

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XII

№ 4

2006

Москва-Павлодар

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Профессор, доктор медицинских наук А. А. Аканов; доктор медицинских наук С. А. Алтынбеков; кандидат медицинских наук Е. В. Денисова (ответственный секретарь); профессор О. Т. Жузжанов; 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 Л. А. Степанова (Томск); 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:

Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига

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

Том XII
№ 4
2006 год

выходит
4 раза в год

Катков А. Л.

К проекту концепции реформирования служб психического здоровья (психиатрической, психотерапевтической, консультативно-психологической и наркологической) до 2012 года

7-23

Катков А. Л.

Полюс психического здоровья – проблемы идентификации (продолжение)

24-44

ПСИХОТЕРАПИЯ

Бодренко Л. А.

Групповая мультимодальная психотерапия в процессе переподготовки врачей в области психотерапии

45-46

Макаров С. В.

Комбинированная психотерапия в лечении ожирения

47-49

ПСИХИАТРИЯ

Исполатова Е. Н.

Особенности автобиографической памяти у пациентов с эндогенной ментальной патологией

50-54

Пугачев В. П., Бибакова Н. Т., Романова С. Г., Акыбаева Э. К.

Аналитическое исследование результатов военной экспертизы по 1 и 3 отделениям ГУ «Костанайская областная психиатрическая больница» за период с 2002 по 2004 г.г.»

54-60

Суатбаев Н. Р.

Предложения по внесению изменений в Закон Республики Казахстан «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в части, касающейся недобровольной госпитализации

61-63

НАРКОЛОГИЯ

Львова О. Г., Суатбаев Н. Р.

Центр социально-психологической адаптации подростков как особая форма профилактического учреждения

64-65

Россинский Ю. А.

Психический и духовный статусы как самостоятельные клинико-психологические мишиени в наркологии

65-68

Россинский Ю. А., Мусабекова Ж. К., Тлеубаева Ш. М.

Клинико-психологические мотивации влечения к наркотику и прекращения лечения в абстинентный и ранний постабstinентный периоды у больных опийной наркоманией

68-72

<i>Россинский Ю. А., Мусабекова Ж. К.</i>	
Клинико-психологические особенности абстинентного и раннего постабстинентного состояний при опийной наркомании в контексте их приложения к наркологическим мишеням	72-77
<i>Россинский Ю. А., Мусабекова Ж. К., Пак Т. В.</i>	
Клинико-персонологическая структура – типология личностных состояний больного наркоманией	78-82
<i>Солнцева О. Г.</i>	
Профилактика потребления психически-активных веществ среди подростков – осужденных в условиях воспитательной колонии	82-86

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

<i>Арсененко Л. Д., Ветлугина Т. П., Корнилов А. А.</i>	
Пограничные психические расстройства и система иммунитета у больных рецидивирующей герпетической инфекцией	87-92

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

<i>Караськова Е. А., Завьялов В. Ю.</i>	
Значение тревожных расстройств в генезе нарушений ритма сердца и психотерапевтическая работа в аритмологических центрах	93-99
<i>Тулеусаринов А. М.</i>	
Нейролептики и опиаты в лечении болевого синдрома	100-101
<i>Резюме</i>	
	102-109
<i>Библиография к журналу «Вопросы ментальной медицины и экологии» за 2006 год</i>	
	110-112

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

TABLE OF CONTENTS

EDITORIAL ARTICLES

FOUNDERS:

**Professional
Psychotherapeutic
League**

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

**Volume XII
№ 4
2006
Published 4 times
in a year**

PSYCHOTHERAPY

Katkov A. L.

To the draft of the concept of reforming of mental health services (psychiatric, psychotherapeutic, consultative-psychological and narcological) till 2012 7-23

Katkov A. L.

Pole of mental health - problems of identification. Part 3 24-44

PSYCHIATRY

Bodrenko L. A.

Group multimodal psychotherapy during retraining doctors in the field of psychotherapy 45-46

Makarov S. V.

The combined psychotherapy in treatment of adiposity 47-49

PSYCHIATRY

Ispolatova E. N.

Features of autobiographical memory at patients with endogenous mental pathology 50-54

Pugachev V. P., Bibakova N. T., Romanov S. G., Akybaeva E. K.

Analytical research of results of military examination on 1 and 3 branches of «Regional psychiatric hospital» in Kostanai for the period from 2002 to 2004 54-60

Suatbaev N. R.

Offers on modification in the Law of Republic Kazakhstan «On psychiatric service and guarantees of the rights of citizens», concerning not voluntary hospitalization 61-63

NARCOLOGY

Lvova O. G., Suatbaev N. R.

The center of social-psychological adaptation of adolescents as the special form of preventive institution 64-65

Rossinskiy Yu. A.

Mental and spiritual statuses as independent clinical-psychological targets in narcology 65-68

Rossinskiy Yu. A., Musabekova Zh. K., Tleubaeva Sh. M.

Clinical-psychological motivations of craving to drugs and treatment cessation in abstinent and early post abstinent periods at patients with opioid dependence 68-72

Rossinskiy Yu. A., Musabekova Zh. K.

Clinical-psychological features of abstinent and early post abstinent conditions at patients with opioid dependence in a context of their application to narcological targets 72-77

<i>Rossinskiy Yu. A., Musabekova Zh. K., Pak T. V.</i>	
Clinical-personnel structure - typology of personal	
conditions of the patient with drug addiction	78-82
<i>Solntseva O. G.</i>	
Drug abuse prevention among convicted adolescents in	
conditions of an educational colony	82-86

BOUNDARY PATHOLOGY

<i>Arsenenko L. D., Vetlugina T. P., Kornilov A. A.</i>	
Boundary mental disorders and immune system at patients	
with recurrent herpetic infection	87-92

BOUNDARY DISORDERS

<i>Karaskova E. A., Zavyalov V. Yu.</i>	
Significance of anxious disorders in genesis of a heart rhythm	
disturbances and psychotherapeutic work in	
arrhythmological centers	93-99
<i>Tuleusarinov A. M.</i>	
Neuroleptics and opiates in treatment of a pain syndrome	100-101
<i>Summaries</i>	102-109
<i>The bibliography to journal «Voprosy mentalnoi mediciny</i>	
<i>i ekologiy» in 2006</i>	110-112

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

К ПРОЕКТУ КОНЦЕПЦИИ РЕФОРМИРОВАНИЯ СЛУЖБ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ (ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ, ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ, КОНСУЛЬТАТИВНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ) ДО 2012 ГОДА

А.Л.Катков

г. Павлодар

Актуальность разработки настоящей концепции обусловлена, во-первых, завершением срока действия предыдущего документа – программы совершенствования системы психиатрической и наркологической помощи в Республике Казахстан на период 2001-2004 г.г. Во-вторых, необходимостью пересмотра основополагающих принципов развития служб психического здоровья в соответствие с мировыми тенденциями последних лет, а также – рамочными, концептуальными документами МЗ РК (Государственной программой реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы; Концепцией реформирования медицинской и фармацевтической науки Республики Казахстан до 2010 годы; концепцией реформирования медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан до 2010 года). Третьим существенным обстоятельством, определяющим необходимость кардинальных изменений и существенного роста эффективности в деятельности служб психического здоровья, является прогрессирующее ухудшение ситуации в сфере социального психического и психологического здоровья населения Республики.

Масштабы и темпы деструктивных тенденций таковы, что требуют концентрированных и скоординированных противодействующих усилий всех служб психического здоровья – психиатрической, наркологической, психотерапевтической, консультативно-психологической. При этом подразумевается, что сотрудничество и взаимодействие данных служб будет осуществляться по модели отраслевого кластера с четким определением специфики каждого из поименованных профилей деятельности специализированных служб в сфере психического и психологического здоровья, а не их административного слияния в моноструктуру.

В разработанном проекте концепции, в силу всего вышесказанного, отражены лишь те моменты, которые являются общими для всех служб психического здоровья и обеспечивают форсированное развитие каждой из них.

