерпретаторы, парациелительство.

ИНТЕНСИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Фридрик С.

Статья С.Фридрик «Интенсивная психотерапия» содержит краткое сравнительное описание умственных направлений психотерапии, и транс-персонального («сквозь ум») направления. Сообщены отличительные особенности иррациональной психотерапии, работающей с изначальной целостностью организма человека. Подробно сообщены этапы проведения интенсивной психотерапии, их цели и их особенности. Объяснено название «Новая Форма Работы». Сообщены показания, противопоказания к участию в ней.

SUMMARY

THE EXPERIENCE OF CARBAMAZEPINE TREATMENT OPTIMIZATION OF DIFFERENT EPILEPSY FORMS

Asanov V.A., Sagambaeva V.N., Armizova R.A.

Made synopsis of mechanism of action carbamazepine, its efficiency under different forms of epileptic seizures.

Considered way to optimization a treatment an carbamazepine with use observation concentrations of preparation in shelters by the method highefficient liquid chromatografy (HPLC).

Brought given on the treatment an carbamazepine 110 sick with different forms of epilepsies. Install more high efficiency of treatment under partial and a second time-general fits.

THE ALLELE POLYMORPHISM OF THE SEROTONIN GENE OF THE 5HTR2A RECEPTOR LOWLY FLOWING EARLY CHILDREN'S SCHIZOPHRENIA

Saduakasova K.Z.

The probands with continuous and attack like and progradient languid current of 15 from 58 patients with early children's schizophrenia were researched. The analysis of the comparison of the allele polymorphism of the 5HTR2A gene of the specified group with healthy people and teenagers suffering from schizophrenia was carried out. The authentically significant excess of frequency of genotype A2A2 in group of patients, $x^2=5.95$ (47 ± 12.88 , $n=15$ and 19 ± 3.84 , $n=104$) was revealed in the group of comparison ill-healthy. The factor of relative risk is statistically significant for carriers of genotype A2A2, it is equal 3.68 In the EChS, paranoic group for genotypes A1A2 and A2A2, accordingly $x^2=18.6$ and $x^2=17.5$. Distribution of frequencies of genotypes according to gender has shown authentically significant increase of genotypes A1A2 and A2A2 for females with paranoic schizophrenia, accordingly $x^2=10.43$ and $x^2=5.41$. In the EChS group -coat like, frequencies of genotypes for A1A2 A2A2 are authentically above fur coat like schizophrenia, accordingly - $x^2=17.01$ and $x^2=10.06$. The revealed authentic distinctions in distribution of genotypes A1A2 and A2A2 in the investigated groups show association of a gene 5HTR2A, in particular genotypes A1A2 and A2A2 with schizophrenia in the Kazakh population and show variability of forms of schizophrenia depending on a gender, age and progradiently of the process.

CHILDHOOD SCHIZOPHRENIA PSYCHO GENETICS

Saduakasova K.Z.

The genetic researches of schizophrenia began in 20es years of 19th century. More careful research of the schizophrenia genetic risk factors began in 50es years of 20th century. In those years special attention was paid to the cohort research of the posterity of the parents suffering from schizophrenia. The number of authors had revealed the developing peculiarities of the specified group of children which were called «total disonthogenesis» (pandevlopment, retardation, pandysmatiration) or neurointegrative defect. As a result of amino toxic hypothesis of schizophrenia pathogenesis (that occurred in 60es years) scientists had begun to study the role of serotoninergic system at the sign of psychopathological phenomena in case of schizophrenia. Within the framework of the brain serotoninergic system researching the aim of medical and genetic investigations is to study the genes that can code amino acidic sequences of triptophanhydroxylasis which in its turn is the carrier of serotonin and the key ferment of indolamines' biosynthesis and serotonin receptors. As a result of the researches which have been made, the serotonin receptors of the 2A (5HTR2A) type play a leading part concerning to the occurrence and development of endogenic mental diseases.

ALLEL POLYMORPHISM OF THE SEROTONIN GENE OF THE 5HTR2A RECEPTOR AND CLINICAL FEATURES OF MALIGNANT EARLY CHILDREN“S SCHIZOPHRENIA

Saduakasova K.Z.

