

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XII

№ 1

2006

Москва-Павлодар

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Доктор медицинских наук С. А. Алтынбеков; кандидат медицинских наук Г. Х. Айбасова; профессор, доктор медицинских наук А. А. Аканов; кандидат медицинских наук Е. В. Денисова (ответственный секретарь); профессор О. Т. Жужжанов; 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: 140001, Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200
Телефон (факс): 8(3182) 57-29-39
E-mail: press@rncenter.kz

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

УЧРЕДИТЕЛИ:

- Дискуссия о миссии психотерапии. Стенограмма от 26 июня 2005 г.* 7-17
Макаров В. В., Макарова Г. А.
Миссия психотерапии, сегодня 17-20

ПСИХОТЕРАПИЯ

**Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига**

- Краля О. В., Филиппов А. А., Краля И. В., Краля А. А.*
Клинический опыт применения интегративной психотерапии при лечении больных с политравмой в остром периоде и возможности их психологической реабилитации 21-22
Макаров В. В.
Психотерапия в Российской Империи, Советском Союзе, Российской Федерации 23-34
Макаров В. В.
Миссия психотерапии: сегодня и завтра 34-36
Менделевич В. Д.
Психотерапия на грани иррационализма 37-39

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

ПСИХИАТРИЯ

- Ахметов М. М., Шушкевич В. И.*
Особенности лечения депрессий в соматической практике 40-43
Любченко М. Ю., Трушкова О. Г., Базяк Ю. И., Гершман В. В., Трушков П. В.
Проблема социальной реабилитации больных с психопатологическими расстройствами, сопровождающимися суицидальными тенденциями 43-44
Суатбаев Н. Р.
Многомерный подход к проблеме социальной адаптации психически больных 44-48

НАРКОЛОГИЯ

- Титова В. В.*
Исследование эффективности групповой психотерапии больных героиновой наркоманией 49-58
Трумова Ж. З.
Медико-психологическое консультирование по ВИЧ/СПИД 58-60
Щербина Л. Ф., Придатко О. Р.
Женский алкоголизм в свете дианализа 60-62

Том XII
№ 1
2006 год

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

выходит
4 раза в год

- Мандель А. И., Бохан Н. А., Аболонин А. Ф., Гусев С. И., Жукова И. А.*
Социально-психологические детерминанты делинквентных форм поведения при аддиктивных состояниях 63-67
-
-

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Едигенова М. Б., Царенко С. А., Айтенов М. К., Нуртазенов К. М.

Особенности эмоционально-волевой сферы при психиатрическом освидетельствовании лиц, поступающих в учебные заведения МВД РК

68-70

ПИСЬМА

Фридрих С.

Путевые записки

71-75

Резюме

76-82

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

TABLE OF CONTENTS

EDITORIAL ARTICLES

FOUNDERS:	<i>Discussion about psychotherapy mission. The stenogram from June 26, 2005.</i>	7-17
	<i>Makarov V. V., Makarova G. A.</i> Psychotherapy mission today	17-20

PSYCHOTHERAPY

Professional Psychotherapeutic League	<i>Kralya O. V., Filippov A. A., Kralya I. V., Kralya A. A.</i> Clinical experience of application of integrative psychotherapy at treatment of patients with a polytrauma in the acute term and possibility of their psychological rehabilitation	21-22
	<i>Makarov V. V.</i> Psychotherapy in the Russian Empire, Soviet Union, Russian Federation	23-34
	<i>Makarov V. V.</i> Psychotherapy mission: today and tomorrow	34-36
	<i>Mendelevich V. D.</i> Psychotherapy on the verge of irrationalism	37-39

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

PSYCHIATRY

	<i>Ahmetov M. M., Shushkevich V. I.</i> Features of treatment of depressions in somatic practice	40-43
	<i>Lyubchenko M. Yu., Trushkova O. G., Bazyak Yu. I., Gershman V. V., Trushkov P. V.</i> Problem of a social rehabilitation of patients with psychopathologic disorders attending suicidal tendencies	43-44
	<i>Suatbaev N. R.</i> The multivariate approach to a problem of social adaptation of mentally ill patients	44-48

ADDICTOLOGY

Volume XII № 1 2006 Published 4 times in a year	<i>Titova V. V.</i> Examination of efficacy of a group psychotherapy of patients with drug addiction	49-58
	<i>Trumova Zh. Z.</i> Medico-psychological counseling on HIV/AIDS	58-60
	<i>Scherbina L. F., Pridatko O. R.</i> Female alcoholism from the standpoint of dianalyze	60-62

BOUNDARY PATHOLOGY

	<i>Mandel A. I., Bohan N. A., Abolonin A. F., Gusev S. I., Zhukova I. A.</i> Social-psychological determinants of delinquent forms of behavior at addiction	63-67
--	--	-------

BOUNDARY DISORDERS

*Edigenova M. B., Tsarenko S. A., Aitenov M. K.,
Nurtazenov K. M.*

Features of emotional-volitional sphere at psychiatric
examination of the persons entering in educational
institutions of Ministry of Internal Affairs of Republic of
Kazakhstan

68-70

LETTERS

Fridrik S.

Travel notes

71-75

Summary

76-82

ДИСКУССИЯ О МИССИИ ПСИХОТЕРАПИИ. СТЕНОГРАММА ОТ 26 ИЮНЯ 2005 Г.

26 июня 2005 года на кафедре психотерапии, медицинской психологии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования состоялась вторая часть дискуссии о миссии психотерапии.

В ней приняли участие:

Виктор Викторович Макаров – доктор медицинских наук, профессор, президент Профессиональной психотерапевтической лиги, заведующий кафедрой психотерапии, медицинской психологии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования. Основатель школы транзактного анализа (восточная версия)

Владимир Юрьевич Завьялов - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии и психологического консультирования НГМА, главный психотерапевт Новосибирской области. Основатель дианализа - нового оригинального направления в психотерапии и консультировании.

Александр Лазаревич Катков - доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по науке и образованию Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании, заведующий кафедрой психотерапии и наркологии СГМА; вице-президент Профессиональной психотерапевтической лиги, автор междисциплинарной концепции психотерапии.

Рашит Джаудатович Тукаев – доктор медицинских наук, Московский научно-исследовательский институт психиатрии Минздрава России

Яков Леонидович Обухов - вице-президент Профессиональной психотерапевтической лиги по работе с регионами, президент Межрегиональной общественной организации содействия развитию символдрамы.

Светлана Борисовна Кузнецова – практический психолог, член Профессиональной психотерапевтической лиги.

В. В. Макаров:

- Уважаемые коллеги мы продолжаем профессорскую дискуссию о миссии психотерапии. Итак, кто первый желает высказать свое мнение, продолжить ту дискуссию, которая нами начата в Казани?

В. Ю. Завьялов:

- Я попросил первое слово, потому что, на мой взгляд, я затеял эту дискуссию в ППЛ в 2001 году и, затем, несколько раз выступал по поводу того, что такое миссия психотерапии. В 2001 году на конгрессе ОППЛ я прочитал лекцию о спасении «Миссия психотерапевта как вариант спасения личности» и привел пример гностической ереси – текст о жемчужине. Спасение красоты, спасение жемчужины,

а эта жемчужина как символ личности, как символ души. И когда я разложил этот текст на мотивы и подробно об этом говорил, получилось, что очень хорошо описывается то, что обычно делает психотерапевт и вообще это похоже на спасение. После меня выступил Михаил Михайлович. Я помню его слова: «Хорошо профессору Завьялову, он приезжает из Сибири, о миссии говорит, а я вот из Парижа приехал и, мы там обсуждали со старыми психоаналитиками, когда можно спать с клиентками - до окончания терапии или после». А потом, не знаю, то ли в кулуарах, то ли, действительно в процессе обсуждения сказал, что все дело в деньгах, в зарплате. Если психотерапевт много получает за свою работу, то ему миссия не нужна, а если мало, то тогда, конечно, необходимо, то, что называется миссией, как сверхсмысл профессии. Эксперимент есть такой, называется «Один и двадцать долларов»: если за бессмысленную работу человеку платить один доллар и двадцать долларов – реакция будет разная. Те, кто получают один доллар за бессмысленную работу, начинают придумывать для этой работы какой-то смысл. А те, кто получают двадцать долларов, говорят, что работа бессмысленная. С этой точки зрения, миссия – очень важный элемент профессионального самоутверждения, то есть это смысл, некий глобальный смысл, который перекрывает все, что делает психотерапевт. Я хочу оспорить высказывание Виктора Викторовича, что миссия психотерапевта – лечить, предупреждать и развивать. Это слишком мало для миссии. Это, если точно – не миссия, это просто рутинная работа. Сейчас все могут лечить. Мне понравилось последнее выступление Алана Чумака. Это гений чистого плацебо. Он лечит, рак лечит. Я верю, что он лечит, потому что он ничего не делает. Он говорит: «Я ничего не делаю». Делает все клиент. Плацебо в чистом виде. Он ничего не говорит и самое главное он не обсуждает с клиентом патологию, то есть он не рассказывает о том, что такое болезнь, он сразу дает некую идею спасения. Это раз.

Второе. Я бы хотел все-таки определить, что такое миссия. Я возьму для этого идею сверхзадачи Станиславского. Вот актер выполняет какую-то задачу, но если у него не будет сверхзадачи (того чего он не делает, но что можно мыслить) тогда он будет не интересен. Например, дается актеру задача проползти по сцене так, чтобы все подумали, что он взлетает или уже летит. То есть, он же не летает, он ползет, но хороший актер так сделает, что все будут верить, что он вот-вот взлетит или он уже по облакам там где-то разгуливает. Это и есть сверхзадача.

А какая сверхзадача у психотерапевта? Всё, что он делает, это не миссия – это его рутинное дело, деятельность. И лечение, и развитие – рутинное дело. Сейчас все развивают. Каждый человек может развить другого человека. Вот и предупреждение. Сейчас много служб, которые предупреждают людей о катастрофах – с разных сторон. Поэтому без того, что мы называем миссией, психотерапия будет голый, как профессия. Она не будет выделяться. И я в своих работах пришел к тому, что основная миссия психотерапии – это спасение (ставлю пока в кавычках «спасение»), «спасение» личности. При всём разнообразии техник психотерапии, подходов все соглашаются с тем, что мы занимаемся усилением личности, даже трансперсональные терапевты, хотя они и говорят, что преодолевают личность. Трансперсональность можно перевести как трансиндивидуальность, преодоление индивидуальности и соединение с некой объективностью. От чего надо спасать личность: от диссоциации, от разрушения внутреннего порядка, от психической эпидемии. Скажем, в демократическом обществе, когда прямое насилие над личностью, над человеком все-таки уменьшается, заменяясь насилием духовным, психологическим, психотехнологией. Мир заполняется психотехнологиями – в человека всаживают информационные объекты внутренние, они интериоризируются, и он становится более управляемым. Так вот я предлагаю обсудить такой вариант интерпретации миссии. Миссия – это сверхзадача, сверхсмысл, который перекрывает любую технику, любую практическую задачу, какая бы она не была, и это миссия может объединить всё. В этом смысле спасение личности может быть близко к религиозной трактовке. Иисус принес благовест о том, что все будут спасены: «Отдайте душу за меня, и вы спасёте свою душу». Будда сказал: «Будете спасены, если отвяжитесь от того, к чему привязались», а Фрейд возвестил о миссии терапевта, сказав (благовест): «Проанализируй это и спасешься». Спасешь свою личность. У анализа более скромная миссия: не надо продавать душу или отдавать её, надо только проанализировать те комплексы, которые в тебе есть, и ты спасёшь свою целостность. Собственно говоря, вся современная психотерапия, любой метод психотерапии либо приближается к Фрейду, либо отдаляется. Все вертится вокруг этой главной идеи – спасения смысловой целостности.

А. Л. Катков:

- Я думаю, что миссия психотерапии не сводится к её целям и задачам. Миссия – это широкая социальная канва, в которую укладываются цели и задачи психотерапии; туда можно взять и лечение, и предупреждение, и развитие и так далее. Это первый момент. Второе, это то, что психотерапия – профессия не очень интегрированная, у которой идентификационный стержень не очень хорошо разработан. Понятие миссии здесь может быть, безусловно,

широким. На данном этапе невозможно очень точно очертить миссию психотерапии, претендовать на безусловную объективность. Миссия психотерапии – в широком смысле – это миссия целительства. Сейчас и каждый конкретный человек и общество в целом нуждаются в ресурсном доступе. И основной запрос – это запрос на ресурсы. Те проблемы, которые возникают, вызовы, как это принято сейчас говорить, требуют мобилизации дополнительных ресурсов – энергетических, мыслительных и так далее. С моей точки зрения, те способы, которые сейчас предлагаются, допустим, религиозные традиции или технологическая психотерапия, не вполне адекватны этим запросам, то есть специфике той инстанции, к которой мы бесконечно обращаемся (то, что нельзя увидеть, то, что нельзя услышать то, чего нельзя коснуться рукой и то, что, соответственно, не входит в сердце человека). Тот факт, что это «тайное» обозначается душой, духом, сверхсознательным, подсознательным, предсознательным или чем угодно, на самом деле говорит только лишь об одном – что в области реального, бытийного такой инстанции нет. Вот в этом и есть основная сложность. Религиозная практика и психотехнология, с моей точки зрения, здесь обладают рядом недостатков и самого главного схизиса не устраняют, того, что расщепляет душу, того, что расщепляет бытие. Мне, кажется, что обращение к этим инстанциям является едва ли не основным предметом психотерапии. Это и есть поиск дополнительных ресурсов, а потом обеспечение такого состояния, когда быстро или сверхбыстро происходят изменения. Мною обозначена идея нового времени. «Новое время», естественно, это не социальная формация, а новое понимание феномена времени. Это не новый взгляд на идею Бога, не новый взгляд на психотехнологии. Это скорее путь доступа к ресурсным инстанциям психики как новое понимание времени (феномена субъективно-психологического, нелинейного, пластического), который, с моей точки зрения, не то что бы примиряет, а действительно сущностно объединяет рациональную и иррациональную систему координат. И кладет конец спекуляциям в отношении иррационального. В сущности – это новый тип рациональности, на который, как мне кажется, может опереться психотерапия. Это мост от психотерапии эксклюзивной к психотерапии социальной. Внутренняя, скажем так, сущностная составляющая миссии психотерапии – это, на мой взгляд, новое понимание времени и новый доступ к человеческим суперресурсам. А внешняя составляющая миссии – это метамодель социальной психотерапии, которая, как раз, и обеспечит новое качество жизни, нужный темп развития социума. И оставит позади проблемы социальных эпидемий, которые и есть наиболее насущные проблемы сегодняшнего дня, как мне кажется. Вот то, что я хотел «для затравки» сказать.

В. Ю. Завьялов:

- Если честно определить твой подход, то ты предлагаешь миссию терапевта обозначить как создание нового идеального общества. И нового человека с суперресурсами.

А. Л. Катков:

- Нет, я хочу обозначить миссию психотерапевта как создание значительно более эффективной развивающей практики, причем не эксклюзивной, а социальной, позволяющей решить актуальные проблемы, с которыми сталкивается человек. Это цельность расщепленного бытия, цельность двух систем фундаментальных допущений - рациональной и иррациональной. Это вместо идеи Бога, которая тысячи лет является для очень многих единственным ресурсным доступом и вместо идеи психотехнологии, которая, с моей точки зрения, обеспечивает лишь первичный ресурсный статус, но метапозицию и перспективу бытия не меняет. Думаю, что психотерапия в силу того, что занимается именно этим предметом, неизбежно приходит к такому, новому, более широкому типу рациональности, обоснованному ресурсному доступу.

В. Ю. Завьялов:

- Психотерапевт как бы учит весь народ новому типу рациональности, и поэтому миссия психотерапии - обратиться к обществу...

А. Л. Катков:

- Я сказал бы, не психотерапевт, но психотерапия. Психотерапия - это специальность, которая всё больше становится научной. И если в силу объективных законов своего развития она через исследование своего собственного предмета выходит на новые развивающие технологии, объективизирует эти вещи и генерирует новый тип рациональности, то этот тип рациональности становится достоянием общества.

В. Ю. Завьялов:

- Скажи, пожалуйста, а ты слышал о том, что российский союз коучей заявил на страницах интернет-издания, что их цель - захват власти, что они, когда объединятся, всем посоветуют как жить. Таким образом, они станут метаруководителями. Вы слышали?

А. Л. Катков:

- Я не слышал. Владимир Юрьевич, не будем отклоняться от темы. Например, если мы предлагаем новый тип рациональности, то, причем здесь захват власти? Мы не диктуем человеку стиль его жизни. Нет, мы говорим, что доступ к ресурсным инстанциям может быть более коротким, более эффективным, и у вас будет устойчивый ресурсный статус. Но цели, которые вы ставите, и, вообще, ваш жизненный сценарий - это ваше личное дело. Где здесь проблема власти? Я, например, здесь не вижу ничего такого. Никаких претензий - ни скрытых, ни явных.

В. Ю. Завьялов:

- Из твоих слов вытекает, что предмет психотерапевта - общество. У меня всё-таки возникает ощущение,

что у тебя этот марксистский корень остался - новое общество для создания нового человека, лучшего, чем был в прошлом. Не надо его рубить, это может быть как миссия, как сверхзадача. Нас не подпустят к обществу, но все-таки удел психотерапевта - индивидуальная личность.

А. Л. Катков:

- В отношении того, кто управляет людьми, мне не нравится слово «управляет». Я предлагаю заменить его на «вдохновляет». Мне, почему-то, так больше нравится. Так вот, мне кажется, что вдохновляют не политики, а идеи. И с идеями-то всё абсолютно не просто. И всё не просто с идиомами. Социологи, которые изучали реальное положение дел, говорили о том, что простому нормальному человеку наплевать на политиков. Ему наплевать на научные изыскания. У него есть простые идиомы, которые папа с мамой с детства вложили. И таких людей очень много. Основными массами людей управляют простые идиомы. Если в систему простых идиом вклиниваются вещи соединяющие, а не разъединяющие жизнь простого человека, то, мне кажется, у простого человека гораздо больше шансов для того, чтобы не попасть в психическую зависимость, справляться с трудностями, повысить качество своей жизни. И не психотерапевт до него это будет доносить, а учитель, воспитатель. Идея заключалась в том, что через семью, воспитателя, преподавателя доносить новый тип рациональности, новую систему идиом, которые теперь будут эффективно развивать человека и повышать его ресурсный статус. Об этом шла речь.

В. Ю. Завьялов:

- Базисная идея, идея национальная, идея спасения народа, сохранения, сбережения народа - это уже не психотерапевты выдвигают, это духовные лидеры нации выдвигают, а психотерапевт, любой, конечно, должен быть частью общества, знать...

А. Л. Катков:

- Владимир Юрьевич, я говорил о простых идеях, идеях жизни и смерти. Миссия - это целительство в глубинном смысле. Я вижу первопричину и первоисточник очень многих неприятных вещей в глубоком расширяющемся схизисе между рациональной и иррациональной системами ориентации современного человека. Это и есть препятствие к ресурсному доступу. Я вижу миссию в целительстве.

В. Ю. Завьялов:

- Скажи, результат целительства - это что за человек, опиши его.

А. Л. Катков:

- Это человек с широким ресурсным доступом, с цельной метапозицией, я бы так сказал. У него уже нет расщепления на рациональное и иррациональное. У него другое отношение к жизни и смерти.

В. Ю. Завьялов:

- У меня вопрос. Чтобы мыслить надо как-то всё время раздваиваться. Человек мыслящий

раздваивается на «Я-мыслящий» и «Мыслимое». А ты предлагаешь сделать людей не мыслящих.

А. Л. Катков:

- Рассуждая о раздвоении, Владимир Юрьевич, мы неизбежно коснемся того, что такое идея пластического времени. Если эту идею правильно представлять, то понятна природа раздвоения «я и объект» и понятно, откуда возникает феномен сознания. Но также понятно, что за счет механизма пластического времени может возникать соединение «я» и «объекта» на каком-то этапе. Если человеку понятно, как и где возможно соединение, с моей точки зрения, это и есть когнитивный прорыв к целостности. То есть идея пластического времени может конкурировать с идеей Господа Бога или с идеей первичных ресурсных психотерапевтических техник, и выигрывать в этой конкуренции. Это не мистический, трансперсональный опыт, который можно интерпретировать по-разному, а это то, что укладывается в новую систему рациональности и не вызывает никакого сопротивления.

В. Ю. Завьялов:

- Я воспринимаю твои слова как предложение создать новую религию.

А. Л. Катков:

- Ничего подобного. Как раз для иррационального здесь места не остается, а значит не остается места для какого-то непонятого Бога. Когда возникает речь об этом, я спрашиваю: «Хорошо, а кто такой Господь Бог?» Когда мы беседуем с теми людьми, которые опираются на иррациональное, мне еще никто толком не ответил на этот вопрос. А между тем, если использовать идею пластического нелинейного времени, можно с другой стороны подойти к тому, что может обозначаться Богом, духом, сверхсознательным, подсознательным - какая разница.

В. Ю. Завьялов:

- Подожди, давай определим. Потому что ты заявку сделал на очень серьезные вещи.

А. Л. Катков:

- Да, глобальную. Владимир Юрьевич.

В. Ю. Завьялов:

- Фрейд ограничил идею спасения, очень сильно ограничил, до одной личности, до одного, так сказать, дивана.

А. Л. Катков:

- Я думаю, мы ничуть не дальше Фрейда пошли. Этот подход может быть проанализирован, потому что это все-таки рациональность с другими границами. Это новый архетип научного мышления, т.е. не волюнтаристский холистический, а кольцевой, который берет начало от того параметра, который раньше считался константой - импульсной активности сознания, а время является его гибким квантом. И то, что в пределах данного кванта имеет характеристику стабильности, воспринимается нами как объект. А если характеристики этого кванта меняются - значит, то что раньше воспринималось как

отдельные объекты, может сливаться. Возникают новые характеристики объектности и понимание, что никакой объективной реальности не существует. На самом деле реальность - это структура с очень подвижными характеристиками.

В. Ю. Завьялов:

- Реальность культуры и реальность понятийная...

А. Л. Катков:

- Кольцевой научный архетип не отменяет того, что мы с вами живем в предметном мире. Феномены культуры не отменяются. Смысл этого способа мышления, представления, как раз и заключается в том, что в одних характеристиках реальности эти феномены имеют место предметов, объектов и т.д. А в других характеристиках реальности (другой импульсной активности сознания, и другом представлении о времени как способе форматирования реальности) имеет место иная объектность, которую теперь уже можно представлять неким срезом Господа Бога, сверхсознательного, подсознательного и т.д. И где мои взаимоотношения с предметным миром совершенно другие.

В. Ю. Завьялов:

- Твои слова могут целители схватить и сделать тебя идеологом.

А. Л. Катков:

- Нет, не могут. Разница здесь чрезвычайно большая. Мои утверждения, это не то, что нельзя проверить. Это как раз можно проверить. Мы уже сейчас ведём работу с программистами для того, чтобы идентифицировать заданный импульс сознания, времени, кванта времени. Это очень сложные программы и компьютеры должны быть другими, чтобы они могли форматировать реальность с использованием подвижного импульса (временного кванта) изменения. Эту картину можно видеть. Эту картину и видят люди в мистических, религиозных переживаниях, трансперсональном опыте и спрашивают, что это такое. Если появляется объективный механизм воспроизведения данных состояний, то конец иррациональному. Поэтому никаких опасностей я, например, не вижу. То есть это не новый подкрас иррационального полюса, а развитие нормального научного подхода к тому, что есть психотерапия и каким образом она может повысить свою эффективность.

Я. Л. Обухов:

Я категорически против самого понятия «миссия» и был бы с этим крайне осторожен. Задача психотерапевта быть вне политики, вне идеологии. Психотерапевт не имеет права никого, ничему учить. Психотерапевт может только задавать вопросы, а ответы должен искать сам человек, который обращается за психотерапевтической помощью. Конечно, я понимаю, что Виктор Викторович вкладывает совершенно другой смысл в понятие «миссии». Но дело в том, что это слово уже имеет определённый вес, определённый контекст в обществе, в нашей

культуре. И мы можем сейчас сильно подорвать авторитет ОППЛ, если будем утверждать, что у нас есть какая-то «миссия» или, что мы кого-то, чему-то учим. Например, во время недавних событий на Украине, где работают многие наши коллеги, некоторые психотерапевты оказались втянутыми в политическую предвыборную борьбу, что ни в коем случае недопустимо. Как человек, как гражданин психотерапевт, конечно же, может лично поддерживать того или иного кандидата, но как психотерапевт он не имел права выступать ни за «оранжевых», ни за «бело-голубых». Когда к психотерапевту приходит представитель любой страны, он должен с ним работать, помогать разобраться в себе, а не агитировать за того или иного кандидата. Психотерапевт должен постулировать себя вне любой «миссии», вне любой идеологии. Это фундаментальный принцип. Само понятие «миссия» может создать нам дурную славу.

С. Б. Кузнецова:

- Пока шла дискуссия, вернее начало дискуссии, мне все время хотелось обратиться к этимологии слова «миссия». Потому что этимология слова – это глубокий семантический контекст этого слова. И соответственно мы, волей или неволей, будем опираться на этот контекст слова. Поскольку слово миссия имеет очень большое религиозное наполнение, потому, что миссия и миссионерство – это одно из ключевых понятий религиозного контекста, понятно, что дискуссия периодически уходит именно в эту сторону.

В. Ю. Завьялов:

- Это социально-религиозный контекст, это не входит в вероучение – миссия. Это социальное. Это касается распространения учения.

А. Л. Катков:

- Все предварительные публикации начинались как раз с того, о чем вы говорите – с определения семантики слова «миссия» и выстраивали сообщения в обозначенном семантическом поле. Культуру интеллектуальной дискуссии мы соблюдали и поэтому претензии предъявлять здесь не нужно. Это вы, простите, не познакомились с материалом, и пришли сюда неподготовленной, поэтому прошу начать со следующей своей мысли и не терять времени попусту.

С. Б. Кузнецова:

- Хорошо, но я на самом деле думаю, что я то времени попусту не теряю. Потому что, несмотря на то, что, видимо, в первой части участники дискуссии определились с этимологией, тем не менее, дискуссия уходит в сторону. Потому что, если брать религиозный контекст этого слова, то «миссия» и «миссионер» - это посредническая функция, выполнение посреднической функции, и тогда вопрос идет о том - посредничество между кем и кем. То есть если в религиозном плане, то это посредничество между Богом и паствой, т.е. все Мессии занимались

этим и отсюда идет идея спасения, и отсюда же идет вопрос, а что мы несём тогда нашим клиентам, пациентам, т.е. пастве. На самом деле, несмотря на то, что определение слова состоялось, тем не менее, этот контекст не учитывается во время дискуссии и поэтому я согласна с Яковом Леонидовичем, что, может быть, вообще не имеет смысла говорить о миссии психотерапии.

А. Л. Катков:

- Вынужден опровергнуть, потому что слово *missio* переводится как послание. Вообще - это почта, послание. Никакого религиозного контекста там нет. Почитайте, пожалуйста, словарь.

Я. Л. Обухов:

- Вместо понятия «миссия» я предлагаю использовать понятие «предназначение» или «философские этические-методологические основания психотерапии».

А. Л. Катков:

- Яков Леонидович, вот я опять с вами вынужден не согласиться. Если принять Ваш контекст понятия «миссия», то тогда, пожалуй, миссии психотерапии не может быть. Миссия - это политика. Тогда Вы правы. Но, если мы все-таки будем опираться на ту семантику слова миссия, которая общепринята, и которая приводится в словарях то, тогда правы все-таки мы.

Я. Л. Обухов:

- Я вас уверяю, Александр Лазаревич, что если обычный человек, не имеющий отношения к психотерапии, будет слышать выражение «миссия психотерапии», то он будет воспринимать это в определенном религиозном контексте.

В. Ю. Завьялов:

- «Нормальный» человек не будет слушать, потому что это слово для такого очень обобщенного представления о психотерапии, а потом слово «миссия» очень широко используется в бизнесе. Сейчас всякая нормальная фирма имеет философию и миссию, и я много раз принимал участие в создании, например, в Одессе я проводил коучинг ресторатору. Два часа ушло на определение миссии. Клиент не знал, как миссию определить, что он делает, для чего он рестораны создал. Миссию мы определили так: «Кормить сытых людей». Вот и всё. Ему понравилось это четкое выражение, т.е. не надо кормить в обычном смысле, приходят не голодные. Людей надо кормить чем-то таким развлекательным, пища развлекает, это не общепит, понимаете. И у него сразу сложилось представление о том, что ему надо делать. И в этом смысле миссия – послание, послание друг другу, чтобы одно послание всех объединяло.

Я. Л. Обухов:

- В таком случае можно тогда говорить и об эротизме психотерапии, о сексуальности психотерапии.

В. Ю. Завьялов:

- Это уже частности.

В. В. Макаров:

- Об эротизме и сексуальности психотерапии говорят постоянно и много. И у нас есть масса

соответствующих программ. Да и Яков Леонидович, например, выступая на аудиторию, все время ловит присутствующих дам на сексуальный крючок. Я много раз сам слышал.

В. Ю. Завьялов:

- Это всё техники, это всё частности, а миссия это то, что объединяет всё. Я думаю, что от этого слова отказываться не нужно.

В. В. Макаров:

- Нужно договориться о значении слова миссия. Значений у него много. Давайте договоримся о том, что здесь мы будем использовать его в значении «послание». Послание психотерапии.

С. Б. Кузнецова:

- Хорошо. Тогда возникает вопрос - от кого и кому послание. Опять же посредническая функция.

В. В. Макаров:

- Психотерапевт всегда был посредником и остается посредником.

С. Б. Кузнецова:

- Хорошо. Виктор Викторович, тогда от кого идет это послание.

В. В. Макаров:

- Послание психотерапии, послание от кого – от психотерапии, послание кому – обществу.

С. Б. Кузнецова:

- То есть, что хочет сказать психотерапия обществу, собственно говоря. Получается вот об этом речь.

В. В. Макаров:

- Вот мы этим и заняты.

Я. Л. Обухов:

- Почему вы о чем-то говорите, нужно задавать вопросы, а не говорить.

А. Л. Катков:

- Тут опять, это что истина в последней инстанции – задавать вопросы.

В. В. Макаров:

- В последней психоаналитической инстанции.

А. Л. Катков:

- Есть некий контекст вопросов. Обучать, идти к истине можно способом даосов - задавать вопросы – о чем вы говорите. Но это тоже ведь направленная деятельность. Будет вопросы задавать лавочник на рынке или просвещенный даос - это разные стратегии совершенно. Мы же понимаем, о чем говорим. Зачем мы будем заикливаться на формальной стороне дела. Тогда, дискуссия точно будет совершенно бесполезной.

В. В. Макаров:

- Я считаю, что психотерапевт всегда изменяет сознание человека и всегда учит человека.

А. Л. Катков:

Что есть обучение, давайте тогда посмотрим на это.

В. В. Макаров:

- Имеет ли право психотерапевт поучать? Наставлять? Да, имеет, если клиент его об этом очень просит.

А. Л. Катков:

- Опять я всех в энциклопедию призываю посмотреть на то, что такое обучение. Умные люди, которые занимались процессом обучения, вовсе не хотели вкладывать какую-то мысль, информацию в голову человеку, вовсе нет – это развитие способностей к усвоению информации. Психотерапевт занимается этим, но занимается, с моей точки зрения, гораздо лучше и эффективнее чем допустим педагог, воспитатель. Психотерапия представляется в виде некой лаборатории. Миссия этой лаборатории транслировать все самое лучшее в поле других развивающих практик и, таким образом, давать людям шанс состояться в этом мире.

В. Ю. Завьялов:

- Я по этому поводу дам более короткий ответ. Миссия, сверхзадача психотерапевта - распространять положительный опыт выхода из тупиков. Мы свидетели того, как люди исправляют свою судьбу. Ты сидишь, молчишь и наблюдаешь, как человек выплакивает из себя все эти травмы, а потом сообщает другому, что это можно сделать, и он тоже может сделать. Так же как миссия выздоровевшего алкоголика – сообщить о том, что можно бросить пить. Первая читательница книги «Пьющая женщина» сказала: «Я теперь поняла, что можно остановиться. Потому, что другие могут остановиться!»

Я. Л. Обухов:

- Есть большая опасность, что мы просто можем отпугнуть от нас людей. Если такая позиция будет сейчас принята как официальная идеология Лиги, то психоаналитически ориентированные психотерапевты нас однозначно не поддержат. Не поймут нас и психотерапевты на Западе, так как миссионерство противоречит сложившейся психотерапевтической традиции. Для нас это вопрос, прежде всего, политический. Мы должны все время помнить о тех людях, кто сейчас выбирает, идти ли им вместе с Лигой или нет.

С. Б. Кузнецова:

- Владимир Юрьевич, а можете вы еще раз озвучить, почему вы начали эту дискуссию? Почему возникла потребность начать говорить о миссии психотерапии.

В. Ю. Завьялов:

- Начальный этап формирования ППЛ мне очень нравился тем, что была такая общая дискуссия о профессии. Ещё никто не разбежался окончательно на свои модальности, была общая атмосфера поиска.

С. Б. Кузнецова:

- То есть это попытка, во-первых, профессиональной идентификации и, во-вторых, попытка объединить существующие модальности на уровне некоего ядра психотерапии.

В. Ю. Завьялов:

- Не было такой задачи объединять модальности, не было такой нужды. Главное, – определить, что такое психотерапия как свободная профессия, а не

как часть психиатрии. Мы с трудом выходим из-под давления психиатрии. Она до сих пор давит. Мы же не можем преподавать психотерапию непсихиатрам. Мы сейчас не определяем ничего пока, слава Богу, и не вынесем сегодня окончательных решений, но дискутировать надо свободно и не выкидывать никакие требования, никакие слова, никакие позиции, никакие смыслы. Я только в этом ключе и говорю. И я за то, чтобы мы вскрыли ещё разные смыслы нашей профессии, как можно больше смыслов. Психотерапевт – маргинал, он ни там, ни здесь, он нигде, на границе. Пограничник, элемент в обществе маргинальный. Мы, действительно, должны быть везде на границе. Как Бахтин учил, что личность – это всегда пограничный элемент Психотерапевт должен быть пустым, не обладать никакими знаниями, чтобы не нести что-то, но он должен быть методологом развитым, даже изощренным методологом, чтобы мог в любой системе координат.

В. В. Макаров:

- Миссия обувщиков – обуем всю страну.

В. Ю. Завьялов:

- Нет, как раз, это неправильная миссия, я пытался из миссии вытеснить лечение, а миссии надо что-нибудь такое более обобщённое.

С. Б. Кузнецова:

- Владимир Юрьевич, если брать аналогию, скажем, с бизнесом, то бизнес-структуры всегда очень локализованы. Это некая экономическая функционирующая единица. Психотерапия же не является функционирующей единицей.

В. Ю. Завьялов:

- Надо чтобы она являлась профессией. Надо, чтобы профессия приносила нам доход нормальный, а не так, чтобы это было развлечением. Профессиональная психотерапевтическая лига, где мы сидим, профессиональная. Признак профессии, знаете, какой первый – профессия должна обеспечивать жизнь себя и семьи. А если психотерапевт зарабатывает не психотерапией, скажем, где-то там кодирует или там обманывает, а потом приходит и два часа в неделю психотерапией занимается. Нормально, да? Вот это уже миссионерство в чистом виде.

А. Л. Катков:

- Если мы будем опираться на реальность, а не на что-то другое, то психотерапия – это функционирующая и плохо организованная социальная практика, у которой есть проблемы с идентификацией. И поэтому-то есть смысл, конечно, обсуждать профессиональное понимание миссии. Это, с моей точки зрения, улучшит качество функционирования чрезвычайно важной, полезной социальной практики. Может быть есть критики, которые не выступили еще? Как, Рашид Джаудатович?

Р. Д. Тукаев:

- Я несколько реплик выскажу по поводу того, что сегодня обсуждается. Честно говоря, если мы

обсуждаем терминологию и говорим о том, что на сегодня значит миссия то, конечно же, этот термин имеет смысл, меняющийся во времени. На сегодня это слово означает просто важную задачу, не более того. Поэтому сводить все к религиозности, к миссионерству можно, но скорее в контексте прошлого времени, чем нынешнего. Сегодня термин миссия, с одной стороны, более многомерен, с другой стороны – более функционален и не нуждается во многих смыслах. Мне по этому поводу нравится определение Брика Локана – «сущность без необходимости». Это первое. Второе, я думаю, что позиция Владимира Юрьевича близка моей точке зрения: миссия психотерапии есть сама психотерапия, а реализация этой миссии требует реализации целого ряда системных субмиссий, без которых функционирование психотерапии невозможно.

Я думаю, что тот подход, который презентует Яков Леонидович, методически не совсем корректен, поскольку психотерапия не может быть прямо переведена с языка одной кухни на язык другой кухни. И то, что принято на Западе, вовсе не обязательно автоматически будет приниматься у нас только оттого, что оно принято на Западе. Там всё гораздо более структурировано, чем у нас, но структурировано, прежде всего, с опорой на ту западную культуру, саму по себе гораздо более гомогенную и устойчивую, социально обученную. Еще не известно, что нам западная психотерапия принесет лет через 40-50, когда в западном обществе возобладает африканский, исламский компонент, а это неизбежно произойдет. Поживем – увидим, так сказать. Поэтому нет ничего абсолютного, и то, о чём говорится с такой убежденностью и с такой стандартизацией, вовсе таковым не является. Владимир Юрьевич тут вспоминал свое обучение в институте философском или около философских дисциплин, я связи с этим обратился, пока он об этом говорил. Кстати, по воспоминаниям могу отметить, что у меня по всем этим дисциплинам когда-то были пятерки потому, что я всегда говорил то, что нужно говорить, а не то, что считал сам в первую очередь. Но при всём при том я считаю, что в марксизме-ленинизме как таковом, были очень здравые мысли, которые, собственно, современной наукой и не отрицаются и не отвергаются, были мысли о том, что первично, что вторично. О том, что именно экономическое основание позволяет жизни развиваться в ту и другую сторону, а без экономики, без определенного уровня жизни выстраивать любую произвольную конструкцию, в том числе, в области психотерапии в обществе невозможно. Я думаю, что этот базовый тезис очень важен для нас с вами, потому, что то что мы делаем опирается на уровень жизни, на определяемый уровень жизни, уровень культуры. А это очень тесно взаимосвязанные вещи и, поскольку, мы живем на осколках великой, но уже почившей империи, которая ещё продолжает разрушаться,

объективно, и мы живем прямо на краешке этого разрушающегося мира. Это разрушение ещё, не дай Бог, и до нас с вами дойдет. И говорить о том, что мы можем, внедряя некие философские парадигмы, именно так я расцениваю то, что Вы, Александр Лазаревич, предлагаете, и основанные на них идеологические догматы в жизнь психотерапии нашей, не учитывая абсолютно, социально-экономической ситуации, я думаю, что это неверно. И, действительно, тогда то, что, во-первых, не смотря на то, что я критически отреагировал на то, что Яков Обухов говорил, в какой-то степени я считаю, что психотерапия, действительно, не может быть основана на изменении идеологии мировоззрения человека, это не экологичная психотерапия. И уже это не психотерапия, если человек, грубо говоря, приходит православным христианином ко мне, а уходит мусульманином, не важно, будет это ислам или это будет новая какая-то идеология, присущая данной системе психотерапии, я считаю что это недопустимо. Я считаю, что и католик, и православный, и иудей, и мусульманин должны уходить католиком, православным, иудеем и мусульманином от психотерапевта не зависимо от того, кто он и чем занимается. И когда здесь возникла полемика, что есть та система, которую вы предлагаете и не есть ли это замена идеи Бога, т.е. своего рода новая религия, а мы живем в стране, которая всегда была религиозной, поскольку атеизм, который проповедовался вкупе с марксизмом-ленинизмом - это же и есть, в общем-то, идеологическое построение по своей сути. В это же верили. Разумеется, точка зрения Александра Лазаревича у меня вызывает, будем говорить так, некоторые сомнения. А вы предлагаете, по сути, ни мало, ни много, как изменить идеологию того общества, в котором мы живем. Я считаю, что идеология вообще-то меняется, но у меня почему-то представление о том, что социально-экономические условия определяют жизнь, а не наоборот. Конечно, политика, когда мы говорим о политике, иногда бывает очень успешной, но у этой успешности политики и развития каких-то идей всегда есть глубокие базисные основания. Я думаю, что, в принципе, в определенных социально-экономических условиях то, что вы предлагаете, может быть внедрено. В то же время, речь идет о том, что нашему обществу не хватает психотерапии, что огромное количество людей, которые могли бы получать эффективную помощь, не получают её просто потому, что в поле их сознания нет представления о том, что эта помощь может быть реализована через психотерапию. И вот это - очень важный вопрос. И не смотря на то, что живем мы скудно и бедно, если чуть-чуть за пределы Москвы выехать, тем не менее, я думаю, что работу с обществом по пропаганде психотерапии, как клинической, так и психологически ориентированной, проводить нужно. И, кстати, у социально благополучных регионов такая практика

встречает поддержку. Например, в Москве есть городская служба психологической помощи, которая хорошо финансируется московским правительством и, они издают журнал о своей службе. Этот журнал расходуется по Москве в количестве пяти тысяч экземпляров «на ура», т.е. он раскупается, хотя содержание этого журнала я обсуждать не буду, но он красиво издан, он недорого стоит и он раскупается, и некоторые идеи там могут быть полезными на том уровне, на котором он издается сейчас. Если же подобное издание стало осмысленным изложением вопроса о том, что такое психотерапия, я думаю, что это было бы полезно. В моем представлении психотерапия всё-таки, как и все в этом мире развивается не сверху вниз, это тот путь, о котором вы говорите Александр Лазаревич, как и общество в целом, а снизу вверх. Сначала что-то созревает на более низком уровне, а затем оно появляется наверху.