Введение

Настоящая Концепция разработана в соответствии с Посланиями Президента Республики Казахстан народу Казахстана от 19 марта 2004 года «К конкурентоспособному Казахстану, конкурентоспособной экономике, конкурентоспособной нации», от 18 февраля 2005 года «Казахстан на пути ускоренной

экономической, социальной и политической модернизации», Государственной программой реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года № 1438 и Государственной программой развития образования в Республике Казахстан на 2005-2010 годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 11 октября 2004 года № 1459.

Разработка настоящей Концепции продиктована необходимостью реформирования служб психического здоровья (психиатрической, психотерапевтической, консультативно-психологической и наркологической), необходимостью существенного повышения уровня психического и психологического социального здоровья в Республике Казахстан, а также – повышения качества жизни и социального функционирования граждан РК.

1. Анализ состояния психического здоровья и динамики развития служб психического здоровья (психиатрической, психотерапевтической, консультативно-психологической и наркологической)

1.1. Место проблемы психического здоровья в современном мире

Общественное психическое здоровье является индикатором интеллектуального и нравственного состояния общества, его духовного потенциала (ВОЗ, 2005). Оценивая величину экономического и социального ущерба, привносимого проблемами, связанными с низким уровнем психического здоровья Всемирный Банк и Гарвардский Университет, считают, что в настоящее время имеет место «необъявленный кризис» психического здоровья притом, что этот кризис оказывает влияние на жизни более чем четверти миллиарда людей (Всемирный день психического здоровья, 2000).

Психические и поведенческие расстройства в любое время наличествуют приблизительно у 10% взрослого населения. Около 20% всех больных, которых обследуют работники первичной медико-санитарной помощи, страдают от одного или большего числа психических расстройств. Каждая четвертая семья имеет обычно хотя бы одного члена, который страдает, поведенческим или психическим расстройством. Эти семьи не только обеспечивают физическую и эмоциональную поддержку, но и несут на себе бремя стигматизации и дискrimинации. По подсчетам, в 1990 г. психические и неврологические расстройства составляли 10% от общего показателя

DALY, потерянных в результате заболеваний и травм. В 2000 г. этот показатель равнялся 12,1%. К 2020 г., как предполагается, бремя этих расстройств возрастет до 15%. Обычные расстройства, которые служат причиной тяжелой инвалидности, включают депрессивные расстройства, нарушения, связанные с употреблением вызывающих зависимость веществ, шизофрению, эпилепсию, болезнь Альцгеймера, умственную отсталость и нарушения детского и подросткового возраста. Факторы, которые ассоциируются с распространением, началом и течением психических и поведенческих расстройств, включают бедность, принадлежность по признаку пола, возраст, конфликты и несчастья, основные физические заболевания, а также семейное и социальное окружение (ВОЗ, 2001).

Ежегодно в мире один миллион человек заканчивает жизнь самоубийством, 20 миллионов человек совершают суицидальные попытки (Данные 1-го национального конгресса «Психическое здоровье и безопасность в обществе», 2005).

В настоящее время все более отчетливо прослеживается тенденция смешения границ и взаимозависимости понятий психического здоровья и духовного или морального здоровья с «раскаленной» атмосферой, существующей вокруг этого последнего понятия (Всемирный день психического здоровья, 1998). Другой аспект проблемы психического здоровья, который занимает все больше внимания – качество жизни, не только лиц с психическими поведенческими расстройствами, но и лиц с другими инвалидизирующими заболеваниями, а также пожилых людей (Л.Н.Виноградова, 1999).

Все вышесказанное обязывает психиатрическую науку и практику заниматься обеспечением наилучшего лечения психических расстройств, реабилитацией и способствовать формированию высоких уровней психического здоровья в обществе. А психиатров – идти в ногу с научными достижениями в своей специальности (Г.Торникрофт, М.Танселла, 2000).

1.2. Основные тенденции распространения психических заболеваний в Республике Казахстан

Анализ показателей первичной и общей заболеваемости психиатрическими и поведенческими расстройствами среди населения Республики Казахстан, в целом, детского и подросткового населения Республики показывает наличие трех четко оформленных тенденций. Первая, основная тенденция заключается в росте показателей первичной и общей заболеваемости по профилю психической патологии среди населения РК, отслеживаемого среди всех анализируемых категорий населения Республики. Среди населения РК, в целом, рост первичной заболеваемости за анализируемый период снизился в 0,98 раза; среди детского населения вырос в 1,45 раза; среди подросткового населения вырос в 1,5 раза. Рост показателя болезненности психическими и поведенческими расстройствами среди населения РК

составил в 1,23 раза, среди детского населения в 1,37 раза; среди подростков в 1,0 раза. Другая тенденция, более представленная в показателях первичной заболеваемости и, относительно, менее в показателях болезненности, заключается в неравновесной динамике анализируемых показателей с их общим снижением к середине 90-х годов. Сопутствующий анализ социально-экономической ситуации показывает, что, в данном случае, речь идет не столько об истинном пике снижения показателей первичной и общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди населения РК, сколько о снижении выявляемости лиц с психической патологией за счет низкой активности служб психического здоровья в период социально-экономических трудностей. Третья тенденция заключается в существенной разнице анализируемых показателей по регионам РК – стабильно высокого и стабильно низкого уровня динамики и значений первичной и общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами. Однако, и в данном случае речь идет не об истинных уровнях первичной и общей заболеваемости, а об активности служб психического здоровья в регионах РК.

Анализ динамики основных показателей первичной и общей болезненности по основным нозологическим профилям психической патологии среди населения Республики Казахстан в целом, детского и подросткового населения показывает общую тенденцию к неравновесной динамике данного показателя по профилю общих психозов, в том числе аффективных психозов и шизофрении. Отмечается стабильный рост распространенности органических психических расстройств среди всех групп населения, рост умственной отсталости, а также отчетливая динамика роста по профилю поведенческих и эмоциональных расстройств, начинающихся в детском и подростковом возрасте, нарушений психологического развития. Наиболее распространенными классами расстройств психики являются умственная отсталость и органические психические расстройства. В общей сложности они составляют до 50% сектора психиатрической патологии в РК. До 30% составляют эндогенные психозы (шизофрения, шизотические и бредовые расстройства; аффективные расстройства). Остальные 20% приходятся на функциональные психические расстройства (в том числе, невротические), расстройства личности, нарушения развития. Данная структура первичной и общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди населения РК в рассматриваемый период времени остается достаточно стабильной. Отсюда следует вывод, что службы психического здоровья, в частности, система психиатрической помощи населению, ориентирована на выявление дефицитарной, органической и психотической психической патологии. Данные официальной статистики не дают реального представления об

истинной распространенности пограничных, не-психотических (функциональных и субклинических) форм психических нарушений и не могут, в полной мере, являться основанием для планирования развития служб психического здоровья.

В таблице 1 приведены данные о распространении основных классов психических и поведенческих расстройств, не учитываемых в официальных статистических отчетах, и полученные в результате специальных эпидемиологических исследований в 2003 году.

Таблица 1

Соотношение эпидемиологических (данные 2003 года) и официальных статистических показателей распространенности основных классов психических и поведенческих расстройств среди населения РК

№ группы	Обозначение исследуемых групп	Абсолютные значения	% распределения	Значения доверительного интервала	Данные официальной статистики	Соотношение показателей
1	Общая подгруппа с клинико-психопатологическими проявлениями субклинического уровня	249	11,24%	$\pm 3,9\%$	2%	5,62
2	Подгруппа с проявлениями органического регистра	70	3,16%	$1 < 9\%$	0,61%	5,15
3	Подгруппа с проявлениями эндогенного регистра (шизофрения, шизотипические бредовые состояния)	11	0,49%	$0 < 29\%$	0,28%	1,41
4	Подгруппа с проявлениями аффективного регистра	49	2,21%	$0 < 10\%$	0,026%	85,66
5	Подгруппа с расстройствами личности и поведения	25	1,13%	$0 < 15\%$	0,066%	17,7
6	Подгруппа с невротическими, связанными со стрессами и соматоформными проявлениями	56	2,53%	$0 < 11\%$	0,13%	19,32
7	Подгруппа с прочими клинико-психопатологическими проявлениями	39	1,76%	$0 < 12\%$	0,15%	11,73
8	Подгруппа с психологическим дискомфортом	388	17,5%	$\pm 3,7\%$	-	-

По профилю психических и поведенческих расстройств органического генеза получены следующие данные. Эпидемиологический показатель распространенности по данной нозологической группе (3,16%) существенно превышает показатель официальной статистики (0,61%) – соотношение 5,15 ($p < 0,01$).