Polymorphism of the serotonin gene of the 5HTR2A receptor has been investigated in case of schizophrenia within different populations. The purpose of given research was the analysis of association between polymorphism of the 5HTR2A gene and clinical and pathogenetic characteristics of the malignant variants of early children“s schizophrenia (EChS) and also of paranoiac and attack like progradient schizophrenia of teenagers within Kazakh population. The distinctions of 5HT2A genotypes frequencies distribution between EChS and the healthy people had been established: it is shown that genotype A2A2 5HTR2A is authentically more often found in case of EChS: $x^2=18.42$, OR=4.5. The received data give evidence concerning to the existence of the association, particularly of the genotype A2A2 with schizophrenia among the children and teenagers in the Kazakh population $x^2=18.42$. The genotype A2A2 was revealed can be more often found in the group of patients with paranoiac and fur coat like schizophrenia, accordingly $x^2=10.95$ and $x^2=5.48$. The comparison of the frequencies according to gender has revealed that the carriers of genotype A2A2 had been authentically more found among girls with paranoiac and fur coat like schizophrenia than in case of EChS, accordingly $x^2=9.13$ and $x^2=11.29$. The distinctions of A2A2 genotype frequency distribution for boys, in the examined clinical group, had been not revealed. The received results demand further complex analysis with the data on distribution of frequencies of 5HTR2A gene“s genotypes both inside of each clinical groups and in connection with clinical-psychopathological features of these groups.

GRANDAXIN IN TREATING OF PATIENTS WITH PSYCHOVEGETATIVE INFRINGEMENTS WHO ILL LONG AND OFTEN

Shushkevich V.I., Dzhambekova O.B., Hakimzhanova N.A.

This article informs about the effectivity of the use of Grandaxin in the treating of the patients with psychovegetative infringements that ill long and often during the period 1999-2002 (60 people).

During the analyses of the clinical picture dynamics the composing of somotization and complex vegetovisceral infringements, in the genesis of which there is long somatic irritation of the sympathetic nervous system, attracts attention, and this fact proves the full discharge of the use of Grandaxin.

PROFESSIONAL DEFORMATION OF COLLABORATOR IN CONSEQUENCE ISOLATOR

Berda K.V.

There was research of professional deformation of an individual, there was analytic review of theoretic and experimental approaches of the problem studying. The relationship between the consequence isolator service and appearance of hiperaggressive was found. The nature of the given relations and the ways of its solving was explained.

PRENATAL RELATIONS: SPECULATIONS OF INDIVIDUALITY DISORDERS BY ETIOLOGY

Krentc I., Krentc H.

Hypothesis of Gottlib“s theory about Probable Epigenesis says that prenatal experience can provide the basis for both the protective and the risk factors of the delayed psychopathology. Scientific discoveries of genetic, neurobiology and research of stress obviously demonstrate that prenatal feelings can influence on mental and physical development of embryo and fetus. The long-term researches of Psychodynamic Body-oriented psychotherapy make the contribution to basing of prenatal traumatism theory where the prenatal relations between mother and

child regard as the first attachment. Deficiency of prenatal attachment can appear as a result of insufficient mother's resonance to prenatal child's needs for attachment, they are needs for receptacle, safety, continuity (integrity) and space. Body and psyche are indivisibly connected in this sense. Patients with hard deficiency of prenatal attachment suffer from the feeling of annihilation, mortal anxiety and\ or attempts to protect or compensate themselves in coming into collision with feeling of dependency or need for confluence. Damage relations between father and child can act as a factor of retraumatism in the given situation.

INTENSIVE PSYCHOTHERAPY

Fridrik S.

The article «Intensive psychotherapy» by Svetlana Fridrik contains a short comparing description of mental directions of psychotherapy and trance-personal («through the mind») direction. Here you can see some distinguishing features of irrational psychotherapy, working with the primordial integrity of human's organism. All stages of intensive psychotherapy, its purposes and main features are described in detail. The explanation of «New Kind of Work» is given here. The indications and contra-indications for taking part in this work are also given here.