В. Ю. Завьялов:

- Сознание развивается в двух направлениях...

А. Л. Катков:

- С чем мне трудно согласиться - с такой линейной позицией, что «бытие определяет сознание». Сейчас внедисциплинарные научные подходы, например синергетические, показывают, что, в общем, не так линейно всё это происходит в действительности. Психотерапия, к примеру, может выступать в качестве активного социального агента, но не в идеологии. Я не приемлю этого определения к тому, что я здесь говорил. Хочу сказать, что если психотерапия способна выступать в качестве активного социального агента, то она способна улучшать функциональную активность людей, повышать их ресурсный статус и опосредованно влиять на те же социальные процессы, на экономику и т.д. Тут нет никакой какой-то отвлеченной позиции. Практика сплошь и рядом показывает, что эти процессы возможны, и в современном сообществе такие способы предлагают в работе, скажем, с развивающимися странами.

Р. Д. Тукаев:

- Приведите, пожалуйста, тогда примеры, где это работает. Конкретные примеры того, как это нелинейное мышление позволило решить проблему развивающейся страны в той или другой области.

А. Л. Катков:

- Например, образовательные программы. Я сейчас сотрудничаю с международными организациями, которые реализуют образовательные проекты в странах Центральной Азии, профилактические проекты, проекты социальной помощи. Так вот в отдельных регионах ситуация улучшается. Теперь, в отношении второго, самого главного тезиса. Я боюсь быть неверно понятым (может быть я так сумбурно объяснил). Если, скажем, речь идет не об идеологии в чистом виде, каких-то бездоказательных идеях, основанных на субъективных воззрениях, а о новом типе рациональности, я понимаю это как процесс развития науки. Это абсолютно репрезентативный продукт

нашей научной деятельности. Это некий особый способ форматирования реальности. Без какой-то идеологической начинки, без того чтобы человек пришел христианином, ушел иудеем.

Р. Д. Тукаев:

- А если он пришел с линейным мышлением, а ушел с...

А. Л. Катков:

- А ушел с нелинейным. Вот я думаю, что тогда психотерапевт молодец. Психотерапевт только и делает, что расширяет способы адаптации своего клиента, способы репрезентации подходов к проблемам. Он только этим и занимается. С моей точки зрения, то, что я предлагаю (и я берусь это доказать) - другой способ того, чем занимается психотерапевт, более эффективный, поглубже изменяющий решетку возможностей форматирования реальности. Вот о чем идет речь, а вовсе не том, чтобы менять приверженность клиента к тем этнокультуральным архетипам, которые милы его сердцу. Я сейчас не буду цитировать многочисленные статьи, где все это подробно опубликовано, приводить естественнонаучные основания, на которые опираются мои доводы.

В. Ю. Завьялов:

- Александр Лазаревич, а ты можешь выразить то, что ты написал, емко, просто...

А. Л. Катков:

- Я старался это делать. Я выразился, с моей точки зрения, емко и просто. Идея пластичного времени, по-моему, это понятно. Я всегда начинаю с мысли Альберта Эйнштейна, который говорил о том, что картина реальности зависит от скорости нервных процессов у наблюдателя. Всё, что мы сделали, это старались показать, что такое скорость нервных процессов. Мы выяснили что скорость (это понятие, имеющее отношение ко времени) зависит от объема кванта времени, который может быть очень разным. Вот если при одном объеме мы имеем картину реальности, которую видим сейчас, то при другом мы имеем иную картину реальности и новый тип взаимоотношения объекта и субъекта. И тогда эта реальность вмещает в себя некие инстанции, которые доступны только в трансперсональном, религиозном, мистическом опыте. Если мы теперь имеем инструмент с подвижной константой, который по-разному форматирует реальность, тогда не нужно никакого иррационального полюса. Это новый тип рациональности, который увеличивает объемы реальности, проясняет и продвигает нас к доселе неуловимым инстанциям - чего нельзя увидеть, чего нельзя услышать и т.д. Вот это и есть, с нашей точки зрения, ресурсный доступ и в психотерапевтическом и в технологическом оформлении концепции. Мы видим устойчивое ресурсное состояние, и при этом не обязательно во что-то верить. Этот путь уже не является единственным доступом к ресурсным инстанциям. Вот - просто, емко, с моей точки зрения.

Р. Д. Тукаев:

- Поскольку, вы предлагаете конструкцию метауровня, она действительно глобальна. Такие конструкции при своём распространении, внедрении претерпевают идеологическую переработку и становятся идеологией, поэтому такая концепция, безусловно, обществом будет воспринята только на идеологическом уровне. Поэтому, говоря, что здесь присутствует новая философская парадигма с неизбежно возникающей на ее базе новой идеологией я, в общем-то, убежден в том, что я говорю верные вещи. Это действительно радикальный взгляд, представление, новое представление о психотерапии, это путь к новой модальности психотерапии, и кто-то из присутствующих верно уловил, что вот такая тотальность психотерапевтического подхода, по крайней мере на уровне идеологии очень близко к идеологии целительства. И здесь есть опасность того, что не учитель, но, так, по крайней мере, ученики могут пойти и в эту сторону. Вы затронули еще одну очень интересную вещь, которая для меня является, чуть ли не красной тряпкой, говоря об эффективности. Потому что, насколько я знаю, понимаю, до сих пор никому не удалось показать превосходство того, что делают одни над эффективностью того, что делают другие.

Я думаю, что в наших условиях миссия психотерапии важна, обсуждение этого вопроса необходимо. И может быть самая важная составляющая обсуждения этой дискуссии и тех практических действий, которые, как я надеюсь, за нею последуют. Это донесение до нашего общества того, что психотерапия есть, что она важна - нужна, что она помогает решать многие проблемы. Потому что на сегодняшний день мы видим, что место психотерапии зачастую занято целительством. В большинстве случаев, когда непрофессионалы начинают заниматься терапией, это приводит к появлению множества артефактов. Я думаю, что вот это самое важное, общество должно знать о психотерапии и пользоваться помощью психотерапевтов. Мы находимся на экономическом поле, мы конкурируем со многими другими. У нас в стране ситуация отягощена ещё тем, что церковь, в общем-то, выступает не в пользу, а как конкурент психотерапии, ещё один конкурент. И это тоже нужно учитывать. Для меня, как для профессионала-практика важна, прежде всего, практическая результативность того, что мы говорим, важно само дело. Наше общество должно быть лучше осведомлено о психотерапии, о её возможностях. Важен системный подход в реализации миссии психотерапии у нас в стране, важны задачи организаций, которые называют себя психотерапевтическими: обеспечить обеспечение населения эффективной, экологичной психотерапией, пожалуй, вот и все.

В. Ю. Завьялов:

- У меня был опыт четыре года назад, когда православная церковь обратилась ко мне, как к главному

психотерапевту, чтобы я собрал психотерапевтов и помог устроить слежку за сектами. Но я не пошёл на это, мы не стали сексотами церкви, но несколько собраний мы провели. Мы обсуждали, что такое личность с точки зрения психотерапевтов и что такое личность с точки зрения православных, причем там пришли люди с хорошим образованием. Миссия психотерапевта и миссия церкви – разные. В церкви служат Богу, там Бог есть, а у психотерапевтов нет Бога, у нас служение человеку. В этом и есть миссия. Как я сказал, спасение личности от разрушения. Современные психотехнологии могут сознание человека вообще разложить в пыль. Поэтому задача и миссия общая. Я думаю, что всех психотерапевтов этой идеей можно объединить.

А. Л. Катков:

- Вот хоть меня убейте, но с моей точки зрения, настоящая наука как раз освобождает, и ничего такого не связывает. Модальности можно представить, как способ первичной интеграции (конечно, далеко не научной) плохо вспаханного огорода, которым является психотерапия. И от этого удобного способа интеграции трудно отказаться. Наука, если она правильно организована, не элементаристским научным архетипом действует.

Есть общенаучные подходы, и есть разные уровни организации психотерапии. Так вот, если мы не только элементаристские научные подходы используем, то мы от произвольных конфигураций в области психотерапии приходим к освобождающему концептуальному видению, которое не закрепощает. И это, с моей точки зрения, конструктивный путь идентификации профессии, освобождение от догматизма, который нам мешает.

В. Ю. Завьялов:

- Ты говоришь всё-таки вот о чем на самом деле - о подготовке психотерапевта, что психотерапевта надо готовить так, чтобы у него не было прилипания к догмам, чтоб не было у него идеологических шор и т.д. Это совсем другое, это не наука, это вот то, чем мы занимаемся – это подготовка, поэтому и терапию надо, и супервизию, и без конца его корректировать. Это громадный процесс и мы в этом отстаем. Потому что, чтобы подготовить хорошо развитого психотерапевта нужно лет десять, чтоб он мыслил как ты, а чтоб лучше, вообще, надо тридцать лет готовить. А экстрасенсы и прочие, у которых технология отработана - это две недели, как Грабовой - за два сеанса.

В. В. Макаров:

- Грабовой – это секта.

В. Ю. Завьялов:

- Все равно они же сильно расширяются.

В. В. Макаров:

- Теперь сильно сужаются.

В. Ю. Завьялов:

- Я хочу все-таки вывести вот к чему, что миссия нужна для того, чтобы не только сообщить в обществе,

чем мы занимается, а чтобы у каждого психотерапевта было общее некое как лозунг, как герб, герб специальности.

А. Л. Катков:

- Контекст развития специальности. Это важно, конечно.

В. Ю. Завьялов:

- Да, да. Общий смысл. Потому что я начал с того, что если нет миссии, то будет сторание, если будет цинизм полный, например ничего не делаешь, а потом получаешь деньги за это, то будет разрушение человека и разрушение профессии, так. Вот эти две крайности необходимо каким-то образом соединить, чтобы была оплата хорошая, но не было цинизма. Чтобы была идея общая, но не было миссионерства.

С. Б. Кузнецова:

- То есть нужны символы, которые интегрируют. Если брать флаг и герб, то это символы, которые интегрируют вокруг некой общей основы.

В. Ю. Завьялов:

- Это уже воплощение. Воплощение идеи. Мы сейчас пока нарабатываем идею, а воплотится идея, может быть в гербе, флаге, лозунге, цветах и т.д.

А. Л. Катков:

- Виктор Викторович, было бы желательно присутствие системолога на нынешней дискуссии. А во-вторых, регламент следующих встреч, может быть, нам уточнить. Я несколько не сомневаюсь, что большинство присутствующих познакомились с семантикой слова миссия. Каждый начинал свое сообщение с этого (я имею в виду печатное сообщение). Далее необходимо знакомство с тезисами докладов. Если мы будем не вообще подходы перечислять, т.е. кратко обсуждать, а двигаться в глубину, то можно устраивать расширенные презентации этих подходов. Если мы согласимся, что такая форма тоже полезна (с моей точки зрения, это разнообразит дискуссию), то научный потенциал дискуссии усилится. Это мои впечатления о промежуточных итогах. Для затравки, так сказать, нашей третьей сессии.

В. Ю. Завьялов:

- Миссия психотерапевта - это не только обращение к обществу, это и обращение к себе самому: зачем я это делаю. Это может быть то объяснение, почему я выбрал эту профессию. И то объяснение, которое обычно предлагается, что психотерапевт - это тот, кто чувствует в себе не раскрывшуюся душевную патологию, так сказать, болезнь, которую он пытается профессией преодолеть. Это миф.

А. Л. Катков:

- Я, по крайней мере, не разочаровался в своих представлениях о том, что в психотерапии есть большой потенциал к новому осмыслению психики, её ресурсов, новых способов мышления. В сущности, наука – это и есть особый способ мышления, но только не произвольного, а верифицированного.

Здесь у меня созрели предложения о более конструктивном оформлении дискуссии, о том, чтобы

она, во-первых, продолжалась, во-вторых, чтобы мы регламент улучшили. Может быть, не ограничивались тремя часами, а даже двухдневная дискуссия велась. Чтобы вначале звучали базовые сообщения, и, например, уточняющие позиции, вопросы и т.д. И это было бы солидное основание для последующего обсуждения, потому что, в сущности, многое здесь всплывает, и аргументы нужны серьёзные, чтобы продвигаться в решении этих вопросов. Поэтому они и представлены должны быть более серьёзно. Я, например, чувствую, что не так хорошо представил свои собственные позиции. Для этого бы понадобилось много времени. И поэтому мое предложение, чтобы дискуссия у нас продвигалась и в ширину и в глубину, и готовилась более основательно, с предварительной презентацией материала. Возможно, это переросло бы от формата дискуссии в научную конференцию. Классического варианта тоже не хотелось бы, потому что свободная дискуссия - очень важно. У меня не очень большая удовлетворённость от формы того, что у нас происходит. Хотя, в общем, я думаю, что мы продвинулись. Услышали обратную связь и, в принципе, есть ощущение некой информационной сытости.

В. Ю. Завьялов:

- Ты практически повторил то, что я высказывал в собственной форме, что психотерапевт - переносчик положительного опыта. Это ёмкая метафора и мифология.

В. В. Макаров:

- Второй тур нашей профессорской дискуссии отличается от первого. Если вначале была профессорская конференция, когда все заранее подали свои материалы, потом по двадцать минут высказывались все участники. Потом была дискуссия, потом брифинг, то здесь не было регламента, и у меня даже такое впечатление, что мы в этот раз услышали друг друга, потому что нам очень трудно, отойти от такого вещания. В общем, такое впечатление, что мы уже услышали друг друга. Важно, чтобы в той ситуации, когда есть условия, чтобы наша дискуссия продолжалась, и вот эта дискуссия, конечно, выявила новые ракурсы. Я удовлетворён результатами, и есть новые мысли, новые идеи, новые ракурсы.

Р. Д. Тукаев:

- Собственно есть некие идеи, некие мифы, вокруг которых всё это и крутится. Мне в голову приходит

Вавилонская башня, хотя я понимаю, что некоторые многие вещи все здесь присутствующие понимают абсолютно по-разному. И то, что говорится сейчас - не означает, что это будет потом. Я всё-таки занимаюсь практикой психотерапии, вижу, как меняются реакции людей в момент работы с ними и после. Поэтому, для меня важно в этой дискуссии то, что психотерапия презентирована, скажем, на уровне нашего общества недостаточно, и здесь мы проигрываем даже целителям, людям, даже не достаточно образованным. И я думаю, что дискуссия выявила два вектора развития миссии психотерапии. Во-первых, об отношении психотерапевта к обществу и общества к психотерапевту, во-вторых - об отношении психотерапевта и предмета психотерапии. И вот тот аспект, когда мы заговорили о мифологии, о конструктивной позитивной мифологии в психотерапии, мне кажется важным, и я об этом говорил и писал достаточно много. Поэтому, когда мы строим Вавилонскую башню, дай бог, чтобы она не разрушилась.

С. Б. Кузнецова.

- Я хотела сказать, что мне дискуссия понравилась, и я в процессе дискуссии обозначила для себя достаточно чёткие вещи. Во-первых, я обозначила для себя то, что современная психотерапия нуждается действительно в новой мифологии. Я думаю, что новая мифология содержит в себе такой сюжет, где психотерапевт является интегратором, синтезатором различных элементов, которые воспринимаются как противоположные. Например, наука и искусство, рациональное и иррациональное и другие противоположности. Имея эту мифологию внутри и как бы живя по ней, то есть, интегрируя внутри себя, терапевт может потом это передавать другим людям, то есть то, о чём говорил Александр Лазаревич. То есть миссия ещё в том, чтобы, интегрируя внутри себя все эти противоположности, предоставлять модель интеграции отдельным людям и обществу в целом. Для меня это явилось итогами нашего обсуждения.

В. В. Макаров

- Время, отведённое на дискуссию, закончилось. Мы завершаем нашу работу. И ещё встретимся для её продолжения.

МИССИЯ ПСИХОТЕРАПИИ, СЕГОДНЯ

В. В. Макаров, Г. А. Макарова

Мы будем говорить о миссии психотерапии. В том числе, о том, что обычно за пределами наших обсуждений - её эзотерических корнях, скрытых и

скрывааемых до сих пор. О её источниках - науки, религии и ремесле. Мы будем говорить о великих мудрецах, философах, реформаторах, мессиях. Нам

важно показать, что современная психотерапия реализует миссию, которая была определена ещё в глубокой древности. На данном этапе развития общества, мы можем стать наследниками древних знаний, передаваемых как через письменные источники, так и через мистерии и посвящения. Эти знания тщательно оберегались и скрывались за завесой мифов, ритуалов и передавались языком метафор.

Именно метафорическая передача знаний давала их самое разное понимание. Простое, и даже банальное, для большинства непосвященных и очень сложное и многогранное для немногих посвященных. Эти знания и сейчас оберегаются и скрываются от постороннего проникновения. Мы унаследовали и миссию - просвещать, открывать важные психологические знания человеку о нём самом, о семье, о коллективах, об обществе. И здесь миссия психотерапии смыкается с воспитанием. Мы унаследовали, накопили, создали и технологии воздействия на психику человека и группы. А с развитием средств массовой коммуникации и общество в целом.

Извечные вопросы, задаваемые человеком: «Кто я?», «Зачем я пришёл в этот мир?», «Что будет после смерти?», «В чём смысл жизни?» «Где истина?». Философы и теологи древности знали, что истина пребывает, прежде всего, в нас самих, в нашем разуме и во внутренней, глубинной жизни нашей души. Для них Душа была единственной, божественной реальностью и ключом, отмыкающим Вселенную. Сосредоточив свои силы и волю в духовных сферах, развивая скрытые способности, они приближались к тому очагу жизни, который они называли Богом. Внутренний Свет, освещал их сознание, приводил их к самопознанию и помогал проникать в понимание бытия. Причём, само понятие – Бог, для мыслителей часто имело метафорическое значение. Тогда как для непосвященных это понятие конкретизировалось в специальные образы и обряды, характерные для отдельных религий.

Для них, то что мы называем мировым и историческим прогрессом, было ничто иное, как эволюция во времени и пространстве. Эволюция личная, персональная. Они в течение жизни постигали универсальные законы, открывая их в муках. И эволюция мировая во многом была инициирована ими, они давали знания и надежду другим, занимаясь просвещением, порой используя собственную жизнь как факел, который разгонял тьму.

...Они познавали себя, свою природу, силу и слабости. Затем они меняли мир вокруг себя, создавая и творя. Великая любовь и сострадание к людям двигало ими. Просвещение и воспитание народов были их целями. Передача личного опыта и знаний в массы через просвещение. А средства, которыми они пользовались для преобразования полуживотного существа в современного человека были разнообразными - религия и наука; государственная власть, войны, устрашение, жесткий

диктат правил и законов; искусство и красота, любовь, сострадание и самопожертвование.

Сегодня человек образован. Его знания позволяют многим жить в сытости и довольстве. Человек научился хорошо адаптироваться и создал целые общества, используя старые метафоры, которые объясняли порядок вещей в мире десятки веков назад. Сегодня уже понятно, что наши знания поверхностны, они не пронизаны эзотерическим (внутренним) смыслом вещей. Человек не понимает себя. Естественно научное просвещение опередило психологическое, духовное. И этот разрыв очевиден. «...современный момент в истории цивилизации со всеми её материальными благами - не что иное, как грустная пустыня с точки зрения духа и его бессмертных стремлений.... Наука и религия, эти исконные охранительницы цивилизации, потеряли свой дар - дар воспитывать души человеческие.... Ныне ни церковь, закованная в своем догмате, ни наука, прибывающая в плену у материи, не в состоянии более создавать цельных людей. Искусство формировать души человеческие утеряно...». Так писал в 1895 году Эдуард Шюре (1).

Однако просвещенные люди верили, что время духовного возрождения и социального преобразования наступит. Искусство жизни и искусство творчества возродятся при слиянии научного, духовного и социального в одно гармоническое целое. На наш взгляд именно в психотерапевтическом тигеле рождается новый философский камень. Новое мировоззрение на основе научных знаний, духовности и социального гуманизма. Психотерапевтическое мировоззрение - вера в собственные способности творить себя и преобразовывать жизнь вокруг. Это вера, основанная на духовности. «Вера - есть мужество духа, уверенного, что найдет истину». Эта вера не враг разуму, а свет и свобода, смелость познавать, преодолевать и творить. Это вера Христофора Колумба и Галлилея, которые бросали вызов и искали доказательства. Гуманизм - социальная основа, необходимая для смены мировоззренческой парадигмы. Это новое мировоззрение, основанное на принципах равенства, справедливости, человечности отношений между людьми, проникнутое любовью к людям, уважением к человеческому достоинству, заботой о благе людей. Конечно, можно плыть по течению и подчиниться духу времени, вместо того, чтобы с ним бороться; предаться сомнению, отрицанию или порицанию. Но время идёт, сегодня мы имеем шанс творить жизнь, и научить людей быть свободными. Мы умеем зажигать огонь Прометея в сердце каждого. Готовы ли люди бросить вызов или желают плыть по течению? Готовы ли мы *наследники* принять миссию и служить эволюции?

XX век был посвящен массовому просвещению. Были открыты источники духовных и эзотерических знаний. Появились профессии – психология, психотерапия, которые явились сплавом науки и

религии, духа и материи. Однако постепенно наука и материя победили духовность.

В прошлом веке много трудов было посвящено сравнению психологии и психотерапии с новой религией или возникновением новых сект - школ. «Это была эпоха чудес!». «Парализованные» обрели способность ходить, а «слепые» - видеть. Зигмунд Фрейд научился творить «чудеса» и основал новую философию, новое мировоззрение - психоанализ. Такое отклонение от существовавшей ортодоксии спровоцировало призывы «распятъ» отступника, но Фрейд выжил, и с помощью его «апостолов» новая религия пустила корни.

Появление после Второй мировой войны недирективной психотерапии, экзистенциальной психотерапии, гуманистических и поведенческих подходов (К. Роджерс, Э. Берн, Я. Морено, Ф. Перлс, В. Шутс, В. Сатир, и другие...) положили начало «Реформации». Неожиданно психологический мир стал свидетелем настоящего взрыва - появления множества движений, каждое со своей собственной системой верований и со своими ритуалами.

Что же предлагают эти движения? Спасение. Спасение в виде устранения симптомов, улучшения межличностного общения, открытия смысла, самореализации и внутренней гармонии, личностного роста, успешности и автономии. Некоторые из них считают, что врата небесные открыты для всех; другие вводят ограничения: войти могут лишь избранные (Аутентичные личности, Продуктивные, всесторонне развитые личности, Удачники, Принцы и Принцессы....).

А. Адлер утверждал: «Индивидуальная психология оказывается хорошей религией для тех, кому не повезло, и кто не сумел стать приверженцем другой религии». Психотерапия представляет собой процесс «религиозного» обращения, предлагающий людям устранять, модифицировать или изменять старые убеждения, способы восприятия и привычки ради обретения «спасения». Она осуществляется «светским духовенством». Недаром ещё в советскую эпоху профессор В. Е. Рожнов назвал психотерапевтов священниками атеистического века (4).

Однако разнообразие породило разделение на школы, модальности и привело к уходу от основной цели, ради которой профессии (психолог, психотерапевт) и были созданы (провидением, эволюцией, Богом, здравым смыслом). По мнению известного американского психотерапевта Д. К. Зейга: «Первое столетие психотерапии ознаменовалось непримиримыми теоретическими противоречиями и возникновением множества разнообразных течений. Возможно, второе столетие ознаменуется достижением согласия между всеми школами» (3). Методы психотерапии или модальности складываются, становятся популярными и уходят в историю очень быстро. Их жизненный цикл короче жизни одного поколения профессионалов. Что же остаётся от них?

Как мы сохраняем то важное, что они достигли? Потери здесь неизбежны. Как это произошло с глубинными знаниями религий древнего Египта. Мы увлеклись «межконфессиональной войной», как внутренней (между собой), так и внешней (с психиатрами, колдунами, целителями), вместо того, что бы объединившись творить будущее. Что за будущее? Человеческую эволюцию, новую цивилизацию. Человек, постигший свою духовную и телесную природу, находящийся в гармонии с собой и миром способен вознестись, прыгнуть выше головы. Перейти на следующую ступеньку развития. А какая эта ступень?

С нашей точки зрения будущее развитие человечества будет осуществляться за счёт интрапсихических технологий, за счёт включения психологических ресурсов человека. Технологический взрыв XX века обеспечивался развитием экстрапсихических технологий. С каждым годом мы обучались и продолжаем обучаться всё новым возможностям в области накопления, обработки и передачи информации, всё новым путям изменения мира. При этом наш психологический аппарат по-прежнему мало задействован в этом прогрессе. Общество стремится к тому, чтобы новые технологические достижения были как можно более просты в применении, чтобы им могли пользоваться без напряжения многие люди.

Необходимость вовлечение в развитие общества большого числа людей привела к необходимости передачи психологических знаний всем заинтересованным. Эти знания передавались через всеобщую грамотность, через образование. Для дальнейшего развития психологических знаний в обществе должно быть всё больше. Такую потребность можно проследить по популярности психологических изданий, популярности психологических сюжетов в фильмах и театральных постановках.

И вместе с тем, как считают профессионалы Запада и Востока ресурсы человеческой психики используются нами совсем не в полной мере. Называются пределы использования – от 7 до 15% возможностей. Причём западные модели просвещения привели к выдающемуся развитию всего общества, тогда как восточные традиции создали персональные образцы просветления и посвящения. Объединение подходов Запада и Востока уже приводит к новому уровню развития цивилизации. Это мы сейчас наблюдаем в Японии, Корее, Китае, Индии.

Подводя итог сказанному, важно отметить, что мы наконец-то занялись не только больными людьми, но и здоровыми. Нас серьёзно заинтересовала не только болезнь и неуспешность, но и развитие и совершенствование.

Психотерапия вышла за границы психологии в одних странах, медицины в других. Она стала самостоятельной системой общества. Психотерапия несёт в себе потенциал будущего развития человечества за счёт использования интрапсихических технологий.

Естественное развитие психотерапии привело к тому, что наша специальность стала практическим, технологическим, экологическим светским гуманизмом. Теперь, новое, светское направление гуманизма

развивается наряду с религиями и другими мировоззренческими системами, дополняя их и способствуя, как приспособлению человека к ежедневно меняющемуся миру, так и к эволюции.

Литература:

1. Бейли А. *От интеллекта к интуиции*. - М., «Навна 3», 2002, 294 с.
2. Далай Лама XIV. *Союз блаженства и пустоты*. - СПб. Нартанг, 2001, 260 с.
3. Зейг Д. К. *Введение*. В кн.: *Эволюция психотерапии*. - Т. 1. - М.: независимая фирма «Класс», 1998. – С. 9
4. Кураев А. *Конфликт или союз случаен в отношениях веры и науки?* В кн.: *Наука и религия*. - Н-ск, Троицкое слово, 2001. – С. 292-315
5. *Руководство по психотерапии* // Под редакцией В. Е. Рожнова. - Ташкент. Медицина, 1985
6. Фрейд З. *Введение в психоанализ: Лекции*. - М., «Наука», 1989
7. Хилман Дж. В кн.: *Эволюция психотерапии*. - Т. 4, 284 с.
8. Шюре Э. *Великие посвященные*. - М., 2004, 441 с.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

О. В. Краля, к.м.н. А. А. Филиппов, к.м.н. И. В. Краля, А. А. Краля

В настоящее время всё чаще и чаще отмечается внедрение психологической и психотерапевтической помощи в медицинскую практику, и не только ограниченную стенами психиатрической лечебницы, но и в условиях общесоматических и хирургических отделений. Практически в каждой крупной больнице имеется кабинет медицинского психолога или психотерапевта. Всё больше профессионалов в области душевного благополучия готовы оказать помощь пациентам больницы. Время от времени в литературе можно встретить информацию, касающуюся психосоматической медицины либо психологической помощи в лечении и реабилитации людей с той или иной патологией. Но пока что, к сожалению, довольно редко можно встретить в печати материалы, касающиеся научных исследований, посвящённых применению различных психотерапевтических методик при конкретных соматических заболеваниях. Авторы статьи, в свою очередь, обратили внимание на такую распространённую хирургическую патологию, как сочетанная травма, и решили применить некоторые методики гуманистической и трансперсональной психотерапии для улучшения их состояния и реабилитации.

Работа проводилась совместными силами кафедр психиатрии и общей хирургии Омской государственной медицинской академии на базе травматологического отделения Городской клинической больницы № 1 г. Омска.

Известно, что в нашей стране профессиональная подготовка психотерапевтов и психологов становится более качественной и приближенной к мировым стандартам, а методы, ими используемые, всё более современными и результативными. В связи с тем, что многие современные методики психотерапии рекомендованы к практическому применению в здравоохранении, а также тем, что в России развивается такое перспективное направление, как мультимодальная психотерапия, мы решили рассмотреть вопрос о возможности применения в комплексе терапии и реабилитации больных с политравмой интегративной технологии, разработанной авторами на основе творческой визуализации по К. Саймонтону, недирективного гипноза, трансперсональной психологии (принципы экологичности и доверия к пациенту, в стадии выздоровления ребефинг), а также гештальт-терапии. Поводом для этого послужило упоминание К. Саймонтона в его трудах о

возможности применения творческой визуализации не только в онкологии, но и в других областях медицины, а также частые высказывания как зарубежных, так и отечественных мастеров психологии и психотерапии о целительных свойствах той или иной психотехнологии и воздействии на тело.

Таким образом мы эмпирическим путём разработали собственную технику терапии и реабилитации хирургических больных, эффективность которой была проверена и доказана клиническими исследованиями. Суть нашей методики и её структура состоит в том, что после обыкновенного знакомства с пациентом проводится обзор и оговаривание проблемы пациента. В данном случае это травма - с применением гештальт - психологии, способствующей наиболее полному осознанию произошедшего, и принятию ответственности за свою травму на себя, осознания своего временного единства с травмой. При этом, очень важно не вызвать чувство вины у человека, если он не склонен к такому реагированию на события - или его усугублению, если в речи пациента присутствуют идеи самообвинения и вины. Это способствует, при постоянном напоминании психотерапевта о чувстве вины «за всё на свете», переживанию этого чувства, повышению самооценки и формированию доверительного и позитивного отношения к миру. При противоположных посылах пациента - обвинении всего мира и жалости к себе, следует работать с этими переживаниями абсолютно аналогично предыдущим - с той лишь оговоркой, что доводить до абсурдности следует лишь обвинения «других», а не самого себя пациентом.

Учитывая то, что во время выздоровления пациент переживает интенсивную боль, мы использовали психотерапию также и для работы с болью - в данном случае результативным оказался недирективный эриксоновский гипноз. Он же оказался очень эффективным для реабилитации пациентов. Его преимуществом, по сравнению с классической гипнотерапией, стала возможность применения практически в любых условиях, отсутствие требуемых особых условий для работы, так как возможно любое постороннее воздействие - шум, свет и так далее - использовать для более глубокого вхождения в трансное состояние. Частота встреч с пациентом составляла 3 раза в первую неделю и 2 раза во вторую и последующие недели терапии, в среднем по

45-60 минут каждая. Всего продолжительность психотерапии составила в среднем 4,5-5 недель, что соответствовало времени пребывания пациента в отделении. Количество пациентов, принимавших участие в работе, составило 29 человек.

Процесс терапии проходил в состоянии транса, обычно не очень глубоко, при котором пациент использовал визуализацию болезни как материального объекта, каким-либо образом располагающимся в его теле; определял для себя и психотерапевта ощущения в данном участке тела и отношение как себя с этой болезнью, так и травмы к себе, как её хозяйину. В дальнейшем пациент, находящийся по-прежнему в состоянии неглубокого транса, создаёт свой символический образ травмы и образ выхода из проблемы. Затем пациент выбирает то символическое выражение образа восстановления тканей, которое ему более приятно и понятно. Интересно, что большинство пациентов использовали образ «каменщиков, восстанавливающих разрушенную стену». В течение дальнейших встреч с пациентами было рекомендовано визуализация того, как процесс выздоровления, определённым образом выраженная, происходит «всё быстрее и качественнее». В результате повышается мотивация пациента в выздоровлении, так как он «видит, как идёт процесс», а также появляется позитивный настрой на выздоровление; сроки выздоровления укорачиваются за счёт мобилизации внутренних ресурсов организма. Либо, как вариант, при обычных сроках выздоровления, отмечается более низкий процент осложнений и качественный исход болезни. В нашем случае отмечалось повышение настроения у больных, они стали более общительными, меньше переживали по поводу случившегося. По сравнению с контрольной группой пациентов, не получавших психологической поддержки, у пролеченных по нашей методике пациентов отмечался более позитивный настрой, они субъективно лучше себя чувствовали. Количество осложнений (как психологических, так и соматических) у контрольной группы составило 64,3%. У пациентов, получавших психотерапевтическое лечение, на момент нахождения в стационаре процент осложнений составил 48%, в основном из-за наличия болевого синдрома и смещений костных отломков. В течение процесса психотерапии процент осложнений, характеризовавшихся наличием жалоб на боль, составил 29%, остальные пациенты чувствовали себя удовлетворительно, и не считали боль существенной жалобой. В среднем, формирование костной мозоли было короче,

чем в контрольной группе, на 3-4 дня, а пребывание больных в стационаре - на 4-6 дней. Также мы разработали опросник для контроля отдалённых результатов и таблицу оценки состояния пациентов, где постарались отразить и соматический, и психологический статус больных.

В дальнейшем, в течение 8 месяцев авторы регулярно связывались с пациентами, интересовались их состоянием, по истечении полугода после выписки были проведены смешанные сессии ребефинга и гештальт-терапии в рамках психологической реабилитации. Его применение было направлено на разрешение актуальных проблем пациента, а также для полного переживания ситуации травмы. Также в ходе реабилитации применялся эриксоновский гипноз. Результатом терапии стало выздоровление с восстановлением функций травмированных органов и возвращение к работе и семье подавляющего большинства участников исследования (93%). Также сами пациенты отмечали повысившуюся работоспособность, принятие ответственности за себя, улучшение отношений дома и на работе.

Таким образом, психотерапия пациентов с сочетанной травмой является желательной и рекомендуемой в повседневной работе хирургических отделений больниц. Авторы надеются, что их, пока ещё небольшие, исследования помогут как психотерапевтам и психологам в их повседневной работе, так и хирургам – изменить своё отношение к психотерапии и включить её в схемы лечения больных с политравмой. Следует также отметить, что наша методика универсальна и может использоваться не только в хирургии, но и в других отраслях соматической медицины.

Также авторы считают важным отметить то, что весьма желательным дополнением к их методике интегративной психотерапии является музыкальное сопровождение, которое помимо фонового фактора при данной работе с пациентом само может служить дополнительным терапевтическим средством, так как способно существенно повысить психологический настрой пациента на выздоровление и возвращение его активной жизни.

Авторы выражают надежду, что воспользовавшись нашими разработками и пройдя, естественно, соответствующую подготовку по работе с соматическими больными, а также имея практику работы с трансовыми состояниями, психотерапевты и психологи смогут качественно улучшить и облегчить состояние хирургических больных, и ускорить его выздоровление.

ПСИХОТЕРАПИЯ В РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ, СОВЕТСКОМ СОЮЗЕ, РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В. В. Макаров

В современном мире психотерапия больше не является исключительной принадлежностью западных стран, а становится общемировой реальностью. И новый этап её развития, новый подъём начинается со старого континента, из Европы, где наиболее развиты традиции психотерапии. Носителями новой профессиональной парадигмы являются Европейская Ассоциация психотерапии (ЕАП) и Всемирная Организация психотерапии (ВОП)

Психотерапия сегодня выходит за пределы медицины и клинической психологии и преобразуется в необходимую часть культуры современного общества. А психотерапевт, выходя за рамки новой врачебной или психологической специальности, становится представителем новейшей свободной гуманитарной профессии.

Огромное многообразие методов психотерапии (и даже их кажущийся хаос) постепенно образует в психотерапии новую упорядоченность. Прогресс психотерапии обеспечивается как свободным развитием модальностей, так и их объединением в эклектические, синтетические, интегративные, а в нашей стране - ещё и мультимодальные системы. Именно интегративные, мультимодальные системы отражают новую содержательную реальность психотерапии.

Профессиональное образование психотерапевта осуществляется на базе завершённого высшего образования и состоит из: а) теории, б) практики и в) эксклюзивного раздела личного самопознания, анализа и личной терапии. Уровень профессиональной подготовки специалиста подтверждается Национальным сертификатом, а соответствие его квалификации международному уровню - Европейским сертификатом и внесением в Европейский Реестр профессиональных психотерапевтов.

Огромное разнообразие, терпимость к иному мнению и, вместе с тем, строгие научные и этические критерии - вот что характерно для современной психотерапии. И одна из наших задач - в полной мере открыть российскую психотерапию для европейской и мировой, а европейскую и мировую - для российской. Интегрировать российскую психотерапию в европейскую, сохраняя и развивая наши национальные традиции.

Психотерапия в нашей стране развивается столь быстро, что вчера ещё самые новые методы и техники сегодня воспринимаются как вполне привычные и даже архаичные. А деятели, которые вчера олицетворяли прогресс нашей профессии, сегодня могут оказаться тормозом в её развитии. То же происходит и с профессиональной литературой. Если в восьмидесятых - начале девяностых годов прошлого

века мы переводили основные работы зарубежных специалистов, и в результате по стране распространялось в ксерокопиях определённое количество книг по психотерапии, то сегодня вся издающаяся литература уже не может быть прочитана полностью одним специалистом. Или же ему придётся стать профессиональным читателем и посвятить всё своё время непрерывному чтению литературы по психотерапии и смежным областям. Поэтому часто приходится делать трудный выбор, отказывая себе в удовольствии познакомиться со значительной частью профессиональной литературы. А изменения в нашей области совершаются чрезвычайно быстро. Ведь те годы дефицита и сегодняшний день изобилия разделяют неполных десять лет.

В течение нескольких десятилетий мы были огромной пограничной территорией, где кончалась европейская психотерапия и начинались восточные психологические практики. Сегодня мир психотерапии уже без границ.