По профилю шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств получены следующие данные. Эпидемиологический показатель (0,49%) превышает официально зарегистрированный (0,28%) в 1,41 ($p < 0,01$).

По профилю аффективных расстройств – эпидемиологический показатель распространенности (2,21%) превышает официальный (0,026%) в 85,66 ($p < 0,01$).

По профилю расстройств личности и поведения эпидемиологический показатель (1,13%) превышает официальный статистический показатель (0,066%) в 17,17.

По профилю невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств эпидемиологический показатель (2,53%) превышает официальный статистический (0,13%) в 19,32.

По профилю прочих психических и поведенческих расстройств эпидемиологический показатель (1,76%) превышает официальный статистический, высчитываемый без учета умственной отсталости (0,15%) в 11,73.

Полученные результаты показывают, что наиболее распространенными классами психических и поведенческих расстройств по данным эпидемиологического исследования являются компенсированные субклинические формы психических и поведенческих расстройств органического регистра. На втором месте идут невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства. На третьем – аффективные расстройства. И на четвертом – расстройства личности и поведения. Группа психических

расстройств эндогенного регистра (шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства) занимают пятое место. В то же время показатель соотношения полученных эпидемиологических данных и данных официальной статистики по анализируемым нозологическим группам демонстрируют, что наиболее сложной и неохваченной диагностической активностью служб психического здоровья в РК является группа аффективных расстройств (дифферент – 85,66). Далее – группа невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (дифферент – 19,31), а также группа расстройств личности и поведения (дифферент – 17,17). Следом идет класс прочих психических расстройств с дифферентом 11,73. Соответственно, класс органических расстройств здесь занимает пятое место (дифферент – 5,15). А класс шизофрении, шизотипических и

бредовых расстройств – соответственно шестое место с дифферентом 1,412.

Такое расхождение в показателях истинной распространенности и потенциала выявляемости среди отдельных классов психических и поведенческих расстройств указывает на то, что наиболее сложными в плане ранней и дифференцированной диагностики являются субклинические проявления аффективных (депрессивных) и невротических расстройств. А также на то, что общемедицинская сеть, куда такого рода пациенты обращаются в первую очередь, не готова к адекватной оценке их психического статуса.

В таблице 2 приведены данные относительно распределения уровней психического здоровья среди населения РК возраста 12-55 лет по результатам эпидемиологического исследования 2003 года.

Таблица 2

*Распределение уровней психического здоровья среди населения РК
возраста 12-55 лет на 2003 год (n=7997)*

Параметры Уровни	Высокое психическое здоровье (n=2284)		Низкое психическое здоровье (n=792)		Среднее психическое здоровье (n=4891)	
	абс	%	абс	%	абс	%
Значения выборки	2284	28,7%	792	9,9%	4891	61,4%

Из приведенных в таблице 2 данных следует, что в соответствие с избранными в настоящем эпидемиологическом исследовании критериями, высокий уровень психического здоровья распределен среди 28,7% населения исследуемой возрастной группы, средний уровень – среди 61,4% населения. Низкий уровень психического здоровья обнаруживают 9,9% населения исследуемой группы. В целом, эти данные

согласуются с результатами многих эпидемиологических исследований, устанавливающих истинную распространенность психических расстройств среди населения в различных регионах мира.

В таблице 3 приведены данные относительно распределения уровней психологического здоровья среди населения РК возраста 12-55 лет по результатам эпидемиологического исследования 2003 года.

Таблица 3

*Распределение уровней психологического здоровья среди населения РК
возраста 12-55 лет на 2003 год (n=7997)*

Параметры Уровни	Высокое психологическое здоровье (n=372)		Низкое психологическое здоровье (n=1109)		Среднее психологическое здоровье (n=6486)	
	абс	%	абс	%	абс	%
Значения выборки	372	4,7	1109	13,9	6486	81,4

Из приведенных в таблице 3 данных следует, что в соответствие с избранными в настоящем эпидемиологическом исследовании критериями, высокий уровень психологического здоровья распределен среди 4,7% населения РК соответствующей возрастной группы; средний уровень – среди 81,4% населения; низкий уровень психологического здоровья

представлен среди 13,9% населения РК исследуемой возрастной группы.

Особый интерес представляют данные эпидемиологических исследований о фактической распространенности среди населения РК состояний психологического дискомфорта. Настоящая подгруппа среди основных классов психических и поведенческих

расстройств представлена наиболее широко (17,5% населения). По своим основным характеристикам рассматриваемая подгруппа сопоставима с группой низкого уровня психологического здоровья. В частности, было установлено, что специфика психологического дискомфорта представлена в основном, гипертрофированными эмоциональными реакциями, возникающими в ответ на повышение адаптационной нагрузки на индивида. Сам по себе дистресс, как правило, представлен психологическим конфликтом (межличностным, внутриличностным, социальным или смешанным) с процентным

соотношением – 47; 20; 12 и 21, который не находит разрешения в обыденных условиях. Следовательно, такого рода лица нуждаются в профессиональной психотерапевтической или консультативной психологической помощи.

В таблице 4 представлены основные сведения о динамике распространенности (показатели первичной заболеваемости и болезненности) зависимости от психоактивных веществ среди населения Республики Казахстан в целом, среди основных возрастных групп (детей, подростков), а также – по основным профилям химической зависимости – алкогольной и наркотической.

Таблица 4

Динамика показателей первичной заболеваемости и болезненности по профилю зависимости от психоактивных веществ по Республике Казахстан в период 2001-2005 г.г.

Контингенты больных в результате употребления ПАВ, находящихся под диспансерным и консультативным наблюдением в РК					
<i>годы</i>	2001г.	2002г.	2003г.	2004г.	2005г
<i>абс.цифры</i>	269128	285 631	296 481	300 695	303 157
<i>на 100тыс.насел.</i>	1814,6	1921,8	1982,6	2002,9	2001,5
Контингенты больных ППР в результате употребления алкоголя по РК					
<i>годы</i>	2001г.	2002г.	2003г.	2004г.	2005г
<i>абс.цифры</i>	222 310	235 895	245 864	248 928	248 760
<i>на 100тыс.насел.</i>	1498,9	1587,2	1644,2	1658,1	1642,4
Контингенты больных ППР в результате употребления наркотиков по РК					
<i>годы</i>	2001г.	2002г.	2003г.	2004г.	2005г
<i>абс.цифры</i>	46 818	49 736	50 617	51 767	54 397
<i>на 100тыс.насел.</i>	315,7	334,6	338,4	344,8	359,1
Контингенты больных в результате употребления ПАВ, находящихся под диспансерным и консультативным наблюдением в РК (дети)					
<i>годы</i>	2001г.	2002г.	2003г.	2004г.	2005г
<i>абс.цифры</i>	1 673	1 591	1 776	2 073	2 275
<i>на 100тыс.насел.</i>	39,4	37,3	46,8	55,7	61,6
Контингенты больных в результате употребления алкоголя, находящихся под диспансерным и консультативным наблюдением в РК (дети)					
<i>годы</i>	2001г.	2002г.	2003г.	2004г.	2005г
<i>абс.цифры</i>	1 673	1 591	1 776	2 073	2 275
<i>на 100тыс.насел.</i>	39,4	37,3	46,8	55,7	61,6
Контингенты больных в результате употребления наркотиков, находящихся под диспансерным и консультативным наблюдением в РК (дети)					
<i>годы</i>	2001г.	2002г.	2003г.	2004г.	2005г
<i>абс.цифры</i>	761	835	1 092	1 352	1 473
<i>на 100тыс.насел.</i>	17,9	19,6	28,8	36,3	39,9