БИБЛИОГРАФИЯ К ЖУРНАЛУ «ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ» ЗА 2004 ГОД

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

В съезд Профессиональной Психотерапевтической Лиги 14-15 мая 2003 года. Тезисы ежегодного отчётного доклада президента Профессиональной Психотерапевтической Лиги съезду Лиги. – Т. 10, № 1, 2004

Катков А.Л. Функциональная концепция психического в контексте интегративно-развивающей психотерапии. – Т. 10, специальный выпуск, посвященный 2 съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов Республики Казахстан

Катков А.Л., Макаров В.В. Выходя из последней двери последнего вагона... (к вопросу о концепции развития психотерапии на постсоветском пространстве). – Т. 10, № 1, 2004

Катков А.Л., Айбасова Г.Х. Анализ и экспертная оценка квалификационного стандарта, действующего в службах психического здоровья Республики Казахстан (сообщение 1). – Т. 10, № 3, 2004

Катков А.Л., Айбасова Г.Х. Анализ и экспертная оценка квалификационного стандарта, действующего в службах психического здоровья Республики Казахстан (сообщение 2). – Т. 10, № 3, 2004

Катков А.Л., Айбасова Г.Х. Анализ стандарта мониторинга в сфере психического здоровья населения Республики Казахстан. – Т. 10, № 3, 2004

Катков А.Л., Айбасова Г.Х. Концепция и модель системно-развивающего стандарта в сфере психического здоровья. – Т. 10, № 3, 2004

Катков А.Л., Айбасова Г.Х. Системная организация стандартов деятельности служб психического здоровья. – Т. 10, специальный выпуск, посвященный десятилетию журнала «Вопросы ментальной медицины и экологии»

Макаров В.В., Тукаев Р.Д. Интегративное движение в психотерапии. – Т. 10, № 3, 2004

ПСИХОТЕРАПИЯ

Арутюнова Н.Ю., Печникова Е.Ю. Трансактный анализ в консультировании бесплодия и невынашивания беременности. – Т. 10, № 2, 2004

Ахунджанова И.Ю., Ахунджанов М.М., Козинская Т.И., Рубцова Е.Н. Некоторые аспекты психотерапевтического подхода к онкобольным на различных этапах лечебно-диагностического процесса. – Т. 10, № 1, 2004

Белянская О.В., Калмыкова И.Ю., Ушаков А.Н. Место эриксоновской терапии в лечении тревожных расстройств. – Т. 10, № 1, 2004

Брук В.И., Шипова А.П. Аспекты трансперсонального подхода в семейной терапии. – Т. 10, № 4, 2004

Гашуннина-Лабковская Г.С. Проблема подросткового кризиса с точки зрения интегративной психологии. – Т. 10, № 4, 2004

Гурвич В.Б. Рассмотрение клинической системной психотерапии в комплексе разгрузочно-диетической терапии с позиций эмпирического подхода в понимании С.Грофа. – Т. 10, № 3, 2004

Гуцалов Ю.П., Ушкац Л.К., Найденов А.И., Ткачев А.И., Дробитько О.Ю. Кооперативно-императивный гипноз. – Т. 10, № 3, 2004

Гуцалов Ю.П., Ушкац Л.К., Ушкац В.А., Бридихина Е.В., Гуторова Т.А. Ноологические аспекты психотерапии. – Т. 10, № 3, 2004

Даренский И.Д. Создание и экспертиза психотерапевтических программ. – Т. 10, № 1, 2004

Зингерман И.С. Работа с химическими зависимостями методами процессуальной психотерапии. – Т. 10, № 4, 2004

Зорин Н.А. Доказательная медицина и психотерапия: совместимы ли они? – Т. 10, № 4, 2004

Илларионова Е. Психолог и СМИ: опыт диалога. – Т. 10, № 4, 2004

Катков А.Л., Айбасова Г.Х. Анализ действующего организационного стандарта в системе специализированной психотерапевтической помощи населению Республики Казахстан. – Т. 10, № 1, 2004

Катков А.Л. Интегративная психотерапия – новые подходы. – Т. 10, специальный выпуск, посвященный десятилетию журнала «Вопросы ментальной медицины и экологии»