Последние двадцать лет для нашей страны - это время ожидания и время наступления кардинальных перемен. Время, когда единственной постоянной характеристикой жизни является её нестабильность. События развиваются с удивительной быстротой. Идеи, едва возникнув, очень быстро проживают свою жизнь и устаревают. Порою складывается впечатление, что мы живём в пору самых бурных, за всю историю человеческого общества, социальных изменений.

В представлении широких слоев населения образ психотерапии, сложившийся в советский период и исчерпывавшийся гипнозом и аутогенной тренировкой, в последнее десятилетие повсеместно дополнился "антиалкогольным кодированием", а в некоторых регионах - еще и нейролингвистическим программированием. Психоанализ же часто воспринимается просто как анализ психики. Такой анализ могут проводить как различные специалисты, так и непрофессионалы. Значительное число жителей нашей страны по-прежнему не разделяют для себя психиатрию, психотерапию и психологию.

Теперь всё по порядку об отечественной психотерапии.

Первые шаги психотерапии в России прослеживаются уже с конца XVIII - начала XIX века и связаны с именами Н. И. Новикова, А. Н. Радищева, А. И. Галлича и других просветителей-философов, психологов, педагогов, а также выдающихся врачей того времени С. Г. Зыбелина, М. Я. Мудрова, И. Е. Дядьковского. Они заложили основы понимания психогенных заболеваний, психосоматических соотношений, роли личности в патологии и психологической терапии.

Сама психотерапия началась с гипноза. Во второй половине XIX века изучением гипноза занимались видные врачи: В. Я. Данилевский, А. А. Токарский, В. М. Бехтерев, И. Р. Тарханов. Именно гипноз лежал в основе развития психотерапии в России. Впрочем, в семидесятые годы XIX по инициативе профессора психиатрии И. П. Мержеевского были запрещены публичные сеансы гипнотизма и наложены значительные ограничения на применение гипноза врачами. Многие врачи, избегая рисковать своим именем и положением, отказались от применения гипноза в своей практике. Это повело к тому, что гипноз широко стали использовать, в основном, гипнотизёры - шарлатаны. И только через тринадцать лет, благодаря усилиям В. М. Бехтерева и других прогрессивных врачей, эти ограничения были сняты. Впрочем, не только гипноз был предметом интереса российских специалистов. В то время большинство или даже все, заявлявшие о себе, методы психотерапии Западной Европы находили отклик и почву для развития в России.

Интерес к психоанализу опосредовался клинической проверкой данного учения, и, как и в других странах, имел как сторонников, так и противников. Основные работы ведущих европейских психоаналитиков публиковались в России, обсуждались в научной прессе и на заседаниях научных медицинских обществ. Вопросам психоанализа особое внимание уделяли такие известные профессионалы, как Н. Е. Осипов, Н. А. Вырубов, М. М. Асатиани, М. В. Вульф, И. Д. Ермаков, А. Р. Лурия, С. Я. Лифшиц. В 1911 году сложилось Русское психоаналитическое общество. Просуществовав немногим более десяти лет, оно прекратило свою работу в связи с Первой мировой войной и последующими революциями. И только в 1990 году была вновь создана Российская психоаналитическая ассоциация. Последняя объединяет в себе различных специалистов, в том числе и так называемых «психоаналитически ориентированных психотерапевтов». Эти специалисты используют психоаналитическую теорию и техники в своей работе, не имея завершённого образования в области психоанализа. В 1910 году в Москве начинает выходить журнал «Психотерапия. Обзорные вопросы психического лечения и прикладной психологии». Журнал ориентируется на новые методы психотерапии. Значительное место в нём занимает психоанализ. Журнал просуществовал до 1914 года. Таким образом, в начальный период своего становления и развития психотерапия в России развивалась в русле европейской психотерапии.

После Великой Октябрьской социалистической революции и гражданской войны в нашей стране несколько лет ещё продолжалось изучение психоанализа. Более того, совершались попытки объединения психоанализа с марксизмом. Они получили название фрейдомарксизма. Когда же в конце двадцатых годов в стране восторжествовал марксизм-

ленинизм как единственная теория, распространённые в то время психологические концепции были подвергнуты жёсткой критике и запрещены как пропаганда буржуазной идеологии. Развитие прикладной психологии в стране было приостановлено на многие годы постановлением ЦК ВКП(б) «О педологических извращениях в системе наркомпросов», вышедшим в июле 1936 года. Психология и психотерапия были идеологизированы и изолированы от западных школ. В дальнейшем психоанализ был полностью запрещен, а еще позже и сама психология была практически совершенно исключена из преподавания и резко ограничена в исследовательской работе. Точнее, оставалась лишь некоторая возможность для развития теоретической психологии. В это же время в медицине окончательно утвердилось биологическое понимание человека. Этому были свои как политические, так и исторические причины.

Своеобразие развития российской психотерапии определялось влиянием идей нервизма, набравших силу в русской медицине начиная со второй половины XIX века. В 1866 году была опубликована и в том же году запрещена властями книга И. М. Сеченова «Рефлексы головного мозга». И. М. Сеченов и, далее, И. П. Павлов показали, что в основе психических явлений лежат материальные физиологические процессы, происходящие в головном мозге, которые могут быть изучены объективными методами. Учение И. П. Павлова и его многочисленных учеников послужило одной из теоретических основ бихевиоризма. Впрочем, парадоксально то, что бихевиориальная психотерапия до настоящего времени имеет очень ограниченное развитие в России. В борьбе за объективно-научное исследование, постепенно, уже после смерти великого русского учёного И. П. Павлова, в трудах его последователей представления о сущности болезней, имеющих биологическую, социальную и психологическую почву, по сути, были сведены в теории и практике медицины до признания определяющей роли первого звена этой триады. В 1950 году состоялась объединённая павловская сессия Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР, а в 1951 году прошла объединённая расширенная сессия президиума Академии медицинских наук и правления Всесоюзного научного общества невропатологов и психиатров. Сессия была посвящена состоянию психиатрии и неврологии на тот момент в свете физиологического учения И. П. Павлова. Жёсткой критике подверглись те профессионалы, которые позволяли себе хотя бы немного отходить от физиологического подхода к психике человека и её расстройствам.

И даже в этих особых условиях психотерапия в Советском Союзе развивалась. Сороковые-пятидесятые годы - период упрочения в нашей стране директивной, главным образом гипносуггестивной, психотерапии, которая вполне соответствовала и общественному сознанию страны, и официально признанной теории медицины.

Теорией и практикой гипноза занимались В. М. Бехтерев, К. И. Платонов, В. Е. Рожнов и многие другие исследователи и врачи. Широкое распространение получила эмоционально-стрессовая психотерапия В. Е. Рожнова, включающая индивидуальную и групповую гипносуггестивную терапию различных форм патологии. Теоретическая основа данного подхода построена на возможном саногенном воздействии эмоционального стресса. Сложившаяся на базе этой концепции Московская школа психотерапии вполне соответствовала заказу тоталитарного государства, а тоталитаризм в любой стране всегда подавляет разнообразие психотерапии. Несмотря на это, в недрах Московской школы складывались новые авторские направления психотерапии, например, клиническая терапия духовной культурой (терапия творческим самовыражением).

Особое место в отношении исследований и практики в области психотерапии занимал с тридцатых по семидесятые годы Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева в Ленинграде. Здесь избегали гипноза, развивая отечественный вариант динамической психотерапии, который получил название «этиопатогенетической» психотерапии, позже «патогенетической». Нарушения личности и восстановление ее функционирования рассматривались с позиций психологии отношений - наиболее известной концепции личности в отечественной медицине и медицинской психологии, берущей начало в трудах А. Ф. Лазурского и разработанной далее В. Н. Мясищевым. На основе патогенетической психотерапии сформировалась личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского - Исуриной - Ташлыкова. По своим основным теоретическим положениям она может быть отнесена к психодинамическому направлению в психотерапии. И, хотя становление данного метода относится к началу семидесятых годов, он и в настоящее время продолжает своё развитие. Эта школа получила название Ленинградской школы психотерапии.

Важно отметить, что, применительно к сегодняшнему дню, уже не точно будет говорить о Московской и Петербургской школах психотерапии. И в Москве, и в Санкт-Петербурге развивается множество психотерапевтических начинаний, направлений и концепций. Мы живем в невероятное время, когда история нашей страны делается каждый день, прямо у нас на глазах и, зачастую, с нашим участием. В большей мере это касается психотерапии, которая претерпела наибольшие изменения по сравнению с другими медицинскими специальностями, занятыми психическим здоровьем.

Кроме двух главных официальных школ в то время развивались и другие направления в психотерапии. Среди них необходимо отметить “Метод интенсивной психотерапевтической жизни” доктора А. Е. Алексейчика из Вильнюса и “Спасительный круг” доктора М. Н. Малкина из Нижнего Новгорода.

Участие нашей страны в международном сотрудничестве в области психотерапии возобновилось в начале семидесятых годов XX. В 1973 году на симпозиуме по психотерапии европейских социалистических стран в Праге была принята специальная резолюция о важности психотерапии, и создана международная рабочая группа, задачами которой являлись координация деятельности психотерапевтов социалистических стран, обмен информацией и подготовка очередных симпозиумов по психотерапии. В период до 1988 года состоялось ещё пять таких международных симпозиумов. Это сотрудничество оказало своё влияние на расширение границ психотерапии Советского Союза.

И всё же в Советском Союзе, как затем и в России, государственное регулирование психотерапии осуществлялось и продолжает осуществляться не законодательством, а специальными циркулярами Министерства здравоохранения Советского Союза (ныне Российской Федерации). Можно выделить три важные вехи на этом пути. Во-первых, приказ министерства здравоохранения СССР № 791 от 2 сентября 1975 г. «О мерах по улучшению психотерапевтической помощи населению», содержащий положение об открытии в стране в качестве эксперимента нескольких сот психотерапевтических кабинетов в поликлиниках крупных городов. Это приблизило психотерапию к населению, сделало ее более доступной и понятной для пациентов. В Москве на базе кафедры психотерапии Центрального института усовершенствования врачей (ныне Российской медицинской академии последипломного образования) открыт Всесоюзный центр по психотерапии. Подготовка психотерапевтов в то время, наряду с Москвой, проводилась на специальных кафедрах институтов усовершенствования врачей в Харькове с 1962 года и Ленинграде с 1982 года.

Эти кафедры были призваны совмещать как теоретическую, так и практическую подготовку психотерапевтов, т.е. совмещать то, что осуществляют университеты (теоретическая подготовка) и тренинговые центры (практическая подготовка) в странах Запада. На кафедрах обучались психотерапии врачи разных специальностей.

Следующим был приказ министерства здравоохранения СССР № 750 от 31 мая 1985 г. Им был сделан второй шаг в развитии отечественной психотерапии. Она была включена, в качестве самостоятельной отрасли медицины, в номенклатуру врачебных специальностей, а в перечне врачебных должностей появилась должность «врач-психотерапевт». Итак, с 1985 года в нашей стране есть отдельная врачебная специальность – врач-психотерапевт. До этого психотерапией занимались преимущественно психиатры, невропатологи, и так называемые психоневрологи. Таким образом, 31 мая 1985 года является днём рождения психотерапии как отдельной самостоятельной специальности.

Третьим приказом, № 294 от 30 октября 1995 г., теперь уже Министерства здравоохранения Российской Федерации, были сформулированы основные требования к образовательному стандарту по специальности «психотерапия», типовым программам и планам непрерывной подготовки по данной специальности. Этим приказом был открыт Федеральный научно-методический центр по психотерапии на базе отдела неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева. Этот же приказ по сути дела свёл психотерапию к субспециальности в психиатрии. По предыдущему приказу № 750 врач-психотерапевт должен был иметь специальную подготовку также и по психиатрии, которая могла быть ограничена изучением её основ в течение нескольких месяцев. И в психотерапии могли работать врачи разных специальностей. Теперь же после получения диплома врача необходимо в течение года учиться психиатрии, затем три года работать врачом-психиатром, и только после этого приступать к обучению психотерапии. Это является одной из причин того, что многие вакансии врачей-психотерапевтов в государственных учреждениях остаются незаполненными. Кроме того, в государственных учреждениях психиатрического профиля часто есть вакансии и врачей-психиатров.

Советская психотерапия всё больше становится достоянием истории. Она стремилась стать частью научной медицины, всецело полагаясь на свои естественнонаучные основы, и при этом полностью отрицала самую возможность применения в теории или на практике нематериалистических философских или психологических концепций и, тем более, кровное родство свое с народными целительскими практиками. Общественное сознание меняется крайне медленно. Поэтому методы и подходы советской психотерапии еще долго будут востребованы гражданами нашей страны. Для этого у нас есть и квалифицированные профессионалы. В модели советской психотерапии подготовкой специалистов занимались институты и факультеты усовершенствования врачей. Выдавались государственные сертификаты. Они признавались государством по всей стране и, в отдельных случаях, могли быть признаны за рубежом. Достаточно стройная система такой подготовки до настоящего времени сохранилась и функционирует.

В советское время сложилось особое направление психотерапии, получившее название «клиническая психотерапия», которая использует парадигмы психотерапии, психиатрии и той клинической дисциплины, где она применяется. В последнее время в этой области наряду с врачами психотерапевтами начали работать и специально подготовленные медицинские или клинические психологи.

Клиническая психотерапия получила наибольшее развитие в психиатрии - для лечения пограничных состояний и в наркологии - при терапии некоторых

форм зависимостей. Кроме того, клиническая психотерапия развивается в психосоматической медицине, онкологии, гинекологии. Самостоятельными её разделами являются психотерапия детей и подростков и семейная психотерапия.

Наиболее широко психотерапия используется для лечения неврозов, посттравматических синдромов, пограничных расстройств личности. Здесь она выступает в качестве основного или даже единственного метода лечения. Психотерапия применима и при лечении расстройств психотического уровня. Отдельные профессионалы успешно работают с острыми психотическими состояниями. В то же время большинство психотерапевтов прилагает свои усилия для продления ремиссий и поддержания их качества. В наркологии, после проведения дезинтоксикации и нормализации физического состояния пациентов, психотерапия часто является основным способом закрепить и поддержать отказ от употребления средств, вызывающих зависимость. Психотерапевты в психосоматической медицине предпочитают работать вместе с врачами-интернистами. Здесь широкое поле приложения психотерапевтических усилий как в острых состояниях заболеваний, так и в периоды улучшений и ремиссий. Сложившаяся в советское время клиническая психотерапия и сегодня продолжает интенсивно развиваться. К этому мы ещё вернёмся в нашей статье, а сейчас продолжим экскурс в историю психотерапии.

Новое движение в нашей области началось в семидесятые годы XX века далеко за пределами профессионального сообщества, в среде, критиковавшей советский строй и, более того, ставившей своей целью его свержение, — в среде диссидентов. Это ещё раз подчеркивает антагонизм современной психотерапии и тоталитарного государственного устройства. Из-за «железного занавеса», порождавшего жесткую информационную изоляцию нашей страны, к нам попадали лишь отдельные психотерапевтические издания. Когда этот занавес немного приподнялся, таких изданий стало больше. Книги переводились. В первую очередь они касались психотерапии западного мира. Впрочем, не обходили стороной и концепции Востока, чаще опять же через призму западного опыта. Этими изданиями интересовались научные сотрудники, представители творческой интеллигенции, некоторые врачи и отдельные психологи. Каждая такая книга становилась событием, открывающим новые горизонты. В ряде городов - Казани, Красноярске, Ленинграде, Москве, Новосибирске - были организованы подпольные центры по переводу, тиражированию и распространению ксерокопий психотерапевтических изданий. Такой самиздат в области психотерапии продержался до середины девяностых годов и был вытеснен книгами, издаваемыми типографским способом. Нужно отметить, что в последние годы в России ежемесячно издаётся не менее 4-6 книг по психотерапии.

Появились сторонники тех или иных направлений психотерапии, проповедующие эти учения. Вслед за ними – и те, кто проповедовал свои авторские подходы, основанные на зарубежных концепциях. И те и другие были самоучками, почти всегда талантливыми, но не имеющими достаточной профессиональной подготовки. Сотни практиков заявляли о наличии у них собственного метода психотерапии. Знакомство с данными авторскими подходами показывало, что они не могут рассматриваться в качестве новых модальностей, представляя собой лишь некоторую модификацию уже известных. Это показывает, насколько сложно создавать новые модальности в психотерапии. Здесь мало одного желания и таланта автора.

Собрания интересующихся новыми подходами проходили сначала негласно в малых неформальных группах. Впрочем, вскоре стали организовываться и более многочисленные встречи. Так, в рамках свобод, дарованных советским правительством Новосибирскому Академгородку, в 1980 году прошла первая конференция по социально-психологическому тренингу, где не только читались лекции, но и проводились собственно тренинги. Несколько годами позже такие тренинги стали проводиться в столицах. Появились первые сертификаты участия в семинарах и тренингах, которые выдавали проводившие их специалисты, правда, признавались данные документы только ими самими да их слушателями. Проповедники зарубежной психотерапии сосредоточились на пропаганде новых психотерапевтических подходов и образовании своих сторонников и в меньшей степени, точнее даже, лишь единицы из них, занимались психотерапевтической практикой. Обученные ими специалисты сразу приступали к обучению новых желающих, благо, недостатка жаждущих знаний не было. Так осуществлялось наше первое знакомство с зарубежной психотерапией.

За истекшие два десятилетия произошли события, последствия которых таковы: разочарование многих специалистов в отечественной психотерапии; бурное вторжение зарубежных, в основном западных, концепций, методик и техник; размежевание и автономное развитие специалистов республик, регионов, отдельных направлений психотерапии; выход психотерапии за рамки медицины; интерес широких слоев профессионалов и парапрофессионалов к изучению психотерапии; формирование негосударственных структур, занятых психотерапией, центров и общественных организаций в области психотерапии. Психотерапией теперь занимаются не только врачи, но и психологи.

Новые для страны зарубежные психотерапевтические методы в начале своего распространения в России оказались в равных условиях. Приведём как пример транзактный анализ и нейролингвистическое программирование.

Вторая половина семидесятых и восьмидесятые годы прошлого века открыли транзактный анализ. Эта мировоззренческая концепция пришла в нашу страну через диссидентское движение. Представители научной интеллигенции переводили и распространяли книги Э. Берна. Они, по понятным причинам, интересовались философской стороной концепции. В последующем, врачи и психологи увлеклись анализом взаимодействий как новой возможностью лечения психических расстройств и коррекции психологических проблем. Позже других профессионалов к транзактному анализу обратились педагоги.

В некоторых профессиональных кругах транзактный анализ занимал ведущее место среди заимствованных методов психотерапии до середины восьмидесятых годов. Он составил основу профессионального мировоззрения многих практикующих терапевтов, психологов, а, в последующем, и педагогов. К этому времени выявились не только многие его достоинства, но и недостатки. Интересны его концепция детского развития, понимание мира, а к недостаткам, прежде всего, относятся: длительность анализа, важность глубокого личностного включения терапевта в работу, недостаточный набор специальных терапевтических техник, необходимость длительной профессиональной подготовки терапевта.

Впрочем, в последние годы отмечается новый рост интереса к данному методу, уже успевшему стать классическим. Если первая волна транзактного анализа пришла из США, то вторая волна - из Западной Европы и наработок, имеющихся в России. Сегодня на русский язык переведены почти все классические работы в этой области. Транзактный анализ представляется неотъемлемой частью образования терапевта, необходимым методом терапии и, наконец, мировоззрением большого числа специалистов, работающих в нашей стране. Важно, что последователи концепции транзактного анализа охотно взаимодействуют со сторонниками других направлений терапии, даже критически настроенными и конкурентно активными.

В настоящее время в России сложились две ассоциации транзактного анализа – Санкт-Петербургская и Рязанская, которые входят в Европейскую ассоциацию транзактного анализа. Кроме того, активно функционирует Национальная организация восточной версии транзактного анализа Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги.

В середине восьмидесятых годов XX века специалисты, пытавшиеся получить литературу по транзактному анализу, которая хранилась лишь в спецхранах самых больших библиотек, наткнулись в г. Новосибирске на работы по нейролингвистическому программированию (НЛП).

С того дня до начала “эпидемии НЛП” в стране прошло только два года. Столь короткое время понадобилось для освоения этого метода и перевода

основных источников литературы. Бурная активность, энтузиазм и невероятная работоспособность группы молодых психотерапевтов и любителей в Новосибирске привели к быстрому распространению “мифа НЛП” и его техник в различных регионах страны. Чем меньше тот или иной регион имел собственных традиций в области психотерапии, чем активнее внедрялось НЛП, тем на больший успех мог рассчитывать этот метод. НЛП безоговорочно и с энтузиазмом приняла значительная часть молодежи, начинающая свое образование по специальности, и мало кто из состоявшихся профессионалов в психотерапии.

Визиты в США - страну основоположников и видных деятелей НЛП - резко увеличили популярность этого метода в нашей стране. Вместе с тем они показали, что основанное на языковых, поведенческих и других культурных традициях нейролингвистическое программирование в англоязычных странах и русскоязычных странах - очень разные методы. И если там научные перспективы этого метода во многом исчерпаны, то у нас они обширны и не разработаны.

Революционный дух метода, жесткий критический подход к иным модальностям психотерапии, манипулятивная направленность привели к определенной изоляции специалистов по НЛП в сообществе психотерапевтов. Да и сами профессионалы, группы и центры НЛП развиваются, претерпевая жестокие кризисы формирования.

Противопоставление НЛП другим методам психотерапии, его задиристость и критическая настроенность постепенно становятся второстепенными. Многие приверженцы метода, ранее демонстрировавшие большой энтузиазм, сегодня создают свои авторские методики, включая в них и НЛП.

С нашей точки зрения, нейролингвистическое программирование - прекрасный метод скорой психотерапевтической помощи. Не только очень быстрый, но и очень эффективный. После оказания скорой помощи часть пациентов вовсе не нуждается в контактах с терапевтами, другим необходима терапия с использованием иных подходов.

С небольшим отставанием от НЛП в нашей стране начала своё развитие клиент-центрированная терапия. Это развитие началось после визита в страну в 1986 основоположника метода К. Роджерса.

Сдающее свои позиции НЛП было потеснено трансперсональной психотерапией. Широкая популярность этого метода привлекла в психотерапию новых сторонников. Вместе с тем достаточная технологическая жёсткость не способствовала его распространению. Для смягчения метода с сохранением его эффективности специалисты начали активно использовать “свободное дыхание”, ребефинг. Многие создают свои авторские программы на основе своего профессионального и личного опыта.

Другим методом, получившим достаточно широкое распространение, является гештальт-терапия.

У нас не было столь высокой волны увлечения гештальт-терапией, какая прослежена в Северной Америке и Западной Европе, но данный подход достаточно быстро занял свою нишу, причем довольно обширную. Гештальт-терапия в нашей стране часто соседствует или даже объединяется с психодрамой - ещё одним современным классическим методом западной психотерапии.

Надо отметить, что последние годы неуклонно растет популярность психотерапии по Милтону Эриксону, телесно ориентированной терапии, символдрамы. Вновь становится популярным психоанализ. Президент России в 1996 году даже издал специальный указ о развитии психоанализа. В настоящее время у нас только в столицах более 15 ассоциаций и профессиональных групп, занимающихся психоанализом. И они, часто, не только конкурируют, но вообще не находят общего языка друг с другом.

Психотерапия Запада и Востока, что называется, “из первых рук” - в исполнении авторов методов, основателей или ведущих профессионалов школ, мировых звёзд психотерапии, - стала доступна жителям столиц нашей страны в конце восьмидесятих годов XX века. В это время к нам, в Советский Союз, начали приезжать ведущие западные специалисты, среди которых были Джон Гриндер, Станислав Гроф, Карл Р. Роджерс, Вирджиния Сатир, Виктор Франкл и другие. Каждый такой визит становился большим событием и давал мощный толчок развитию целых направлений психотерапии. Справедливости ради важно отметить, что в те годы каждый приезжавший из-за рубежа психотерапевт принимался в нашей стране как выдающийся профессионал. И в последующем у нас было достаточно много разочарований по этому поводу. Вместе с тем, специалисты из нашей страны начали выезжать за рубеж с целью получения образования в той или другой школе психотерапии. Конечно, отдельные психотерапевты и в годы “железного занавеса” бывали за рубежом и знакомились с широким спектром современной мировой психотерапии. Однако современная зарубежная психотерапия в результате таких знакомств в нашу страну не проникала. Теперь западные специалисты и зарубежные учебные структуры выдавали обучающимся свои сертификаты. Эти сертификаты признаются профессиональными сообществами тех стран, где они выданы. Западные специалисты не занимались регулярной практикой в нашей стране. Обычно они ограничивались демонстрацией своих методов на отдельных избранных клиентах и пациентах. Впрочем, клиенты для демонстрации зачастую рекрутировались из участников обучающих семинаров. Таким образом, отечественные специалисты получили возможность знакомства внутри страны “из первых рук” и обучения за рубежом современным методам психотерапии.

Обученные за рубежом специалисты начали преподавать в Российской Федерации. Они достаточно

быстро сформировали свой рынок, что позволило им открыть небольшие образовательные структуры. И если известные западные специалисты посещали в основном столицы - Москву и Санкт-Петербург, то теперь обучение было организовано и в регионах, отдалённых от столиц. Более того, отечественные специалисты оказались успешнее в трансляции западных методов психотерапии, чем их зарубежные коллеги и наставники. Это и понятно, ведь российские специалисты хорошо информированы в специфике менталитета своих сограждан, особенностях их обучения. В отличие от западных, отечественные наставники могут уделить своим ученикам больше времени и внимания. В настоящее время сложились обучающие структуры по гештальт - терапии, психодраме, символдраме, нейролингвистическому программированию, психотерапии по М. Эриксону, трансперсональной терапии, трансактному анализу, онтопсихологии, телесно ориентированной психотерапии, экзистенциальной психотерапии, психоаналитической психотерапии и некоторым другим направлениям. Сертификаты, выданные этими структурами, признаются их материнскими учреждениями за рубежом и складывающимися у нас сообществами профессионалов данной модальности. Российские специалисты, обученные зарубежным методам психотерапии, обычно посвящают себя образовательной деятельности. Есть и новейшее начинание в области отечественной психотерапии - это российская психотерапия в системе Европейской ассоциации психотерапии (ЕАП).

С 1999 года российская психотерапия стала интегрироваться в систему Европейской ассоциации психотерапии. Причём этот процесс характеризует осознанное движение навстречу друг другу. Европейская ассоциация психотерапии - крупнейшее сообщество, объединяющее специалистов по принципу принадлежности к профессии в целом, а не к какой-то конкретной модальности. Она совместно с Профессиональной психотерапевтической лигой приступила к реализации образовательных проектов Европейского сертификата психотерапевта. Российские специалисты впервые получили реальную возможность получить образование европейского уровня. Причём это касается не только профессионалов, проживающих в столицах, а сотен, а, в последующем, и тысяч желающих во всех концах нашей большой страны. Европейский сертификат задуман как единый документ, позволяющий специалистам свободно работать в странах объединённой Европы без сдачи экзамена по специальности.

В нашей стране бытует три точки зрения на психотерапевтическое образование.

Согласно первой из них, у нас должно быть собственное образование, отличающееся от всего принятого за пределами страны. На деле это приводит к тому, что психотерапией могут заниматься только врачи-психиатры, получившие подготовку в области

психотерапии в количестве от 500 до 700 часов. В самой подготовке теория значительно преобладает над личной терапией и супервизией. Точнее, личная терапия и супервизия далеко не всегда предусмотрены.

Согласно второй точке зрения, наше образование должно состоять из принятых в мире трёх частей: теории, практики с супервизией и личной терапии. Вместе с тем, объём этого образования должен быть уменьшен, чтобы соответствовать ограниченному финансовому и кадровому возможностям нашей страны.

Согласно третьей точке зрения, наше образование должно соответствовать принятому в ЕАП, а это значит - не менее 3200 часов теории, практики с супервизией и личной терапии. Специалисты, получающие такое образование на базе высшего образования, должны быть допущены к практике значительно раньше, чем они завершат своё обучение. И, уже практикуя, они смогут завершить своё образование.

Мы придерживаемся этой последней точки зрения. Наше профессиональное образование по объёму должно соответствовать принятым в ЕАП стандартам, а содержание может соответствовать особенностям национальной психотерапии.

Важно отметить, что все уникальные научные и практические достижения отечественной психотерапии бережно сохраняются. И, вместе с тем, мы выходим на уровень образования, принятый в ЕАП. Здесь возможны два пути. Один из них состоит в том, что всё больше модальностей, принятых в Западной Европе и Северной Америке, находят своих приверженцев в нашей стране, всё больше психотерапевтов получают полноценное образование в границах этих модальностей как внутри страны, так и за рубежом, вступая затем в соответствующие профессиональные сообщества.

Важнейшая особенность отечественной психотерапии - её эклектизм. Есть эклектизм старый, когда специалисты пытались использовать все знания и умения, которые они могли получить, в своей практике. Эклектизм современный, новый основывается на том, что профессионалы выбирают из огромного числа предложений то, что подходит им. Этот подход можно назвать мультимодальным. В настоящее время предпринимаются усилия к тому, чтобы образование в мультимодальной психотерапии можно было получить в рамках обучения по программе Европейского сертификата психотерапевта, а, как известно, в Европе стандарты образования в области психотерапии сложились с двадцатых годов XX века. То есть уже имеют более чем восьмидесятилетнюю историю. Кроме того, психотерапия уже не является разделом какой-то другой специальности, а успешно складывается в самостоятельную профессию, весьма востребованную обществом.

Советская психотерапия; психотерапия проповедников зарубежных направлений; современная зарубежная психотерапия - "нативная" и адаптированная

к условиям России; российская психотерапия в системе ЕАП - вот те реалии сегодняшнего дня, которые одновременно существуют в Российской Федерации. Одни из них постоянно уменьшаются, другие расширяют своё пространство. Основной тенденцией, зоной нашего профессионального роста ближайших лет и десятилетий является вхождение в систему психотерапии ЕАП и интеграция. Это длительный и достаточно медленный процесс. Определённая роль в нём принадлежит общественным объединениям психотерапевтов.

До девяностых годов прошлого столетия в нашей стране были только секции психотерапии при научных медицинских обществах невропатологов и психиатров. В девяностые годы впервые возникли самостоятельные общественные организации в области психотерапии, и, в первую очередь - сообщества, созданные представителями отдельных модальностей. Среди них можно назвать Всесоюзную ассоциацию трансактоного анализа, ассоциацию эриксонской психотерапии и нейролингвистического программирования.

Ситуация в корне изменилась в 1994 году, когда состоялся учредительный съезд Российской психотерапевтической ассоциации (РПА). Эта общественная организация объединила врачей-психотерапевтов и некоторую часть медицинских психологов, генетически связанных с психиатрией. РПА участвует в разработке приказов и других методических материалов министерства здравоохранения, развивает сотрудничество с зарубежными партнерами, активно занимается научно-исследовательской и педагогической работой.

РПА, несомненно, является одним из двух наиболее крупных в России общественных объединений врачей-психотерапевтов, тесно связанным, а часто и слитым с государственной медицинской, в частности, психиатрической службой.

Самой большой общественной структурой в области психотерапии в российской Федерации является, созданная в 1996 году, Профессиональная психотерапевтическая лига (Лига). Она объединяет различных специалистов в области психотерапии. Членом Лиги может стать тот, кто использует психотерапию в своей профессиональной деятельности или обучается психотерапии. В настоящее время Лига является крупнейшим объединением психотерапевтов.

Лига входит в Европейскую ассоциацию психотерапии (ЕАП), являясь зонтичной организацией (единственным официальным представителем) ЕАП на территории России. Лига разделяет созданные ЕАП положения Страсбургской декларации по психотерапии, а значит - признает психотерапию отдельной, самостоятельной профессией.

Сама ЕАП – ассоциация молодая, динамично развивающаяся, включающая в себя сообщества психотерапевтов из 39 стран Европы, является самым крупным объединением профессионалов по принципу

принадлежности к профессии психотерапевта. Ей всего десять лет, и, по европейским стандартам, её можно отнести к совсем юным общественным объединениям.

Таким образом, новая мировая волна развития психотерапии набирает силу. Она идет из Европы - родины психотерапии. И важно, что наша отечественная психотерапия включена и достойно представлена как в европейском, так и в мировом процессе развития нашей профессии.

Профессиональная психотерапевтическая лига в настоящее время:

- занимается координацией образовательной деятельности в области психотерапии и смежных областях. Реализует большие образовательные проекты с сертификатами Лиги, сертификатами Европейской ассоциации психотерапии. Проводит обучение специалистов в регионах, в Москве, за рубежом;

- объединяет усилия ведущих российских и зарубежных специалистов в области образования. Публикует перечень школ и отдельных профессионалов, признаваемых Лигой компетентными для реализации образовательных программ Лиги;

- содействует развитию и поддержанию творческих и деловых отношений внутри Лиги, с другими лицами и организациями, с зарубежными партнерами и международными организациями;

- занимается научными исследованиями в области психотерапии. Собирает и обобщает опыт научно-практических разработок в области психотерапии, в том числе полученный членами Лиги;

- организует съезды, конференции, семинары в России и за рубежом. За последние четыре года Лига провела шесть международных конференций и X итоговую конференцию ЕАП 2001 года;

- занимается психотерапевтической практикой. Создает психотерапевтические подразделения, где внедряет новые подходы терапии, передовые технологии;

- защищает профессиональные интересы членов Лиги. Предпринимает усилия по распространению цивилизованной психотерапии;

- пропагандирует психотерапию, в том числе в средствах массовой информации;

- содействует формированию в обществе цивилизованного рынка услуг в области психотерапии;

- создает рабочие места для психотерапевтов;

- занимается издательской деятельностью и распространением профессиональных изданий. Издает библиотеку психологии, психоанализа и психотерапии;

- объединяет специалистов, профессиональные группы и общественные организации в области психотерапии. Внутри Лиги ее члены объединяются по интересам к отдельным направлениям психотерапии и в секции по профессиям;

- оценивает вклад организаций и отдельных деятелей в развитие психотерапии, в сохранение и развитие психологического здоровья и награждает их дипломами Лиги. По данным направлениям

вводятся номинации: “Специалист года”, “Организация года”, “Достижение года”.

Средства Лиги формируются из вступительных и членских взносов, добровольных и целевых взносов.

К сожалению, в нашей стране среди самих психотерапевтов нет договорённости в понимании многих базовых вопросов нашей специальности, её настоящего и будущего, и только некоторая часть коллег стремится к взаимопониманию. Объединить силы отечественной психотерапии, устремлённые к консолидации, выработке ясных правил для нашей специальности эффективнее всего может идея разработки и принятия федерального закона о психотерапии. Это длительный процесс, который мы обязательно должны пройти шаг за шагом. Быстрый бег вперёд и перескакивание через ступеньки здесь представляется неуместным! В связи с этим важнейшим аспектом работы Лиги является разработка проекта закона Российской Федерации “О профессиональной психотерапевтической деятельности”. Данный проект в июне 2000 года представлен для обсуждения в профессиональном сообществе. В последующем было предложено ещё два проекта. В настоящее время обсуждается три различных варианта проекта закона о психотерапии. Впрочем, далеко не все аспекты профессиональной психотерапевтической деятельности можно регулировать при помощи закона и то, что лежит за пределами законодательного регулирования, регламентируется профессиональной этикой.

В Лиге разработана и принята третья редакция “Правил этики Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги”. Эти правила предложены комитетом по этике и защите профессиональных прав психотерапевтов Лиги на основе “Правил этики Европейской ассоциации психотерапии”.

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

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

отдельные гармоничные личности могут счастливо развиваться, избегая кризисов становления. Сохранение и развитие ментальной экологии психотерапевтов – это ещё одна важнейшая задача нашей Лиги.

Как нетрудно убедиться, Профессиональная психотерапевтическая лига и Российская психотерапевтическая ассоциация в значительной степени отличаются друг от друга. РПА объединяет лучших врачей-психотерапевтов и небольшую часть психологов, специалистов, генетически связанных с психиатрией. Лига - широкое общественное объединение, включающее в свои ряды тех, кто практикует или обучается психотерапии. Цели и задачи обеих общественных организаций во многом совпадают, а вот пути достижения их значительно разнятся. РПА стремится достичь поставленных целей, двигаясь сверху вниз по социальной лестнице и больше озабочена сохранением традиций. Лига же совершает обратный путь - снизу вверх и озабочена развитием психотерапии, превращением её в самостоятельную специальность, необходимую часть культуры общества. Эти подходы хорошо дополняют друг друга.

Кроме названных организаций федерального, общероссийского уровня во многих республиках, краях и областях складываются региональные общественные объединения. Они могут быть разноплановыми. Одни объединяют врачей-психотерапевтов, другие - психологов. Сложился ряд сообществ по направлениям психотерапии. Известны объединения гипнологов, специалистов в области трансактоного анализа, гештальт-терапии, нейролингвистического программирования, арт-терапии, трансперсональной психологии и психотерапии, психоанализа и психоаналитической психотерапии, символдрамы и другие. Часто это небольшие объединения с коротким периодом активной жизни и низким уровнем юридической защищённости. До настоящего времени явно преобладала тенденция к все большему их делению и размежеванию. Так, только в области психоанализа в российских столицах известно 15 самостоятельно работающих общественных организаций.

Важно отметить, что Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, будучи крупнейшим общественным объединением в области психотерапии в стране, согласно своему уставу, стремится к сотрудничеству со всеми организациями, объединяющими психотерапевтов.

Процесс саморазвития психотерапии вовлекает в её орбиту всё больше специалистов с психологическим образованием. Причём, в отличие от врачей-психотерапевтов, психологи чаще обучаются и работают в какой-то одной модальности. Более того, сам процесс развития в нашей стране модальностей западной психотерапии во многом связан с деятельностью специалистов с базовым психологическим и другим гуманитарным образованием.

Психологи в нашей стране только в течение последнего десятилетия проявляют интерес и занимаются психотерапией.

Часть специалистов медицинских учреждений работает на основе средств государственного бюджета, другие - по схеме страховой медицины. Заработная плата психотерапевтов, работающих в государственных учреждениях, составляет в среднем от 45 до 150 у.е. в месяц, в зависимости от продолжительности рабочего дня. Врачи, работающие на бюджетной основе, получают свою зарплату независимо от числа обслуживаемых пациентов. Врачи, работающие по схеме страховой медицины, имеют небольшой твёрдый оклад, а остальную часть заработной платы получают в виде отчислений из страховой кассы. Величина отчислений зависит как от числа принятых пациентов, так и от количества проведённых психотерапевтических сессий. Значительная часть психотерапевтов, в том числе все психологи, занимающиеся психотерапией, имеют частную практику. Здесь заработная плата отличается разнообразием. Можно отметить, что чем больше город, в котором практикуют психотерапевты, тем выше спрос на их услуги и выше гонорары. Самые высокие гонорары в столицах.

Кроме официальной истории, отражённой в специальных отчётах, изданиях, циркулярах министерства здравоохранения, советская, а, в последующем, и российская психотерапия имеет историю неформальной самоорганизации. История отечественной психотерапии содержит в себе множество запретов, ограничений и путей обхода этих запретов и ограничений. Самоорганизация определяет современное состояние психотерапии не меньше, а психотерапевтической практики - даже больше, чем официальная ситуация. Конечно, картина современной психотерапии в Российской Федерации будет неполной без описания того явления, которое мы называем самоорганизацией психотерапии. Это явление, зародившееся в советский период нашей истории, получило своё развитие и расцвет в постсоветские годы. Нам очень важно понять правила этой самоорганизации и действовать согласно этим правилам. Именно самоорганизация весьма тонко и очень оперативно отвечает на запросы общества, да и самого государства.