Таблица 4

Динамика показателей первичной заболеваемости и болезненности по профилю зависимости от психоактивных веществ по Республике Казахстан в период 2001-2005 г.г. (продолжение)

Контингенты больных в результате употребления ПАВ, находящихся под диспансерным и консультативным наблюдением в РК (подростки)					
<i>годы</i>	2001г.	2002г.	2003г.	2004г.	2005г
<i>абс.цифры</i>	10 430	11 225	11 303	11 380	12 718
<i>на 100тыс.насел.</i>	1 273,90	1 364,90	1 174,00	1 181,60	1 341,30
Контингенты больных в результате употребления алкоголя, находящихся под диспансерным и консультативным наблюдением в РК (подростки)					
<i>годы</i>	2001г.	2002г.	2003г.	2004г.	2005г
<i>абс.цифры</i>	7 232	8 120	8 264	7 986	8 623
<i>на 100тыс.насел.</i>	883,80	987,30	858,30	829,20	909,40
Контингенты больных в результате употребления наркотиков, находящихся под диспансерным и консультативным наблюдением в РК (подростки)					
<i>годы</i>	2001г.	2002г.	2003г.	2004г.	2005г
<i>абс.цифры</i>	3 198	3 105	3 039	3 394	4 095
<i>на 100тыс.насел.</i>	390,10	377,60	315,70	352,40	431,90
Заболеваемость больных в результате употребления ПАВ, находящихся под диспансерным и консультативным наблюдением в РК					
<i>годы</i>	2001г.	2002г.	2003г.	2004г.	2005г
<i>абс.цифры</i>	50 823	62 343	63 311	60 667	64 676
<i>на 100тыс.насел.</i>	342,7	419,7	424,7	404,1	427
Заболеваемость больных ППР в результате употребления алкоголя, находящихся под диспансерным и консультативным наблюдением в РК					
<i>годы</i>	2001г.	2002г.	2003г.	2004г.	2005г
<i>абс.цифры</i>	38 247	51 857	52 411	52 195	53 667
<i>на 100тыс.насел.</i>	257,9	349,1	363,6	347,7	354,3
Заболеваемость больных ППР в результате употребления наркотиков, находящихся под диспансерным и консультативным наблюдением в РК					
<i>годы</i>	2001г.	2002г.	2003г.	2004г.	2005г
<i>абс.цифры</i>	12 576	10 486	10 900	8 472	11 009
<i>на 100тыс.насел.</i>	84,8	70,6	61,1	56,4	72,7
Заболеваемость больных в результате употребления ПАВ, находящихся под диспансерным и консультативным наблюдением в РК (дети)					
<i>годы</i>	2001г.	2002г.	2003г.	2004г.	2005г
<i>абс.цифры</i>	1 037	1 264	1 271	1 256	1 374
<i>на 100тыс.насел.</i>	24,4	29,6	33,5	33,8	37,2

Таблица 4

Динамика показателей первичной заболеваемости и болезненности по профилю зависимости от психоактивных веществ по Республике Казахстан в период 2001-2005 г.г. (продолжение)

Заболеваемость больных в результате употребления алкоголя, находящихся под диспансерным и консультативным наблюдением в РК (дети)					
<i>годы</i>	2001г.	2002г.	2003г.	2004г.	2005г
<i>абс.цифры</i>	320	610	572	550	501
<i>на 100тыс.насел.</i>	7,5	14,3	15,1	14,8	13,6
Заболеваемость больных в результате употребления наркотиков, находящихся под диспансерным и консультативным наблюдением в РК (дети)					
<i>годы</i>	2001г.	2002г.	2003г.	2004г.	2005г
<i>абс.цифры</i>	717	654	699	706	873
<i>на 100тыс.насел.</i>	16,9	15,3	18,4	19	23,6
Заболеваемость больных в результате употребления ПАВ, находящихся под диспансерным и консультативным наблюдением в РК (подростки)					
<i>годы</i>	2001г.	2002г.	2003г.	2004г.	2005г
<i>абс.цифры</i>	4 960	6 581	5 886	5 784	7 801
<i>на 100тыс.насел.</i>	605,80	800,90	612,90	600,60	822,80
Заболеваемость больных в результате употребления алкоголя, находящихся под диспансерным и консультативным наблюдением в РК (подростки)					
<i>годы</i>	2001г.	2002г.	2003г.	2004г.	2005г
<i>абс.цифры</i>	3 361	5 005	4 555	4 202	5 165
<i>на 100тыс.насел.</i>	410,50	609,10	474,30	436,30	544,70
Заболеваемость больных в результате употребления наркотиков, находящихся под диспансерным и консультативным наблюдением в РК (подростки)					
<i>годы</i>	2001г.	2002г.	2003г.	2004г.	2005г
<i>абс.цифры</i>	1 599	1 576	1 331	1 582	2 636
<i>на 100тыс.насел.</i>	195,30	191,80	138,60	164,30	278,10

Как видно из данных, приведенных в таблице 4, распространенность зависимости от психоактивных веществ среди населения Республики Казахстан по данным официальной статистики имеет отчетливую тенденцию к росту.

На таблице 5 приведены результаты о фактической распространенности основных видов химической зависимости среди населения РК по данным эпидемиологических исследований 2001-2003 годов.

Таблица 5

Распространенность основных форм химической зависимости среди населения РК по данным эпидемиологических исследований 2001-2003 г.г.

Основные индикаторы	всего		пол	
	<i>sample</i>	<i>column %</i>	мужской	женский
			<i>column %</i>	<i>column %</i>
Total	7031	100	2 981	4 050

Таблица 5

*Распространенность основных форм химической зависимости среди населения РК
по данным эпидемиологических исследований 2001-2003 г.г. (продолжение)*

Основные индикаторы	всего		пол	
	sample	column %	мужской	женский
			column %	column %
Наркозависимые	117	1,7	3,2	0,5
Группа риска (н)	771	11,0	19,4	4,7
Группа пассивно-воздержавшихся (н)	1 919	27,3	25,9	28,5
Группа активно устойчивых (н)	4 216	60,0	51,5	66,3
<i>Зависимые от алкоголя</i>	221	<i>3,1</i>	5,8	1,2
<i>Зависимые от табака</i>	2 225	<i>31</i>	53,6	15,5

Как видно из данных, приведенных в таблице 5, реальный уровень распространения зависимости от наркотиков превышает официальные данные в среднем в 5,5, а общий процент населения, вовлеченного в наркотическую и алкогольную зависимость, составляет 4,8%. Таким образом – не более 10-15% нуждающихся в специализированной наркологической помощи получают доступ к соответствующим услугам.

1.3. Оценка эффективности служб психического здоровья, действующих в Республике Казахстан

Анализ эффективности служб психического здоровья (психиатрической, психотерапевтической и консультативно-психологической) показывает следующее.

Действующая модель мониторинга ситуации в сфере психического здоровья населения:

- не выполняет своей главной, системообразующей функции;
- в недостаточной степени охватывает основные индикаторы, информирующие о состоянии психического здоровья населения РК, деятельности служб психического здоровья в Республике (более 61,4% информации, необходимой для адекватной оценки ситуации в области психического здоровья, в действующем стандарте мониторинга не представлено);

В среднем по Республике Казахстан службами психического здоровья реализуется не более 11,2% ассортимента и объема услуг по профилю первичной профилактики от стандарта современных требований;

В секторе вторичной профилактики (лечение и реабилитация) в системе психиатрической помощи Казахстана реализуется 49,3% ассортимента и объема услуг от стандарта современных требований;

В секторе третичной профилактики в Республиканской системе психиатрической помощи реализуется 32,5% требуемого ассортимента и объема услуг;

Профессиональная спецификация (перечень профессий, необходимых в системе психиатрической помощи) представлена на 66,6% от современных требований, а по профилю первичной профилактики (для служб психического здоровья в целом) – на 22,2%;

Обнаруживается существенный дефицит действующего в системе служб психического здоровья квалификационного стандарта в части требований по основной и смешанным дисциплинам;

Стандарт додипломной и последипломной подготовки специалистов, действующих в службах психического здоровья, недостаточен в части:

- общего объема часов специального образования;
- отсутствия теоретических и практических курсов по тематике психического здоровья и способов его формирования;
- незначительного объема теоретических и практических курсов по профилю психических и поведенческих расстройств пограничного уровня;
- дефицита знаний и практических навыков в области смежных дисциплин;
- отсутствия программ – тренингов личностного самопознания, личностного роста, решения собственных психологических проблем.