Катков А.Л. Метамодель социальной психотерапии. – Т. 10, специальный выпуск, посвященный 2 съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов Республики Казахстан

Корабельникова Е.А. Психотерапия инсомний у детей с психогенными расстройствами. – Т. 10, № 1, 2004

Курильченко Н. Игра как средство системной семейной психотерапии с использованием марионеток. Конспект занятий с психологами-практиками, изучающими методы психотерапии. – Т. 10, № 1, 2004

Крец С.А. Секция «Экзистенциальная психотерапия». «Живые вопросы». – Т. 10, № 2, 2004

Майков В.В. Терапия как путешествие в глубину: единство мифологических, экзистенциальных и трансперсональных измерений. – Т. 10, № 3, 2004

Макаров В.В., Макарова Г.А. Ассертивность. - Том 10, специальный выпуск, посвященный десятилетию журнала «Вопросы ментальной медицины и экологии»

Пак Т.В. Интегративно-развивающая, групповая психотерапия больных наркоманией (результаты исследования). – Т. 10, специальный выпуск, посвященный 2 съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов Республики Казахстан

Петрова Е.А. Имиджология и практика современного имиджконсультирования. – Т. 10, № 1, 2004

Петрушин С.В. Психотерапия, центрированная на психотерапевте (опыт создания интегративной модели консультирования). – Т. 10, № 2, 2004

Прокудин В.Н. Организация психотерапевтической помощи в Московской ГКБ № 36 и анализ распределенности, клиники и терапии психических расстройств у соматических больных. – Т. 10, № 1, 2004

Печникова Е.Ю. Задачи психотерапии при невынашивании беременности. – Т. 10, № 4, 2004

Ротов А.В., Ротов В.А., Марухленко Д.В., Балановский Д.А. Применение гипносуггестии в коррекции избыточного веса. – Т. 10, № 4, 2004

Свидро Н.Н. Введение в клиническую музыкотерапию. – Т. 10, № 3, 2004

Титова В.В. Общая методология интегративно-развивающей, двухуровневой индивидуальной психотерапии зависимых от ПАВ. – Т. 10, № 2, 2004

Тукаев Р.Д. Интегративная теория гипноза и гипнотерапии в контексте современной теоретической гипнологии. – Т. 10, № 2, 2004

Тукаев Р.Д. Мультимодальность и интегративность в контексте российской психотерапии. – Т. 10, № 2, 2004

Тукаев Р.Д. Российская мультимодальная психотерапия. Часть 1. На распутье. – Т. 10, специальный выпуск, посвященный десятилетию журнала «Вопросы ментальной медицины и экологии»

Тукаев Р.Д. Российская мультимодальная психотерапия. Часть 2. Теоретические перспективы. – Т. 10, специальный выпуск, посвященный десятилетию журнала «Вопросы ментальной медицины и экологии»

Чибисов П.М. Варианты парапсихотерапевтической модели «Сам себе психотерапевт» для женщин-матерей и детей-подростков. – Т. 10, № 2, 2004

Ушаков А.Н. Эриксоновский гипноз как моделирование субъективной реальности. – Т. 10, № 2, 2004

Хусаинова Н.Ю. Специфика Я-концепции представителей разных наций как основание исследования доверия в системе «психотерапевт-клиент». – Т. 10, № 3, 2004

Шевелёва Е.Г. Новые акценты в понимании фиксированных эмоциональных установок в транзактном анализе. – Т. 10, № 1, 2004

ПСИХИАТРИЯ

Айбасова Г.Х. К организационному стандарту в сфере психического здоровья населения. – Т. 10, № 1, 2004

Айбасова Г.Х. К стандарту мониторинга психического здоровья населения. – Т. 10, № 1, 2004

Айбасова Г.Х. К стандарту профессиональной спецификации в сфере психического здоровья. – Т. 10, № 1, 2004

Айбасова Г.Х. К стандарту услуг сектора первичной профилактики, реализуемых службами психического здоровья в Республике Казахстан. – Т. 10, № 1, 2004

Айбасова Г.Х. К стандарту услуг сектора вторичной профилактики, реализуемых службами психического здоровья Республики Казахстан. – Т. 10, № 1, 2004