Самоорганизация психотерапии - негосударственная, стихийно складывающаяся система психотерапевтической помощи, которая характеризуется:

- быстрой реакцией на потребности общества;
- стремлением ко всему новому;
- пёстрым составом участников: от стихийных психотерапевтов до профессионалов высокого класса;
- закрытостью информации о методах работы, её эффективности, оплате услуг;
- избеганием законодательного контроля;
- избеганием контроля со стороны профессионального сообщества;

- созданием собственных мифов эффективности, признания и других;

- активной добросовестной и недобросовестной рекламой и конкуренцией.

Самоорганизующаяся психотерапия получила широкое распространение. Она коснулась даже тех специалистов, кто по долгу своей службы проводит в жизнь приказы министерства здравоохранения. Более того, сегмент психотерапии, находящийся под контролем министерства здравоохранения, постоянно уменьшается. Вызвано это бурным развитием психотерапии и явным отставанием государственного, в частности, законодательного регулирования психотерапии. И, конечно же, весьма низкой оценкой стоимости психотерапии государством. Так, в прейскурантах платных услуг в поликлиниках психотерапевтических сеансов часто оценивается менее одной условной единицы и (редко) - от одной до трёх условных единиц.

Психотерапия по-разному представлена в столицах и больших городах - с одной стороны, и малых городах - с другой стороны. Остановимся на этом подробнее.

Своеобразие психотерапии в больших городах определяется условиями, укладом жизни и касается как потребителей такого рода услуг - клиентов и пациентов, так и специалистов, проводящих психотерапию. Потребители здесь чаще всего обращаются на консультации по рекламе. Они обычно могут рассчитывать на анонимность, встреча с терапевтом за пределами психотерапевтического процесса здесь маловероятна. Жители больших городов часто имеют множество личностных защит, с одной стороны, позволяющих адаптироваться в агрессивной среде города, а с другой - затрудняющих восприятие и усвоение нового опыта, а, значит, приводящих к большей закрытости человека, пресыщенностью общением, избеганию его. Психотерапевту часто приходится тратить достаточно много времени и усилий для преодоления этих защит.

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

Клиенты, проживающие в небольших городах, чаще всего более открыты, у них меньше личностных защит, вызванных агрессивной социальной средой. Они более доверчивы. У них неудовлетворённая потребность в общении. Вместе с тем, они часто более консервативны и недоверчивы к новым

вениям. И о терапевтах узнают от соседей и знакомых, а не из рекламы в средствах массовой информации. В небольших городах трудно или совсем не удаётся сохранять анонимность как пациенту, так и, в большей степени, терапевту.

Терапевтам в небольших городах трудно создавать и сохранять свой профессиональный образ, часто они вынуждены находиться в этом образе постоянно, что затрудняет поддержание и восстановление ментальной экологии. Их профессиональные неудачи становятся достоянием многих жителей города. Поэтому в небольших городах терапевтам приходится быть более осторожными, избегать риска, чтобы не сделать ошибки, которая может их значительно скомпрометировать в глазах сограждан. Они подчас лишены возможности полноценно и регулярно общаться с коллегами, работающими в той же модальности, поэтому они вступают во взаимодействие с психотерапевтами, работающими в других модальностях, или совсем не имеют постоянного профессионального общения.

С начала девяностых годов двадцатого века специальности, занятые психическим здоровьем, впервые получили возможность свободного развития и самоорганизации. В конце девяностых годов был подведён статистический итог такого развития. По данным министерства здравоохранения в государственных учреждениях здравоохранения Российской Федерации работало: врачей - психиатров - 15000; врачей психиатров-наркологов - 4500; врачей психотерапевтов - 2000; медицинских (клинических) психологов - 1500, и, вместе с тем, только официально было зарегистрировано 300000 народных целителей.

А ведь ещё во времена перестройки, когда психотерапевты уже были, официально зарегистрированных народных целителей не было совсем. Прошло только одно десятилетие, и теперь психотерапевты государственных медицинских структур составляют 0,66% от общего количества народных целителей, а ведь народные целители занимаются ничем иным, как дикой психотерапией. Это значит, что скрытая потребность в психотерапевтах в нашей стране составляет не менее 300000 специалистов. Для удовлетворения этой потребности нам предстоит большая и увлекательная работа и эту работу мы уже начали.

Основная и важнейшая характеристика нашей эпохи - это постоянные перемены. В нашу жизнь входят всё новые факторы, определяющие развитие. На протяжении всего советского и первого десятилетия постсоветского периода жизни общества значение психологии и психотерапии для развития страны преуменьшалось или попросту игнорировалось. Теперь мы вступили в эпоху, когда психология и психотерапия становится осознаваемой и необходимой частью общественной жизни России и эта эпоха будет весьма продолжительной. В качестве стратегических ресурсов нашей страны будут рассматриваться не только нефть и газ, а, главным образом, люди с их психическими ресурсами.

Таким образом, история отечественной психотерапии творится на наших глазах и нашими усилиями! Многие наши действия или бездействие тут же отражаются на состоянии и перспективах психотерапии в Российской Федерации, да и далеко за ее пределами.

Литература:

1. Бурно М. Е. *Терапия творческим самовыражением*. - М.: Медицина, 1989, 304 с.
2. Бурно М. Е. *Клиническая психотерапия*. - М.: Академический проект, ОППЛ, 2000, 719 с.
3. Егоров Б. Е. *Российский клинический психоанализ - новая школа*. - М.: Академический проект, ОППЛ, 2002, 528 с.
4. Завьялов В. Ю. *Необъявленная психотерапия*. Библиотека психологии, психоанализа, психотерапии под редакцией профессора В. В. Макарова. - М.: Академический проект, 1999, 250 с.
5. Катков А. Л. *Манифесты развивающей психотерапии*. Московский психотерапевтический журнал № 3, 2001. - С. 49-79
6. Кочюнас Р. *Психотерапевтические группы: Теория и практика / Пер. с лит.* - М.: Академический Проект, 2000, 240 с.
7. Макаров В. В., Свидро Н. Н. *Всё о Профессиональной Психотерапевтической Лиге в 2000 году*. - М.: 2000, 209 с.
8. Макаров В. В. *Избранные лекции по психотерапии*. 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Академический проект, 2000, 416 с.
9. Макаров В. В. *Психотерапия нового века*. - М.: Академический Проект, ППЛ, 2001, 496 с.
10. Макаров В. В. *Психотерапия каждого дня и всей жизни*. - М.: Пер. с, ППЛ, 2001, 191 с.
11. Макаров В. В., Катков А. Л. *Проект Федерального Закона Российской Федерации "О профессиональной психотерапевтической деятельности"* // Научно-практический журнал "Вопросы ментальной медицины и экологии", 2000. - Т. VI. - № 3. - С. 7-17
12. *Психотерапевтическая энциклопедия*. Под редакцией Б. Д. Карвасарского. - СПб., М., Харьков, Минск. 1998, 743 с.
13. *Психотерапия: новая наука о человеке*. Редактор-составитель А. Притц. Екатеринбург, Деловая книга, 1999, 396 с.

-
-
14. Семке В. Я. *Основы персонологии*. - М. Академический проект, ОППЛ, 2001, 476 с.
15. Сидоров П. И., Парняков А. В. *Введение в клиническую психологию*. - М.: Академический Проект, 2000. - Т.1, 416 с., Т 2, 381 с.
16. Сосланд А. И. *Фундаментальная структура психотерапевтического метода или Как создать свою школу в психотерапии*. - М.: Логос, 1999, 367 с.
17. Стехликова Д. А. *Психотерапия в зеркале культуры // Независимый психиатрический журнал*. - № 2, 1999. - С. 58-68
18. *Учебник Психотерапия / Под ред. Б. Д. Карвасарского*. - СПб: "Питер", 2000, 544 с.
19. Эйдемиллер Э. Г., Юстискис В. *Психология и психотерапия семьи*. - СПб.: ЗАО "Издательство "Питер", 1999, 656 с.

МИССИЯ ПСИХОТЕРАПИИ: СЕГОДНЯ И ЗАВТРА

В. В. Макаров

После разрушения идеологии индивидуальное развитие человека у нас в стране стало ничьей территорией, а между тем индивидуальное развитие человека - территория культуры. Психотерапия здесь и составляет значительную часть культуры. Психотерапия - это, с одной стороны, мировоззрение и практическая философия жизни, с другой стороны - система практических психологических приемов и технологий достижения поставленных целей. Над страной больше не довлеют коммунистические, советские ценности. Только это чисто внешний эффект. Эти ценности успешно интериоризировались и превратились в наши внутренние психологические запреты и ограничения. Наша внутренняя психологическая цензура очень ограничивает нас, часто стагнирует развитие. Понадобится смена нескольких поколений, для того, чтобы данные ценности по настоящему, в полной мере ушли в прошлое. Значительно, резко ускорить этот процесс может современная психотерапия.

Конечно же, занимаясь терапией, мы стремимся изменить отношение человека к этой реальности. Поэтому психотерапия может стать мировоззрением современного развитого и успешного человека.

Мы уже вступили в эпоху, когда психология и психотерапия стали осознаваемой и необходимой частью общественной жизни России, и эта эпоха будет весьма продолжительной. В качестве наших стратегических ресурсов будут рассматриваться не только нефть и газ, а, главным образом, граждане нашей страны с их психическими ресурсами.

Психотерапия вышла за пределы медицины, в одних странах; клинической психологии, в других странах и перерастает в важную, необходимую часть культуры современного общества. Психотерапевт из границ новой врачебной или психологической специальности переходит в пределы новейшей профессии.

Профессиональное образование психотерапевта осуществляется на базе завершенного (высшего)

образования и состоит из теории, практики и эксклюзивного раздела личного самопознания, анализа, и личной терапии. Уровень профессиональной подготовки психотерапевта подтверждается национальными сертификатами консультанта и психотерапевта, а его соответствие международному уровню подтверждается Европейским сертификатом психотерапевта и внесением в единый Европейский реестр профессиональных психотерапевтов.

Новейшая специальность - психотерапия на наших глазах и с нашим непосредственным участием перерастает в сверхновую профессию - психотерапию. История отечественной психотерапии творится на наших глазах и нашими усилиями! Многие наши действия или бездействие тут же отражаются на состоянии и перспективах психотерапии в Российской Федерации, да и далеко за её пределами.

Современную психотерапию всё больше характеризует огромное разнообразие и терпимость к иному мнению и, вместе с тем, строгие научные и этические критерии.

Сложилось так, что именно психотерапия разработала и заимствовала из других областей ментальной практики технологии воздействия на психику человека и психологическое состояние группы. Психотерапия собрала технологии, хранит, развивает их.

Психотерапия в нашей стране развивается столь быстро, что вчера ещё самые новые методы и техники сегодня воспринимаются как вполне привычные и даже архаичные, а деятели, которые вчера олицетворяли прогресс нашей профессии, сегодня могут оказаться тормозом в её развитии.

Психотерапия рассматривает человека в его целостности и в связи с микросоциумом и социумом. Для современной психотерапии характерен биопсихосоциальный подход. Поэтому она может стать эффективной практической философией современной медицины и других систем модификации человека и группы.

Психотерапия активно интересуется достижениями и возможностями интеграции со смежными областями. Такими областями, прежде всего, являются: психиатрия, традиционное целительство, духовные практики и медицинские учения стран Востока.

Конечно, наступит такой этап развития психотерапии, когда она сформируется в самостоятельную науку, когда будут предложены строгие критерии отнесения к этой науке тех или иных школ и направлений психотерапии. Тогда число психотерапевтических школ и направлений уменьшится, а в развитие психотерапии наступит более спокойный и упорядоченный период. Наступит это и в нашей стране, а пока бурный процесс формирования в нашей стране особенно выражен. Более того, в течение нескольких десятилетий мы были огромной пограничной территорией, где кончалась европейская психотерапия, и начинались восточные духовные практики. Сегодня мир психотерапии уже без границ.

Психотерапия, будучи новой системой общества и насчитывая в своей истории не более двух веков, внесла свой, пока не полностью оцениваемый вклад в развитие и культуру западного мира. Психоанализ, вызвав особый интерес к сексуальности, тем самым явился одной из основных иницилирующих сил сексуальной революции. Её победа значительно повлияла на культуру, ослабив систему моральных запретов в обществе. Конечно, культуру западного мира XX столетия попросту трудно или даже невозможно представить без идей психоанализа. Гуманистическая психотерапия, получив широкое распространение в шестидесятые-семидесятые годы XX столетия, оказала значительное влияние на стиль жизни в развитых индустриальных странах, сделав отношения между людьми значительно менее агрессивными, более гуманными. Экзистенциальные направления психотерапии помогают множеству современников выйти из духовного кризиса, осознать смысл жизни. Психотерапия всё больше становится важнейшей формой светского гуманизма. И по мере развития общества она становится всё более востребованной.

Миссию современной психотерапии можно сформулировать триадой: развитие - предупреждение - лечение, а для нынешнего исторического этапа психотерапии в нашей стране: лечение - предупреждение - развитие. Психотерапия больше занимается не постановкой этих целей, а средствами их достижения. Поэтому для многих психотерапия в первую очередь - это набор технологий для достижения поставленных целей. Технологий, направленных на воспитание гибкости, умения находить и реализовать новые, эффективные стратегии поведения; накапливать и рационально использовать энергетические ресурсы; изыскивать, сохранять и развивать ресурсные состояния; обеспечивать активность, энтузиазм, оптимизм, сохранять и развивать здоровье.

Семь главных характеристик психотерапии

1. Психотерапия является частью современной культуры. Это молодая, нарождающаяся область культуры, происходящая из Западной Европы и в настоящее время развивающаяся на всех континентах, в большинстве стран мира.

2. Психотерапия социально зависимая область. И в полной мере она может развиваться в демократическом обществе. Психотерапия более ориентирована на потребности общества в целом, чем государств, как части общества.

3. Психотерапия традиционно занимается человеком и группой. В том числе самой важной группой - семьёй. Психотерапия объявляет человека и семью главной ценностью мироздания и всеобщим эталоном. Современная психотерапия занимается и обществом в целом. Эта новая для нас роль, новый вызов даёт новый ракурс нашей работе, делает её по-новому привлекательной.

4. Психотерапия объясняет болезни, недостаточное или искажённое развитие, неполную самореализацию, отсутствие гармонии с собой и (или) миром в психологических, духовных понятиях.

5. Психотерапия осуществляет лечение и предупреждение расстройств здоровья, недоразвития или неполной самореализации, достижения гармонии с собой и миром при помощи психологических, духовных воздействий.

6. Психотерапия развивается столь быстро, что вчера ещё кажущиеся прогрессивными идеи сегодня воспринимаются как банальные, вчера ещё прогрессивные деятели сегодня представляются консерваторами.

7. В современном мире и в нашей стране активно развиваются все шесть моделей психотерапии: медицинская, психологическая, педагогическая, социальная, философская, эклектическая.

Так мы формулируем семь главных характеристик нашей специальности, позволяющих выделять её из других областей знания и человеческого опыта.

С нашей точки зрения интегративность уже является основным, магистральным путем развития психотерапии XXI века. Ведь стремление максимально полно использовать потенциал психотерапии, по сути дела, не оставляет нам других столь же перспективных возможностей. Огромное, практически необозримое число методов и школ терапии приводит к необходимости заимствования в каждом направлении и школе самого важного и эффективного. Школы, методы или, как теперь принято говорить модальности, зарождаются, продельвают свой жизненный путь и уходят в историю. А что же остаётся? На этот вопрос можно уверенно отвечать, что оригинальное и лучшее каждой модальностью может быть передано и усвоено интегративными, мультимодальными системами психотерапии.

Современная психотерапия ряда стран регулируется специальными законами. В других странах

регулирование осуществляется различными подзаконными актами. И везде, где психотерапия получила достаточное развитие, ведущую роль в формировании нашей профессии играют профессиональные сообщества. В нашей стране таким сообществом является Профессиональная психотерапевтическая лига России. Самое крупное объединение профессионалов, которому в этом году исполняется девять лет.

Остановимся на основных положениях организации и деятельности Лиги.

Концепция Лиги. Организация профессионалов в области психотерапии и консультирования нового типа, построенная на принципах самоуправления, с широкими связями в стране и за рубежом, учреждающая учебные заведения и консультативно-терапевтические центры, работающая со СМИ, создающая субкультуру психотерапии в русскоязычных странах.

Цели Лиги.

Создание субкультуры психотерапии в большой культуре русскоязычных стран. Гуманизация медицины, образования и общества в целом. Новое понимание человека, при помощи интеграции идей России, Запада и Востока в области психического здоровья, благополучия и успешности человека

Задачи Лиги.

1. Создание профессионального союза русскоязычных психотерапевтов и консультантов, объединяющего все прогрессивные силы в данной области.

2. Создание информационного центра, накапливающего и распространяющего информацию в области психотерапии

3. Создание тренинговых центров по психотерапии и консультированию, обеспечивающей образование и повышение квалификации в области психотерапии и консультирование, проводящего научно-методическую работу в этих областях

4. Создание базового практического консультативно-терапевтического Центра и сети консультативно-терапевтических русскоязычных центров в России и за рубежом.

Стратегии развития.

Лига развивается, главным образом, за счёт создания и объединения ресурсов профессионального сообщества, привлечение ресурсов государства и общества.

Лига объединяет в своих рядах всё большее число членов. Она является массовой организацией доступной как для профессионалов, так и лиц, обучающихся психотерапии и консультированию

Лига входит в качестве зонтичной организации в Европейскую ассоциацию психотерапии, Азиатскую федерацию психотерапии, Всемирный совет по психотерапии, Международную организацию консультирования и имеет возможность транслировать их опыт русскоязычной аудитории и обратно.

Лига обращается с предложениями о совместной деятельности к различным общественным, государственным и иным организациям, а также к бизнес-сообществу.

Мотивации профессионалов и обучающихся профессии вступления в Лигу и пребывания в ней:

- получать профессиональную информацию;
- принадлежать к профессиональному сообществу России, Европы и всего мира;
- участвовать в образовательных программах;
- участвовать в терапевтических, консультативных проектах;
- улучшить свои условия труда;
- получить дополнительный заработок;
- участвовать в конгрессах, конференциях;
- участвовать в декадах и неделях психотерапии и консультирования;
- заниматься организационной работой;
- заниматься научными исследованиями;
- получить сертификаты, подтверждающие профессионализм;
- получить этическую защиту.

Мотивации государственных структур для взаимодействия с Лигой:

- Лига способна эффективно участвовать в изменении менталитета восходящих поколений. Повышению их эффективности и адаптации к новой жизни;
- Лига может способствовать снижению уровня социальной тревоги общества, повышению адаптации граждан;
- Занимаясь тренингами профессионалов, Лига может способствовать повышению их работоспособности, эффективности, противодействовать синдрому сгорания;
- Развивая психотерапию, Лига может способствовать снижению затрат на здравоохранение и социальное обеспечение граждан.

Таким образом, миссию современной психотерапии можно сформулировать триадой: развитие - предупреждение - лечение. Данная триада приложима к отдельному человеку, группе и обществу в целом. Миссия же Профессиональной психотерапевтической лиги - «От психотерапии стихийной - к психотерапии профессиональной!»

Девиз нашей деятельности мы формулируем как: «Профессионализм, научность, этичность!»

В. Д. Менделевич

Жарким дискуссиям ведущих российских специалистов, посвященным проблемам развития и миссии психотерапии в современном обществе, уже не меньше десяти лет. Но воз и ныне там. Остаются неразрешенными принципиальные вопросы, связанные с существованием самой психотерапии, как науки и специальности. До сих пор нет единства внутри сообщества психотерапевтов по вопросу границ компетенции психотерапии, нет четкого определения понятия психотерапевтической деятельности, отсутствует консолидированный или, по крайней мере, конвенциональный взгляд на то, что считать, а что не считать психотерапией. С сожалением приходится признать, что подобное положение фактически устраивает многих психотерапевтов, уклоняющихся от серьезного научного обсуждения. В связи с этим на карту поставлен престиж профессии, которая многими не признается ни медицинской, ни гуманитарной. Обществом часто осуждается рекламный характер психотерапии, подвергается сомнению и реальная эффективность. Широкое распространение так называемой эмоционально-стрессовой психотерапии («кодирования») алкоголизма и наркомании привело к тому, что психотерапевтов стали упрекать в мошенничестве. С другой стороны, психотерапевты с удовольствием набиваются в друзья политикам и бизнесменам, предлагая помощь в манипулировании другими людьми. Психотерапевты не стали отрешиваться от того, что само «манипулирование сознанием» возможно. К сожалению, этот выгодный (но одновременно разрушительный, иррациональный) миф активно распространился в обществе исключительно благодаря современным российским психотерапевтам. Запугивание обывателей всеисильностью манипуляций, называемых почему-то психотерапевтическими, окончательно поставило отечественную психотерапию на грань иррационализма и субъективизма.

Помимо всего прочего, существенная часть ученых от психотерапии погрузилась в процесс самолюбования, величия, всеисилия и выработала тактику непогрешимости, часто просто игнорируя попытки хладнокровно разобраться в том, что фактически происходит в рамках психотерапевтического процесса, чем именно они (мы) «лечат» (лечим). Взамен этого все чаще раздаются голоса о том, что и не следует приравнять психотерапию к науке, не надо анализировать ее методы, способы, механизмы, которые «априорно непознаваемы как сама жизнь». Максима о том, что «лечит не психотерапевтическая методика, а психотерапевт», произносимая с упоением и гордостью ставит крест на серьезном научном анализе современной психотерапии. Ведь быть хорошим и участливым человеком

абсолютно не означает быть квалифицированным психотерапевтом. Следовательно, надо перестать произносить эту фразу как заклинание и пора начать серьезно исследовать внеличностный механизм психотерапии.

Для того, чтобы понять миссию психотерапии, надо сначала осознать, что не является ее миссией. Кроме того, сам вопрос о миссии несколько тенденциозен и патетичен. Ведь никто из профессионалов не задается вопросом о «миссии хирургии», «миссии психиатрии» и даже о «миссии психологии». Когда всплывает термин миссия, буквально означающий «ответственное задание, поручение», возникает естественный вопрос о том, кто дал такое поручение? Сами психотерапевты подразумевают, что общество («социальный заказ»). Девизом психотерапевта становятся горделивые фразы типа: «Я пришел дать Вам здоровье и спокойствие» или «Я научу Вас праведно жить».

Кроме того, со словом миссия ассоциируется понятие миссионерства – активного распространения, проповедования соответствующих идей. И, как правило, оба этих термина имеют отношение скорее к вере, чем к науке (а ведь вера – это принятие фактов без доказательств!). Сравним, что в рамках науки говорят больше о приземленном, а значит - ограниченном и специфичном - цели, задачах, которые следует постигать с помощью научного эксперимента и беспристрастного анализа, а не заклинаний.

Но всё же, если не придирается к словам, то можно утверждать, что миссия психотерапии состоит в том, чтобы заниматься своим делом. Следовательно, надо для начала определить, что же собственно является «делом психотерапии», а что делом психотерапии не является. И тут мнения специалистов кардинально расходятся. Одни считают, что делом психотерапии является исключительно лечение больных (т.н. медицинская модель психотерапии). Другие соглашаются, что помимо лечения больных в это дело может входить также и нормализация психического состояния клиента (психологическая модель). Третьи, декларируют, что цель психотерапии (а значит ее дело) – развитие личности, ее творческий рост (личностная модель). Четвертые пытаются выйти в описании «психотерапевтического дела» на уровень общественных отношения, ставя своей целью создание гармоничных взаимоотношений человека и общества (социальная модель).

Как видно из представленных позиций, они малоотносимы и противоречивы. И, по нашему мнению, многие из них, особенно миссионерской направленности, малопродуктивны.

Становление рынка психотерапевтических услуг, появление большого разнообразия методик и

способов оказания психологической помощи пациентам с пограничными психическими расстройствами, психосоматическими заболеваниями, а также лицам, находящимся в состоянии психоэмоционального напряжения и нарушенной адаптации привело к необходимости выработки строго научных критериев понятия деятельности в сфере психологического воздействия. Особо остро данная проблема встала в связи с подготовкой законопроектов о психотерапевтической деятельности в Российской Федерации.

Для того, чтобы достичь желаемого результата, т.е. сделать психотерапию научно обоснованной, легитимной, профессиональной, компетентной, безопасной и эффективной, необходимо четко определить, чем психотерапевтическая деятельность существенно отличается от иных видов деятельности, близких по способам воздействия и целям? Необходимо, в первую очередь, отграничить психотерапевтическую деятельность от религиозной, педагогической, философской, медицинской, искусствоведческой деятельности и поставить вопрос о том, каковы особенности взаимодействия её с психологической деятельностью. Абсолютно непонятно почему творчество (чужое или собственное) должно обозначаться термином психотерапия, если им пользуется пациент или клиент. Непонятно, почему нужно использовать научный термин (арттерапия, танцетерапия, ландшафтотерапия, библиотерапия и пр.) взамен обычным (чтение книг, созерцание природы или картин).

Не секрет, что под маской психотерапии нередко скрывается миссионерство, воспитание или просвещение. Всё это не может становиться основной задачей (делом) психотерапии, поскольку уже является составной частью иной деятельности. Кстати, расширяющиеся попытки религиозных деятелей и педагогов называть свою деятельность психотерапией также неадекватно (ср. активное внедрение разнообразных религиозных групп в «лечение» наркомании).

Налицо стремление многих специалистов расширить сферы своей деятельности за счет модной психотерапии, которой специалисты не только не противостоят, но, наоборот, активно содействуют, чем готовят почву к лишению психотерапевтической науки и практики специфичности.

Наиболее близкой и родственной психотерапии считается психология. Ответ на вопрос о том является ли психотерапия единой, основанной на универсальных законах и принципах может носить двоякий ответ. Можно встать на позицию, что психотерапевтическая деятельность, по сути, является психологической и, значит, нет никакой разницы между ними. С другой стороны, можно выявить и указать на их принципиальные различия, их антонимичность, а не синонимичность. В случае выбора первого пути решения проблемы логичным будет признание за психологами права быть полноценными

психотерапевтами. В случае второго - придется разделяться и заниматься профессиональной деятельностью исключительно в пределах своей компетентности.

Существование огромного спектра психотерапевтических методик, кардинально отличающихся целями, способами и методами психологического воздействия на человека, приводит к тому, что их общность подвергается сомнению. С нашей точки зрения, следует четко разделить все психотерапевтические методики на: психотерапевтические, консультативные и коррекционные. Причём совершить данное разделение не на словах, а на деле, не обращая внимания на зарубежный опыт и на фетишизм, сопровождающий термин психотерапевт. Логичным и обоснованным представляется четкое отграничение вышеприведенных методов психологического воздействия с описанием сфер деятельности психотерапевта, психотерапевта-консультанта, психотерапевта-психокорректора. Известно (В. Д. Менделевич, 1998), что основной целью психологического консультирования является формирование личностной позиции клиента, специфического мировоззрения и взгляда на жизнь, принципиальные и непринципиальные стороны человеческого существования, формирование иерархии ценностей человека. Задачей психологической коррекции является выработка и овладение навыками оптимальной для индивида и эффективной для сохранения здоровья психической деятельности, способствующей личностному росту и адаптации человека в обществе. Психотерапия в узком понимании термина основной своей задачей ставит лечебное воздействие на пациента, купирование психопатологической симптоматики, посредством чего предполагается достижение внутренней и внешней гармонии личности.

Одним из основных критериев дифференциации психотерапевтической и психологической деятельности, с нашей точки зрения, следует считать использование первой измененных состояний сознания. Можно предполагать, что именно данный параметр следует положить в основу разграничения двух ветвей психотерапии, поскольку он носит сугубо медицинский характер, и для оказания подобного психологического воздействия медицинское (врачебное) образование и умения являются обязательными. В то время как при использовании психологического консультирования и психокоррекции более важным является психологическая подготовка специалиста.

С нашей точки зрения, психотерапевтической деятельностью следует признать систему специализированного, целенаправленного, дифференцированного (учитывающего индивидуально-типологические, медицинские особенности - показания и противопоказания) и научно обоснованного медико-психологического воздействия специалиста на пациента (клиента) с целью купирования психопатологической

и психосоматической симптоматики, компенсации и коррекции поведенческих девиаций, снятия состояний психоэмоционального напряжения и дискомфорта в связи с внутри- и межличностными конфликтами, достижения оптимального психического функционирования и психосоциальной адаптации и повышения уровня коммуникативной компетентности и толерантности, а также личностного роста. И если признать перечисленные критерии сущностными, то в таком случае очень легко дифференцировать психотерапевтическую деятельность с любой иной. В данном контексте к психотерапевтической нельзя будет отнести религиозную, педагогическую, искусствоведческую и иную деятельности (т.к. они – не основаны на медико-психологическом подходе, не имеют специфичных научных оснований и пр.).

В настоящее время психотерапия, к сожалению, находится на грани иррационализма и не делает никаких попыток для того, чтобы избавиться от этого «наследия прошлого». Подавляющее большинство психотерапевтических методик не хочет быть подвергнуто серьезному научному анализу и не желает действовать на основании законов научного мировоззрения. Апологеты психотерапевтических направлений существуют по принципам закрытых групп, демонстрируя избранность и монополию на истину. Несмотря на то, что широкие слои общественности и государство часто и серьезно оппонировали психотерапии в её современном иррациональном виде (к примеру, уже давно в судебных слушаниях в США

не принимаются к рассмотрению «доказательства», построенные на психоанализе или нейролингвистическом программировании по причине их ненаучности), продолжается навязывание обывателю мнения о всеисильности, но «пока непознаваемости» собственного влияния.

Представители современной психотерапии мало делают для того, чтобы искоренить мифологию из своей деятельности и встать наравне с другими родственными дисциплинами на научное основание.

«Мания величия» современной психотерапии парадоксальным образом сочетается с комплексом неполноценности, с нежеланием признать, что встать в ряд научных дисциплин можно исключительно благодаря аргументам и доказательствам, а не эмоциям и амбициям.

Таким образом, с нашей точки зрения, миссия современной российской психотерапии может состоять, во-первых, в том, чтобы стать подлинно научной дисциплиной, во-вторых, чтобы размежеваться с иррационализмом, изгнать из психотерапии спекуляции и околонуучную мифологию, всяческое морализаторство; в-третьих, искоренить представление о «всеисильности», универсальности психотерапии, отказаться от расширительного ее назначения («необходимо осознать границы собственной компетенции»), в-четвертых, перестать противопоставлять себя психиатрии (ведь «не существует терапии без диагностики!»).

Миссия современной психотерапии – в отказе от миссионерства.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИЙ В СОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

М. М. Ахметов, В. И. Шушкевич

Данные многочисленных исследований свидетельствуют о важной роли психологических факторов в возникновении и течении соматических заболеваний. Депрессия, тревога и сопутствующие им соматовегетативные симптомы являются едва ли не самыми частыми психическими нарушениями в общесоматической практике. По данным ВОЗ от 3% до 6% населения земли страдают депрессиями (риск заболевания в течение года составляет 20–30%) и только 20% из них ищут медицинской помощи и 2% нуждаются в госпитализации. 60–80% депрессий не попадают в поле зрения психиатра и лечатся интернистами (Costa-e-Silva J. A., 1993), а, по мнению французского психиатра J. Lecrubier (1993), эти цифры достигают 70-90%. При этом более половины больных не осознают, что страдают каким-либо психическим расстройством, и предъявляют только соматические жалобы (Hekman C., 1990; Wridht A., 1991).

По данным ВОЗ в терапии психотропными препаратами нуждается более половины больных, страдающими соматическими заболеваниями средней и тяжёлой степени выраженности (Kisely S. R. et al, 1966). Только депрессивные, тревожные и соматизированные расстройства встречаются почти у 50% пациентов первичной медицинской сети (Kirmayer U. et al, 1996); а у больных сахарным диабетом частота психических нарушений достигает 92,7% (Елуимова Е. В., 1995; Коркина М. В. и др., 1997). При этом наличие психических расстройств у соматических больных увеличивает стоимость лечения в несколько раз (Welts K. B. et al, 1989). Например, расходы на лечение больных сахарным диабетом, страдающих депрессиями, возрастает в 4,5 раза по сравнению с таким же больным без психических расстройств (Egede L. E. et al., 2002).

Таким образом, психические нарушения, возникающие у пациентов с соматическими заболеваниями, по степени инвалидизации не уступают психическим расстройствам, а сочетание соматической патологии с депрессией является фактором повышенной заболеваемости и смертности от соматических болезней (Smit Y. C., 2003). Всё вышесказанное подтверждает актуальность исследования проблемы использования психотропных средств в условиях общесоматической сети.

Нами проанализировано 300 амбулаторных карт пациентов с психосоматической патологией, проходивших лечение у врача – психиатра психотерапевтического кабинета ГККП «Городская поликлиника г. Рудного» Костанайской области, из которых 250 человек - женщины (83,3%), 50 человек (16,7%) – мужчины в возрасте от 24 до 62 лет ($38,6 \pm 9,2$),

проходивших лечение по поводу различной психосоматической патологии и принимавших психотропные средства за период 2003 – 2005 г.г. (а также сертралин и продеп).

По нозологическим формам это были пациенты с гипертонической болезнью - 100 человек (33%); с язвенной болезнью желудка и двенадцатипёрстной кишки - 50 человек (16,7%); с бронхиальной астмой – 25 человек (8,3%); с сахарным диабетом – 25 человек (8,3%), с хроническим болевым синдромом – 100 человек (33,3%). Причём тревожные и другие расстройства отмечались у всех вышеуказанных пациентов. Отмечен значительный терапевтический эффект от применения антидепрессантов, транквилизаторов (в комплексе с проводимой эриксоновской психотерапией, иглорефлексотерапией, музыкотерапией, физиолечением).

У 250 человек (83,3%) изменилось отношение к своей болезни, углубились знания в понимании развития тех или иных симптомов, что значительно уменьшило тревожность и другие невротические симптомы у данной группы больных.

В среднем на 30% отмечено уменьшение посещений врачей – интернистов; на 25% уменьшилось время дней нетрудоспособности и на 35% стало меньше случаев нетрудоспособности у вышеуказанных пациентов (по сравнению с больными, не проходившими лечение у психиатра поликлиники).

Вместе с этим, нельзя не отметить, наряду с терапевтическим действием, появление побочных эффектов, которые появляются в среднем у 10% - 20% (Бородин В. И., 2001), а по данным зарубежных авторов – у 30% больных.

Частота возникновения побочных эффектов при использовании антидепрессантов колеблется по разным оценкам от 15% до 75%. При проведении нами предварительного анализа сравнительной переносимости представителей разных групп антидепрессантов нежелательные явления (или побочных эффектов) объективно регистрировались у 94% (282 человек) пациентов. Даже бензодиазепиновые транквилизаторы, которые практически всеми исследователями признаются, как наиболее безопасные психотропные препараты вызывают у 25% пациентов хотя и легко выраженные, но при этом субъективно значимые побочные эффекты.

В условиях общесоматической поликлиники традиционная фармакотерапия депрессий (с использованием трициклических антидепрессантов) у больных с коморбидной соматической патологией зачастую не даёт терапевтического эффекта именно из-за неблагоприятного соматотропного воздействия,

а также высокой чувствительности этой группы больных даже к незначительному усугублению телесного дискомфорта (Костюкова Е. Г., 2002).

Смещение акцента при фармакотерапии психических расстройств с эффективности на переносимость особенно явно проявляется в амбулаторной практике, т.е. в области пограничной психической патологии, поскольку для этой группы пациентов требование к качеству жизни с сохранением на фоне проводимой психофармакотерапии хотя бы прежнего уровня социального функционирования являются первостепенными, поэтому при сопутствующей соматической патологии предметом выбора были продеп и сертралин.

От их соблюдения зависит и продуктивность контакта с врачом, и комплаентность больного. Так, например, побочных эффектов трициклических антидепрессантов часто вызывают у пациентов существенный дискомфорт и являются причиной несоблюдения режима или отказа от терапии. Кроме того, при лечении депрессии невротического уровня выражение побочных эффектов трициклических антидепрессантов могут приводить к усилению социальной дезадаптации, чувства несостоятельности и даже к утяжелению симптоматики депрессии (Костюкова Е. Г., 2002). Поэтому, принцип минимальной достаточности, гласящей, что при определении необходимой дозы препарата следует стремиться к достижению равновесия между благоприятным терапевтическим действием побочных эффектов в рамках пограничных психических расстройств соблюдается особенно тщательно. В. У. Katzung (1998) замечает, что отношение определённого эффекта лекарства терапевтическому или побочному основывается на оценочных суждениях, зависящих, прежде всего, от клинического контакта применения лекарства, и непосредственно не связано с фармакологическими механизмами, лежащими в его основе. Седация, возникающая при применении тимоаналептиков, расценивается как терапевтический эффект в начале терапии ажитированной депрессии, и как неблагоприятный при поддерживающем лечении; а нежелательное миорелаксирующее действие бензодиазепина тетразепам выступает основным в ревматологической и терапевтической клиниках. С этой точки зрения можно говорить о едином спектре психотропной активности препарата, включая в это понятие все его эффекты, вне зависимости от терапевтической желательности или нежелательности. В таком виде представление об «идеальном» препарате заключается не столько в сведении его побочных эффектов к минимуму, сколько в соответствии его психофармакологического профиля клиническому профилю больного. Одной из серьёзных проблем, предвещающих непосредственное изучение побочных эффектов, является их регистрация. Например, 7% пациентов активно сообщали о сексуальных побочных эффектах при приёме

селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), тогда как при применении специализированных школ распространённость подобных расстройств достигло 55% (Montejo F. K. et all, 1996). Авдисова А. С. (1996) отмечает, что практически ориентированный качественный анализ спектра побочных эффектов антидепрессантов позволяет выделить 2 основных их типа: экстенсивный (менее благоприятный), характеризующийся, прежде всего, соматоневротическими симптомами, ухудшающими их общее самочувствие: и интенсивный (более благоприятный), характеризующийся проявлением или усилением психической симптоматики, имманентной состоянию больных. При этом, развитие опасных состояний (задержка мочеиспускания, аритмия, коллапс и др.), а также несогласие и отказы больного от терапии значительно чаще возникают на фоне побочной симптоматики экстенсивного типа. Исследования, учитывающее внутренние факторы при оценке переносимости лекарственных препаратов, только начинают проводиться. Однако роль сопутствующей соматической патологии в возникновении нежелательных явлений уже установлена многими факторами. Так, наличие у больных с депрессией таких сопутствующих заболеваний, как глаукома, атония кишечника, симптомов нейрогенного мочевого пузыря, нарушение сердечной деятельности, как правило, ухудшает переносимость тимоаналептической терапии (Громова В. В., 1998, Смулевич А. Б., 1983, 2001), что подтверждается и нашими наблюдениями. У больных сердечно-сосудистой патологией трициклические антидепрессанты могут чаще оказывать кардиотоксическое действие, вызывая нарушение сердечной проводимости и снижение сократительной способности миокарда (Robinson D., 1996; Schwart P., 1978; Cassem N., 1982; Zlassman A., 1984). У больных, предрасположенных к пароксизмальным расстройствам, применение трициклических антидепрессантов, клозапина гораздо более рискованно в плане дополнительного снижения порога судорожной активности и возникновения соответствующих нарушений (Масолов С. Н., 1995), тогда как применение зосерта и продепа было безопасно и хорошо переносилось.