Действующий стандарт организации служб психического здоровья в части: нормативно-правовой базы, структуры лечебно-профилактической сети, основных (в том числе организационных) технологий, штатной, материально-технической, информационной обеспеченности – также не отвечает современным требованиям.

Анализ эффективности системы наркологической помощи показывает следующее.

Общий ассортимент услуг антинаркотического профиля, их качество и объемы охвата населения Республики Казахстан, в частности контингента наркозависимых, по секторам первичной, вторичной и третичной профилактики недостаточны для эффективного блокирования процессов распространения наркотической зависимости среди населения РК. Особенно остро данный дефицит сказывается в отношении услуг, направленных на активное формирование главного антагониста наркозависимости – свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости.

При удовлетворительном общем охвате населения РК первично-профилактическими антинаркотическими мероприятиями (более 75% населения Республики) отмечается:

- недостаточный масштаб использования наиболее эффективных (меняющих рискованное поведение индивида) первично-профилактических технологий. В частности, данными технологиями охвачены не более 2% семей и не более 11% нуждающихся детей и подростков;

- недостаточная общая эффективность первично-профилактических мероприятий антинаркотического профиля (высокий уровень первичной заболеваемости по наркологическому профилю, особенно среди детского и подросткового населения).

Механизмами (услугами) вторично-профилактического антинаркотического профиля в Республике Казахстан на конец 2003 г. охвачено не более 15% от реального контингента наркозависимых. Наиболее эффективные услуги реабилитационного спектра представлены крайне скучно (охват не более 0,8% наркозависимых). Эффективность относительно более распространенной медикаментозной терапии наркотической зависимости и других, гораздо менее распространенных лечебных технологий (физиотерапия, рефлексотерапия, гомеопатическое лечение и т.д.) не превышает показателя 6,8% ремиссий в течение года после завершения курса лечения.

Таким образом, ассортимент, качество и объем услуг, используемых в секторе вторичной профилактики наркотической зависимости - недостаточный.

Услугами третично-профилактического профиля в Республике Казахстан (данные на конец 2002 г.) охвачено 1,6% от реального контингента наркозависимых. Наиболее эффективный сектор услуг, способствующий переводу наркозависимых с режима третичной профилактики (низкопороговых программ) на режим вторичной профилактики (среднепороговые программы и высокопороговые программы) - психологическое и реабилитационное консультирование, мотивационное консультирование и

мотивационная психотерапия - представлен либо крайне скучно (охват до 8-9% зависимых, занятых в программах третичной профилактики), либо не представлен вовсе (профиль мотивационного консультирования и психотерапии).

Таким образом, ассортимент, качество и объем услуг, используемых в секторе третичной профилактики негативных последствий наркотребления - недостаточный.

1.4. Оценка общей инфраструктуры служб психического здоровья (психиатрической, психотерапевтической, консультативно-психологической и наркологической)

На сегодняшний день в области психического здоровья работают 33 психиатрические и 20 наркологических организаций, 10 специализированных профилактических учреждений областного, городского и регионального уровней, 2 республиканские организации, одна оказывает принудительное лечение специализированного и строго наблюдения с интенсивным наблюдением, лиц совершивших правонарушения и признанных судом невменяемыми (Республиканская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением). Вторая – Республиканский научно-практический Центр психиатрии, психотерапии и наркологии.

В таблице 6 представлены данные о штатных единицах психотерапевтов и психологов, действующих в службах психического здоровья (государственные учреждения) Республики Казахстан. При общеевропейских стандартах – 1 психотерапевт или консультирующий психолог на 1 тысячу населения приведенные цифры показывают крайне низкий уровень обеспеченности населения РК услугами соответствующего профиля при достаточно высокой потребности в такого рода специалистах (17,5% населения).

Таблица 6

Обеспеченность психотерапевтами и клиническими психологами по государственным учреждениям здравоохранения РК за период 2004-2005 г.г.

	Всего	Число должностей в целом		в т.ч. в поликлинике диспансере		Физ лица осн. работников	
		штатных	занятых	штатных	занятых	в целом по орг.	из них в пол-ке
2004 год							
Психотерапевты		118	106	51	44	72	37
Медицинские психологи		26	22	8	6	13	3
2005 год							
Психотерапевты	128	96,5	58	46	67	34	128
Медицинские психологи	28,25	23,25	14,75	12,5	13	5	28,25

В таблице 7 представлены данные о структуре наркологической помощи в Республике Казахстан

(государственные учреждения) по данным на 2004-2005 годы.

Таблица 7

Наркологические учреждения Республики Казахстан по данным на 2004-2005 годы

Наркологические диспансеры				Специализированные лечебно-профилактические учреждения				
кол-во орг-ий	коек в них	кол-во орг-ий	коек в них	кол-во орг-ий	коек в них	кол-во орг-ий	коек в них	
2004	2004	2005	2005	2004	2004	2005	2005	
20	2770	21	2970	9	1535	9	1535	
Наркологические отделения психиатрических больниц и диспансеров				Наркологические койки в городских и районных больницах				
2004		2005		2004		2005		
кол-во орг-ий	коек в них	кол-во орг-ий	коек в них	кол-во орг-ий	коек в них	кол-во орг-ий	коек в них	
8	195	8	195	1	5	1	5	
Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании								
2004				2005				
кол-во учреждений	количество коек		кол-во учреждений	количество коек		кол-во учреждений	количество коек	
1	150		1	150		1	150	
Отделение MCP				Отд. принудительного лечения				
2004		2005		2004		2005		
кол-во	коек в них	кол-во	коек в них	кол-во	коек в них	кол-во	коек в них	
17	610	16	605	14	1045	14	1040	
Наркологические кабинеты		Нарколог. фельдшерские пункты						
		Всего		в т. ч. на промышлен. предприятиях				
2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	
179	189	3	3	3	3	3	3	
Кабинеты								
2004				2005				
Экспертизы алкогольного опьянения	Анонимного лечения	Подростков	Антиалкогольной пропаганды	Экспертизы алкогольного опьянения	Анонимного лечения	Подростков	Антиалкогольной пропаганды	
24	18	23	10	31	17	24	13	

Как видно из данных, представленных на таблице 6 и 7, в структуре основных служб психического здоровья (психиатрической, психотерапевтической, консультативно-психологической и наркологической) отсутствует звено ПМСП, за счет активной деятельности

которого возможен полноценный охват населения профильными услугами.

В таблице 8 представлены профильные кафедры по подготовке специалистов, действующих в службах психического здоровья.

Таблица 8

Структура образовательных учреждений, действующих в сфере подготовки специалистов в области психического здоровья по РК на начало 2006 года

Карагандинская ГМА	кафедра психиатрии КГМА
ЗКГМА, Актобе	кафедра психиатрии ЗКГМА
Семипалатинск СГМА	кафедра психиатрии СГМА
Павлодар ПФ СГМА	кафедра психотерапии и наркологии
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Ассефендиярова, Алматы	кафедра психиатрии и наркологии
Акмолинская ГМА, Астана	кафедра неврологии и психиатрии АГМА
Алматинский Институт усовершенствования врачей АГИУВ	кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии

Техническая оснащенность и кадровая обеспеченность образовательных структур, приведенных в таблице 8, не достаточна и не соответствует современным требованиям в сфере подготовки специалистов в области психического здоровья.

Научный потенциал, задействованный в сфере психического здоровья населения РК, представлен двумя Республиканскими центрами: Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании и Республиканский научно-практический Центр психиатрии, психотерапии и наркологии. При этом следует отметить, что материально-техническая база Алматинского центра нуждается в существенной модернизации.