Айбасова Г.Х. Анализ действующего организационного стандарта в системе специализированной психиатрической помощи населению Республики Казахстан. – Т. 10, № 1, 2004

Айбасова Г.Х. Анализ базисных элементов и содержания стандарта первично-профилактических услуг, реализуемых службами психического здоровья Республики Казахстан. – Т. 10, № 3, 2004

Айбасова Г.Х. Анализ базисных элементов и содержания стандарта вторично-профилактических услуг, реализуемых службами психического здоровья Республики Казахстан. – Т. 10, № 3, 2004

Айбасова Г.Х. Анализ базисных элементов и содержания стандарта третично-профилактических услуг, реализуемых службами психического здоровья Республики Казахстан. – Т. 10, № 3, 2004

-
- Айбасова Г.Х. Анализ базисных элементов и содержания стандарта экспертизы услуг, реализуемых службами психического здоровья Республики Казахстан. – Т. 10, № 3, 2004
- Айбасова Г.Х. Анализ стандарта, объема и качества услуг, оказываемых службами психического здоровья Республики Казахстан. – Т. 10, специальный выпуск, посвященный 2 съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов Республики Казахстан
- Асанов В.А., Сагамбаева В.Н., Армизова Р.А. Опыт оптимизации лечения карbamазепином различных форм эпилепсии. – Т. 10, № 4, 2004
- Александрович А.В. Об особом эмоциональном интимном контакте с больными шизофренией. – Т. 10, № 4, 2004
- Бабыкпаева А.Т. «Ограниченнная» вменяемость в судебно-психиатрической практике. – Т. 10, № 2, 2004
- Байкенов М.Б., Кадырова А.Ж., Жаксылышев Н.А. Медико-педагогическая коррекционная поддержка детей с ограничениями в умственном и физическом развитии. – Т. 10, № 2, 2004
- Бектаева Г.Т., Комарова О.Н. И это все о нем... Грандаксин глазами психиатров и интернистов. – Т. 10, № 2, 2004
- Баянова М.Е. Общественно опасные действия женщин с синдромом Кандинского-Клерамбо. – Т. 10, № 4, 2004
- Быкова С.А., Русина Е.Ю. Диагностика нарушений мышления при «пограничном» варианте шизофренического патопсихологического симптомокомплекса. – Т. 10, № 4, 2004
- Джарбусынова Б.Б. Динамика распространенности отдельных классов психических и поведенческих расстройств (без психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ) по Казахстану по данным официальной статистики за период 1992-2002 г.г. – Т. 10, № 2, 2004
- Джарбусынова Б.Б. Динамика распространения психических и поведенческих расстройств (без психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ) по Казахстану по официальным данным периода 1992-2002 г.г. – Т. 10, № 2, 2004
- Джарбусынова Б.Б. Сравнительные характеристики распределения высоких, средних и низких уровней психологического и психического здоровья среди гендерных и возрастных групп населения РК по данным 2001 года. – Т. 10, № 2, 2004
- Джарбусынова Б.Б. Сравнительные характеристики основных групп психологического здоровья (высокий и низкий уровень) населения Республики Казахстан по социально-психологическим параметрам (данные 2001 года). – Т. 10, № 2, 2004
- Джарбусынова Б.Б. Понятие психического здоровья и нормы. – Т. 10, № 2, 2004
- Джарбусынова Б.Б., Катков А.Л. Установочные характеристики основных групп психического здоровья населения Республики Казахстан по данным эпидемиологического исследования 2001 г. – Т. 10, № 2, 2004
- Джарбусынова Б.Б. Анализ динамики выявляемости психических и поведенческих расстройств в Республике Казахстан по данным официальной статистики на период 1992-2002 г.г. - Том 10, специальный выпуск, посвященный десятилетию журнала «Вопросы ментальной медицины и экологии»
- Дюсембеков В.Н., Фонарёва Н.Н., Жук Т.П., Иванцов Ю.А. Вопросы принудительного лечения в условиях круглосуточного стационара. – Т. 10, № 1, 2004
- Дюсембеков В.Н., Иванцов Ю.А., Фонарёва Н.Н., Иванцов В.Ю., Дюсембеков Р.В. Особенности реабилитации психически больных в условиях дневного стационара. – Т. 10, № 1, 2004
- Илешева Р.Г., Базарбаева Л.Е., Бабыкпаева А.Т. О неразрешенных аспектах вопроса об уголовной ответственности лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемость. – Т. 10, № 1, 2004
- Илешева Р.Г., Базарбаева Л.Е., Шахметов Б.А., Тулькубаева Р.К. О некоторых актуальных проблемах организации судебно-психиатрической деятельности в Казахстане. – Т. 10, № 3, 2004
- Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б. Сравнительные характеристики основных групп психического здоровья (высокий и средний уровень) по социально-демографическим и социально-психологическим параметрам. – Т. 10, № 2, 2004
- Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б. Сравнительные характеристики основных групп психического здоровья (высокий и низкий уровень) по социально-демографическим и социально-психологическим параметрам. – Т. 10, № 2, 2004
- Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б. Сравнительные характеристики основных групп психологического здоровья (высокий и низкий уровень) населения Республики Казахстан по социально-демографическим параметрам (данные 2001 года). – Т. 10, № 2, 2004
- Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б. Комплексные характеристики психического и психологического здоровья населения РК по данным 2001 года. – Т. 10, № 2, 2004
- Кощегулова Р.М., Грузман А.В. Исследование клинико-психопатологических проявлений зависимости от героина при терапии атипичным (рисперидон) и классическим (галоперидол) нейролептиками. – Т. 10, № 3, 2004