Возраст как предиктор переносимости известен тем, что неблагоприятная реакция при психофармакотерапии у пожилых людей развивается чаще и быстрее, чем у пациентов более молодого возраста, в основном, вследствие изменения фармакодинамических и фармакокинетических показателей (Zest D. B. et all, 1988; Mort Y. R. et all, 2002; Preskorn S. H., 1993). В связи с этим, в пожилом возрасте рекомендуется снижение дозы препаратов (Райский В. А., 1988), обладающими минимально выраженными побочными эффектами (Дробыжев М. Ю. и соавт., 1988). Половые (или гендерные) различия в переносимости лекарственной терапии, как показывают двойные – слепые плацебоконтролируемые

исследования антидепрессантов, проявляются не в частоте возникновения нежелательных явлений, а в их спектре. Так при приёме сертралина и имипрамина головокружение и тошнота достоверно чаще возникали у женщин, а диспепсия, сексуальная дисфункция и нарушение частоты мочеиспускания у мужчин (Koznsntil S. Y. et all, 2000), что полностью совпадает и с нашими наблюдениями. Избирательность реагирования на психотропные препараты связана также с конституционно – психологическими особенностями индивида. Для пациентов с тревожными личностными чертами, склонностью к соматизации характерны конгруэнтные их особенностям «анксиоподобные» (психические и соматические) побочные реакции на проводимую фармакотерапию (Uhlenhuth E. H. et all, 1988), что коррелирует и с нашими наблюдениями. На переносимость психофармакотерапии также влияют клиничко-психопатологические особенности самого психического расстройства. Большинство клиницистов (Zerard et all, 1991) расценивают преобладание тревожного аффекта и соматизированный тип депрессии, как наиболее неблагоприятные прогностические факторы в отношении развития нежелательных явлений тимоаналептической терапии. Масолов С. Р. и соавторы (2002) утверждают, что холинолитические побочные эффекты особенно тяжело переносятся пациентами с паническими расстройствами, что существенно ограничивает возможность длительной поддерживающей и профилактической терапии. По мнению Аведисовой А. С. (1996) при терапии amitриптилином пациентов с депрессивными расстройствами происходит диссоциация между объективной и субъективной оценкой больными побочных эффектов. При этом их субъективная оценка ухудшается по мере улучшения психического состояния пациентов, что также нашло подтверждение и

в наших наблюдениях (Roberis H., 1985). Наши наблюдения показали, что на переносимость психофармакотерапии у больных с неглубоким уровнем поражения психической деятельности и достаточной критикой к своему состоянию существенным образом влияет уровень субъективной значимости того или иного побочного эффекта. Замечено, чем более сохранена личность пациента, тем большее требование предъявляет он к проведению терапии, и, прежде всего, в части минимализации побочных эффектов, негативно влияющих на его обыденную жизнь и затрудняющих выполнение социальных функций. При этом наиболее тяжело переносятся нежелательные реакции по типу гиперстимуляции с усилением тревоги, беспокойства, повышением мышечного тонуса, диареей и головными болями.

Таким образом, активное применение психотропных препаратов в условиях общей соматической сети должно учитывать проблемы переносимости психофармакологической терапии (побочные эффекты, нежелательные лекарственные реакции, нежелательные явления, возникающие в процессе лечения психосоматической патологии). Только в этом случае будет достигнута полная эффективность применения психотропных препаратов в клиниках общесоматической сети, что коррелирует с полученными нами данными по терапии 300 пациентов в ГККП «Городская поликлиника г. Рудного» Костанайской области в условиях психотерапевтического кабинета за период 2003 – 2005 годов, подтверждена эффективность сертралина и продепа в лечении соматизированных и атипичных депрессий из-за их хорошей переносимости, а следовательно и безопасного применения даже у пожилых лиц при сопутствующей соматической патологии без снижения эффективной дозы (у сертралина 50 – 200 мг/сутки в однократной дозе).

Литература:

1. Аведисова А. С., Бородин В. И. К проблеме нежелательных явлений при фармакотерапии пограничных психических расстройств // *Российский психиатрический журнал*. - № 2, 2004. - С. 24-29
2. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях // *Психиатрия и психофармакотерапия*, 2002. - № 1. - С. 2-7
3. Аведисова А. С. // *Социальная и клиническая психиатрия*, 1996. – Т. 6, вып. 3. - С. 97-101
4. Авруцкий Г. Я., Вовин Р. Я. и соавт. Биологическая терапия психических заболеваний. - Л., 1975
5. Белоусов Ю. Б., Моисеев В. С. Клиническая фармакология и фармакотерапия. - М., 1997
6. Бородин В. И. Пограничная психиатрия: сборник научных трудов (под ред. Ю. А. Александровского). - М., 2001. – С. 197-204
7. Вейн А. М., Вознесенская Т. Г. и соавт. Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение). - М., 2002
8. Громова В. В. Побочные действия лекарственных средств под ред. Лопатина. - М., 1976. - С. 69-73
9. Дробизев М. Ю. Распространенность психических расстройств в общемедицинской сети // *Психиатрия и психофармакотерапия*, 2002. - № 5. - С. 175-180
10. Елфимова Е. В. Пограничные психические нарушения при сахарном диабете / Автореф. Дис. ...к.м.н. - М., 1995
11. Коркина М. В., Елфимова Е. В., Мориллов В. В. Пограничные психические нарушения при сахарном диабете // *Неврология и психиатрия*, 1997. – Т. 97, 2. - С. 140-143
12. Козырев В. Н. Модели интеграции психиатрической службы системе медицинской помощи населению / Автореф. дисс. д.м.н. – М., 2000

-
-
13. Мамин Д. И. Побочные действия психотропных средств. - М., 2000
 14. Мосолов С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. - СПб., 1995
 15. Назаренко Г. Е., Полубенцева Е. И. Управлением качеством медицинской помощи. - М., Медицина, 2000
 16. Нозоренко Г. И., Коркина М. В., Елфимова Е. В. Методологические аспекты оказания психиатрической помощи больным многопрофильного соматического стационара и поликлиники // Неврологии и психиатрии. – Т. 104. - № 5, 2004. С. 53-57
 17. Раас Б. К. Консультативная психиатрия: вклад психиатрии в диагностику и лечение пациентов общего профиля // Социальная и клиническая психиатрия, 1997; 7; 2. - С. 42-46
 18. Райский В. А. Психотропные средства в клинике внутренних болезней. - М., 1988
 19. Смолич А. Б., Серкин А. Р. соавторы Психофармакотерапия и проблемы организации психиатрической помощи в соматическом стационаре // Клиническая медицина, 2000. – Т. 10. - С. 22-27
 20. Смолевич А. Б. Депрессия в общей медицине. - М., МИА, 2001. - С. 183-190
 21. Чахаева К. О., Аведисова А. С., Еришова Е. М. Антидепрессанты при хроническом болевом синдроме // Российский психиатрический журнал. - № 2, 2004. - С. 61-67
 22. Шушкевич В. И. Роль ирритирующей триады в генезе пограничной нервно-психической патологии. - Сб. Вопросы психиатрии и наркомании. – Костанай, 1991. - С. 72
 23. Шушкевич В. И. Об опыте психотерапевтической работы на промышленном предприятии / Сб. Вопросы психиатрии и наркомании. – Костанай, 1991. - С. 212
 24. Шушкевич В. И., Литвинович В. Д. Об опыте комплексной психотерапевтической работы на базе поликлиники общесоматической сети // Вопросы ментальной медицины и экологии. - Т. 3. - № 3, 1997. - С. 28-31
 25. Шушкевич В. И. Об опыте комплексной психотерапевтической политики на базе поликлиники общесоматической сети // Вопросы ментальной медицины и экологии. - Т. 3. - № 3, 1997. - С. 28-31
 26. Шушкевич В. И. Об опыте психотерапевтической работы на базе стационара общесоматической сети // Вопросы ментальной медицины экологии. - Т. 5. - № 3, 1999. - С. 40-41
 27. Шушкевич В. И. и соавторы Об особенностях психотерапевтической работы с группами длительно и часто болеющих пациентов // Вопросы ментальной медицины и экологии. - Т. 9. - № 1, 2003. - С. 71-72

ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ СУИЦИДАЛЬНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ

М. Ю. Любченко, О. Г. Трушкова, Ю. И. Базяк,
В. В. Гершман, П. В. Трушков

г. Караганда

Вопросы суицидологии в Казахстане, в ряду с другими социально значимыми проблемами для общества, выдвигаются на первый план. В ряде случаев суицидальное поведение - это закономерный результат социально-психологической дезадаптации личности, происходящей либо вследствие неблагоприятного стечения обстоятельств, либо при субъективной интерпретации человеком жизненных проблем, как неразрешимых. Суицидальные тенденции могут быть следствием личностных расстройств или встраиваться в клиническую картину хронических психических заболеваний или болезней зависимости. Злоупотребление психоактивными веществами и суицидальное поведение имеют общий социально-психологический источник – недостаточная зрелость личности, недостаточная оценка значения информационно-интервенции в психологические

структуры незрелой личности, доминирование в массовой культуре деструктивных тенденций, низкий культурный уровень телевизионных и радиовещательных программ, отсутствие должной цензуры в средствах массовой информации; ощущение собственной несостоятельности и ненужности. В связи с ослаблением роли традиционных религиозных институтов, в которых лишение себя жизни рассматривалось как абсолютно недопустимое действие и расценивалось как совершение греха, усиление влияния религиозных течений с экстремистски-фанатической направленностью возводит акт самоубийства в ранг религиозного «очищения».

Целью нашего исследования явилось изучение клинических особенностей и уровня социальной реабилитации психических нарушений у пациентов с суицидальными тенденциями.

Характеристика материалов и методов исследования. Исследование проводилось на основании клинического анализа историй болезни стационарных больных, поступивших в КООП в течении 2003 г. Проанализировано 4255 историй болезни.

Результаты и обсуждение: в результате проведенного исследования было выявлено, что суицидальные тенденции имели место у 360 пациентов (8,5%), из которых у 176 человек (48,9%) присутствовали стойкие суицидальные тенденции и повторные суицидальные попытки, что отражает клинические особенности течения ряда психических заболеваний; невозможность влияния на глобальные причины самоубийств, так как они социальны по своей природе. По социальному аспекту наиболее многочисленными категориями являются не работающие лица (37%) и инвалиды (36,4%), что определяется экономической и социально-психологической незащищенностью этих слоев населения, отсутствием связи с семьей и другими социальными институтами. У исследованных пациентов были выявлены следующие психопатологические расстройства: шизофрения, шизотипические и шизоаффективные расстройства в 40,6% случаев, что связано с наличием аффективно-бредовой, паранойяльной, параноидной, дисморфоманической симптоматики. Суицидальные тенденции при алкогольных психозах имели место в 19,7% случаев – это обусловлено галлюцинаторно-бредовой симптоматикой угрожающего, устрашающего характера, дистимическими, депрессивными и дисфорическими расстройствами. Суицидальные тенденции при органических поражениях ЦНС были выявлены в 19,2% случаев, что определялось широким кругом психопатологических расстройств, социальных предпосылок в этой

нозологической группе. Аффективные, соматовегетативные, ипохондрические расстройства, осознание собственной «неполноценности», тяжести своего состояния в клинической картине невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств определяют высокий процент (17,2%) суицидальных тенденций в этой нозологической группе. Суицидальные тенденции при олигофрении составили 2,8% случаев, что связано с социальной незащищенностью этих больных, внутрисемейными конфликтами и конфликтами с обществом. Суициды у лиц без хронической психической патологии имели место в 0,6% случаев и были связаны с переживанием стресса, фрустрации, острых конфликтных эпизодов, психологического кризиса. Реабилитационные мероприятия включали в себя пребывание больных в отделении реабилитации с приемом поддерживающих доз психотропных препаратов и дальнейшее амбулаторное наблюдение.

Выводы:

1. Суицидальное поведение является сложным многоплановым феноменом, имеющим клинические, социальные, психологические аспекты.
2. Патологические ситуационные реакции, обуславливающие суицидальное поведение психически больных, тесно связаны с клинической картиной заболевания.
3. Отсутствие достаточного уровня социально-реабилитационных мероприятий, не соответствие их требованиям настоящего дня повышает риск суицидальных тенденций.
4. Необходимо разработать систему профилактики и реабилитации, которая должна включать в себя медицинские, психологические и социальные аспекты.

МНОГОМЕРНЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Н. Р. Суатбаев

г. Усть-Каменогорск

В данной публикации делается попытка провести структурный анализ проблемы социальной адаптации в так называемой большой психиатрии, т.е. при работе с пациентами психотического уровня.

Мы предлагаем рассмотреть данный вопрос в нескольких измерениях. Основных измерений – три: субстрат, метод и источник воздействия (т.е. тот, на кого действуют, каким способом, кто и с использованием каких средств оказывает воздействие).

1) Измерение уровня воздействия (психолого-социальное измерение) определяет субстрат воздействия или его уровень и на какие связи личности

оно оказывается. Здесь можно выделить следующие уровни:

- Интраперсональный (внутриличностный или индивидуально-психологический) – имеются в виду психологические свойства личности и её проблематика, мало связанные с внешними взаимодействиями.
- Интерперсональный (межличностный или собственно социальный) – имеются в виду связи, взаимодействия личности с другими людьми и социумом в целом. Здесь можно выделить 2 подуровня:
 - микросоциальный – взаимодействия с ближайшим окружением (семья, референтная группа и т.д.);

- **макросоциальный** – взаимодействие с социальными институтами, явно и неявно установленными общественными нормами («атмосфера», «климат» данного общества, общественные предубеждения, стигматизация и т.д.).

2) Измерение профессиональных моделей (технологий). Определяет, какими способами и методами, в рамках какой профессиональной парадигмы оказывается воздействие. Наиболее значимыми профессионально-технологическими подходами в данном случае являются:

- медицинский;
- психологический;
- социальный;
- правовой;
- информационно-просветительский;
- педагогический и др.

Для медицинской модели помощи характерна естественнонаучная парадигма; используются, главным образом, основанные на естественнонаучных теориях, воспроизводимые, часто унифицированные методы. Для психологической и социальной моделей характерна гуманитарная парадигма, теоретическое обоснование методов подчас весьма спорно. Количество этих теорий достаточно велико, методы нередко носят авторский характер, т.е. не поддаются унификации и их результаты плохо воспроизводятся. Правовые технологии являются методами принуждения. В рамках педагогических технологий происходит обучение («общее» и специальное образование), нередко сопряженное с воспитанием (т.е. обучением неким этическим нормам). Информационно-просветительские технологии обеспечивают «широкие слои населения» неким минимумом информации в данной области. Нередко происходит размывание границ моделей, что в условиях тоталитарных системах может носить злокачественный характер (пример: использование психиатрии в карательных целях).

3) Институционально-финансовое измерение. Определяет в рамках какого общественного института оказывается воздействие, откуда берутся силы и средства для воздействия или, попросту говоря, кто за него платит. Здесь можно выделить 3 основных сектора:

1. Государственная система помощи. Заказчик – государственные институты, источник финансирования – бюджет. Побудительная причина – выполнение государственных гарантий. Основные характеристики системы:

• Экстенсивность – то есть стремление обеспечить неким гарантированным минимумом услуг максимальное число получателей.

• Низкая индивидуализированность и дифференцированность использования средств. Средства выделяются на «душу населения», «посещение», «койко-место» и т.д. Оплата труда работников мало зависит от их конкретного вклада, определяется главным

образом «отработанными часами», «должностным окладом» и т.д.

• Низкий уровень требований к работающим, низкий уровень контроля результата труда, низкий уровень конкуренции. Хотя следует сказать, что эти уровни напрямую зависят от демократичности данного государства, т.е. от возможностей народа контролировать деятельность государства. Народ, в общем-то, является и источником финансирования (т.к. бюджет формируют налоговые выплаты), и должен бы являться «заказчиком» или хотя бы его контролировать (т.к. формирует государственные структуры на основе избирательного права).

• Как следствие – низкий уровень заинтересованности в инновациях, вплоть до «наказуемости инициативы». Имитация деятельности для оправдания финансирования («выполнение койко-дней»).

• Возможные скрытые мотивы заказчика: повышение лояльности электората (различные кампании, повышение зарплаты перед выборами и т.д.), использование системы помощи как системы социального контроля и др.

2. Негосударственный коммерческий сектор. Заказчик и источник финансирования – клиент. Мотив – желание получить конкретную помощь, конкретный результат. Основные характеристики сектора:

• Интенсивность – стремление получить максимальный результат за минимальные деньги и время при минимуме собственных усилий.

• Оплата труда напрямую зависит от затраченных усилий (затраченных при непосредственной работе с данным клиентом и при предшествовавшей работе по созданию «имиджа»).

• Высокий уровень требований, высокий уровень контроля, высокий уровень конкуренции.

• Как следствие – высокий уровень инициативы, инноваций.

• Возможные скрытые мотивы заказчика: неосознаваемое самим заказчиком замещение действительной проблемы мнимой, либо ее следствием; осознанное манипулирование для достижения неафишируемой цели (например, демонстрация готовности наркомана «лечиться» с целью продления «кредита доверия» у созависимых).

3. Негосударственный некоммерческий сектор. Заказчики услуг различны (в массовом сознании это некий «спонсор»). Источник финансирования – пожертвование. Мотив, во всяком случае, декларируемый, – благотворительность. Нередко наличие скрытого мотива, отличающегося от декларируемого. Обычно извлечение выгоды заказчиком, чаще всего это реклама, расширение рынка сбыта (пример: деятельность фармацевтических фирм по финансированию исследований и других программ с целью расширения рынка сбыта своей продукции). Характеристики неоднозначны и определяются заказчиком и его мотивами. Возможны серьезные

конкуренция за получение средств спонсора и высокий уровень требований и контроля (это зависит от заинтересованности спонсора с одной стороны и числа возможных претендентов с другой). В других случаях удивляет низкий уровень конкуренции, контроля, вплоть до «раздачи халявы». Такое возможно, если ваш спонсор является спонсором «промежуточным», т.е. свою долю он уже от главного спонсора получил, а теперь спешит отчитаться перед ним о проведенной с вами работе.

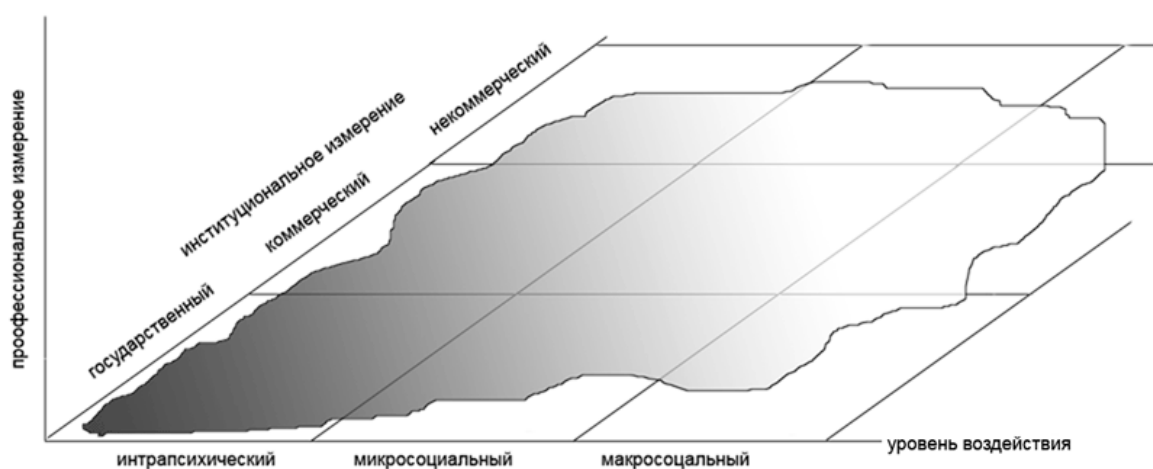
Кроме этих возможно выделение и других измерений.

Таким образом, мы можем представить рассматриваемую нами проблемную область объемно, как некое многомерное (в данном случае 3-мерное) пространство или таблицу. Хотя ничего принципиально

нового в этом нет, но такая формализация и структурирование проблемы позволят найти подходы к новым решениям (как ранее незамеченным «пустым клеткам» этой таблицы).

Каждый специалист может рассматривать свой профессиональный «срез», уясняя точки приложения усилий (внутриличностный, микро- и макросоциальный уровни), их институциональные рамки, источники средств для этого. Кроме того, здесь можно увидеть где можно действовать за пределами своей плоскости, как взаимодействовать со специалистами других плоскостей и институтов. Становится более понятной необходимость именно многомерной работы по адаптации пациентов.

В качестве примера рассмотрим одну из плоскостей – медицинскую.



Медицинская модель. Здесь имеются следующие «квадратики»: оказание помощи на индивидуальном, микро- и макросоциальном уровнях в рамках государственной системы здравоохранения, коммерческой медицины и негосударственных некоммерческих проектов.

В области большой психиатрии имеет место огромный перевес государственного сектора. Система помощи громоздка, очень большую роль играют стационары, но рассчитана она (возможно, это плюс) на долговременную работу с пациентом. Основной уровень воздействия – индивидуальный. Основной метод воздействия – биологический (медикаментозный). Рассматривать этот метод как реабилитационный можно лишь условно: психотропные препараты, модифицируя биологические основы психических процессов, могут лишь в ту или иную сторону изменять адаптационный потенциал, но напрямую «приспособить пациента к социуму», конечно же, не могут. Психотерапевтические технологии в государственном секторе представлены минимально и задействованы главным образом в малой психиатрии. Большинство же специалистов «биологически ориентированы».

Оказание помощи мало индивидуализировано и рассчитано на «массу».

«Приспособить пациента к социуму» можно по-разному: чего вообще-то ожидает социум от пациента, каков «социальный заказ»? Сделать так «чтоб не мешал», либо все же сохранить инициативность пациента? До какой степени социум готов терпеть эту самую инициативность? Всегда ли прав социум? Каковы права меньшинства (пациента в данном случае)? На чьей стороне врач? Он блюдет интересы государства, платящего ему зарплату, либо пациента, либо?.. Вопросов масса...

И тут мы, поневоле, затрагиваем другой полюс – макросоциальный, т.е. возможности улучшения адаптации пациента к социуму не за счет воздействия на пациента, а за счёт изменения социума и его институтов. Возможность пациента и врача воздействовать на этот уровень при нынешней системе администрирования государственного медицинского сектора, когда нередко всерьёз говорится о враче как о государственном служащем, – сводится к минимуму.

Воздействие на уровне микросоциальном, т.е. работа с семьей и ближайшим окружением пациента,

в государственном секторе минимально и никак не включено в структуру помощи.

Коммерческий сектор: в отличие от сектора государственного здесь представлены, в первую очередь, технологии психотерапевтические, а не медикаментозные. Работа рассчитана на быстрое достижение ощутимого результата, она проводится только амбулаторно (во всяком случае, о негосударственных психиатрических или психотерапевтических стационарах в РК я не слышал). Воздействие проводится как на индивидуальном, так и на микросоциальном уровне (групповая и семейная терапия). Эти методы имеют наибольший реабилитационный потенциал. Но работают здесь также с пограничными клиентами. Работа с расстройствами психотического уровня возможна только в виде исключения. Возможность воздействия на макросоциальный уровень такая же.

Возможна безумная идея: нельзя ли проводить реабилитационную работу с психотическими пациентами в этом секторе, раз уж его специалисты владеют нужными технологиями? Платить за это будет государство, поместив госзаказ в данном секторе. При самом лучшем раскладе такое вряд ли возможно, так как развит коммерческий сектор психотерапии крайне слабо (невозможность проглотить такой кусок пирога).

Наконец, благотворительный сектор. Здесь возможны варианты. Скажем, можно предоставить поддержку неким спонсором проекта, направленного на ограниченную группу (дети, женщины, пожилые, пациенты с определенным заболеванием и т.д.), либо локализованном территориально или по времени. Системное решение проблемы вряд ли возможно. Другой вариант – создание общественного объединения заинтересованной группой лиц (больных определенным заболеванием, их родственников), объединения привлекающего средства из различных источников для проведения реабилитационных программ. Такой вариант имеет прецеденты и кажется нам многообещающим.

Взаимодействие медицинской системы помощи с другими профессиональными плоскостями.

- Психологическая профессионально-технологическая плоскость, в которой остается много неясностей и путаницы. Отсутствует четкое определение специальности «медицинский психолог». Особенно много путаницы в тех случаях, когда психолог занимается не чем-то «академичным» (проводит какие-то исследования или «диагностику»), а пытается напрямую помогать людям. Административная логика при реконструкции примерно такова: помощь - это лечение – лечение является прерогативой медицины – оказывающий помощь должен иметь медицинское образование, т.е. быть врачом. Поэтому, если психолог проводит психотерапию (используя те же методики, что и врач-психотерапевт), терапией это называться не должно, а должно

называться «психологической коррекцией». Есть и интегративные подходы: единая специальность психотерапии может существовать в трех моделях: медицинской, психологической и социальной. В некоторых нормативных документах медицинский психолог является специалистом с двойным образованием – врачебным и психологическим. А поскольку такое в наших условиях возможно лишь в единичных случаях (представьте, сколько времени надо учиться?!), то создаются различные краткосрочные обучающие программы, которые за 1-2 месяца из врача или психолога берутся сделать «медицинского психолога».

В любом случае, системной психологической реабилитации в нынешней системе психиатрической помощи не существует. Имеющийся штат психологов таковым технологиям не обучен и система обучения не создана. Очень отличается ситуация в наркологии. Республиканский наркологический центр и его лидер Катков А.Л., «фирменным знаком» которых является системность в решении вопросов, создали эффективную систему обучения психологов, работающих в наркологии.

- Сфера социальной помощи, соприкасающаяся с медициной. Смело можно сказать, что эта сфера занята, в основном, не адаптацией, а констатацией факта дезадаптации и оказанием помощи дезадаптированным без попыток их реабилитации (оформление инвалидности, решение вопросов дееспособности, опеки, помещение в дома инвалидов и т.д.).

- Правовая сфера. Как мы уже говорили, поскольку психиатрия существует главным образом в государственном секторе, то имеется тенденции со стороны других государственных (в первую очередь «силовых») структур рассматривать психиатрические учреждения как часть контролирующе-карательной системы, а социальную функцию психиатрии как защиту социума от психически больных. Предусмотренные законодательством о психиатрической помощи нормы соблюдаются не всегда. Иногда психиатрические учреждения вводят в свой штат юридического консультанта. В коммерческом секторе все понятно: получить платную юридическую консультацию по любым вопросам – не проблема. В негосударственном некоммерческом секторе: правозащитных организаций мало, а лица, занимающиеся защитой прав психически больных в РК, мне не известны (в отличие, например, от России).

- Информационно-просветительская сфера. Проведение «санпросветработы» вменено медработникам в обязанность. Хорошего из этого получается мало: все-таки разные плоскости, да и таланты для лечебной и просветительской работы нужны неодинаковые... Коммерческое просветительство вряд ли возможно. Хотя я как-то проводил платный семинар для родственников психически больных по самым распространенным вопросам – заинтересованность

была... Спонсоры обычно охотно финансируют информационные программы в негосударственном секторе (пример – создание и хостинг нашего сайта).

- Педагогическая сфера. Контакт между школьными педагогами и детско-подростковыми психiatрами обычно налажен хорошо, вплоть до перегибов... К сожалению, нередки ситуации, когда вместо разрешения воспитательных проблем своими же, педагогическими, методами посылают воспитанника к психиатру, зачастую подразумевая «коррекцию поведения» медицинскими (без наличия на то медицинских показаний!) методами, а то и «наказание». Причина указана выше: и медицина и педагогика обитают в одном, государственном, секторе. Другая сторона: думаю, что вопросы психиатрии должны включаться в образовательные программы педагогов и проводить эти занятия должны специалисты-практики.

Таким образом, анализ ситуации показывает, что основные силы и средства в области социальной адаптации психически больных сосредоточены в сфере медицины (психиатрии) в государственном секторе и сосредоточены на пациенте (а не на его социальных связях). На рисунке изображен двумерный срез – медицинская «профессиональная плоскость», более темный цвет означает большую концентрацию средств. Для решения вопроса: во-первых, силы должны более равномерно распределяться по уровням воздействия и направляться не только на самого больного, но и на его микросоциальную среду и на общественную ситуацию в целом; во-вторых, следует в одних случаях интегрировать усилия в различных профессиональных сферах, а в других – жестко разграничить эти сферы (об этом кратко говорилось выше); в-третьих, не следует пренебрегать участием негосударственного сектора.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ

В. В. Титова

Одной из важнейших задач современной наркологии является повышение эффективности лечения больных наркоманией и профилактика распространения наркотической зависимости. Это обусловлено значительным ростом заболеваемости героиновой наркоманией в России и странах СНГ в последние 15 лет, преимущественным поражением молодого поколения с формированием наркоманической субкультуры, а также выраженными негативными социальными и экономическими последствиями данной патологии (Т. Б. Дмитриева, А. Л. Игнин, Т. В. Клименко, Л. Е. Пищикова, Н. Е. Кулагина, 2002; Е. А. Кошкина, 2002; А. В. Надеждин, 2002; П. Д. Шабанов, 2003). Вместе с тем, специализированная помощь наркозависимым пациентам в нашей стране, в большинстве случаев, ограничивается проведением детоксикации, купированием проявлений абстинентного синдрома и психотических расстройств, а также назначением препаратов, направленных на подавление патологического влечения к наркотику, коррекцию аффективных, поведенческих и соматических нарушений. Эффективность такого лечения крайне невысока (по данным разных авторов, она достигает 5-7% годовых ремиссий), что может быть связано с игнорированием личностных особенностей больных и их возможностей социально-психологической адаптации. Большой успех имеют клиники, сочетающие психофармакотерапию с комплексной медико-социальной реабилитацией, основным компонентом которой является групповая психотерапия. Однако даже использование всех лечебных факторов традиционной групповой психотерапии не позволяет достичь высокого процента выхода больных в длительную качественную ремиссию. В связи с этим разработка новых методов и поиск механизмов повышения эффективности психотерапии наркозависимых пациентов имеет большую клиническую значимость (Ю. В. Валентик, А. А. Гериш, В. В. Зарецкий, 2002; Н. Н. Иванец, 2002; Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский, 2002; Б. А. Казаковцев, Б. Д. Карвасарский, Р. К. Назыров, Е. И. Чехлатый, 2003).

В 2001 году в ходе комплексного многоуровневого исследования наркозависимости в Республике Казахстан, в котором приняли участие 7650 респондентов, были определены параметры личностных свойств, реально способствующих устойчивости индивида к агрессивным влияниям среды. Результаты исследования легли в основу концепции психологического здоровья – антинаркотической устойчивости (А. Л. Катков, Ю. А. Россинский, 2001-2002).

В основе этой концепции лежит новое определение категории «здоровье», которое обозначается как способность индивида, группы или общества в целом к самоорганизации и саморазвитию. Таким образом, степень устойчивости человека к агрессивным воздействиям внешней среды, в том числе и к психоактивным веществам, определяется не столько прочностью его биологического статуса, сколько способностью развивать и расширять свой собственный ресурс адаптации. В свою очередь, способность к самоорганизации и саморазвитию обеспечивается совокупностью определенных личностных свойств и условий, необходимых для их полноценного формирования. То есть адаптация индивида к быстро меняющейся информационной среде определяется, прежде всего, уровнем его психологического здоровья. Здесь, под психологическим здоровьем понимается способность человека (общества) адекватно усваивать, перерабатывать и генерировать новую информацию, позволяющую гибко, мобильно выстраивать конструктивные жизненные сценарии и успешно реализовывать их в изменчивой, агрессивной среде. В ходе исследования была достоверно установлена практически полная идентичность высоких уровней психологического здоровья соответствующим показателям психологической устойчивости к первичному или повторному вовлечению в употребление психоактивных веществ. Были определены следующие критерии индивидуального психологического здоровья:

- полноценное завершение личностной идентификации (Я точно знаю, кто Я такой; Я – это тот, кем Я себя чувствую, а не тот, кем меня хотят видеть другие);
- сформированный навык ответственного выбора (Я точно знаю, чего Я хочу; Я сам принимаю решения в отношении своих действий в сложных ситуациях и затем держусь принятого; Я умею отказываться от дивидендов конкурирующего сценария);
- качество внутреннего локуса контроля (Я сам отвечаю за все то, что происходит со мной в жизни; Я отвечаю за свою жизнь);
- полноценно сформированный конструктивный (позитивный) идентификационный жизненный сценарий (основная идея жизни, находящаяся в синергетических отношениях с социальными установками окружения);
- ресурсная достаточность личности в отношении возможностей реализации основного жизненного сценария (наличие интеллектуального, творческого, информационного ресурса);

· адекватная информированность о негативных последствиях употребления психоактивных веществ по отношению к значимым ценностям основного жизненного сценария индивида.

Отсутствие или недостаточная степень развития обозначенных базисных личностных свойств и адаптивных навыков вследствие неполноценного, деструктивного прохождения возрастных кризисов, по нашему мнению, является одним из наиболее значимых факторов вовлечения в наркотизацию. Мы предположили, что целенаправленное кризисное развитие перечисленных свойств в процессе психотерапии будет способствовать формированию психологической устойчивости к повторному вовлечению в наркотизацию. В 2002-2003 годах на базе Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (г. Павлодар, Казахстан) мы провели клинико-психологическое исследование, в котором приняли участие 165 человек в возрасте от 18 до 55 лет с зависимостью от героина. Основной целью исследования стала разработка и клиническая апробация методик групповой психотерапии, направленных на компенсацию базисного адаптационного дефицита, в комплексной программе реабилитации пациентов с героиновой зависимостью. Теоретическим основанием для разработки психотерапевтических методик стала модель интегративно-развивающей психотерапии А. Л. Каткова (2001).

В качестве основных мишеней для групповой психотерапии и комплексной медико-социальной реабилитации в целом мы определили:

- Мишень № 1 – патологическое влечение к наркотику;

- Мишень № 2 – патологический личностный статус наркозависимых (базисный адаптационный дефицит, характеристики собственно патологического личностного статуса, обслуживающего синдром зависимости);

- Мишень № 3 – реабилитационный (развивающийся) личностный статус пациентов с наркотической зависимостью;

- Мишень № 4 – дефицитный социальный статус зависимых от ПАВ (дефицит коммуникативных и других социальных навыков, деформированные отношения в микросоциуме);

- Мишень № 5 – мотивация на освобождение от наркотической зависимости.

Перечисленные мишени групповой психотерапии пациентов с наркотической зависимостью прорабатывались в соответствии с основными этапами программы комплексной медико-социальной реабилитации:

- на первом этапе приоритетными мишенями для групповой психотерапии являлись мишени № 1, 2, 5;

- на втором этапе основными мишенями групповой психотерапии стали мишени № 2, 3, 4, 5;

- на третьем этапе наибольшее значение приобрели мишени № 3, 4, 5.

Алгоритм психотерапевтической работы с мишенями №№ 1 – 5 мы представили следующим образом:

· установление контакта с нормативным личностным статусом пациента (по Ю. В. Валентику), стилюляция нормативного личностного статуса;

· активизация внутриличностного конфликта нормативного и патологического личностного статуса (по Ю. В. Валентику);

· восстановление нормативного потребностного цикла с позитивной динамикой лечебных установок;

· редукция патологического личностного статуса;

· подавление и контроль патологического влечения к наркотику;

· фиксация, укоренение нормативного личностного статуса и развитие новых личностных свойств психологической устойчивости к рецидивам заболевания:

а) полноценное прохождение и завершение этапа идентификации личностного развития;

б) формирование навыков выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев;

в) формирование качества «внутренней ответственности» (внутреннего локуса контроля по Дж. Роттеру), тесно связанной с предыдущим пунктом;

г) формирование собственного конструктивного жизненного сценария с системой ценностей, исключающей употребление психоактивных веществ;

д) обеспечение ресурсной достаточности для реализации вышеназванных сценариев;

е) полноценная информированность о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации основного жизненного сценария.

Разработанные методики групповой психотерапии использовались в контексте общей стратегии реабилитационного процесса (таблица 1).

Изучение эффективности разработанных техник групповой психотерапии проводилось в рамках контролируемого клинического эксперимента. Основными критериями для отбора пациентов в общую группу были:

1. Все поступившие на стационарное лечение в РНПЦ МСПН в плановом порядке с 01.01.2002 г. по 01.01.2003 г. с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов. Синдром зависимости, состояние отмены неосложненное (F 11.30).

2. Возраст старше 18 лет.

3. Добровольное информированное согласие на участие в программе медико-социальной реабилитации в течение 2 месяцев.

4. Отсутствие интеллектуальной недостаточности, эндогенных расстройств, декомпенсированных форм психопатий.

Общая группа пациентов была разделена на исследуемую и контрольную, с этой целью использовалась процедура рандомизации при помощи компьютера. В результате в исследуемую группу вошли

*Основные этапы программы медико-социальной реабилитации
пациентов с героиновой зависимостью*

Обозначение практики	I этап	II этап	III этап
Медикаментозная терапия	+	+/-	-
Психотерапия:	+	+	+
- Индивидуальная манипулятивная	+	+	-
- Групповая манипулятивная	+	-	-
- Индивидуальная развивающая	-	+	+
- Групповая развивающая	-	+	+
Социально-психологические тренинги	+	+	+
Психологическое консультирование	-	+	+
Работа с волонтерами-консультантами	+	+	-
Терапия средой	+	+	+
Трудотерапия	-/+	+	+
Социальное обучение	-	+	+
Терапия занятостью	+	+	+
Оздоровительные и спортивные занятия	-/+	+	+
Информационные программы	+	+	-
Собственная волонтерская практика	-	-	+
Групповые мероприятия терапевтического сообщества	+	+	+
Активный досуг	-	-	+
Встречи и общение со значимыми людьми	-	-/+	+
Юридическое консультирование	-	+	+
Жилищные программы	-	+	+
Трудоустройство	-	-	+
Вовлечение в анонимные сообщества	-	-	+
Противорецидивные тренинги	-	-	+

83 человека, в контрольную – 82 человека. Группы не различались между собой статистически достоверно по клиническим, демографическим и социальным признакам. Основным методом клинического эксперимента был одинарный слепой метод: больные знали о распределении их на две группы, рейтер не знал, к которой группе относится тот или иной пациент. С пациентами исследуемой группы проводилась групповая психотерапия с использованием разработанных техник. С пациентами контрольной группы проводилась рациональная психотерапия в группе и социально-психологические тренинги. Рациональная психотерапия в контрольной группе больных включала чтение тематических лекций, групповые дискуссии по основным аспектам наркотической зависимости, просмотр и обсуждение тематических видеофильмов. Социально-психологические тренинги в контрольной группе пациентов включали коммуникативные методики. В остальном, медикаментозное лечение, режим отделения и график участия пациентов исследуемой и контрольной групп в комплексной программе медико-социальной реабилитации полностью сопоставимы. Медикаментозное лечение было стандартизовано в обеих группах пациентов. Детоксикация проводилась в течение 7 дней. С этой целью использовались: физиологический раствор 500 мл/сут.; раствор

глюкозы 40% 40 мл/сут.; специфическая фармакотерапия (тиапридал 800 мг/сут.); транквилизаторы (реланиум (седуксен) 0,5% - 4 мл/в/в); антидепрессанты (леривон 60 мг/сут.); нейролептики, подавляющие влечение к наркотикам (эглонил 5 мл 5%); по показаниям – препараты калия (хлорид калия до 2,5 мг/сут.); кардиотоники (строфантин); бета-адреноблокаторы (пропроналол); гепатопротекторы (эссенциале); витамины (аскорбиновая кислота 5% - 5 мл / в /м; тиамин хлорид 5% - 2 мл / в/м, пиридоксин 5% - 3 мл в/м через день); нормотимики (финлепсин).

После купирования проявлений интоксикации и абстинентного синдрома больные переводились на внутримышечное и пероральное введение препаратов: нейролептиков, антидепрессантов, гепатопротекторов, витаминов. Групповая психотерапия в исследуемой и контрольной группе проводилась, начиная со второго этапа программы реабилитации, после дезактуализации проявлений интоксикации и абстинентного синдрома. Курс психотерапевтических сессий в обеих группах продолжался в течение 2 месяцев, каждая сессия длилась не менее 3 часов. В одну психотерапевтическую группу входило 10–12 человек. Группы были открытыми, что позволяло включать в психотерапевтический процесс вновь поступивших пациентов. Занятия проводились ежедневно, за исключением воскресных и праздничных

дней, в заранее точно определенное время. График работы отделения не позволял пациентам выключаться из процесса реабилитации (программа медико-социальной реабилитации предусматривала жесткий режим и интенсивную занятость пациентов обеих групп в течение всего дня).