1.5. Общее проблемное поле в сфере психического здоровья населения РК

Исходя из всего сказанного, общее проблемное поле в сфере психического здоровья населения РК представлено следующими основными компонентами:

- рост распространения основных форм психической патологии среди населения РК;
- общий низкий уровень психологического здоровья и, соответственно, высокий уровень потребностей в профессиональной помощи среди основных групп населения РК;
- отсутствие возможностей постоянного многоуровневого мониторинга состояния психического и психологического здоровья населения РК и оценки эффективности основных служб психического здоровья;
- недостаточный ассортимент, низкое качество и незначительный охват специализированными услугами нуждающегося населения;
- отсутствие профильной помощи на уровне ПМСП;

- острая нехватка профессиональных кадров в системе психиатрической, психотерапевтической, консультативно-психологической и наркологической помощи, с низкой мотивацией к профессиональной деятельности в данных областях;

- недостаточная квалификация специалистов, действующих в сфере психического здоровья;

- недостаточная интенсивность и качество додипломной и последипломной подготовки вышеназванных специалистов;

- острая нехватка и недостаточная квалификация научно-педагогических кадров, действующих в сфере психического здоровья с низкой мотивацией к профессиональной научно-педагогической деятельности в данной области;

- необходимость существенного обновления материально-технической базы головного Республиканского научно-практического Центра психиатрии, психотерапии и наркологии;

- необходимость существенного увеличения объема финансирования, направленного на реализацию структурных, технологических и кадровых реформ в сфере психического здоровья населения;

- необходимость разработки, утверждения и реализации целевых государственных программ с полным перечнем мероприятий по реформированию служб психического здоровья;

- необходимость разработки обновленной нормативной базы, эффективно регулирующей деятельность основных служб психического здоровья (психиатрической, психотерапевтической, консультативно-психологической и наркологической).

В целом, речь идет о необходимости срочного и энергичного преодоления более чем существенного несоответствия нарастающего масштаба проблем в сфере психического здоровья и отстающей

динамики развития специализированных служб, в том числе – их научно-образовательного базиса.

1.6. Основные тенденции и модели деятельности служб психического здоровья в мире

Главный вопрос, который встает в данной связи – как и каким образом обеспечить высокое качество оказания профильной лечебной и профилактической помощи при существующем ограничении ресурсов; что такое современные службы психического здоровья; является ли ею вообще любая служба, оказывающая помощь психически больным, либо это служба, где работают психиатры? Притом, что хорошо известно, что в любой стране лишь 3-4% от всех психически больных обращаются непосредственно к психиатрам. Что же касается остальных 96-97%, то они получают помощь в других секторах здравоохранения (Н.Сарториус, 1998). Таким образом, перемещение помощи из психиатрических больниц, развитие служб психического здоровья в системе медико-санитарной помощи является одним из основных направлений развития современной психиатрической практики. В рамках данного направления предусматривается выполнение следующих важнейших задач: 1) обеспечение лечения психически больных в рамках первичной помощи; 2) обеспечение наличия психотропных лекарственных средств на всех уровнях; 3) обеспечение оказания помощи психически больным по месту жительства; 4) обеспечение просвещения населения в области психического здоровья; 5) обеспечение участия самих больных и их ближайшего окружения, в том числе семей, в разработке и принятии решений в отношении как общей политики в сфере психического здоровья, так и в области конкретных программ и услуг; 6) разработка национальной политики в области психиатрии, соответствующих программ и законодательства; 7) развитие кадровых ресурсов; 8) обеспечение связи с другими организациями; 9) осуществление мониторинга психического здоровья; 10) оказание поддержки научным исследованиям (Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда, ВОЗ, 2001).

Министрами здравоохранения государств – членов Европейского региона ВОЗ одобрен и принят Европейский план действий по охране психического здоровья. Настоящий план предусматривает разработку, реализацию и оценку эффективности стратегий и законодательных актов, которые позволяют осуществить меры в области охраны психического здоровья, способные повысить благополучие всего населения, обеспечить предупреждение и профилактику проблем психического здоровья, а также расширить возможности социальной интеграции и функционирования лиц с психическими проблемами. Наиболее приоритетными задачами на следующее десятилетие являются: I) способствовать более широкому осознанию важного значения психического благополучия; II) осуществлять совместные

действия, направленные на борьбу со: (III) стигматизацией, дискриминацией и неравенством, а также расширять права и возможности лиц с проблемами психического здоровья и членов их семей и оказывать им поддержку в целях привлечения их к активному участию в данном процессе; IV) разрабатывать и внедрять комплексные, интегрированные и эффективные системы охраны психического здоровья, включающие такие элементы, как укрепление здоровья, профилактика, лечение и реабилитация, уход и восстановление здоровья; V) обеспечить удовлетворение потребностей в квалифицированном персонале, способном эффективно работать во всех этих областях; VI) признавать важное значение знаний и опыта пользователей служб охраны психического здоровья и лиц, осуществляющих за ними уход, в качестве основы для планирования и развития таких служб. (Европейский план действий по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения, 2005).

Стратегия и политика наиболее крупных ассоциаций, объединяющих профессионалов в сфере психического здоровья также способствует достижению всех вышеперечисленных целей и задач. В частности, стратегия ВПА (Всемирной Психиатрической Ассоциации) предусматривает: 1) всемирное содействие качеству психиатрической помощи и профилактике психических заболеваний, благополучию психически больных; 2) содействие профессиональному развитию молодых психиатров, их адресному вовлечению в расширение программ профессиональных обществ, в обучение, в научные области, в сети взаимодействия; 3) улучшение профессиональной организации, качества науки и образования; 4) улучшение международного обучения и образования в области психиатрии; 5) повышение партнерских отношений между психиатрическими и другими организациями, действующими в сфере психического здоровья населения (А.Окаша, 2002).

В настоящее время система наркологической помощи населению многих стран переживает весьма сильные, а подчас и революционные изменения, во-первых, в связи с резким изменением наркоситуации в мире (масштабы и темп распространения наркозависимости, отмечаемый повсеместно; угроза распространения сопутствующего ВИЧ/СПИДа). Во-вторых, по причине низкой эффективности традиционных подходов, применяемых в здравоохранении. Для системы специализированной наркологической помощи населению в наибольшей степени применима констатация того факта, что «в сложном современном мире иногда трудно сказать, что представляет собой система здравоохранения, из чего она состоит, где она начинается и где кончается» (Отчет ВОЗ, доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000). Помимо опоры на многочисленные формы социальной антитабачной и антиалкогольной активности, партнерские отношения с государственными и общественными организациями,

действующими в данном направлении, для современной наркологической службы системы здравоохранения наиболее характерно включение в терапевтический и реабилитационный процесс принципов терапевтического сообщества (TC), сформулированных M.Jones в 1953 году.