Кошегулова Р.М. Перспективы использования нового поколения нейролептиков в психофармакологии (аналитический обзор литературы). – Т. 10, специальный выпуск, посвященный 2 съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов Республики Казахстан

Мартемьянов Н.В., Бисеналиев С.Б. Роль личностных и ситуационных механизмов, обуславливающих возникновение и развитие психогенных депрессивных состояний в судебной психиатрии. – Т. 10, № 2, 2004

Нургазин К.Ж., Мукушов М.Х., Камиев Т.Т., Темиралова Г.М., Доланбаева Р.У. Криминогенность среди психических больных и профилактика общественно-опасных действий. – Т. 10, № 2, 2004

Распопова Н.И. Психопатологические механизмы демонстративно-шантажных аутоагрессивных действий больных шизофrenией. – Т. 10, № 2, 2004

Рудич Н.Л., Рудич П.А. Динамика показателей инвалидизации по психическим заболеваниям. – Т. 10, № 2, 2004

Рудич Н.Л., Рудич П.А. Поддерживающее (противорецидивное) лечение психических заболеваний в амбулаторных условиях. – Т. 10, № 2, 2004

Саренко А.Н., Кудьярова Г.М., Джарбусынова Б.Б. Судебно-психиатрическая оценка простого алкогольного опьянения у лиц с черепно-мозговыми травмами. – Т. 10, № 3, 2004

Садуакасова К.З. Аллельный полиморфизм гена серотонинового рецептора 5HT2A и вялотекущая ранняя детская шизофrenия. – Т. 10, № 4, 2004

Садуакасова К.З., Святова Г.С. Исследование аллельного полиморфизма гена серотонинового рецептора 5HT2A у больных шизофrenией детей и подростков в казахской популяции. – Т. 10, № 4, 2004

Садуакасова К.З. Дайджест исследований генетики шизофrenии детства. – Т. 10, № 4, 2004

Садуакасова К.З. Аллельный полиморфизм гена серотонинового рецептора 5HT2A и злокачественная ранняя детская шизофrenия. – Т. 10, № 4, 2004

Садуакасова К.З. Полиморфизм гена рецептора серотонина (5HT2A) и параноидная шизофrenия у подростков в казахской популяции. – Т. 10, № 4, 2004

Саренко А.Н. Клинико-социальные характеристики обвиняемых с последствиями черепно-мозговой травмы. – Т. 10, № 4, 2004

Тулькубаева Р.К., Распопова Н.И., Музариров Р.Х. Перспективные тенденции развития психиатрической службы в Южном регионе Республики Казахстан. – Т. 10, № 3, 2004