На всем протяжении клинического эксперимента мы исследовали динамику состояния пациентов обеих групп по следующим параметрам:

1. *Клинико-психопатологические синдромы.* Мы исследовали динамику абстинентного синдрома (по шкале Венга), депрессивного синдрома (по шкале Монтгомери и Асберга), синдрома патологического влечения к наркотику (по визуальной аналоговой шкале влечения), психопатоподобного синдрома (нарушений поведения), астенического синдрома и анозогнозического симптома (для этих синдромов использовался метод квантифицированной структурированной оценки на основании клинического интервью). Выбор отслеживаемых клинико-психопатологических синдромов обусловлен их приоритетной значимостью в клинической картине больных героиновой наркоманией. Используемые оценочные шкалы валидны, удобны и просты в использовании в рамках научного исследования.

2. *Результаты психологического тестирования.* С целью оценки личностных изменений, а также изменений в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах нами использовались следующие методики: опросник личностной ориентации Э. Шострома в адаптации А. А. Рукавишника, опросник уровня субъективного контроля (УСК) в адаптации О. Ю. Щелковой и К. Р. Червинской, 16-факторный опросник Р. Кеттелла (форма «С»), методика диагностики типа эмоциональной реакции на воздействие стимулов окружающей среды В. В. Бойко, методика диагностики потребности в поисках ощущений М. Цукермана. Выбор психологических методик обусловлен их валидностью, возможностью идентифицировать изучаемые свойства адаптационного дефицита и их динамику в процессе психотерапии, а также простотой и удобством обработки. Кроме того, нами были разработаны и использовались шкалы субъективной и объективной оценки свойств психологической устойчивости к повторной наркотизации.

3. *Социально-психологические характеристики ремиссии.* При катamnестическом наблюдении в течение 1,5 лет после выписки из стационара оценивалось наличие или отсутствие ремиссии по клиническим, параклиническим данным (тест на наркотики проводился 1 раз в месяц), а также на основании сведений, полученных от больного, его родственников и участкового нарколога. Уровень социальной адаптации и социально-психологической динамики оценивался с помощью метода клинического интервью и специально разработанной анкеты.

Все полученные в исследовании данные обрабатывались с помощью программы SPSS 12.0. мы получили следующие результаты:

1. В исследуемой группе, в среднем, длительность проявлений основных клинико-психопатологических синдромов (синдрома патологического влечения к наркотику, психопатоподобного синдрома, депрессивного и астенического синдромов, а также анозогнозического симптома) достоверно меньше, чем у пациентов контрольной группы. Средняя продолжительность астенического и психопатоподобного синдромов у пациентов исследуемой группы в 1,7 раза меньше, чем в контрольной ($P < 0,01$); средняя длительность депрессивного синдрома в исследуемой группе в 1,5 раза меньше, чем в контрольной ($P < 0,01$); средняя продолжительность синдрома патологического влечения к наркотику и анозогнозического симптома в исследуемой группе в 1,4 раза меньше, чем в контрольной группе ($P < 0,01$). Статистически достоверных различий между группами по параметру «длительность проявлений абстинентного синдрома» не выявлено. Длительность психопатологических синдромов в сравниваемых группах пациентов представлена в таблице 2.

Кроме того, достоверные различия между группами выявлены по степени выраженности проявлений депрессивного синдрома, синдрома патологического влечения к наркотику и анозогнозического симптома. При этом тяжесть проявлений указанных синдромов у пациентов исследуемой группы меньше, чем контрольной: для синдрома патологического влечения к наркотику и анозогнозического симптома – в 1,1 раза ($P < 0,01$), для депрессивного синдрома – в 1,2 раза ($P < 0,01$). Статистически значимых различий между сравниваемыми группами по степени выраженности проявлений абстинентного, психопатоподобного и астенического синдромов не установлено. Средняя степень выраженности основных клинико-психопатологических синдромов отражена в таблице 3.

2. По результатам психологического тестирования установлена выраженная позитивная динамика личностных свойств и навыков адаптации в процессе психотерапии в исследуемой группе пациентов и отсутствие существенных личностных изменений в контрольной группе больных. Все полученные данные статистически достоверны. По тесту Р. Кеттелла наиболее выраженная позитивная динамика у пациентов исследуемой группы отмечалась по шкалам: Q3 – «высокий самоконтроль – низкий самоконтроль»; G – «подверженность чувствам – высокая нормативность поведения»; Q2 – «самостоятельность – внушаемость»; Q1 – «консерватизм-радикализм»; Н – «робость – смелость» ($P < 0,01$). Подобная динамика интерпретируется, как развитие у пациентов исследуемой группы навыков самоконтроля, целенаправленности, интегрированности личности, а также умения брать на себя ответственность,

Средняя длительность основных клинико-психопатологических синдромов
в исследуемой (n=83) и контрольной (n=82) группах

№	Наименование синдромов	Исследуемая группа		Контрольная группа		P	P Манна-Уитни
		Средняя длительность (в днях)	Средний доверительный интервал	Средняя длительность (в днях)	Средний доверительный интервал		
1	Синдром патологического влечения к наркотику	7,542	+/-0,442	10,5	+/-0,419	<0,01	<0,01
2	Психопатоподобный синдром	14,105	+/-1,788	24,095	+/-2,421	<0,01	<0,01
3	Депрессивный синдром	7,25	+/-0,685	11,214	+/-0,992	<0,01	<0,01
4	Астенический синдром	7,875	+/-2,842	13,692	+/-0,67	<0,01	<0,01
5	Анозогнозический симптом	15,048	+/-1,338	21	+/-1,188	<0,01	<0,01

Таблица 3

Средняя степень выраженности основных клинико-психопатологических синдромов в исследуемой (n=83) и контрольной (n=82) группах

№	Наименование синдромов	Исследуемая группа		Контрольная группа		P	P Манна-Уитни
		Средняя степень выраженности (в баллах)	Средний доверительный интервал	Средняя степень выраженности (в баллах)	Средний доверительный интервал		
1	Синдром патологического влечения к наркотику	2,747	+/-0,107	2,976	+/-0,049	<0,01	<0,05
2	Психопатоподобный синдром	2,737	+/-0,315	3,048	+/-0,227		
3	Депрессивный синдром	2,542	+/-0,215	2,929	+/-0,102	<0,01	<0,05
4	Астенический синдром	2,75	+/-0,387	2,923	+/-0,168		
5	Анозогнозический симптом	2,831	+/-0,089	3,012	+/-0,024	<0,01	<0,05

настойчивости в достижении цели, стремления и способности к самостоятельным решениям и действиям, достаточного уровня критичности, удовлетворительной

социальной адаптации. Динамика средних показателей теста Р. Кеттелла у пациентов исследуемой и контрольной групп представлена на рисунках 1 – 2.

Средние показатели шкал опросника Р.Кеттелла в исследуемой группе пациентов (n=83)

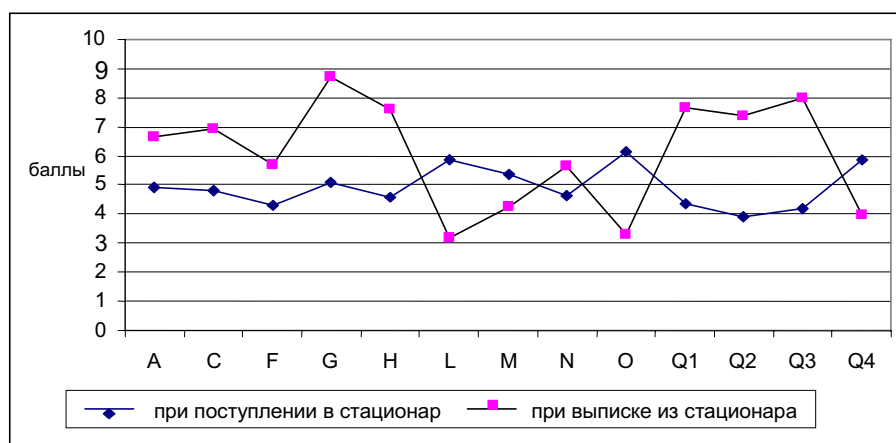
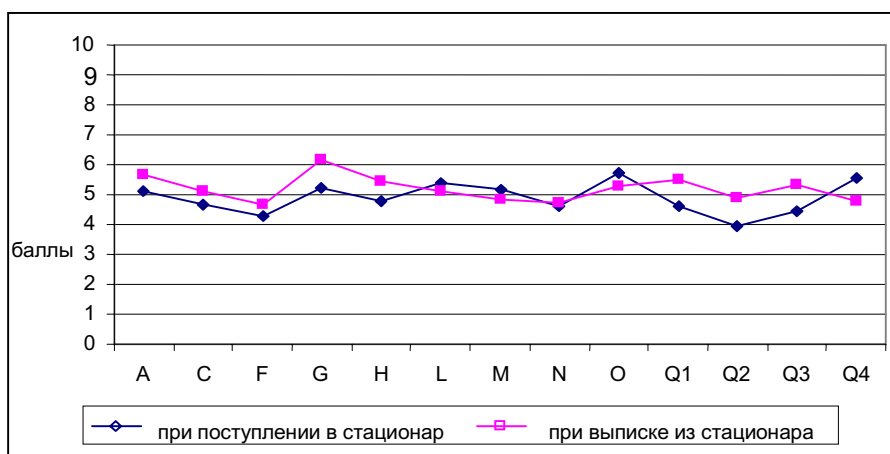


Рисунок 2

Средние показатели шкал опросника Р.Кеттелла в контрольной группе пациентов (n=82)



По тесту УСК наибольшая положительная динамика у пациентов исследуемой группы отмечалась по параметрам: общая интернальность (Ио); интернальность в области неудач (Ин); интернальность в области достижений (Ид); интернальность в отношении здоровья и болезни (Из) ($P < 0,01$). Такая динамика соответствует формированию у пациентов исследуемой группы высокого уровня субъективного контроля над различными эмоционально значимыми событиями и ситуациями, а также высокого уровня ответственности за свое здоровье.

При анализе показателей шкал опросника личностной ориентации Э. Шострома наибольшая динамика у пациентов исследуемой группы отмечалась по шкале Тi – «отношение времени», что интерпретируется, как достижение высоких показателей временной компетентности, самоактуализации,

умения жить по принципу «здесь и теперь», открытости новому опыту, а также по шкале О – «отношение опоры», что характеризуется формированием внутренней личностной направленности на себя в системе «опора на других – внутренняя опора», независимости от внешних влияний и оценок окружающих. Кроме того, выраженная позитивная динамика у пациентов исследуемой группы отмечалась по дополнительным шкалам опросника личностной ориентации: Su – «целостность», Nc – «природа человека», Sr – «самоуважение», А – «принятие агрессии».

Достоверные различия между сравниваемыми группами пациентов выявлены и по динамике показателей теста М. Цукермана. Позитивная динамика у пациентов исследуемой группы интерпретируется, как развитие способности контролировать свои

потребности в ощущениях, т.е. с одной стороны, об открытости новому опыту, с другой – сдержанности и рассудительности в необходимые моменты жизни.

По динамике показателей теста В. В. Бойко между исследуемой и контрольной группами также обнаружены достоверные отличия, обусловленные формированием у пациентов исследуемой группы адекватной эмоциональной реакции на различные позитивные, негативные и амбивалентные стимулы, а также развитием умения проявлять и вербализовать свои чувства.

По разработанной нами шкале субъективной оценки свойств психологической устойчивости к повторной наркотизации у пациентов исследуемой группы наиболее выраженная позитивная динамика отмечалась по параметрам: «Я умею делать свой выбор и держаться избранного, несмотря ни на что»; «Я точно знаю, что нужно делать для исполнения своих желаний и планов»; «Я точно знаю, кто я такой и чего я хочу в жизни»; «Я сам отвечаю за то, что происходит со мною в жизни»; «Я сделал свой выбор в отношении возможностей употребления психоактивных веществ. И для себя я исключаю такую возможность, несмотря ни на что» ($P < 0,01$). По шкале объективной оценки свойств психологической устойчивости к повторной наркотизации значительная положительная динамика в процессе

психотерапии у пациентов исследуемой группы отмечалась по параметрам: «исключение употребления ПАВ из всех возможных горизонтов, жизненных планов»; «степень сформированности внутреннего локуса контроля»; «наличие позитивного жизненного сценария»; «степень сформированности навыков ответственного выбора»; «полноценное завершение личностной идентификации» ($P < 0,01$).

В целом, результаты математико-статистической обработки и анализа динамики показателей психологических тестов свидетельствуют о восполнении базисного адаптационного дефицита в процессе групповой психотерапии у большинства пациентов исследуемой группы, тогда как в контрольной группе в ходе рациональной психотерапии в группе и социально-психологических тренингов позитивная динамика навыков адаптации пациентов значительно менее выражена.

3. При катамнестическом обследовании в течение 1,5 лет после выписки из стационара у 30,12% пациентов исследуемой группы наблюдается выход в устойчивую ремиссию (более 12 месяцев), что более, чем в 4 раза превышает процент выхода в устойчивую ремиссию в контрольной группе больных (7,3%). Результаты распределения ремиссий в сравниваемых группах пациентов представлены в таблице 4.

Таблица 4

Частота и длительность ремиссий в исследуемой (n=83) и контрольной (n=82) группах пациентов

№	Длительность ремиссии	Исследуемая группа		Контрольная группа		P
		n	%	n	%	
1	Ремиссия отсутствует	19	22,892	43	52,439	<0,01
2	До 6 месяцев	11	13,253	14	17,073	
3	От 6 до 12 месяцев	28	33,735	19	23,17	
4	Ремиссия более 12 месяцев	25	30,12	6	7,317	<0,01

На рисунке 3 представлена кривая выживаемости, отражающая продолжительность ремиссий, а также выбывание пациентов обеих групп из исследования по другим причинам.

Расчет логрангового критерия с учетом поправки Йейтса показал, что различия выживаемости (длительности ремиссий) у пациентов исследуемой и контрольной групп статистически достоверны.

При исследовании уровня социально-психологической динамики в катамнезе большинство пациентов исследуемой группы отмечают улучшение психического и физического самочувствия, удовлетворение своей жизнью, появление интересов и увлечений, а также продолжение учебы или устройство на работу, позитивную динамику внутрисемейных отношений, что можно оценивать, как показатель качества ремиссии. Высокий уровень социально-

психологической динамики при катамнестическом наблюдении в течение 1,5 лет у пациентов исследуемой группы регистрируется в 3,4 раза чаще, чем у пациентов контрольной группы. Результаты исследования социально-психологических характеристик ремиссии представлены в таблицах 5 и 6.

4. Корреляционный анализ полученных результатов позволил установить достоверные прямые корреляции между степенью вовлеченности глубинного уровня психотерапевтической коммуникации (идентифицируемой по субъективным и объективным признакам разработанной нами шкалы) и позитивной динамикой личностных свойств теста уровня субъективного контроля в адаптации О. Ю. Щелковой и К. Р. Червинской в исследуемой группе пациентов. Полученные корреляции отражены на рисунке 4.

Выживаемость (длительность ремиссий) пациентов исследуемой (n=83)
и контрольной (n=82) групп

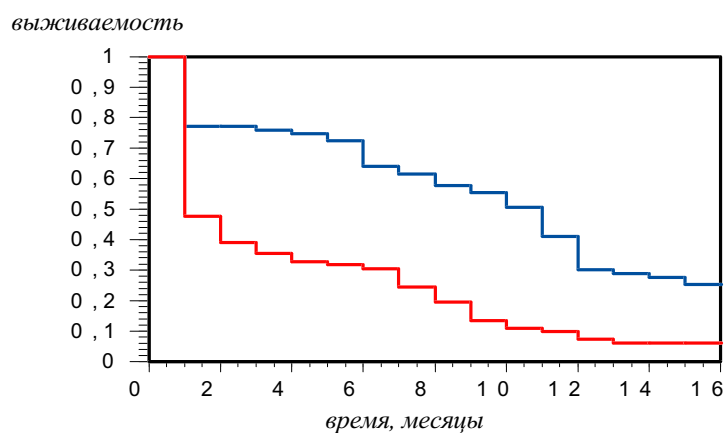


Таблица 5

Социальные характеристики ремиссии в исследуемой (n=83)
и контрольной (n=82) группах пациентов

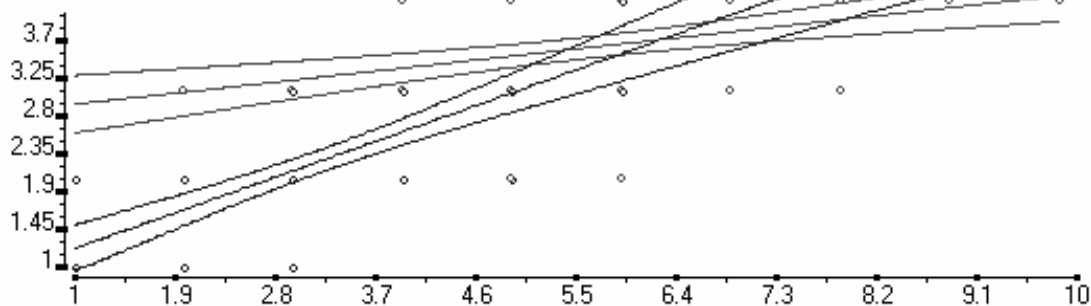
Наименование параметра	Динамика	Исследуемая группа		Контрольная группа		P
		Среднее значение (%)	Средний доверительный интервал	Среднее значение (%)	Средний доверительный интервал	
Продвижение в сфере образования	Положительная	16,4	+/-7,2	3,3	1,2<->5,4	P<0,05
	Отсутствует	81,3	+/-7,1	85,4	76,1<->90	
	Отрицательная	2,3	0<->5,3	11,3	0<->3,2	P<0,05
Изменение в семейном положении	Положительная	16,6	+/-6,9	5,2	+/-3,1	P<0,05
	Отсутствует	80	+/-8,1	89	+/-8,3	
	Отрицательная	3,4	1,6<->10,7	5,8	0,9<->6,7	
Продвижение в профессии	Положительная	61,2	+/-11,0	16,7	+/-12,6	P<0,01
	Отсутствует	32,8	+/-4,5	54,3	+/-11,3	P<0,05
	Отрицательная	6	+/-6,3	29	2,3<->17	

Уровень социальной и психологической динамики при катamnестическом обследовании в исследуемой (n=83) и контрольной (n=82) группах пациентов

Наименование параметра	Значение параметра	Исследуемая группа		Контрольная группа		P
		Среднее значение (%)	Средний доверительный интервал	Среднее значение (%)	Средний доверительный интервал	
Уровень социальной динамики	высокий	23,6	+/-7,1	6,9	+/-3,2	P<0,01
	средний	44,4	+/-7,0	32,9	+/-5,4	
	низкий	32	0<->5,3	60,2	+/-12,5	P<0,01
Уровень психологической динамики	высокий	24,3	+/-8,1	7,1	+/-5,2	P<0,05
	средний	45,1	+/-15,6	32,8	+/-19,2	
	низкий	30,6	+/-7,9	60,1	+/-10,5	P<0,01

Рисунок 4

Корреляции между глубинным уровнем психотерапии и динамикой шкал теста уровня субъективного контроля (УСК) в исследуемой (n=83) и контрольной (n=82) группах больных



Таким образом, полученные в исследовании результаты позволяют рекомендовать данную модель психотерапии и разработанные методики с экспериментально

подтвержденной эффективностью к использованию в рамках стационарных и амбулаторных программ МСР пациентов с наркотической зависимостью.

Литература:

1. Валентик Ю. А., Герши А. А., Зарецкий В. В. Базовая модель профилактики злоупотребления психоактивными веществами // Наркология. - № 8, 2002. – С. 16-18
2. Дмитриева Т. Б., Игонин А. Л., Клименко Т. В., Пищикова Л. Е., Кулагина Н. Е. Зависимость от психоактивных веществ // Наркология. - № 9, 2002. – С. 2-9
3. Иванец Н. Н. Современные проблемы наркологии // Наркология. - № 6, 2002. – С. 2-7
4. Казаковцев Б. А., Карвасарский Б. Д., Назыров Р. К., Чехлатый Е. И. Психотерапия зависимости: состояние и направление развития // Наркология. - № 11, 2003. – С. 22-26

-
-
5. Катков А. Л. Манифесты развивающей психотерапии // *Московский психотерапевтический журнал*. - № 3, 2001. - С. 49-78
 6. Катков А. Л. Психотерапия Центральной Азии // *Вопросы ментальной медицины и экологии*. – Т. 8. - № 2, 2002. – С. 122-124
 7. Катков А. Л. Пути повышения эффективности первичной профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ // *Вопросы наркологии Казахстана*. – Т. 2. - № 1, 2002. – С. 34-37
 8. Катков А. Л., Россинский Ю. А. Комплексное исследование качества социального психического здоровья. – Павлодар, 2002, 24 с.
 9. Катков А. Л., Россинский Ю. А. Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых // *Вопросы наркологии Казахстана*. – Т. 2. - № 2, 2002. – С. 84-88
 10. Катков А. Л., Пак Т. В., Россинский Ю. А., Титова В. В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией. – Павлодар, 2003, 267 с.
 11. Катков А. Л., Титова В. В. Интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия наркозависимых // *Наркология*. - № 9, 2002. – С. 27-36
 12. Кошкина Е. А. Проблемы употребления психоактивных веществ среди молодежи // *Вопросы наркологии Казахстана*. - Т. 2. - № 2, 2002. - С. 89-90
 13. Надеждин А. В. Современные проблемы профилактики наркологических заболеваний // *Наркология*. - № 8, 2002. – С.31-32
 14. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Мотивация в контексте первичной, вторичной и третичной профилактики наркомании // *Наркология*. - № 8, 2002. – С.26-30
 15. Шабанов П. Д. *Наркология*. – М.: Геотар-Мед, 2003. – С.311-316

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ВИЧ/СПИД

к.м.н. Ж. З. Трумова

Согласно данным ООН доступ к добровольному консультированию и тестированию (ДКТ) рассматривается как важнейшая стратегия противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа. В США, где по оценкам специалистов около 25% ВИЧ-инфицированных лиц не знают о своем статусе, Центры по контролю и профилактике заболеваемости поставили ДКТ во главу угла стратегического плана профилактики ВИЧ. Экспертная комиссия ЮНЭЙДС по вопросам тестирования на ВИЧ в рамках миротворческих операций ООН единодушно рекомендовала ДКТ как наиболее эффективное профилактическое мероприятие, по сравнению с обязательным тестированием на ВИЧ в плане популяризации безопасного сексуального поведения и снижения других видов риска, приводящих к заражению ВИЧ [1].

По статистике в Казахстане всего на 1 сентября 2005 года зарегистрировано 5 274 ВИЧ – инфицированных лиц, из них 299 больны СПИДом.

Согласно оценочным данным, число взрослых и детей, живущих с ВИЧ в Казахстане, составляет 14500 человек, включая 9500 потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), 940 секс – работниц, 500 мужчин, вступающих в сексуальные контакты с мужчинами (МСМ) и 600 заключенных (РК, СДС, ДЭН, 2003, 2004 гг.).

В сложившейся ситуации, обеспечение доступа населения к добровольному консультированию и тестированию (ДКТ) приобретает особую актуальность.

Политика государства в вопросе тестирования на ВИЧ

Практика тестирования на ВИЧ в республике такова. Согласно «Правилам медицинского освидетельствования на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека» (приказ МЗ РК № 575 от 4 июля 2002 г.) обязательному обследованию на ВИЧ подлежат только доноры крови и других биологических жидкостей, органов и тканей. Основная часть населения, изъявившая желание пройти обследование на ВИЧ, должна обследоваться на добровольной основе, анонимно и с соблюдением конфиденциальности.

В целях предоставления услуг необходимо было принять меры по расширению службы ДКТ с открытием кабинетов (пунктов) анонимного тестирования (АТ) и психосоциального консультирования (ПСК), с обучением кадров методике консультирования.

Реальная ситуация

Работа по внедрению ДКТ в Казахстане началась в 1998 году в связи с увеличением числа людей, живущих с ВИЧ. В 1998 году анонимные кабинеты были организованы только в центрах СПИД (16 кабинетов), где проводился забор крови на ВИЧ без проведения консультирования. При этом ежегодно в республике тестировалось от 800 тысяч до 1 миллиона человек, более 1/3 исследований приходилось на доноров крови и ее компонентов.

Кабинетов ПСК практически не было, равно как и подготовленных специалистов. Общеизвестно, что лучшим способом профилактики ВИЧ - инфекции является осознанное стремление со стороны каждого человека знать свой ВИЧ - статус. Особо уязвимыми для заражения ВИЧ являются такие группы населения, как молодежь, потребители инъекционных наркотиков (ПИН), секс - работники, МСМ, заключенные и другие. В целях расширения профилактической работы среди уязвимых групп и общего населения, согласно действующей Программы по противодействию эпидемии СПИДа, утвержденной Постановлением Правительства № 1207 от 14 сентября 2001 года и приказом МЗ РК № 708 от 19 июля 2002 года, предусмотрено развитие сети кабинетов АТ и ПСК, а также подготовка кадров.

По данным мониторинга Национальной Программы, на начало 2005 года в стране организовано 219 анонимных кабинетов и 244 кабинетов психосоциального консультирования. За 2004 год в анонимные кабинеты обратились 36747 человек, проведено дотестовое консультирование 32543 человек, т.е. охват консультированием составил 88,55%.

Данные за 2004 год показывают, что в кабинетах ПСК проконсультированы 238 389 человек, в том числе: 108730 мужчин (45,6%) и 129588 женщин (54,35%), т.е. удельный вес охвата ДКТ женщин несколько выше, чем у мужчин. Проведено дотестовое консультирование 210441 человек (88,27%), после теста проконсультировано 149762 человек (62,8%). Проконсультировано ПИН 23216 (9,7%), РС – 4383 (1,8%), МСМ – 72 (0,03%); анонимно обратилось – 14364 (6%). Удельный вес протестированных анонимно по 114 коду за 2004 год составил 1,2% от общего числа обследованных лиц, выявлено 24 ВИЧ - позитивных. За 8 месяцев 2005 года протестировано анонимно – 8489 человек (1,3%); выявлено 27 ВИЧ - позитивных (соответственно за 8 месяцев 2004 г. – 7466 человек протестировано анонимно или 1,2%; выявлено 20 ВИЧ - позитивных).

ВИЧ и беременность

Особенности эпидемиологической ситуации по ВИЧ (подъем заболеваемости, увеличение доли беременных женщин среди всех ВИЧ - инфицированных, рождение детей с ВИЧ - инфекцией в результате передачи ВИЧ от матери к ребенку при отсутствии профилактических мероприятий) обуславливают необходимость принятия адекватных мер. В первую очередь необходимо своевременно обследовать беременную женщину на ВИЧ - инфекцию с соблюдением принципов добровольности, конфиденциальности и предоставлением до и после тестового консультирования.

Необходимость такого подхода обусловлена тем, что по мировым данным риск передачи вируса от матери к ребенку варьируется в пределах от 15% до 30% среди младенцев, которых не кормят грудью. Кормление грудью увеличивает риск на ещё 10 - 15% [2].

В РК в среднем при 200 - 250 тысяч родов ежегодно, обследовано на ВИЧ в 2004 году 87679 беременных женщин, выявлено 19 ВИЧ-позитивных лиц. За 8 месяцев 2005 года – обследовано на ВИЧ 105600 беременных женщин, выявлено 25 ВИЧ положительных лиц (соответственно за 8 месяцев 2004 г. – обследовано на ВИЧ 55000 беременных женщин, выявлено 9 ВИЧ-положительных лиц). То есть каждой второй беременной женщине не известен её ВИЧ - статус, а вопросы консультирования по ВИЧ/СПИД не включены в полной мере в пакет базовых услуг для беременных женщин. Тестирование должно обязательно сопровождаться дотестовым и послетестовым консультированием, которое проводится врачами и медицинскими сестрами поликлиник, женских консультаций. В случае положительного результата на ВИЧ послетестовое консультирование проводится врачом - консультантом и психологом центра СПИД. Обследование должно дополняться социально – психологическим сопровождением ВИЧ - инфицированной беременной женщины, матери, ребенка и всей семьи при помощи психолога - консультанта, акушера - гинеколога, социального работника и других специалистов [3, 5].

Анализ данных РЦ СПИД по состоянию на 1 сентября 2005 года показал, что кумулятивно в республике зарегистрировано 387 беременностей у 318 женщин. Порядка одной трети из них не наблюдались в женских консультациях, соответственно не были охвачены профилактическими программами, включая консультирование, тест на ВИЧ, химиопрофилактику во время беременности и родов.

Как известно, одной из стратегий снижения риска вертикальной трансмиссии ВИЧ, является установление ВИЧ - статуса у матери и проведение антиретровирусной профилактики (АРВП) [4, 5].

Охват АРВП беременных женщин составил в 2002 г. – 50%, 2003 г. – 70%, 2004 г. – 70%, за 8 месяцев 2005 г. – 80%. Несмотря на увеличение с 50% до 80% доли получивших химиопрофилактику беременных, часть женщин остается не охваченными лечением. Это, в основном, наркопотребители, работницы коммерческого секса, лица, имеющие незащищенные сексуальные контакты, в том числе с ВИЧ - инфицированными партнерами. В результате этого у 21 ребёнка, из 179 родившихся детей, установлена ВИЧ - инфекция, за 62 детьми продолжается наблюдение до истечения срока диспансеризации.

Таким образом, сложившаяся ситуация требует дальнейшего интегрирования услуг добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ для женщин репродуктивного возраста, беременных в службу репродуктивного здоровья и обеспечения качественного консультирования.

Подготовка консультантов на сегодня является серьезной проблемой, т.к. в республике нет учебных баз для подготовки данных специалистов. Работающие в области ВИЧ/СПИДа по медико-психологическому

консультированию консультанты подготовлены на международных семинарах-тренингах, имеют сертификаты и продолжают обучение в качестве тренеров.

Сотрудничество

При содействии международных организаций (Объединенная программа ООН по СПИДу (ЮНЭЙДС), ЮНИСЕФ, СПИД - сервисные организации «СПИД Фонд Восток - Запад - AFEW») в Республике Казахстан ведётся активная работа по подготовке консультантов по вопросам ВИЧ/СПИДа. С 2002 года сотрудники AFEW, с участием специалистов РЦ ПБ СПИД, провели три семинара - тренинга по консультированию, включающие подготовку тренеров в 3 этапа и один семинар по разработке проектов и руководству для специалистов, работающих в области ВИЧ/СПИДа. Подготовлено 120 тренеров, продолжающих деятельность уже в регионах республики [6].

В 2004 году сотрудниками СПИД - служб, консультанты-тренеры провели в регионах 457 семинаров - тренингов для специалистов лечебно - профилактических учреждений, на которых 6069 врачей и 9672 средних медицинских работников обучались методике консультирования. Это значительно больше, чем в 2002 году, когда в регионах было проведено 168 семинаров - тренингов, где было подготовлено

2767 врачей и 2469 средних медицинских работников. Однако практика показывает, что врачи и медсестры всех служб здравоохранения должны владеть основными базовыми знаниями по методике консультирования по ВИЧ/СПИД. В первую очередь этими знаниями должны владеть специалисты первичной медико - санитарной помощи, куда, в первую очередь, обращается клиент – пациент. По расширенной программе МПК должны быть подготовлены консультанты из специализированных служб: кардиологической, акушерско-гинекологической (ВИЧ и беременность), дерматовенерологической и других служб системы здравоохранения. Сфера деятельности должна расширяться с привлечением других структур, в частности НПО, имеющие ресурсы и доступ к уязвимым группам населения.

Таким образом, учитывая приоритетность проблемы, наиболее эффективными методами профилактики ВИЧ - инфекции на данном этапе являются консультирование и лабораторное обследование на ВИЧ, психологические методы коррекции поведения, направленные на снижение рискованного поведения. На сегодня доступ населения к добровольному консультированию и тестированию в Казахстане рассматривается как важнейшая стратегия противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа.

Литература:

1. ЮНЭЙДС. Доклад о глобальной пандемии ВИЧ/СПИДа. – 2002. – С. 126 - 137.
2. ВИЧ при беременности // Обзор. - *WHO/ЮНЭЙДС*, 1999.
3. Консультирование до и после тестирования на ВИЧ // *Руководство*. – Алматы, 2005. – 149 с.
4. Базовая стратегия профилактики ВИЧ-инфекции у детей грудного возраста в Европе. – ВОЗ, 2004. – С. 16 - 19.
5. Уонг Ч., Целум К. Профилактика ВИЧ - инфекции. // *Руководство по медицинской помощи ВИЧ - инфицированным женщинам*. – 2001. – раздел III. – С. 53 - 85.
6. СПИД Фонд Восток - Запад. «Работаем вместе» // *Годовой отчет за 2003 г.* - 50 с.

ЖЕНСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ В СВЕТЕ ДИАНАЛИЗА

(рецензия на кн.: Завьялов В.Ю. *Пьющая женщина: Все пропало?* – Новосибирск: Издательский дом «Манускрипт», 2005. -360 с.)

Л. Ф. Щербина, О. Р. Придатко

г. Киев

В этом году вышла книга В. Ю. Завьялова, посвященная теме женского алкоголизма. В книге осуществлен анализ проблемы с точки зрения нового направления психотерапии и консультирования – дианализа, основателем которого является автор книги. «Пьющая женщина: все пропало?» написана в научно-популярном стиле, что делает ее понимание доступным для широкого круга читателей, в том числе - людей, страдающих от этой формы зависимости или склонных к ее формированию. Специалисты, знакомые с научными идеями и практическими

стратегиями автора, имеют возможность оценить как оригинальную форму изложения материала, так и своеобразную трактовку, которой подвергся еще один «трудный вопрос жизни» - алкогольная зависимость у женщин.

Выбранная форма изложения – психологическое эссе – обеспечивает максимальный эффект «вживания» в психологические истории героинь и их близких - мужчин – отцов, мужей и сыновей. Очевидно, что истории пьющих женщин, как и личные документы мужчин, созданы автором на

основе многолетней практики. Это ощущается читателем и вызывает интерес и сопереживание. Создается впечатление естественности жизненных историй; их герои – личности со своими судьбами, неповторимыми, и в то же время закономерными.

Первую главу составляют исповеди шести пьющих героинь. Основная психологическая идея, присутствующая во всех исповедях, – это зависимость возникновения и развития женского алкоголизма от дефицита любви. Недостаток любви восполняется выпивками, которые приносят временное облегчение от эмоциональных страданий, однако в результате лишь усиливают дефицит любви и связанные с этим неприятные эмоциональные переживания пьющей женщины.

Вторая глава дает возможность читателю познакомиться с психологическими портретами мужчин, которые сопровождают пьющих женщин на протяжении их жизни: отцов (мужчин прошлого), мужей (мужчин настоящего), и сыновей (мужчин будущего). С точки зрения автора, именно эти мужчины оказывают на жизнь любой женщины наибольшее влияние, образуя Единую Личность мужчины, который постоянно присутствует в сознании и поведении женщины, формируя ее, как «невидимый скульптор» (с. 76). Психологические особенности мужчин, окружающих пьющих женщин, читатель узнает из личных документов отцов, мужей и сыновей: писем, записок, записанных телефонных разговоров и электронных писем.

Сопоставляя личные истории пьющих женщин с отражающимися в личных документах психологическими особенностями их близких-мужчин, читатель обнаруживает незримые нити, которые связывают характер, поступки женщин с мировоззрением, ожиданиями отцов, мужей, сыновей, способами построения ими межличностных взаимодействий.

Следует отметить, в книге оставлена без внимания другая сторона взаимодействия «пьющая женщина – Единая Личность мужчины». Не только мужчина является «невидимым скульптором» пьющей женщины, но и она оказывает значительное, иногда – решающее влияние на жизнь мужчины. Как нам представляется, интенсивность ее влияния на психологическую жизнь мужчины в большинстве случаев зависит от роли, которую он играет во взаимоотношениях с женщиной. Минимально влияние женщины на жизнь отца, максимально – на жизнь сына. Не затрагивается также тема взаимоотношений пьющей женщины с матерью и дочерью. Однако автор сам отвечает на возникающие замечания: объём и тематика книги сознательно ограничены и сфокусированы на самых важных, с точки зрения автора, узловых пунктах.

В третьей главе В. Ю. Завьялов еще раз подчеркивает, что одна из ключевых идей книги – это связь алкогольной зависимости у женщин с неполнотой проявления женственности (как и аналогичная

проблема у мужчин связана с неполнотой проявления мужественности). А полное выражение своего пола возможно только в гармоничных отношениях с другим полом: «Чтобы стать полноценной женщиной, нужно построить многосторонние отношения с полноценным мужчиной» (с. 183). Следовательно, если роли отца, мужа и сына, в силу различных обстоятельств, не образуют «полноценную» Единую Личность мужчины, то в жизни женщины возникают значительные сложности, конфликты, коллизии разрешение которых не всегда происходит гармоничным путем. Один из путей – это развитие алкогольной зависимости. Эффекты употребления алкоголя создают иллюзию восполнения недостатка важных для женщины психологических моментов. Выпивка помогает связать в сознании реальное и нереальное, желаемое и наличное. Пропать между реальными личностями близких-мужчин и идеальным представлением о них становится не такой огромной и пугающей, как в трезвом состоянии.

Третья глава построена по принципу «вопросы-ответы» и напоминает личное консультирование, во время которого активный консультируемый сам задает вопросы на волнующие для него темы, а автор – дианалитик – дает короткие и емкие ответы на них. В главе освещено 100 вопросов, среди которых – часто задаваемые вопросы и редкие, задаваемые преимущественно специалистами.

Для читателя, не знакомого с проблемой женского алкоголизма, прочтение третьей главы восполняет дефицит необходимых сведений о ней, причем эти сведения отличаются несколькими специфическими особенностями. Во-первых, они приведены в доступной форме, без излишней наукообразности, которая способна была бы отпугнуть неподготовленного читателя. Во-вторых, они не являются популяризацией сведений, взятых из учебников по наркологии, а отражают оригинальную систему взглядов автора на проблему женской алкогольной зависимости.

Сущность подхода автора к решению проблемы, которая в названии книги заявлена как «пьющая женщина», наиболее полно раскрыта в четвертой, завершающей главе. Этот подход – оригинальная система психологической помощи – дианализ. В этой главе читатель встречает необычную трактовку алкогольной зависимости у женщин. По мысли автора, «женщина, зависимая от алкоголя, зависима, прежде всего, от заблуждений ума, которые подталкивают ее к неправильным выводам и роковым поступкам» (с. 226). Путь к выздоровлению неизбежно должен начинаться со зрелых размышлений. Дианализ основывается на «абсолютной диалектике» – учении русского философа А. Ф. Лосева. В. Ю. Завьялов использует пентоду как интеллектуальную защиту от заблуждений ума и, в конечном итоге, как метод дианализа. Основное отличие дианализа от других психотерапевтических подходов – это принципиальное отсутствие теории личности. Объектом

исследования является не личность, а содержание переживаний – мыслей, воспоминаний, фантазий. Примечательно, что как философский базис, на котором построен дианализ, так и сам дианализ, созданы русскими учеными и отражают специфический славянский способ философской и психотерапевтической мысли.

Одна из центральных идей дианализа, примененных к проблеме алкогольной зависимости у женщин, - озвучена автором: «Быть личностью – это быть смысловым центром собственной жизни, быть «царицей своих эмоций, мыслей, страстей, привычек» (с. 226).

В. Ю. Завьялов анализирует отношение к алкогольной зависимости с пяти позиций: зависимость как *порок? привычка? болезнь? аддикция? инфант-религия*. Первые четыре понятия отражают разные парадигмы, которые сменяли друг друга при изменении отношения к феномену алкогольной зависимости. Их последовательность отражает развитие знаний о зависимости от психоактивных веществ, понимания ее причин и механизмов формирования. Пятое понятие в контексте алкогольной зависимости пока воспринимается несколько настороженно и отражает коренное изменение отношения к анализируемой проблеме.