В США Национальным институтом злоупотребления наркотиками (NIDA) опубликован реестр принципиальных подходов к организации и проведению лечения зависимых от алкоголя и наркотиков. В общем перечне они таковы: 1) *не существует лечения, которое в равной мере подходило бы для всех индивидов*. Решающее значение имеет соответствие условий лечения, формы вмешательства и предлагаемых услуг проблемам и потребностям пациента; 2) *потребность в лечении должна незамедлительно удовлетворяться*. Лица, нуждающиеся в лечении, могут оказаться вне лечебной системы, если лечение не будет вполне доступным; 3) *эффективное лечение должно ориентироваться на совокупность разнообразных потребностей индивида*, а не только на потребление им наркотиков. Оно должно быть адресовано паттерну потребления индивидом наркотиков и тесно связано с решением его медицинских, психологических, социальных, профессиональных и юридических проблем; 4) *лечение должно быть гибким* в соответствии с оценкой потребностей пациента, которые могут изменяться в ходе лечения; 5) *решающее значение для эффективности лечения имеет адекватность его продолжительности состоянию пациента*. Сроки лечения зависят от потребностей пациента. У большинства пациентов заметное улучшение здоровья наступает по истечении примерно 3-х месяцев после начала лечения. Продолжение лечения может улучшить его результаты. Программы лечения должны включать в себя стратегии предотвращения преждевременного прекращения пациентами лечения; 6) *индивидуальное и (или) групповое консультирование и различные виды поведенческой терапии являются существенным компонентом эффективного лечения наркомании*. В ходе лечения развивается мотивация пациентов, у нихрабатываются навыки противодействия употреблению наркотиков, виды активности, связанные с употреблением наркотиков, заменяются конструктивной и вознаграждаемой деятельностью, не сочетающейся с приемом наркотиков, у них улучшается способность к разрешению проблем. Поведенческая терапия облегчает также межличностные отношения; 7) *фармакотерапия является важным элементом лечения для многих пациентов*, особенно при ее сочетании с постоянным консультированием и различными видами поведенческой терапии. Метадон и лево-альфа-ацетил-метадол (LAAM) помогают лицам с зависимостью от опиатов стабилизировать их жизнь и сократить употребление наркотиков. Налтрексон эффективен для некоторых пациентов, у которых наркомания сочетается с алкогольной

зависимостью. Никотиновые пластыри и лечебная жевательная резинка, а также пероральный прием некоторых лекарств, например, бупропиона могут помочь лицам с никотиновой зависимостью; 8) *лечение больных наркоманиями или лиц, злоупотребляющих наркотиками, с сопутствующими психическими расстройствами должно проводиться комплексно*. Поскольку эти расстройства часто наблюдаются у одного и того же индивида, то пациентов, поступающих на лечение по одному основанию, надлежит обследовать и лечить также по другому основанию; 9) *медицинская детоксикация является лишь первой ступенью в лечении наркомании*, и сама по себе она мало влияет на практику длительного употребления наркотиков. Медицинская детоксикация позволяет справляться с острыми физическими симптомами абstinентного состояния. Для некоторых индивидов детоксикация предшествует эффективному лечению наркомании; 10) *лечение не обязательно должно быть добровольным, чтобы быть эффективным*. Санкции или поощрение со стороны семьи, окружения по работе или правоохранительной системы могут существенным образом способствовать поступлению на лечение, удержанию в лечебной программе и успешности лечения; 11) *возможное употребление наркотиков в ходе лечения должно быть предметом непрерывного мониторинга*. Контроль за употреблением наркотиков и алкоголя в ходе лечения (регулярный анализ мочи) может помочь пациенту справляться с влечением к приему наркотиков. Мониторинг может также обеспечивать раннее выявление употребления наркотиков, что позволяет своевременно корректировать лечение; 12) *лечебные программы должны предусматривать обследование пациентов на предмет выявления ВИЧ-инфекции (СПИД), гепатита В и С, туберкулеза и других инфекционных болезней и постоянное консультирование с целью помочь им изменить поведение, связанное с риском заражения*. Такое консультирование может помочь пациентам избегать высокорискованного поведения, а также помочь уже инфицированным лицам справляться с болезнью; 13) *выздоровление наркоманов может быть длительным процессом*, зачастую требующим повторных курсов лечения. Как и при других хронических заболеваниях, рецидивы употребления наркотиков могут иметь место как во время, так и непосредственно после окончания успешного лечения. Участие в программах самопомощи во время лечения и по его окончании зачастую помогает поддерживать состояние воздержания. (NIDA: тринадцать принципов эффективного лечения наркоманий, 2000).

В общих чертах основные тенденции развития наркологической службы в системе здравоохранения США, Канады, Западной и Восточной Европы, стран Балтии в 80-е – 90-е годы сводятся к следующему: 1) система специализированной наркологической помощи все более тесно смыкается с

деятельностью других организаций, занятых в данной сфере и альтернативными социальными формами противодействия распространению алкоголизма и наркоманий; 2) организация, структура, кадровая спецификация наркологической службы становятся все более разнообразными, гибкими, адекватными потребностям многих социальных групп; 3) ассортимент антинаркотических и антиалкогольных услуг, предоставляемых наркологическими учреждениями населению, в силу всего сказанного, значительно расширяется, при одновременном снижении степени обструкции, риска поражения в правах и общественного порицания наркозависимых; 4) первостепенная роль, в условиях многоуровневой, разнообразной и многопрофильной лечебно-реабилитационной деятельности, отводится эффективной координации и полноценному мониторингу проблемы распространения алкоголизма и наркозависимости.

2. Цели и задачи

Основными целями настоящей Концепции являются следующие:

- приведение социальной инфраструктуры в соответствие с общим масштабом проблем, имеющих место в сфере психического здоровья населения;
- повышение уровня и качества психического здоровья населения, с одновременным блокированием тенденций распространения основных социальных эпидемий (некрозависимости с сопутствующим ВИЧ/СПИДом, преступности и др.);
- достижение полноценного охвата нуждающегося населения эффективными профилактическими, лечебными и реабилитационными технологиями с достижением высоких показателей качества жизни и социального функционирования.

Реализация данной цели предусматривает решение следующих задач:

- разработка современного научно-информационного обоснования процесса реформирования соответствующих служб психического здоровья за счет модернизации научных центров, полноценного финансирования научно-технических программ, реализуемых в профильных центрах, эффективного выполнения данных программ и получения научных результатов, обеспечивающих технологические прорывы в деятельности основных служб психического здоровья (психиатрической, психотерапевтической, консультативно-психологической и наркологической);

- разработка целевой государственной программы, включающей полный перечень мероприятий, обеспечивающих эффективное реформирование служб психического здоровья в срок до 2010 года и выводящей проблему психического здоровья в ранг главных государственных приоритетов в сфере здравоохранения, образования и культуры;

- разработка современной нормативно-правовой базы, эффективно регулирующей деятельность основных служб психического здоровья (психиатрической,

психотерапевтической, консультативно-психологической и наркологической), обеспечивающей их структурную, технологическую и кадровую перестройку за счет внедрения инновационной системы профессиональных стандартов (стандарт мониторинга, услуг, квалификационный стандарт, стандарт образовательных программ, организационный стандарт);

- разработка современной системы контроля качества трех основных технологических составляющих в деятельности служб психического здоровья: научно-информационной; образовательной и практической (диагностика, лечение, реабилитация);

- широкомасштабное внедрение структурных технологических и кадровых инноваций в деятельность основных служб психического здоровья (психиатрической, психотерапевтической, консультативно-психологической и наркологической);

- осуществление широкомасштабного международного сотрудничества по вопросам реализации совместных научных, образовательных проектов и практической деятельности, внедрение лучших международных образцов профессиональных стандартов в деятельность соответствующих служб психического здоровья;

- обеспечение финансово-экономических механизмов стимулирования процесса реформ в сфере деятельности служб психического здоровья;

- мониторинг эффективности процесса реформирования служб психического здоровья в системе промежуточных и конечных индикаторов.

3. Основные направления деятельности по реформированию служб психического здоровья и механизмы их реализации

Настоящей Концепцией предусматривается реализация следующих основных направлений деятельности по реформированию служб психического здоровья:

- научно-информационного и образовательного;
- нормативно-правового;
- инновационно-технологического;
- международного сотрудничества;
- финансово-экономического;
- многоуровневого мониторинга.

Каждое из перечисленных направлений реализуется за счет имеющихся материально-технических, информационных, структурных, технологических и кадровых ресурсов, а также за счет средств и ресурсов, направляемых в сферу психического здоровья населения, согласно принимаемым целевым программам.