Шушкевич В.И., Джамбекова О.Б., Хакимжанова Н.А. Грандаксин в лечении психовегетативных нарушений у длительно и часто болеющих пациентов. – Т. 10, № 4, 2004

НАРКОЛОГИЯ

Алтынбеков С.А. К определению квалификационного стандарта врачей наркологов, действующих в системе наркологической помощи Республики Казахстан. – Т. 10, № 1, 2004

Алтынбеков С.А. К стандарту мониторинга наркологической ситуации в РК и оценки эффективности антинаркотических усилий. – Т. 10, № 1, 2004

Бектаева Г.Т., Комарова О.Н. Опыт применения Грандаксина в лечении алкогольной зависимости. – Т. 10, № 1, 2004

Денисова Е.В. Традиции потребления наркотических веществ в различных регионах мира. – Т. 10, № 1, 2004

Денисова Е.В. Этнокультуральные аспекты диагностики и медико-социальной реабилитации наркозависимых. – Т. 10, № 1, 2004

Кропочева О.И., Хайбуллин Т.Н., Владимиров Б.С. К оценке психоневрологических проявлений у больных опийной наркоманией. – Т. 10, № 1, 2004

Маращева А.А. Роль семьи в формировании антинаркотической устойчивости у детей. – Т. 10, № 1, 2004

Маращева А.А. Изучение особенностей жизненного сценария у детей, употребляющих психоактивные вещества (на примере опыта проведения методики «диагностика раннего жизненного сценария»). – Т. 10, № 2, 2004

Маращева А.А. Клинико-эпидемиологический аспект в наркотизации детей младшего школьного возраста. – Т. 10, № 2, 2004

Маращева А.А., Владимирова Н.Г. Опыт применения графической методики «Человек под дождём» при диагностике копинг-ресурсов и особенностей защитных механизмов у детей младшего школьного возраста, употребляющих психоактивные вещества. – Т. 10, № 2, 2004

Маращева А.А. Формирование конструктивной Я-концепции, как составляющая феномена антинаркотической устойчивости в младшем школьном возрасте. – Т. 10, № 3, 2004

-
-
- Марашева А.А. Концепция антинаркотической устойчивости в младшем школьном возрасте. – Т. 10, № 4, 2004
- Одарченко С.С. Некоторые особенности клиники и лечения алкогольной зависимости, коморбидной с депрессиями в позднем возрасте. – Т. 10, № 4, 2004
- Парпиева А. Алекситимия у пациентов с опиоидной зависимостью. – Т. 10, № 1, 2004
- Планк И.М. Наркоэкономика в Афганистане и наркографик в Центральной Азии – проблемы региональной стабильности и возможные решения. – Т. 10, № 1, 2004
- Прокофьева Е.В. Сценарии и игры профессионалов, работающих с зависимостями. – Т. 10, № 3, 2004
- Россинский Ю.А. Некоторые корреляции свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости с терапевтической динамикой опийной наркомании. – Т. 10, специальный выпуск, посвященный десятилетию журнала «Вопросы ментальной медицины и экологии»
- Сейтмуратова Р.С., Енсебаева Л.З., Пакеев С.О. Встречающиеся соматические осложнения при алкоголизме. – Т. 10, № 4, 2004