В свое время К. Юнг ввел понятие «жажда целостности», что означает желание человека открыть в себе источник духа, Бога. Развитие отношений с этим внутренним источником является важным аспектом человеческой жизни. К. Гроф, анализируя проблему алкогольной зависимости, тоже употребляет это понятие и считает, что глубинная мотивация употребления алкоголя – это стремление к воссоединению с Богом. С этой точки зрения, употребление алкоголя является поиском источника духа в себе человеком, однако поиском непродуктивным, а путь такого поиска – тупиковый, поскольку только усиливает рассогласование с духовным центром человека. Рассмотрение алкогольной зависимости как инфант-религии - достаточно ново и необычно для медицинской и психологической мысли.

В. Ю. Завьялов религиозной или духовной деятельностью называет внутреннюю работу по созданию диалога между субъективным центром «Я» и всем остальным миром, воспринимаемым как «Другой». И религия, и психотерапия выполняют общую задачу восстановления или создания новых взаимоотношений с миром. Различны лишь

способы решения этой задачи: в религии – дедуктивная стратегия (от Одного - к многому, от Бога – к творению), в психотерапии – индуктивная (от многого – к Единому, от человека - к Богу).

Автор приводит базовые принципы дианализа (декалог), среди которых особое внимание в решении проблемы алкогольной зависимости отводит принципам диверсификации, дивергенции и диететики. Упомянутый декалог представляет собой интегрированную модель психотерапии, основывающуюся на опыте ведущих психотерапевтических школ. Они обеспечивают полноту оценки факторов, влияющих на процесс восстановления здоровья, контроля и свободы выбора, которые обычно нарушаются во время болезни.

В дианализе алкогольная зависимость рассматривается, как внешнее выражение желания изменить себя с помощью алкогольного опьянения. Автор обращает внимание на базовое заблуждение, ведущее человека к аддикции. Это убеждение в том, что на внутреннее (смысл, душу) можно влиять внешними регуляторами (пищей, алкоголем, наркотиками). Пентодное мышление, допускающее противоположные утверждения, подталкивающие к дискуссии, в которой происходит поиск истины, с точки зрения автора книги, как раз и является защитой от подобных заблуждений.

В целом, книга воспринимается как оригинальная работа, демонстрирующая способность автора как к научно-популярному изложению своих идей, так и к художественному. Первые две главы, очевидно, можно рассматривать как художественное воплощение идей автора, последние – как научно - популярное.

Следует отметить, что понимание теоретических основ дианализа значительной частью людей, в том числе, - специалистами в области психотерапии, психологии, медицины, оказывается затруднительным и требует приложения значительных интеллектуальных усилий. Поэтому найденная форма изложения идей дианализа в применении к проблеме алкогольной зависимости у женщин является, безусловно, замечательной и оригинальной находкой автора. Гуманистическая направленность идей дианализа, открытость изложенных подходов для развития и практического применения делают появление книги значимым событием, как в психотерапевтической жизни, так и в жизни людей, лично заинтересованных в появлении новых решений проблемы под названием «пьющая женщина».

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ДЕЛИНКВЕНТНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ ПРИ АДДИКТИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ

А. И. Мандель, Н. А. Бохан, А. Ф. Аболонин,
С. И. Гусев, И. А. Жукова

г. Томск

Среди факторов, сопровождающих аддиктивное поведение подростков, прослеживается наиболее выраженная взаимосвязь с антисоциальным поведением (Дмитриева Т. Б. и соавт., 1999; Худяков А. Ф., 2000; Надеждин А. В., 2003; Колосов Р. А., Сидоров П. И., Ручкин В. В., Григоренко Е. Л., 2004). Помещение подростков в пенитенциарное учреждение является стрессогенной ситуацией и может приводить к расстройствам адаптации, агрессивному и аутоагрессивному поведению (Сирота Н. А., Ялтонский В. М., Лыкова Н. М., 2003; Игонин А. Л., Тузикова Ю. Б., Иришкин Д. А., 2004; Масагутов Р. М., Ениколопов С. Н., 2004).

Необходимо отметить, что в большинстве случаев агрессивное и аутоагрессивное поведение у подростков отмечается до лишения свободы и в состоянии дезадаптации происходит активация ранее существовавших форм реагирования. В наших наблюдениях у 87% подростков агрессивные и аутоагрессивные формы поведения отмечались до совершения преступления (Семке В. Я. и соавт., 2004). При этом отклоняющееся поведение возникало как проявление дисгармоничного или патологического пубертатного криза (Гурьева В. А., Семке В. Я., Гиндикин В. Я., 1994; Дозорцева Е. Г., 2000). Употребление наркотиков в этот период придает нарушениям необратимый характер.

С целью психопатологического и социально-психологического анализа взаимосвязи личностных черт подростков с разными формами девиантных реализаций нами в условиях пенитенциарного учреждения было проведено комплексное исследование личностных особенностей 116 несовершеннолетних правонарушителей мужского пола с разными формами зависимости от психоактивных веществ (средний возраст $17,1 \pm 0,9$). Использовались: контент-анализ личных дел осужденных, биографический метод, метод интервью. Психологическое исследование проводилось с применением методик «Mini-Mult» (сокращенный вариант ММРП), цветового теста М. Люшера, ЦТО (Эткинд А. М., 1987) и методов многомерной статистики.

При клиническом обследовании подростков в 86,2% случаев была диагностирована та или иная форма зависимости от психоактивных веществ: в 23,0% случаев – от каннабиноидов; в 16,6% случаев – от алкоголя; в 12,3% случаев – от опиатов; в 4,3% случаев – токсикоманические формы зависимости.

Наибольшее число случаев (30,7%) составили комбинированные формы зависимости: гашишно-опиатная наркомания, каннабиноидная зависимость в сочетании с алкогольной, алкогольная и гашишно-опиатная. Различные нервно-психические расстройства были диагностированы у 25,5% подростков.

Совершенные подростками преступления соответствовали следующим категориям правонарушений по статьям УК РФ: статьи 97-99 (принудительные меры медицинского характера, связанные с наркоманией и алкоголизмом), статья 105 (убийство), статья 111 (умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, в том числе повлекшее по неосторожности смерть потерпевшего), статья 158 (кража), статья 161 (грабеж), статья 162 (разбой), статья 213 (хулиганство), статья 228 (сбыт и хранение наркотиков).

При патопсихологическом исследовании актуального эмоционального состояния подростков с помощью методики многостороннего исследования личности выявлено, что усреднённый профиль личности группы подростков, отбывающих срок наказания в условиях колонии, характеризуется пиками по шкалам личностной тревоги или «психастении», демонстративности или «истерии», асоциальных тенденций или «психопатии», индивидуалистичности или «аутизации» на фоне низких значений показателей шкал депрессии, аффективной ригидности, активности и оптимизма (код профиля 7834 / - 269).

В патогенных подростковых группах, формирующихся в условиях пенитенциарного учреждения, у осужденных легко возникают архаические аффекты с агрессией или аутоагрессией, истерическими защитными реакциями, а страх и тревога возникают не как проявление расстройств эмоциональной сферы, а реактивно, ситуационно. Данное положение можно объяснить условиями пенитенциарного учреждения. Необходимость жить по расписанию, выполнять распоряжения, подчиняться режиму, субъективные ощущения неволи, бесправности, жалости к себе формируют у осужденных психастенические черты, а особенности взаимоотношений – истероидные, демонстративные реакции.

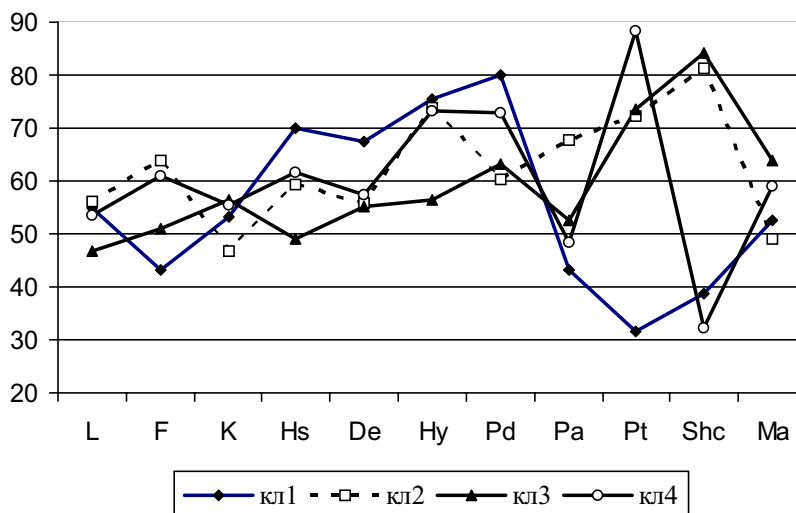
Для более детального изучения индивидуальных проявлений, аффективных и поведенческих особенностей в условиях пенитенциарного учреждения результаты тестирования, полученные с применением методики многостороннего исследования личности,

были подвергнуты кластерному анализу. Наиболее информативным оказалось разделение всех обследуемых на 4 группы соответственно кластерам, сформированных значениями ведущих шкал теста ММРІ (достоверность различий между кластерами подтверждена дисперсионным анализом).

Психологические особенности больных, отдифференцированные 1 кластером (n=33; рис.1), соответствуют усредненному личностному профилю с выраженным подъемом показателей по шкале асоциальных тенденций, демонстративности, соматизации тревоги (код 431/-7F).

Рисунок 1

Усредненные личностные профили групп несовершеннолетних правонарушителей соответственно 4 кластерам, сформированными значениями ведущих шкал теста ММРІ



Данное сочетание свидетельствует о маскировке асоциальных тенденций и реализации эмоциональной напряженности приемлемыми путями, например, заботой о состоянии своего здоровья. При этом соматические жалобы используются для давления на окружающих с целью получения преимуществ и рационального объяснения недовольства своим местом в группе, ощущения несправедливости, изолированности и т.п. Эмоционально-личностные особенности подростков данной группы условно характеризуются нами как «демонстративно-ипохондричные». Среди подростков, входящих в описанную группу, была наиболее распространена судимость за кражу и грабеж (таб. 1; рис. 2).

Группа подростков, выделенная 2 кластером (n=30), характеризуется подъемом показателей по шкале «демонстративности» и «аутизации» в сочетании с тревожностью и ригидностью аффекта (код профиля 3867/-K9). Такое сочетание, при достаточно выраженном подъеме профиля, почти всегда свидетельствует о болезненном состоянии той или иной природы или о лёгкости возникновения декомпенсаций. Для индивидуумов с подобным личностным профилем характерно парадоксальное сочетание ориентировки на внешнюю оценку, на одобрение окружающих со склонностью строить своё поведение, исходя из внутренних критериев. Эти подростки эгоцентричны, аутизированы, что условно характеризует их как «лично-дисгармоничных». В

описываемую группу вошло наибольшее число подростков, осужденных по 105 статье Уголовного Кодекса РФ за убийство.

Многочисленная группа подростков, сформировавшая 3 кластер (n=29), характеризуется усредненным личностным профилем с пиками по шкале тревоги, аутизации на фоне асоциальных тенденций и повышенного уровня активности (код профиля 789'4/-16). У лиц с таким типом профиля депрессивные тенденции сочетаются с раздражительностью, тревожностью, устойчивыми стереотипами отклоняющегося поведения. Асоциальные поступки совершаются в результате недооценки возможных последствий своих действий, неспособности к тем или иным условиям, невозможностью осознать социальную норму. Неспособность контролировать свои контакты и своеобразие мышления обуславливали связь этих подростков с девиантными группами, что являлось наиболее частой причиной антисоциального поведения. Подростки, обозначенные нами как «социально дезадаптированные», чаще совершали преступления, связанные с умышленным причинением тяжкого вреда здоровью. К ним применялись принудительные меры медицинского характера по поводу наркологических расстройств.

Подростки, сформировавшие группу, соответствующую 4 кластеру признаков ММРІ (n=19), характеризуются усредненным личностным

профилем с кодом 734/-68. В актуальном психическом состоянии подростков этой группы доминирует дисгармоничное сочетание высоких показателей по седьмой и третьей шкале: склонность к тревоге и болезненной реакции на замечаемые отрицательные сигналы сочетается с высокой потребностью во внимании, признании и демонстративном поведении.

Лица этого круга условно обозначены нами как «тревожно-импульсивные» с зависимой от мнения группы позицией. Тревожность определяется скорее как устойчивая черта, чем как состояние, и бывает, как правило, связана с длительной предшествующей

невротизацией. Данное положение может объясняться как личностными особенностями, так и внешними факторами, а именно фактом совершения преступления, резким изменением привычного образа жизни, необходимостью сдерживать агрессивность, регламентирующими условиями пенитенциарного учреждения. При неприятии новых шаблонов у отдельных личностей могут наблюдаться истероидные, демонстративные реакции, шантажно-демонстративные действия, реакции по типу «ухода». Подростки этой группы наиболее часто были судимы за разбой и умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, в том числе, повлекшее смерть пострадавшего.

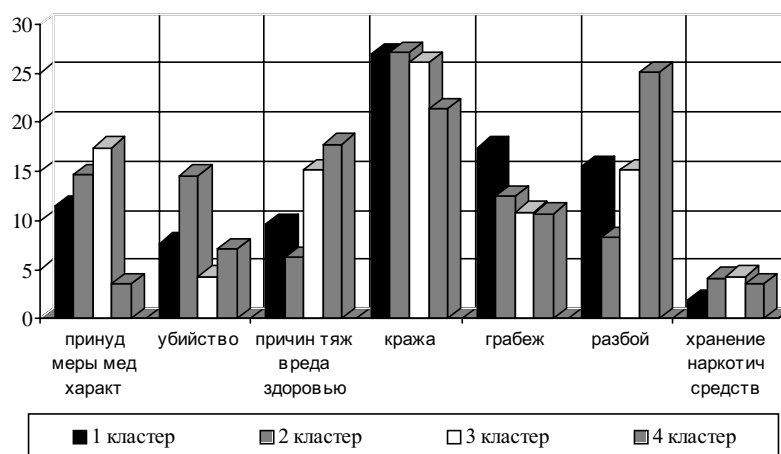
Таблица 1

Распределение статей УК РФ соответственно 4 кластерам, сформированным значениями ведущих шкал MMPI (в %)

кластер	статьи УК РФ						
	97, 98, 99	105	111	158	161	162	228
1 кластер	11,5	7,7	9,6	26,9	17,4	15,5	1,9
2 кластер	14,7	14,6	6,25	27,1	12,5	8,3	4,2
3 кластер	17,4	4,3	15,2	26,1	10,9	15,2	4,3
4 кластер	3,6	7,1	17,8	21,4	10,7	25,1	3,6

Рисунок 2

Категории правонарушений, совершенных подростками, в соответствии с кластерами, сформированными значениями ведущих шкал MMPI (в %)



Статьи, не вошедшие в обработку, но присутствующие в данной выборке в одном или в двух случаях – это 222 статья (незаконное приобретение, передача, сбыт, хранение, перевозка или ношение оружия, взрывчатых веществ и взрывных устройств), ст. 112 (умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью), ст. 119 (угроза убийства или причинения тяжкого вреда здоровью), ст. 131 (изнасилование), ст. 132 (насильственные действия сексуального характера), ст. 166 (неправомерное завладение

автомобилем или иным транспортным средством без цели хищения), ст. 175 (приобретение или сбыт имущества, добытого заведомо преступным путем), ст. 213 (хулиганство).

Значения по цветовому тесту М. Люшера у подростков, отбывающих наказание за совершенные преступления в воспитательной колонии, представлены следующим процентным соотношением. На первой позиции у многих обследуемых доминируют черный и фиолетовый цвета (23,5% и 22,6%).

Предпочтение черного цвета на первой позиции свидетельствует о протестных реакциях на сложившуюся ситуацию, о нетерпимости к мнению других, о противодействии внешнему давлению. Фиолетовый цвет на первых позициях говорит о трудности социальной адаптации, об эмоциональности, о субъективности и пристрастности.

Каждый из цветов ЦТО обладает собственным эмоционально-личностным значением – в ассоциациях с цветами отражаются отношения испытуемых к значимым для них понятиям и людям, к социальным стереотипам (Эткинд А. М., 1987). В нашем исследовании тест ЦТО показал, что у большинства осужденных первое место отведено «здоровью», ассоциируемое с желтым цветом (33,3%), который отражает эмоции удивления, надежды и высокий уровень активность при низких моральных устоях.

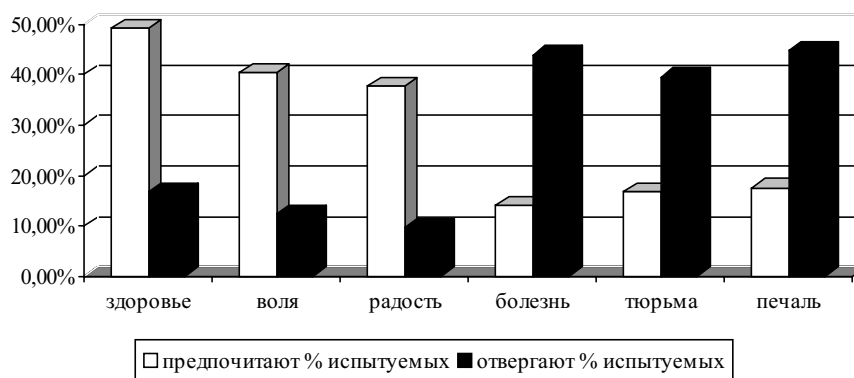
Понятие «воля» оказалось менее предпочтительным для испытуемых и занимало второе место, что

соотносится с зеленым и желтым цветами (25,4%). Зеленый цвет отражает оборонительные тенденции, интравертированность, упрямство и доминантность. «Радость» виделась испытуемыми в фиолетовом цвете (29,8%) – цвете грез и непродуктивных мечтаний, отвечающим за эгоизм и неискренность. «Болезнь и тюрьма» отвергались и «окрашивались» в черный цвет (40,5% и 52,6% соответственно), которому приписываются негативные характеристики и переживания страха. «Печаль» также отвергалась и имела серую расцветку (34,2%) – цвет связан со слабостью, пассивностью, утомляемостью.

Часть испытуемых (12-17%) свое пребывание в тюрьме оценивает как предпочитаемое событие, отвергая при этом понятия «воля», «радость», «здоровье». Это может свидетельствовать о «принятии» своего положения, своеобразной адаптации к условиям пенитенциарного учреждения (рис. 3).

Рисунок 3

Процентное распределение предпочитаемых и отвергаемых понятий по тесту ЦТО в группе несовершеннолетних правонарушителей



Статистический анализ результатов экспериментально-психологического обследования подростков, отбывающих срок наказания в воспитательной колонии, позволил выделить паттерны личностных характеристик, представляющие группы несовершеннолетних правонарушителей. В первой группе «демонстративно-ипохондричных» доминировали правонарушители, отбывающие наказания за грабеж. В группе «лично-дисгармоничных» подростков большинство было судимо за убийство. Третья группа «социально-дезадаптированных» подростков совершала преступления, связанные с умышленным причинением тяжкого вреда здоровью, к ним применялись принудительные меры медицинского характера по поводу наркологических расстройств. Четвертая группа «тревожно-импульсивных» подростков наиболее часто была судима за разбой и умышленное причинение тяжкого вреда здоровью,

в том числе, повлекшее смерть пострадавшего. За кражу были судимы подростки из всех групп.

Аддиктивное поведение (алкогольное и наркотическое) как вариант девиантного поведения детей и подростков является социально значимой проблемой в связи с распространенностью этого явления и тяжестью последствий в виде делинквентного и криминального поведения. Полученные результаты комплексного клинико-психологического исследования являются основой дифференцированного подхода к индивидуальным проявлениям, аффективным и поведенческим особенностям личности в условиях пенитенциарного учреждения с целью разработки методов ресоциализации несовершеннолетних правонарушителей, профилактики рецидивной преступности и медицинской реабилитации детей и подростков с противоправным поведением.

Литература:

1. *Аффективные расстройства у несовершеннолетних преступников - потребителей ПАВ, совершивших тяжкие преступления / А. Ф. Аболонин, С. И. Гусев, И. А. Жукова, А. А. Марков, Г. Я. Снигирева, О. И. Трифионов // Научные достижения и опыт клинических исследований в психиатрии / Под науч. ред. акад. РАМН В. Я. Семке - Томск, 2004. - С. 7-12*
2. *Гурьева В. А., Семке В. Я., Гиндикин В. Я. Психопатология подросткового возраста (теоретические, клинические и судебно-психиатрические аспекты). - Томск, 1994. - С. 310*
3. *Дозорцева Е. Г. Аномальное развитие личности у подростков с противоправным поведением: методология психологического исследования и практики // Российский психиатрический журнал. - 2000. - № 2. - С.19-29*
4. *Дмитриева Т. Б., Антонян Ю. М., Горинов В. В., Шостакович Б. В. Психопатологические и криминологические аспекты агрессивного поведения лиц с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. -1999. - № 4. - С. 4-10*
5. *Зайцев В. П. Вариант психологического теста Mini-Mult // Психологический журнал, 1981. - Том 2. - № 3. - С. 118-123*
6. *Игонин А. Л., Тузикова Ю. Б., Иришкин Д. А. Злоупотребление психоактивными веществами и асоциальное поведение // Наркология, 2003. -№ 3. - С. 50-58*
7. *Колосов Р. А., Сидоров П. И., Ручкин В. В., Григоренко Е. Л. Клинико-биологические особенности подростков-правонарушителей, злоупотребляющих алкоголем // Наркология, 2004. - № 4. - С. 65-72*
8. *Масагутов Р. М., Ениколопов С. Н. Показатели агрессивности у заключенных юношей с различным статусом в неформальной иерархии воспитательной колонии // Психологический журнал. - 2004. - № 1. - С. 119-124*
9. *Надеждин А. В. Наркологические заболевания и правонарушения у несовершеннолетних // Наркология, 2003. - № 9. - С. 18-21*
10. *Сирота Н. А., Ялтонский В. М., Лыкова Н. М. Базисные копинг-стратегии у подростков 11-12 лет из неблагополучной и благополучной среды // Вопросы наркологии, 2003. - № 1. - С. 36-46*
11. *Худяков А. Ф. Аддиктивное поведение и делинквентность подростков // Российский психиатрический журнал, 2000. - № 2. - С. 50-55*
12. *Эмоционально-личностные особенности подростков с противоправным поведением / В. Я. Семке, Н. А. Бохан, И. А. Жукова, А. И. Мандель, Г. Я. Снигирева, А. Ф. Аболонин, С. И. Гусев, А. А. Марков // Психологические нарушения в детско-подростковом возрасте / Изд-во «Раско». - Томск, 2004. - С. 174-176*

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ПРИ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ ЛИЦ, ПОСТУПАЮЩИХ В УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ МВД РК

М. Б. Едигенова, С. А. Царенко, М. К. Айтенов, К. М. Нургазенов

Все кандидаты, как поступающие в учебные заведения, так и непосредственно на службу, проходят медицинское освидетельствование в ОБВК в едином порядке. При этом, критерии психического здоровья определены с нозологических позиций, что значительно осложняет экспертизу. Кроме того, практика показывает, что успешность будущей профессиональной деятельности зависит также и от характерологических особенностей кандидата (1).

Целью данной статьи явилось изучение характерологических черт лиц, поступающих в средние и высшие учебные заведения системы МВД на очное отделение. За период с 1.01.05 г. по 1.07.05 г. в Окружной военно-врачебной комиссии медицинской службы ДВД Костанайской области прошло 630 обследуемых на учебу (большая часть из них – лица моложе 18 лет), психическая патология составила – 9,2% от общего числа обследуемых. Кроме того, выявлены крайние варианты нормы, представленные педагогической запущенностью и акцентуациями характера. Патохарактерологические формирования составили – 33% от числа всей выявленной психической патологии (последняя представлена случаями резидуально-органического поражения ЦНС, олигофрении, эпилепсии, психофизического инфантилизма).

Из числа всех обследуемых акцентуации характера составили – 4,2% (27 человек). По данным К. Leonhard (1976, 1981), в развитых странах более половины населения относится к акцентуированным личностям. Однако, учитывая предварительный отбор кандидатов на уровне отделов кадров подразделений МВД, а также ситуацию прохождения медосвидетельствования, повышающую самоконтроль кандидатов, полагаем, что данная цифра представляет собой число лиц с явной акцентуацией характера.

В условиях деятельности работников ОВД акцентуации характера могут играть существенную как положительную, так и отрицательную роль. Нельзя не отметить, что клиническая диагностика типов психопатий и акцентуаций характера, даже при достаточном полных сведениях и продолжительном наблюдении, нередко представляет нелегкую задачу.

Тем более, что весьма сложно провести дифференциальную диагностику и провести границу между акцентуациями характера и формирующимися психопатиями в условиях однократного освидетельствования испытуемых в ОБВК. Кроме того, психиатрическое освидетельствование подростка является,

в большинстве случаев, для него стрессовой ситуацией. От этого осмотра подросток обычно ждет решения животрепещущих для него вопросов. Учитывая это, диагноз «патохарактерологического развития» нами выставлялся, как правило, при двукратном освидетельствовании с использованием дополнительного психологического исследования поведенческой сферы, эмоционально-волевых процессов (тесты Розенцвейга, Кеттелла, Векслера, ПДО для подростков и др.). При необходимости запрашивались характеристики из учебных заведений, другие объективные сведения, применялись параклинические методы обследования (РЭГ, ЭЭГ и др.) для исключения психопатоподобных расстройств, обусловленных органическим заболеванием мозга. При этом, «критерии годности к службе в ОВД по особенностям психического здоровья основаны на совокупности результатов психодиагностического и клинического освидетельствования, однако в случае расхождения предпочтение отдается результатам клинического наблюдения» (2).

Экспертные вопросы психиатрического освидетельствования ставят задачу четкой дифференцированной диагностики между акцентуациями характера и патологическими формированиями личности, между вариантами нормы и патологией.

Для акцентуаций характерны две основные группы динамических изменений:

Первая группа – это транзиторные изменения:

- острые аффективные реакции;
- преходящие психопатоподобные нарушения поведения (делинквентность, т.е. мелкие правонарушения, не достигающие наказуемого в судебном порядке криминала; токсикоманическое поведение; побег из дома; транзиторные сексуальные девиации);

- развитие на фоне акцентуаций характера разнообразных психогенных психических расстройств - невротозов, реактивных депрессий и т.п.

Вторая группа динамических нарушений при акцентуациях – это:

- переход «явной» акцентуации в скрытую, латентную;
- формирование под действием неблагоприятных условий среды так называемых «краевых психопатий» (по О. В. Кербинову);
- трансформация типов характера в возрастной динамике, которая возможна только в сторону совместимых типов.

Личко А. Е. (3) рекомендует диагноз «патохарактерологическое развитие» выставлять только в тех случаях, когда клиническая картина соответствует критериям диагностики психопатий по О. В. Кербинову, то есть: тотальность и относительная стабильность патологических черт характера и их выраженность до степени, нарушающей социальную адаптацию. В противном случае состояние обследуемого следует расценивать, как «патохарактерологические реакции на фоне акцентуации характера», «нарушение поведения на фоне акцентуации характера».

В условиях военно-врачебной экспертизы подобные тонкости в диагностике требуют соответствующего заключения о годности к поступлению в учебные заведения МВД.

Поскольку «акцентуация характера» не может быть психиатрическим диагнозом и представляет собой, хотя и крайний, но вариант нормы, экспертное заключение психиатра о годности к поступлению, как правило, бывает положительным.

Однако, жесткие требования, предъявляемые к кандидатам, диктуют дифференцированный подход, который согласно приказу МВД РК № 470 от 24.12.1998 г., еще в полной мере не отработан. Диагнозом могут служить различные расстройства, возникшие на фоне акцентуации, как преморбидном фоне, и тогда заключение о годности кандидата может быть отрицательным. К примеру, склонность к частым невротическим реакциям, психогенным расстройствам функций внутренних органов и др.

Среди обследуемых акцентуации характера были представлены следующими типами: астено-невротический, тормозимый, неустойчивый, возбудимый, эпилептоидный, смешанный. Все акцентуации, на наш взгляд, были явными, т.к. в условиях прохождения ОВВК, требующего повышенного самоконтроля, обследуемые, тем не менее, демонстрировали те или иные характерологические черты, особенности поведения по определенному типу реагирования.

Дифференциальная диагностика акцентуаций и патологических формирований проводилась нами по критериям, выделенными Личко А. Е., определяющими показатели степени отклонения характера:

- тяжесть, продолжительность и частота декомпенсаций, фаз, психогенных реакций и их соответствие силе и особенностям вызвавших факторов;

- степень тяжести крайних форм нарушения поведения;

- оцениваемая в «длиннике», степень социальной (трудовой, семейной) дезадаптации;

- степень правильности самооценки особенностей своего характера, критичности к своему поведению.

Кроме того, если особенности характера не укладываются в три основных критерия по Кербинову, но достаточно ярко выражены, то это отмечается нами, как «акцентуированные черты характера». Однако в случаях, когда отмечаются частые декомпенсации, склонность к невротическим реакциям,

психогенным расстройствам функций внутренних органов и др., то такие лица признавались негодными по статьям 7в, 8г и заключение базировалось на данных анамнеза, характеристики, психического статуса, а также психологического исследования личности.

Группа обследуемых с диагнозом «патохарактерологическое формирование» представлена 7 случаями:

- 5 обследуемых – с патохарактерологическим развитием по неустойчивому типу;

- 1 человек – по тормозимому типу;

- 1 человек – по аффективно-возбудимому типу.

Среди кандидатов с неустойчивым типом реагирования трое имели несколько эпизодов употребления анаши. Характерно раннее знакомство со спиртными напитками, курением, снижение успеваемости в среднем – старшем звене школы по причине того, что «пропал интерес к учебе», предпочтение учебы и занятий спортом поиску развлечений. Для данной группы характерны длительная психотравмирующая ситуация в семье (1 человек – воспитывался в детском доме, родители лишены родительских прав, у 2 человек родители находятся в разводе, у 2 человек один из родителей злоупотребляет алкоголем, дома скандалы).

Случай патохарактерологического развития по тормозимому типу был представлен следующей клинической картиной: выраженная робость, неуверенность в себе, при индивидуальной беседе резкое ухудшение продуктивности в интеллектуальных заданиях, склонность к, так называемому, «экзаменационному ступору» в анамнезе, сохранение видимости удовлетворительных отношений среди сверстников за счет постоянных уступок с его стороны.

Обследуемый с патохарактерологическим формированием по аффективно-возбудимому типу за период прохождения Окружной военно-врачебной комиссии продемонстрировал в поведении выраженную конфликтность в ситуации ожидания очереди, мрачный аффект, вспышки гнева, демонстративность по отношению к врачам Окружной военно-врачебной комиссии при направлении его на дополнительное обследование. В школьной характеристике в целом положительного содержания указывались такие свойства характера, как «нетерпимость к несправедливости», «склонность защищать одноклассников перед учителями, вступать в споры, пререкания».

Следует отметить, что все вышеперечисленные типы формирующихся психопатий больше относятся к, так называемым, краевым формам. Не было выявлено ни одного случая органической или конституциональной психопатии, которые, как правило, формируются в более раннем возрасте, в основном, до 18 лет.

Как известно, в советской школе психиатрии, а теперь и в казахстанской высказывалось суждение о том, что до 18 лет диагноз психопатии должен ставиться с большой осторожностью, т.к. нарушения

поведения, сходные с психопатическими, в подростковом возрасте часто бывают преходящими. Однако принципиальная возможность такого диагноза до 18 лет не отвергалась. В связи с этим, а также учитывая короткий срок наблюдения в процессе прохождения Окружной военно-врачебной комиссии, диагноз «психопатия» не выставлялся никому. Кроме того, ряд авторов говорит о возможности смягчения, регрессии клинических проявлений психопатий, обратном развитии патохарактерологических формирований при социально благоприятных условиях (4).

Катамнестическое исследование показывает ошибочность этого диагноза в 27,5-40% случаев, при этом процент диагностических ошибок тем выше, чем в более молодом возрасте установлен диагноз. Так, П. Б. Ганушкин, О. Е. Фрейеров, В. К. Смирнов (5) отмечали, что у некоторых больных с годами наступает такая стойкая компенсация, что приходится говорить о психическом здоровье. Это, по всей видимости, связано с разным темпом зрелости эмоционально-волевой сферы, ошибками в определении этапов формирования краевой психопатии, с разными уровнями компенсации. Все это подтверждает мысль, что диагноз «психопатия» в 18-20 лет

имеет ограниченный характер и со временем должен уточняться (6). В связи с этим следовало бы, на наш взгляд, пересмотреть положения приказа МВД РК № 470 от 24.12.1998 г. и дать возможность прохождения медицинского освидетельствования лицам, признанными негодными к военной службе в мирное время по статье 7б (естественно, после пересмотра данной статьи в департаменте по делам обороны).

Таким образом, анализ полученных данных показывает, что дифференциация между психопатиями и акцентуациями характера, разделение акцентуаций, психопатий по выраженности служат, прежде всего, для прогноза и связанными с ним вопросам экспертной практики.

Невысокий уровень данных расстройств позволяет говорить о хорошей работе по отбору кандидатов на учебу в кадровом аппарате подразделений ДВД. Приведенная оценка состояния освидетельствуемых лиц, поступающих в учебные заведения системы МВД, выдвигает задачи дальнейшего улучшения взаимодействия преемственности всех служб, включая лечебные заведения, отделы кадров всех подразделений ДВД.

Литература:

1. Виноградов М. В. *Проблемы распространенности, динамики и профилактики психических расстройств среди личного состава ОВД.* – М., 1982
2. Виноградов М. В. и др. *Методика и организация психиатрического освидетельствования лиц, поступающих на службу в ОВД.* – М., 1982
3. Личко А. Е. *Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков.* – М., 1999
4. Гурьева В. А. Гиндикин В. Я. *Юношеские психопатии и алкоголизм.* Москва, 1980
5. Смирнов В. К., Нечипоренко В. В. *О динамической диагностике психопатий // Журнал неврологии и психиатрии, 1989. - № 12*
6. Прокопенко Л. А., Адаменко А. М. *Об источниках ошибок психиатрической экспертизы в подростковом возрасте // Журнал неврологии и психиатрии, 1989. - № 8*

ПИСЬМА

ПУТЕВЫЕ ЗАПИСКИ

С. Фридрих

Здравствуйте, мои дорогие!

Все, кто читает то, что пишу вам я.

Почти месяц я не писала для рассылки. БОГ ВНУТРИ я уже написала для вас. БОГ СНАРУЖИ – дальше покажу вам. Людям ведь необходимо **знать, К КОМУ они обращаются**. Когда адресат известен, письмо дойдет по назначению. БОГ не персона некая, не дедушка, сидящий на облаке и грозящий нам всем пальчиком: «Бойтесь меня и любите». Невозможно из страха любить – притворство одно.

БОГ ВНУТРИ И БОГ СНАРУЖИ. БОГ, ТО ЧТО ЕСТЬ – ЭТО НЕПРЕРЫВНЫЙ СОЗДАЮЩИЙ ВСЕ ПРОЦЕСС ВСЕЛЕННОЙ, ПЕРСОНОЙ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ САМ КАЖДЫЙ ЧЕЛОВЕК. ТРИЕДИНСТВО БОЖЕСТВЕННОГО ПРОЦЕССА Я ПОКАЖУ ПОЗЖЕ, во второй главе своей книги – БОГ СНАРУЖИ. Сначала я покажу вам то, что увидели мы в нашей частной поездке по пяти городам России. **ТО, ЧТО СНАРУЖИ** – там очень видно. Города: Санкт-Петербург, Москва, Новосибирск, Челябинск, снова Петербург и снова Москва.

Сначала **о нас**. Новая Форма Работы моя и Анны Барг стала **НОВОЙ РАБОТОЙ** – моей и Елены сейчас Николаевой из Москвы. Я теперь тоже живу в Москве. Всем, кто меня знает много лет, известно, что я сама непрерывно меняюсь и моя Работа тоже меняется непрерывно. Застывший психотерапевт остановился в своем развитии. Это небезопасно для здоровья и самого психотерапевта и его клиентам польза от этого малая. Я писала в статье на сайте fridrik-barg.narod.ru о том, что у каждой из нас свой дар. У Анны – ее, у меня – мой. Я там сказала уже, что Анна молода и наша с ней Работа не главное ее дело в жизни. У нее все впереди. Пришло время нам с ней перестать делать Новую Форму Работы, так как постоянное использование ее ДАРА только для людей нанесет вред ее молодому организму. Ей еще предстоит свою семью создать и деток своих родить. Так что мы вместе с Анной по-прежнему, только иначе. Она сейчас делает свое. Часть того, что было ей предназначено, она выполнила блестяще. Впереди у нее много нового. Она все делает блестяще. Мы иначе не умеем. Встреча с Еленой нам тоже была предназначена. Она моя сверстница, мы с 1959 года рождения. У нее ДАР тоже, как и у Анны, только сильнее во много. Многим известно, что ДАР после 40 лет приходит к людям. И повредить организму уже не может. Поэтому я и позвала ее в марте этого года в свою **НОВУЮ РАБОТУ** для помощи людям и чтобы Анне Барг облегчить жизнь:))) Только в июне Елена была уже полностью готова и мы теперь с ней **РАБОТАЕМ ВМЕСТЕ**.

В **НОВОЙ РАБОТЕ** теперь так – **мой интенсив, моя ответственность полная**. Я всегда сама отвечаю за результат своей работы. Елена **РАБОТАЕТ РУКАМИ** с телом человека в дыхании. Ее руки исцеляющие. **Мы вместе делаем** то, что недоступно нам было с Анной или мне одной. **Спасать жизнь человеческую, тело и душу – наша НОВАЯ РАБОТА**. Нам с Анной **ЭТА РАБОТА** была невозможна. Моя работа – видеть и говорить о том, что я вижу. Делать так, чтобы увидеть могли все желающие. Нет загадок ясновидения. Есть внутреннее видение и внешнее. **Ясное видение глазами открытыми (внешнее) доступно всем людям, кто хочет видеть**. А внутреннее и незачем развивать, когда внешнее работает. **Еще моя работа – убрать все, что мешает человеку жить легко и радостно**. Убрать из тела, из души, из организма, из дома. Убрать изнутри и снаружи. Чтобы было легко, чисто, красиво. Я же женщина. Уборка – дело все же больше женское:))) **В чистом доме жить легко. В чистом теле нет болезней**. Мне смешна наука психология, наука, расчленяющая **ЦЕЛОЕ** на части. Она придумана всего лишь столетие, а сколько проблем людям от нее. **Науки о чистоте души, мыслей, тела, дома, города, страны, Земли не существует пока. Я ею и занимаюсь теперь** Правда, действуя непрерывно в видимой реальности, а не придумывая умственные конструкции несуществующие в видимом мире (Кажется, это будет следующая моя книга:))).

ИТАК, ЗАМЕТКИ В ПУТИ.

По личным семейным делам это были мои поездки вместе с Еленой. Санкт-Петербург встретил меня после 24 лет разлуки. Я очень люблю этот город. Я не узнала его. Вместо радостного приветствия утром на Московском вокзале я почувствовала его бессильное безмолвие. Этот город **БЫЛ** раньше сильным! Я помню его таким. Вижу и чувствую – Дух Города словно задыхается. Каждый Город на Земле – особенный. Все Города – разные. У каждого Города – свой особенный **ДУХ**. Дух Санкт-Петербурга сейчас нездоров. Нам сразу ясно стало, как осмотрелись мы и почувствовали. Много увидела я просто глазами. Вам покажу то, что сама увидела. На что люди не обращают внимания. Многие из вас тоже увидят легко. **Увидите, если захотите, конечно. Не захотите – не увидите**.