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

- Беда В.И., Башинская Г.Н. Анализ совершенных суицидных попыток по данным токсикологического отделения 1 городской клинической больницы г. Астаны за 2001-2002 г.г. – Т. 10, № 3, 2004
- Берда К.В. Профессиональная деформация личности сотрудника следственного изолятора. – Т. 10, № 4, 2004
- Грузман А.В., Паксютов В.И., Доценко И.А. Анализ работы Центра медико-социальной реабилитации детей с психоневрологическими нарушениями по раннему выявлению детей с пограничными психоневрологическими нарушениями. – Т. 10, № 3, 2004
- Данияров Е.К., Касимова М.Т., Шушкевич В.И., Уразгалиева Г.З. О роли заболеваний из группы «ирритирующей триады» в генезе пограничной нервно-психической патологии. – Т. 10, № 2, 2004
- Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б. Соотношение психического и психологического здоровья среди населения Республики Казахстан по данным эпидемиологического исследования 2001 года. – Т. 10, специальный выпуск, посвященный 2 съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов Республики Казахстан
- Корабельникова Е.А. Клинико-психо-физиологические корреляты невротического конфликта. – Т. 10, № 3, 2004
- Кудьярова Г.М., Рыскулова Г.К., Лаврова Е.Н. Некоторые аспекты дифференциальной диагностики расстройств личности у взрослых. – Т. 10, № 3, 2004
- Макаров В.В., Колосов В.П., Коньков Е.М. Новое средство купирования побочных эффектов нейролептических препаратов Витагам-Рулин. – Т. 10, № 1, 2004
- Мартемьянов Н.В., Бисеналиев С.Б. Роль личностных и ситуационных механизмов, обуславливающих возникновение и развитие психогенных депрессивных состояний в судебной психиатрии. – Т. 10, № 1, 2004
- Осипова Н. Интерпретации символа как средство диагностики психики. – Т. 10, № 3, 2004
- Тотина И.К. Психопатия аффективного типа. – Т. 10, № 1, 2004
- Тотина И.К. Психопатия неустойчивого типа. – Т. 10, № 1, 2004
- Черепанова Н.А., Насырова Т.Ж., Мукашева Г.М., Заикин Б.Ф. Анализ суицидогенной активности населения г. Усть-Каменогорска и ВКО. – Т. 10, № 1, 2004

ПЕДАГОГИКА ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

- Айбасова Г.Х., Катков А.Л. Анализ действующего организационного стандарта психологической помощи в системе здравоохранения РК. – Т. 10, № 1, 2004
- Власенко И.И. Экзистенциальные смыслы воспитания (на опыте работы родительских клубов). – Т. 10, № 4, 2004
- Кренц И., Кренц Х. Пренатальные отношения: размышления об этиологии расстройств личности. – Т. 10, № 4, 2004
- Маджуга А.Г., Маджуга Л.Г., Ткаченко С.В. Индивидуальная валеологическая культура личности: сущность, структура и критерии проявления. – Т. 10, № 1, 2004
- Россинский Ю.А. Взаимосвязи превалентных рисков наркомании с психологическим здоровьем. – Т. 10, специальный выпуск, посвященный десятилетию журнала «Вопросы ментальной медицины и экологии»

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

Панарин И.А. Привлекательность работы в учреждениях государственной службы – как фактор формирования внутреннего имиджа организации. – Т. 10, № 2, 2004

ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

Адлеровские чтения в Москве (Альфред Адлер и Российская ментальность). – Т. 10, № 1, 2004

Азанова Б.А. Наркотическая зависимость и коморбидные личностные аномалии (литературный обзор). – Т. 10, специальный выпуск, посвященный десятилетию журнала «Вопросы ментальной медицины и экологии»

Айбасова Г.Х. Основные тенденции развития и принципы нормативного регулирования деятельности служб психического здоровья в мировой практике (литературный обзор). – Т. 10, № 3, 2004

Бубеев Ю.А. Психофизиология и нейросемантика измененных состояний сознания. – Т. 10, № 4, 2004

Варга А. Внешние и внутренние аспекты переживания дефицита жизненного пространства. – Т. 10, № 4, 2004

Жолдасова Ж.А. Эффективность применения телесно-ориентированной психотерапии в лечении и реабилитации наркозависимых (литературный обзор). – Т. 10, № 1, 2004

Парпиева А. Обзор литературных источников, исследующих особенности взаимоотношений в системе «врач – пациент - лечебный процесс». – Т. 10, № 1, 2004

Птичкина Е. Коучинг – новое явление в России. – Т. 10, № 4, 2004

Ушкац Л.К., Гуцалов Ю.П. Жертвенность как психодуховная ценность в деятельности врача. – Т. 10, № 4, 2004

Чеглова И.А. Образы лидерства с позиции транзактного анализа. – Т. 10, № 4, 2004

Юсопов О.Г. Основы арт-терапевтической теории и практики. – Т. 10, специальный выпуск, посвященный 2 съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов Республики Казахстан