Не чисто на тротуарах ранним утром, не чисто на стенах Невского проспекта. Знаки, надписи на стенах домов, очень своеобразные, некрасивые, вычурные. Не ясно, что написано. Только слепой с

абсолютным отсутствием зрения их не видит. Люди не слепые думают, что это чьи-то «граффити» - такие названия мне сказали и в Питере и в Москве. Люди **НЕ ВИДЯТ НЕ ЧИСТОТУ, ДУМАЯ, что это «граффити»**. Кто-то думает так, кто-то – «подростки» пишут, недоумки, кто-то думает иначе. **А не чистое остается на стенах!** Пока люди думают, не видя грязи. Знаки эти написаны злонамеренно. Те, кто их пишут, знают, для чего они это делают. Не моя задача искать тех, кто тайком по ночам делает такие надписи. Мне сказали, что сизый могильный крест в середине Невского какой-то священник наносил. Сама я не видела. Если днем пишут, то обосновывают как-то. Не моя задача следствие вести. Моя задача – **ГОРОДУ ПОМОЧЬ. Я сама себе эту задачу поставила, почувствовав ДУХ ГОРОДА и увидев, ЧТО в нем сделано.** Меня удивляет вот что. Как люди, живущие в этом городе, оставляют стены своего города грязными? **Не видно разве – НЕ ЧИСТО В ГОРОДЕ? Нужна уборка.** А ведь Питер сегодня вроде бы даже центр психотерапии. Психотерапевтов думающих много, а **ВИДЯЩИХ** пока немного.

Покажу то, что вижу и то, что знаю. Знаки такие написаны на стенах домов, причем, в Питере их **ОСОБЕННО МНОГО**, больше гораздо, чем в других городах. В других городах **ТОЧНО ТАКИЕ ЖЕ ЗНАКИ ЕСТЬ**, просто в ином исполнении. **СВЯЗЬ ЕСТЬ. ДА.** Их в других городах меньше, чем в Питере. В Челябинске почти совсем нет. Самый чистый из всех пяти городов он сегодня. Москва и Новосибирск тоже чистые, но и эти города хотят и пытаются сделать не чистыми.

Что это за знаки такие? **НЕТ МИСТИКИ. ЕСТЬ ПРОСТАЯ ФИЗИКА.** Вся материя во Вселенной – волны различной длины и частоты. **ВОЛНА – первичная форма материи.** Материя самая тонкая – души, затем – видимого света, звука, цвета, плотная. **ТАК.** Физические, электромагнитные и всякие прочие волны существуют в мире. Ученые-физики знают. Я – простая не ученая женщина :))).

Все вычурные некрасивые надписи определенных расцветок, определенных изгибов линий **ИМЕЮТ СВОЮ ВОЛНОВУЮ ЧАСТОТУ** или вибрации. Эти волны-вибрации люди видят на стенах. Внутри людей нарастает неясное раздражение, недовольство. **ЛЮБОГО НОРМАЛЬНОГО ЧЕЛОВЕКА НЕ ЧИСТОТА РАЗДРАЖАЕТ.** Но прохожие идут по городу, думая в лучшем случае, что кто-то должен стереть эти надписи. Что это – задача властей города, хозяина дома и т.д. **КТО УБЕРЕТ, ЕСЛИ НЕ Я?** Так мало кто думает в Петербурге. В Москве люди на жилых домах **сами убирают**, моют, закрашивают. Не ждут, что придет мэр и даст свое распоряжение. Москва сейчас красивая, чистая и сильная. **А в Питере ждут чего-то. Это и плохо.** Сила таких знаков не чистая – **она есть пока люди видят** эту не чистоту. Самый сильный источник всего творения – в душе каждого человека. Организм человеческий – пока

неразгаданная загадка для науки сегодня. Я разгадываю сама и многое покажу людям. **НЕ ЛЮБЛЮ НЕРАЗГАДАННЫХ ЗАГАДОК.**

Внутреннее напряжение людей **ЖИВОЕ.** Оно накапливается внутри при большом количестве не чистого снаружи в городе. Может произойти взрыв через время. **Напряжение лишь двумя путями из организма выходит – взрыв внутрь, в болезнь или взрыв наружу, в опасные для других действия.** Нарастает напряжение внутри города. Город – живой организм, как и все живое. Когда Город нездоров – людям в нем тоже нелегко. Люди уставшие, раздраженные, ослаблено здоровье людей. На стенах в Питере знаки двух степеней воздействия – слабой и средней силы. Те, что с сизым могильным крестом у чистой души вызывают ужас и панику. У меня есть фотография, где это ясно видно. Люди не могут отследить в себе такие тонкие вибрации. Они проходят мимо, не замечая таких тонкостей, к вечеру привычно неважно чувствуя себя, списывают все на стресс, на атмосферное давление и пр. **ВСЕ ТАКИЕ НАДПИСИ НА СТЕНАХ ВРЕДОНОСНЫ ДЛЯ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА. ЭТО НУЖНО ЗНАТЬ И НУЖНО ИХ УБРАТЬ. КАЖДОМУ ЖИТЕЛЮ НУЖНО СДЕЛАТЬ ЭТО ДЛЯ САМОГО СЕБЯ, ДЛЯ СВОИХ РОДНЫХ И ЛЮБИМЫХ, ЧЬЕЙ ЖИЗНЬЮ ВЫ ДОРОЖИТЕ.**

Я ОТВЕЧАЮ ЗА КАЖДОЕ СВОЕ СЛОВО.

ЕСТЬ ТАКИЕ ЗНАКИ НА СТРАТЕГИЧЕСКИХ ОБЪЕКТАХ – В МЕТРО НА ЭСКАЛАТОРНЫХ ЛЕСТНИЦАХ, НА МКАДЕ НА ОГРАДИТЕЛЬНОЙ СТЕНЕ, НА МОСТАХ, НА ВЪЕЗДАХ В ТОННЕЛИ. В Питере на станции метро Маяковская выход на Невский крайний правый эскалатор вверх – две ступени помечены. Рядом цифра 3. Движущаяся лестница эскалатора имеет свою частоту колебаний. Знаки – свою. Время спустя обе частоты могут войти в резонанс и **может быть разрушение эскалаторной лестницы.** Могут погибнуть люди из-за обрыва или поломки.

НУЖНО ЗАКРАСИТЬ ЭТИ ЗНАКИ. НЕЛЬЗЯ ДОПУСТИТЬ ГИБЕЛИ ЛЮДЕЙ. ПРИЧИНЫ – КОНКРЕТНЫЕ. Я ВАМ ПОКАЗЫВАЮ. НЕЗАЧЕМ НА СЛУЧАЙНОСТИ ПОТОМ СПИСЫВАТЬ. ВОВРЕМЯ УБИРАТЬ НУЖНО. И ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ СПАСЕНЫ БУДУТ. ТАКУЮ ЖЕ НЕ ЧИСТОТУ НУЖНО УБРАТЬ НА ВСЕХ МАГИСТРАЛЯХ, МОСТАХ АВТОМОБИЛЬНЫХ И ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНЫХ. МОСТЫ РЕЗОНИРУЮТ ТОЖЕ.

В Новосибирске мы видели такие же знаки на мосту через Обь. Кому это важно – в любой момент могу показать и рассказать. Все, что мы могли в эти дни сделать, **МЫ СДЕЛАЛИ В ПИТЕРЕ И НОВОСИБИРСКЕ. ИСТОЧНИК НАПРЯЖЕНИЯ В ПИТЕРЕ СЕЙЧАС ОСЛАБ СИЛЬНО, МЫ УБРАЛИ СКОЛЬКО СЕЙЧАС СМОГЛИ. И В НОВОСИБИРСКЕ УБРАЛИ, ПОЧИСТИЛИ.** Знаки в Питере сейчас как в агонии, когда мы второй раз туда поехали убирать не чистое.

Но их нужно все вымыть или закрасить. Тогда людям легче будет. На все надписи наших рук не хватит.

Есть еще в городах каменные «скульптуры» уродливые, некрасивые. Камни исписаны плохими знаками. И сами камни плохие для городов. Они плохо влияют на здоровье людей. В Петербурге есть на станции Горького скульптура девочки с мальчиком среди деревьев недалеко от входа в метро. Плохая очень скульптура. На лицах детей знаки и кресты написаны. Убрать совсем ее нужно. Или еще почистить. Мы временно очистили. Но перед отъездом снова плохое пошло оттуда. Люди фотографируются возле нее, плохое в дома свои несут на фотографиях. Кому нужен такой некрасивый памятник? И знаки на нем зловердные? Их нужно закрасить тон в тон. Есть же у города хозяин? **ИЛИ НЕТ ЕГО? ЕГО СЕЙЧАС НЕТ В ПИТЕРЕ. ЭТО ВИДНО. ПАМЯТЬ ТЯЖЕЛЫХ ПРОШЛЫХ ЛЕТ ТОЖЕ ДОЛЖНА БЫТЬ КРАСИВОЙ, А НЕ УРОДЛИВОЙ.** Как в Челябинске, например, памятник танкисту на Кировке. Или в Новосибирске на вокзале – память ушедшим на фронт.

В Новосибирске **зловредные камни в центре города.** Уродливая огромная «скульптура» возле драматического театра, где целый «ансамбль» тяжеловесный из Ленина, «трех мужиков», как нам житель города сказал, и **СТРАННОЙ ПАРЫ** «мужчины-женщины». Пара вся вредоносная, высоко над людьми возвышается, асимметрией своей разрезающая все пространство города вокруг **НЕЗДОРОВО.** Это нездоровье на городе и на его жителях отражается. Вся «композиция» тяжелых, некрасивых скульптур красоту площади съедает, широкую перспективу проспекта закрывает. Зачем она там? Нравятся ли людям эти громады? А **СТРАННУЮ ПАРУ ВРЕДОНОСНУЮ ДЛЯ ЛЮДЕЙ В ГОРОДЕ ЛУЧШЕ УБРАТЬ.** Реклама в Новосибирске тоже вредоносная. Но о рекламе потом буду говорить отдельно. Скажу только – в разных городах **ВСЕ ВИДЯТ РОГАТОГО МАЛЬЧИКА** на рекламе «Билайн». Была трудолюбивая пчелка, на новой рекламе – **РОГАТЫЙ МАЛЬЧИК С НЕДОБРОЙ УХМЫЛКОЙ ВМЕСТО УЛЫБКИ.** **Видно,** владелец компании сменился...

В Петербурге **ЕСТЬ ЕЩЕ ОДИН ВРЕД ЛЮДЯМ.** Восковые фигуры ныне живущим – Хазанову, Якубовичу, Макаревичу, Путину и Бушу, Брюсу Уиллису. Мы видели их на Невском проспекте. **НЕЛЬЗЯ ДЕЛАТЬ ТАКИЕ ФИГУРЫ ЖИВЫМ ЛЮДЯМ.** ОНИ СИЛУ ЖИЗНИ У ЖИВУЩЕГО ЧЕЛОВЕКА ОТНИМАЮТ. Этим известным людям вряд ли нужна такая реклама. Есть ли их согласие на такие «слепки» с себя? Я не знаю. **МЫ УБРАЛИ ОТТОК СИЛЫ** от этих фигур в то время, когда там были. Не знаю, совсем убрали или только на время? Проверять нужно. **НО ЛУЧШЕ РАСПЛАВИТЬ ЭТИ ФИГУРЫ.** Посетителям музея такого внутри просто не по себе. «Живыми мертвецами» назвала одна девочка эти фигуры. Женщина при мне выдохнула: «Ужас!». И

этот выдохнутый ею ужас там и витает. Ничто не исчезает бесследно. Ничто из ничего не берется. Фигуры уже умерших людей – пустые, рядом с ними **НИКАК.** Фигуры живущих – **НЕ ПУСТЫЕ, ЖИВЫЕ.** Рядом с ними плохо. (Можно сравнить по своим ощущениям оба музея на Невском.). Но ведь **ЭТИ ФИГУРЫ ЖИВУТ ЖИЗНЬЮ ЖИВУЩИХ,** названных мною. **Кто из них дал разрешение отнять у себя часть своей жизни для какой-то нелепой восковой фигуры? Может, и не знают об этих фигурах они? Брюс наверняка не знает. А знают если и не придают значения – зря. Мы временно почистили. Мы свое сделали.** Музей мадам Тюссо был задуман, как память об умерших. Слава такая для живых – пустое и вредоносное.

Вот такая была наша поездка по пяти городам России, если очень о ней коротко сказать. Еще одна байка зловердная в Петербурге над городом витает. Будто Город этот на костях стоит на мертвых, отсюда, мол, и все его невзгоды. Городом мертвых назвал Петербург Алексеев в «Сокровищах Валькирии».

ЭТО ЛИШЬ ЧАСТЬ ПРАВДЫ. НУЖНО ВИДЕТЬ ВСЕ, НЕ УЗКО, А ШИРОКО. ПЕТЕРБУРГ – ГОРОД ЖИВЫХ ЛЮДЕЙ.

Да, Петр его построил тяжело и страшно. Да, много людей погибло. **КАЖДЫЙ ПЛАТИТ ЗА СВОЕ САМ. НИКТО ЭТОЙ ПЛАТЫ НЕ ИЗБЕЖАЛ. НИКТО НЕ ИЗБЕЖИТ.**

Каждый САМ платит по своим счетам и каждый сам в ответе ЗА СВОЙ ПУТЬ. Невозможно списать долги, отработать их за другого человека, отложить на будущее.

НИ ДЛЯ КОГО НЕВОЗМОЖНО. ВСЕ МЫ ЛИШЬ САМИ ОТВЕЧАЕМ И ПЛАТИМ ЗА СВОИ ДЕЙСТВИЯ И ЗА РЕЗУЛЬТАТЫ НАШИХ ДЕЙСТВИЙ. И В ЭТОМ РАЗУМНОСТЬ БОЖЕСТВЕННОГО ПЛАНА, ЕГО СПРАВЕДЛИВОСТЬ, И В ЭТОМЕГО ДОСТОИНСТВО, И В ЭТОМ ЕГО РЕЗУЛЬТАТЫ.

И Петр заплатил за свое, за горе людское при строительстве такого прекрасного города, за убийство сына своего. Сам и заплатил по своей судьбе, когда Николаем Вторым на царство в России снова пришел. Сын его единственный болен с рождения был. Своей жизнью и жизнью любимых СПОЛНА заплатил он СВОИ ДОЛГИ ПО СВОЕЙ СУДЬБЕ. Город Санкт-Петербург **ТОЖЕ СВОЕ ЗАПЛАТИЛ СПОЛНА** в Ленинградскую блокаду. Сколько людей полегло, на Пискаревском кладбище не все сочтены. **ГОРОД ЗАПЛАТИЛ. ГОРОД ЖИВОЙ.** Что в земле – землею стало.

ПАМЯТЬ О ЗЛОДЕЯНИЯХ ПУСТЬ НЫНЕ ЖИВУЩИХ ОСТАНОВИТ ОТ НОВЫХ ЗЛОДЕЙСТВ. НЕ БОЯТЬСЯ НЕИЗВЕСТНОГО, МИСТИЧЕСКОГО, А ПЕРЕСТАТЬ ЗЛОБСТВОВАТЬ НЕОБХОДИМО ТЕМ, КТО ЖИВ, КТО ДОРОЖИТ ЖИЗНЬЮ СВОЕЙ И СВОИХ ЛЮБИМЫХ.

Россия тоже сполна заплатила по своей СУДЬБЕ за много веков своей жизни при царях Российских.

Судьбу государства создает его правитель. Это так. Когда во главе государства чистый душой, мыслями и действиями человек, он всегда дорожит своей семьей – тогда и судьба государства – чистая, процветающая. ДА, ЭТО ТАК. В России были такие цари, как Иван Грозный бесноватый, и Петр, созидавший на крови многих людей, сына своего казнивший, и Екатерина Вторая, просвещенная правительница, семью не создавшая, мужеубийца, мужчинами помыкавшая. (Её я видела сейчас, в этой жизни. Где, не скажу, чтобы этой женщине не разблокировать её память воплощения, ей пока ещё не время. Скажу только, что она в России живет сейчас, в инвалидном кресле передвигается, грузная, некрасивая, из-за болезни сама ходить толком не может. Руководит всеми, кто вокруг неё – подвезите, подайте, принесите. Она уже начала свое отрабатывать – сама ведь ничего не делала для себя. Только мало чему её жизнь пока научила. Ей будет более суровый урок, пока не перестанет тыкать пальцами вокруг себя.) Любовь в своей семье не была у **сильных** государей на Руси **истинной ценностью**. Формальность пустая ценности не имеет. За это и расплата всего государства. **Люди все платили по своей судьбе. Те, кто управлял и те, кто давал собою так управлять. ИМЕННО В ПРОШЛОМ СТОЛЕТИИ РОССИЯ ПРОШЛА СВОИ ИСПЫТАНИЯ.** Испытания проходят все – люди, государства. Закон один для всего живого – **РАСПЛАТА ПОЛНАЯ ВСЕГДА ЗА ВСЕ СВОИ ДЕЙСТВИЯ И ЗА РЕЗУЛЬТАТЫ СВОИХ ДЕЙСТВИЙ. РОССИЯ ВСЕ ЗАПЛАТИЛА СПОЛНА В ПРОШЕДШЕМ СТОЛЕТИИ ПРАВЛЕНИЯ ТЬМЫ И МРАКА.**

1917-1918

вписали в анналы России

ВЕЛИКУЮ СЛАВУ
скорбные светлые годы
ПОСЕВ ВАШ
ЖАТВОЙ СОЗРЕЕТ
для всех населяющих Землю

Написано **черт знает что!** Черт и знал, что писал. И сейчас знают. Буквы разной величины, причем трех размеров. Бессистемные размеры букв уже вызывают в организме читающего внутреннее сопротивление. В смысл сразу не вникнуть, слово нерусское «анналы» включает умственную проверку, глаза перестают видеть слова. КАК ТОЛЬКО ВИДЕТЬ ГЛАЗА ПЕРЕСТАЛИ – НЕЗДОРОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ БЕЗ ФИЛЬТРА ПРОНИКАЕТ В ОРГАНИЗМ. И делает в нем свою нездоровую работу. Человек забыл об этих словах, но они в организме его находятся. КОГДА ЧЕЛОВЕК **ВИДИТ, ЧТО НАПИСАНО** И САМ ОПРЕДЕЛЯЕТ, НРАВИТСЯ

В Санкт-Петербург нам пришлось вернуться, **чтобы сделать свое – УБРАТЬ В ГОРОДЕ ТО, ЧТО МЫ МОЖЕМ.** Весь город помыть-почистить у нас двоих рук не хватит. Да и такая работа проще, чем та, что делали мы. Каждый специалист пусть делает свое, верно?

Мы **УБРАЛИ** на Марсовом поле то, что было над ним и над Летним садом и в соборе Спаса-на-крови много лет. Предполагаю, что такое было с момента возгорания вечного огня в центре Марсова поля. Горящий огонь и распространял **плохое** над самим полем вокруг. **ТЕ, КТО ЧУВСТВУЕТ** – можете сами проверить. Мы убрали, дважды проверяли. **СДЕЛАНО. ЧИСТО.** Проверим еще, как в Питере будем. Теперь в Летнем саду людям гулять хорошо и здорово.

Было сделано плохое **ДАВНО** в камнях Марсова поля. По диагонали там есть две плиты, эти камни и были не чистыми. А что на плитах этих написано, я покажу всем. **Кто захочет – тот увидит. Кто не захочет – тому шансов не увидеть не дам :))**

Надписи вредоносные сделаны по диагонали. Мало кто их между собой свяжет. В них – мина, замедленного действия, заложенная на века, открыта взгляду была.

тма ведь тоже видящая, они наследие свое своим последователям оставили.

МЫ ПРИШЛИ И УВИДЕЛИ ТОЖЕ, МЫ – СВЕТ, МЫ УБРАЛИ. СВЕТ приходит, тма рассеивается. Очищающее действие огня известно человечеству было всегда.

Первая вредоносная надпись на плите. (Сначала сама надпись, рядом мои комментарии, чтобы **ВЫ УВИДЕЛИ САМИ**)

анналы от латинского **anus?**

что за «анналы» такие?

СЛАВУ – ЧЬЮ?

КОМУ нужна эта горестная слава?

СМЕРТЬ БЫЛА ПОСЕЯНА

СЕМЕНА СМЕРТИ КАКУЮ ЖАТВУ ДАДУТ?

для всех людей на Земле?????

ого! – замахнулись:)))

ЕМУ ЭТО ИЛИ НЕТ - ВРЕДА ОРГАНИЗМУ НЕ БУДЕТ. ДОСТАТОЧНО СЛОВ «МНЕ ЭТО НЕ НРАВИТСЯ». МНЕ ЭТО НЕ ПОДХОДИТ. ЭТО – ЧУЖОЕ, НЕ МОЕ.

ВСЕГДА НУЖНО РАЗДЕЛЯТЬ: МОЕ – ЧУЖОЕ. И ВРЕДА НЕ БУДЕТ, БУДЕТ ТОЛЬКО ПОЛЬЗА. СВОЕ ВСЕГДА ГОМЕОПАТИЮ В ОРГАНИЗМЕ ДЕЛАЕТ ПОЛЕЗНУЮ. А ЧУЖОЕ, ПРОНИКАЯ НЕЗАМЕТНО, БОЛЕЗНЬ ВЫЗЫВАЕТ.

Вторая плита с вредоносной надписью: (сначала сама надпись, рядом мои комментарии, чтобы **ВЫ УВИДЕЛИ САМИ**)

НЕ ЖЕРТВЫ - ГЕРОИ
лежат под этой могилой
НЕ ГОРЕ А ЗАВИСТЬ
рождает судьба ваша
в сердцах

всех благодарных потомков
в красные страшные дни

славно вы жили
и умирали прекрасно

НЕ не видно. **ЖЕРТВЫ – ГЕРОИ И ЕСТЬ**

«под могилой» – очень тяжелые слова
смерть не горе рождает, значит...

ЗАВИСТЬ, ЗНАЧИТ. НУ-НУ. Кто завидует ???

Я не встречала ни одного психически
здорового человека, да и не здорового,
кто бы смерти, горю других позавидовал
в **красные ДА, КРОВАВЫЕ страшные ДА,**
СТРАШНЫЕ дни

как это в страшные дни можно жить прекрасно????
а умирать прекрасно – это как?

ПИСАЛИ ТЕ, КТО УБИВАЛИ.

Размеры букв разные тоже. Вам видно глазами, ЧТО написано на этих плитах? Программа, рассчитанная на столетия-века и на всех жителей Земли. **ЭТО ВИДНО ТЕПЕРЬ?** Что с этими словами сделать нужно? **УБРАТЬ ИХ, ЕСТЕСТВЕННО.** Никакой литературной ценности эти перлы Луначарского не несут. **НЕКРАСИВЫЕ,** по форме и по существу, надписи. **Черт знает какие!** Вместо них могут быть простые человеческие слова «**СВЕТЛАЯ ПАМЯТЬ ВСЕМ ПАВШИМ В СКОРБНЫЕ ГОДЫ РОССИИ**». Никаких посевов, никаких жертв-героев, никакой зависти горю человеческому. **ПРОСТАЯ ПАМЯТЬ. ЧТОБЫ БОЛЬШЕ НЕ ПОВТОРИЛИСЬ СТРАШНЫЕ ГОДЫ. ТАКОГО БОЛЬШЕ НЕ БУДЕТ НИКОГДА.** Чтобы другого не было тоже.

Вот такая моя и наша частная поездка по пяти городам России была. Я пишу для каждого человека, чья душа небезразлична к страданиям, к боли людей, к горю человеческому. Я пишу для тех, кто готов сказать и уже сказал для себя «**РОССИЯ – МОЯ ЗЕМЛЯ**». **КТО, ЕСЛИ НЕ Я СДЕЛАЮ СВОЮ ЗЕМЛЮ КРАСИВОЙ И ЧИСТОЙ.** Не красота спасет мир, **НЕТ.** Красота сама по себе не произойдет и не происходит. Это просто пустой лозунг, пустые слова. **Люди, чьими руками будет сделано все красивое, спасут мир свой сами. СЕБЯ СПАСИ И ТВОЙ МИР СПАСЕН.** Спасешь себя, через себя спасешь и тысячи других людей. **ДА. ЭТО ТАК.**

*С ЛЮБОВЬЮ к вам,
Фридрих Светлана*

РЕЗЮМЕ

МИССИЯ ПСИХОТЕРАПИИ, СЕГОДНЯ

В. В. Макаров, Г. А. Макарова

Мы будем говорить о миссии психотерапии. В том числе, о том, что обычно за пределами наших обсуждений - её эзотерических корнях, скрытых и скрываемых до сих пор. О её источниках - науки, религии и ремесле. Мы будем говорить о великих мудрецах, философах, реформаторах, мессиях. Нам важно показать, что современная психотерапия реализует миссию, которая была определена ещё в глубокой древности. На данном этапе развития общества, мы можем стать наследниками древних знаний, передаваемых как через письменные источники, так и через мистерии и посвящения. Эти знания тщательно оберегались и скрывались за завесой мифов, ритуалов и передавались языком метафор.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

О. В. Краля, к.м.н. А. А. Филиппов, к.м.н. И. В. Краля, А. А. Краля

В настоящее время всё чаще отмечается внедрение психологической и психотерапевтической помощи в медицинскую практику, и не только ограниченную стенами психиатрической лечебницы, но и в условиях общесоматических и хирургических отделений. Всё больше профессионалов в области душевного благополучия готовы оказать помощь пациентам больницы. Авторы статьи, в свою очередь, обратили внимание на такую распространённую хирургическую патологию, как сочетанная травма, и решили применить некоторые методики гуманистической и трансперсональной психотерапии для улучшения их состояния и реабилитации, о чем описано в данной статье.

ПСИХОТЕРАПИЯ В РОССИЙСКОЙ ИМПЕРИИ, СОВЕТСКОМ СОЮЗЕ, РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В. В. Макаров

В данной статье описана история развития психотерапии в России, начиная с её первых шагов, в период Великой Октябрьской социалистической революции, в период существования Советского Союза и до настоящего времени. Рассказывается о применяемых в практике методах и о существовавших школах психотерапии.

МИССИЯ ПСИХОТЕРАПИИ: СЕГОДНЯ И ЗАВТРА

В. В. Макаров

После разрушения идеологии индивидуальное развитие человека у нас в стране стало ничьей территорией, а между тем индивидуальное развитие человека - территория культуры. Психотерапия здесь и составляет значительную часть культуры. Психотерапия - это, с одной стороны, мировоззрение и практическая философия жизни, с другой стороны - система практических психологических приемов и технологий достижения поставленных целей. Над страной больше не довлеют коммунистические, советские ценности. Только это чисто внешний эффект. Эти ценности успешно интериоризировались и превратились в наши внутренние психологические запреты и ограничения. Наша внутренняя психологическая цензура очень ограничивает нас, часто стагнирует развитие. Понадобится смена нескольких поколений, для того, чтобы данные ценности по настоящему, в полной мере ушли в прошлое. Значительно, резко ускорить этот процесс может современная психотерапия.

ПСИХОТЕРАПИЯ НА ГРАНИ ИРРАЦИОНАЛИЗМА

В. Д. Менделевич

Жарким дискуссиям ведущих российских специалистов, посвященным проблемам развития и миссии психотерапии в современном обществе, уже не меньше десяти лет. Но воз и ныне там. Остаются неразрешенными принципиальные вопросы, связанные с существованием самой психотерапии, как науки и специальности. До сих пор нет единства внутри сообщества психотерапевтов по вопросу границ компетенции психотерапии, нет четкого определения понятия психотерапевтической деятельности, отсутствует консолидированный или конвенциональный взгляд на то, что считать, а что не считать психотерапией.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИЙ В СОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

М. М. Ахметов, В. И. Шушкевич

В данном исследовании «Особенности лечения депрессий в соматической практике» проанализированы результаты лечения 300 пациентов в ГККП «Городская поликлиника г. Рудного» Костанайской области за период с 2003 по 2005 годы. Отмечена необходимость учёта проблемы переносимости психофармакологической терапии (побочных эффектов, нежелательных лекарственных реакций и др.), что гарантирует эффективность применения психотропных препаратов в клиниках общесоматической сети.

ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ СУИЦИДАЛЬНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ

М. Ю. Любченко, О. Г. Трушкова, Ю. И. Базяк,
В. В. Гершман, П. В. Трушков

Вопросы суицидологии в Казахстане, в ряду с другими социально значимыми проблемами для общества, выдвигаются на первый план. В ряде случаев суицидальное поведение - это закономерный результат социально-психологической дезадаптации личности, происходящей либо вследствие неблагоприятного стечения обстоятельств, либо при субъективной интерпретации человеком жизненных проблем, как неразрешимых. Суицидальные тенденции могут быть следствием личностных расстройств или встраиваться в клиническую картину хронических психических заболеваний или болезней зависимости.

Целью нашего исследования явилось изучение клинических особенностей и уровня социальной реабилитации психических нарушений у пациентов с суицидальными тенденциями.

МНОГОМЕРНЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Н. Р. Суатбаев

В данной публикации делается попытка провести структурный анализ проблемы социальной адаптации в так называемой большой психиатрии, т.е. при работе с пациентами психогического уровня.

Мы предлагаем рассмотреть данный вопрос в нескольких измерениях. Основных измерений – три: субстрат, метод и источник воздействия (т.е. тот, на кого действуют, каким способом, кто и с использованием каких средств оказывает воздействие).

Ж. З. Трумова

Согласно данным ООН доступ к добровольному консультированию и тестированию (ДКТ) рассматривается как важнейшая стратегия противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа. В США, где по оценкам специалистов около 25% ВИЧ-инфицированных лиц не знают о своем статусе, Центры по контролю и профилактике заболеваемости поставили ДКТ во главу угла стратегического плана профилактики ВИЧ. Экспертная комиссия ЮНЭЙДС по вопросам тестирования на ВИЧ в рамках миротворческих операций ООН единодушно рекомендовала ДКТ как наиболее эффективное профилактическое мероприятие, по сравнению с обязательным тестированием на ВИЧ в плане популяризации безопасного сексуального поведения и снижения других видов риска, приводящих к заражению ВИЧ.

ЖЕНСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ В СВЕТЕ ДИАНАЛИЗА

(рецензия на кн.: Завьялов В.Ю. Пьющая женщина: Все пропало? – Новосибирск: Издательский дом «Манускрипт», 2005. -360 с.)

Л. Ф. Щербина, О. Р. Придатко

Авторами дана рецензия на книгу В. Ю. Завьялова, посвященную теме женского алкоголизма. В книге осуществлен анализ проблемы с точки зрения нового направления психотерапии и консультирования – дианализа, основателем которого является автор книги. «Пьющая женщина: все пропало?» написана в научно-популярном стиле, что делает доступным ее понимание для широкого круга читателей, в том числе – людей, страдающих от этой формы зависимости или склонных к ее формированию. Специалисты, знакомые с научными идеями и практическими стратегиями автора, имеют возможность оценить как оригинальную форму изложения материала, так и своеобразную трактовку, которой подвергся еще один «трудный вопрос жизни» - алкогольная зависимость у женщин.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ДЕЛИНКВЕНТНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ ПРИ АДДИКТИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ

А. И. Мандель, Н. А. Бохан, А. Ф. Аболонин, С. И. Гусев, И. А. Жукова

Среди факторов, сопровождающих аддиктивное поведение подростков, прослеживается наиболее выраженная взаимосвязь с антисоциальным поведением.

С целью психопатологического и социально-психологического анализа взаимосвязи личностных черт подростков с разными формами девиантных реализаций нами в условиях пенитенциарного учреждения было проведено комплексное исследование личностных особенностей 116 несовершеннолетних правонарушителей мужского пола с разными формами зависимости от психоактивных веществ. Использовались: контент-анализ личных дел осужденных, биографический метод, метод интервью. Психологическое исследование проводилось с применением методик «Mini-Mult» (сокращенный вариант ММРП), цветового теста М. Люшера, ЦТО и методов многомерной статистики.

Полученные результаты исследования описаны в данной статье, они являются основой дифференцированного подхода к индивидуальным проявлениям, аффективным и поведенческим особенностям личности в условиях пенитенциарного учреждения с целью разработки методов ресоциализации несовершеннолетних правонарушителей, профилактики рецидивной преступности и медицинской реабилитации детей и подростков с противоправным поведением.

**ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ПРИ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ
ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ ЛИЦ, ПОСТУПАЮЩИХ В УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ МВД РК**

М. Б. Едигенова, С. А. Царенко, М. К. Айтенов, К. М. Нуртазенов

Изучение расстройств личности и поведения в связи с их распространенностью приобретает особую актуальность в экспертной практике.

SUMMARY

PSYCHOTHERAPY MISSION TODAY

V. V. Makarov, G. A. Makarova

We shall speak about mission of psychotherapy. Including, that is normal outside our discussions - its esoteric roots hidden and masked till now. About its sources - science, religion and craft. We shall speak about great wise men, philosophers, reformers, Messiahs. It is important to us to show, that the modern psychotherapy implements mission, which was defined in a penetrating antiquity. At the given stage of development of the society, we can become the heirs of ancient knowledge transferred as through written sources, and through mystery and dedication. This knowledge was carefully preserved and hid behind a veil of myths, of rituals and was transferred with metaphors.

CLINICAL EXPERIENCE OF APPLICATION OF INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY AT TREATMENT OF PATIENTS WITH A POLYTRAUMA IN THE ACUTE TERM AND POSSIBILITY OF THEIR PSYCHOLOGICAL REHABILITATION

O. V. Kralya, A. A. Filippov, I. V. Kralya, A. A. Kralya

Now it is scored more often the introduction of the psychological and psychotherapeutic service in medical practice, and not only restricted walls of psychiatric clinic, but also in requirements of somatic and surgical departments. There are more professionals in range of mental well-being are ready to assist the patients of hospital. The writers of the article have paid attention to such wide-spread surgical pathology, as a combined trauma, and have decided to apply some procedures of humanistic and transpersonal psychotherapy to enriching their state and rehabilitation, about what is described in the given article.

PSYCHOTHERAPY IN THE RUSSIAN EMPIRE, SOVIET UNION, RUSSIAN FEDERATION

V. V. Makarov

In the given article the history of development of a psychotherapy in Russia, since its first steps, in the term of Great October socialist revolution, in the term of existence of the Soviet Union and till now is described. It is told about methods, applied in practice, and about presenting psychotherapy schools.

PSYCHOTHERAPY MISSION: TODAY AND TOMORROW

V. V. Makarov

After destruction of ideology the individual development of the man in our country became nobody's terrain, and meanwhile individual development of the man - terrain of culture. The psychotherapy here also compounds a considerable proportion of culture. The psychotherapy is, on the one hand, outlook and practical philosophy of life, on the other hand - system of practical psychological receptions and technologies of achievement of set objectives. Communist Soviet values are not prevail over the country any more. It is only outer effects. These values is successfully interioered and turned into our intrinsic psychological interdictions and limitations. Our intrinsic psychological censorship restricts us very much, often stagnates development. The change of several generations is required, that the given values in reality have fully left in past. Considerably, it is sharply speed up this process the modern psychotherapy can.

PSYCHOTHERAPY ON THE VERGE OF IRRATIONALISM

V. D. Mendelevich

To hot discussions of the leading Russian experts devoted issues of psychotherapy development and mission in the modern society are more than ten years. But things are right where they started. There are unresolved key questions, concerned with existence of the psychotherapy, as science and profession. Till now there is no unity inside assemblage of psychotherapists on question of limits of psychotherapy competence, there is no legible definition of concept of psychotherapeutic activity, there is a funded or conventional view what to consider, and what to not consider as a psychotherapy.

FEATURES OF TREATMENT OF DEPRESSIONS IN SOMATIC PRACTICE

M. M. Ahmetov, V. I. Shushkevich

In the given examination «Features of treatment of depressions in somatic practice» are analyzed results of treatment of 300 patients in «Urban polyclinic of Rudnyi» of Kostanay region from 2003 till 2005. The necessity of the registration of a problem of an acceptability of psychopharmacological therapy (side effects unwanted medicinal responses etc.) is noted, that guarantees efficacy of application of psychotropic drugs in clinics of a somatic network.

PROBLEM OF A SOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH PSYCHOPATHOLOGIC DISORDERS ATTENDING SUICIDAL TENDENCIES

M. Yu. Lyubchenko, O. G. Trushkova, Yu. I. Bazyak, V. V. Gershman, P. V. Trushkov

The questions of suicidology in Kazakhstan, in series with others socially important problems for the society, are put forward. In series of cases the suicidal behavior is a natural result of a social-psychological disadaptation of the person descending or owing to unfavorable confluence of circumstances, or at subjective interpreting by the man of life problems, as unsolvable. The suicidal tendencies can be inquest of personal distresses or be built in a clinical pattern of chronic mental disorders or illnesses of dependence.

The purpose of our examination was the study of clinical features and level of a social rehabilitation of mental disorders at the patients with the suicidal tendencies.

THE MULTIVARIATE APPROACH TO A PROBLEM OF SOCIAL ADAPTATION OF MENTALLY ILL PATIENTS

N. R. Suatbaev

In the given publication it is made the attempt to carry out a structure analysis of a problem of social adaptation in so-called major psychiatry, i.e. at work with the patients of a psychotic level.

We offer to consider the given question in several gaugings. The basic gaugings are three: substrate, method and source of action.

MEDICO-PSYCHOLOGICAL COUNSELING ON HIV/AIDS

Zh. Z. Trumova

Agrees with the data of UN access to voluntary consultation and testing is surveyed as major strategy of counteraction of HIV/AIDS epidemy. In USA, where on some about 25% of HIV-infected persons do not know

about their status, the Centers on prevention and care have put voluntary consultation and testing in top of the strategic plan of HIV prevention. The UNAIDS expert commission on HIV testing in frameworks of UN peacemaking operations unanimously recommended voluntary consultation and testing as the most effective preventive measure, in comparison with obligatory HIV testing from the point of view of popularization of safe sex behavior and reduction of other risk resulting in to HIV infestation.

FEMALE ALCOHOLISM FROM THE STANDPOINT OF DIANALYZE

L. F. Scherbina, O. R. Pridatko

The writers give the review of V. Zavyalov's book, devoted to a theme of female alcoholism. In the book the analysis of a problem is carried out from the point of view of a recent trend of a psychotherapy and consultation - dianalyze, which founder is the writer of the book. «Drinking woman: all was gone?» is written in popular scientific style, that makes accessible its comprehension for a wide range of the readers, including - people suffering from this form of dependence or inclined to it. The experts familiar with scientific ideas and practical strategy of the writer, have a possibility to estimate both original form of recital of material, and original treatment.

SOCIAL-PSYCHOLOGICAL DETERMINANTS OF DELINQUENT FORMS OF BEHAVIOR AT ADDICTION

A. I. Mandel, N. A. Bohan, A. F. Abolonin, S. I. Gusev, I. A. Zhukova

Among the factors attending addiction of adolescents, the most expressed interrelation with antisocial conduct is traced.

With the purpose of psychopathologic and social-psychological analysis of interrelation of personal features of the adolescents with the different forms deviant embodyings in requirements of penitentiary establishment we carried out complex examination of personal features 116 infant offenders of a male with the different forms of dependence from psychoactive substances. It was used: content-analysis of the personal files convicted, biographic method, method of interview. The psychological examination was carried out with application of «Mini-Mult» (reduced variant MMPI), color test of Lusher and methods of multivariate statistics.

The received findings of investigation is described in given article, they are a basis of the differentiated approach to individual exhibitings, affective and behavioral features of the person in requirements of penitentiary establishment with the purpose of creation methods of resocialization of the infant offenders, prevention of recurrent criminality and medical rehabilitation of children and adolescents with unlawful behavior.

FEATURES OF EMOTIONAL-VOLITIONAL SPHERE AT PSYCHIATRIC EXAMINATION OF THE PERSONS ENTERING IN EDUCATIONAL INSTITUTIONS OF MINISTRY OF INTERNAL AFFAIRS OF REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

M. B. Edigenova, S. A. Tsarenko, M. K. Aitenov, K. M. Nurtazenov

Actual problem of psychiatric expert operation is a study disorders of personality and behavior.