3.1. Научно-информационное направление деятельности

Данное направление деятельности по реформированию служб психического здоровья предусматривает: существенную модернизацию материально-технической базы, в частности, диагностического,

компьютерного оборудования Республиканского научно-практического Центра психиатрии, психотерапии и наркологии; строительство современного корпуса для размещения научных лабораторий, отделов и клинической базы данного центра; полноценное финансирование текущих и перспективных научно-технических программ Республиканского научно-практического Центра психиатрии, психотерапии и наркологии и Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании, обеспечивающих технологические прорывы в деятельности основных служб психического здоровья; форсированную подготовку необходимого количества квалифицированных научно-педагогических кадров по специально-разработанным программам, необходимых для реализации полного объема научных исследований и укомплектования соответствующих образовательных структур; подготовку необходимого числа специалистов для полного укомплектования лечебно-профилактических учреждений психиатрического, психотерапевтического, консультативно-психологического и наркологического профиля; реализацию обширного плана технических заданий, направленных на разработку современной нормативно-правовой базы, регулирующей деятельность служб психического здоровья, а также – системы профессиональных стандартов по всем направлениям деятельности служб психического здоровья; реализацию плана технических заданий, направленных на разработку новых, эффективных технологий диагностики лечения, реабилитации лиц с психическими и поведенческими расстройствами, а также на формирование свойств психологического здоровья – устойчивости к агрессивным воздействиям окружающей среды у детей, подростков, молодежи.

3.2. Нормативно-правовое направление деятельности

Данное направление деятельности по реформированию служб психического здоровья предусматривает: разработку целевой государственной программы в сфере психического здоровья населения, включающую полный объем мероприятий, обеспечивающих повышение его уровня; разработку законодательства в сфере психического здоровья (поправок в Закон Республике Казахстан «О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании»; проекта Закона Республики Казахстан «О наркологической помощи и правах граждан при ее оказании»; проекта Закона Республики Казахстан «О психотерапии и психологическом консультировании»); проведение международной и национальной экспертизы данных законопроектов с их последующим утверждением; разработку ведомственных приказов, регулирующих деятельность основных служб психического здоровья (приказа МЗ РК «О совершенствовании психиатрической помощи»; приказа МЗ РК «О совершенствовании психотерапевтической

помощи»; приказа МЗ РК «О совершенствовании медико-психологической и консультативно-психологической помощи»), утверждение и реализацию данных приказов в системе здравоохранения МЗ РК; разработку и утверждение системы профессиональных стандартов (стандарта мониторинга, услуг, квалификационного, образовательного стандартов, организационного стандарта) для психиатрической, психотерапевтической и консультативно-психологической служб; разработку и утверждение положений и инструкций, конкретизирующих права, обязанности, протоколы реализации основных нормативных положений. Широкомасштабное внедрение разработанной нормативной базы обеспечит высокое качество, требуемый ассортимент и объем реализации профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных услуг; и, соответственно, повышения качества жизни лиц с психическими и поведенческими расстройствами.

3.3. Инновационно-технологическое направление деятельности

Данное направление деятельности по реформированию служб психического здоровья предусматривает: разработку и широкомасштабное внедрение системы контроля качества за научно-информационной, образовательной и практической (клинической) деятельностью соответствующих структур в сфере психического здоровья; параллельно будет разработана и внедрена система экономических стимулов, обеспечивающая высокую мотивацию процесса внедрения инновационных технологий, обеспечивающих повышение эффективности научной, образовательной или практической профессиональной деятельности; своевременное утверждение вышеназванных организационных и финансово-экономических инноваций в деятельность основных служб психического здоровья позволит в короткие сроки осуществить масштабное внедрение новых научно-информационных, образовательных, профилактических, диагностических и лечебно-реабилитационных технологий, обеспечивающих качественные прорывы в деятельности вышеназванных служб и, соответственно, существенный рост качества жизни заинтересованных слоев населения.

3.4. Международное сотрудничество

Данное направление деятельности по реформированию служб психического здоровья предусматривает: проведение тщательной инвентаризации всех возможностей международного сотрудничества в сфере психического здоровья по направлениям научно-информационной деятельности, профессионального образования, профилактической и клинической деятельности; интенсивную и форсированную подготовку научно-педагогических кадров новой генерации, способных к реализации совместных научных, образовательных и других проектов с ведущими международными центрами, действующими

в данном направлении; достижение взаимных договоренностей, заключение международных соглашений о сотрудничестве в сфере психического здоровья и реализации совместных проектов по избранным направлениям с участием лучших специалистов РК и ведущих международных центров; масштабное внедрение лучших образцов зарубежной практики в национальные научные, педагогические и клинические центры, действующие в сфере психического здоровья населения.

3.5. Финансово-экономическое направление деятельности

Данное направление деятельности по реформированию служб психического здоровья предусматривает: разработку системы экономических индикаторов (показателей), определяющих объемы прямых и косвенных потерь, несомых обществом в связи с низким качеством и уровнями психического и психологического здоровья, социальными эпидемиями (наркомания, терроризм, вовлечение в преступные сообщества, религиозный экстремизм и т.д.); внедрение данных индикаторов в общую систему мониторинга психического и психологического здоровья, определение реальных объемов экономических потерь, несомых обществом в связи с низкими уровнями психического и психологического здоровья в динамике; разработку общей концепции, нормативно-правового и информационного поля в сфере рынка специализированных научно-информационных, образовательных и других услуг, составляющих предмет деятельности в сфере психического здоровья; разработку системы гибкой оплаты труда и эффективного материального стимулирования в деятельности специалистов, занятых в сфере психического здоровья, широкомасштабное внедрение данной системы в деятельность профильных научно-образовательных и лечебно-профилактических учреждений с параллельным мониторингом эффективности данного подхода; разработку финансово-экономических и материально-технических стандартов обеспеченности деятельности психиатрических, психотерапевтических, консультативно-психологических и наркологических учреждений с утверждением и внедрением данных стандартов в системе здравоохранения МЗ РК.

3.6. Многоуровневый мониторинг психического и психологического здоровья населения РК, эффективности деятельности основных служб психического здоровья, включая научные и образовательные учреждения

Данное направление деятельности по реформированию служб психического здоровья предусматривает: разработку системы многоуровневого мониторинга по основным параметрам определения качества и уровня психического и психологического здоровья населения (уровень населения в целом, уровень клиентов – пациентов, уровень ближайших

родственников, уровень профессионалов); разработку механизмов финансирования регулярного проведения мониторинга; разработку инфраструктуры, необходимой для реализации технологии многоуровневого мониторинга; широкомасштабное внедрение данной системы и реализация возможности постоянного информирования заинтересованных ведомств, учреждений и широких слоев населения о состоянии психического и психологического здоровья в РК; разработку и внедрение специальной методологии научных исследований с использованием многокомпонентного мониторинга и локальных сетей, объединяющих заинтересованные научно-образовательные и лечебно-профилактические учреждения; подготовку и издание специальных информационных бюллетеней о состоянии психического и психологического здоровья населения РК на Интернет-сайтах ведущих научных центров Республики.

4. Этапы реализации

1 этап реализации Концепция реформирования служб психического здоровья (психиатрической, психотерапевтической, консультативно-психологической и наркологической) – подготовительный – предусматривает разработку основных стратегических документов (целевой государственной программы, законодательства в сфере психического здоровья, нормативных приказов, профильных систем, профессиональных стандартов по основным службам психического здоровья и т.д.), основанных на уже завершенных и реализуемых научно-технических программах национального уровня и анализе международного опыта. Длительность данного этапа – 2 года с момента утверждения Концепции;

2 этап реализации Концепции – технологический – предусматривает широкомасштабную подготовку научно-педагогических кадров и практических специалистов, действующих в сфере психического здоровья населения; укомплектование соответствующих научных, образовательных структур и профильных ЛПО высококвалифицированными специалистами в соответствие с обновленным штатным расписанием; параллельно предусматривается внедрение технологических, организационных, финансово-экономических инноваций, обеспечивающих существенное повышение мотивации профессиональной деятельности в сфере психического и психологического здоровья, а также – значительный рост эффективности в деятельности соответствующих специалистов и профильных ЛПО. Длительность данного этапа – следующие 2 года;

3 этап реализации Концепции – результативный – предусматривает существенное расширение ассортимент и объема специализированных услуг, производимых основными службами психического здоровья (психиатрической, психотерапевтической, консультативно-психологической и наркологической), значительное расширение охвата данным

сектором услуг нуждающегося населения; существенное повышение качества жизни лиц с психическими и поведенческими расстройствами, снижение уровня инвалидизации, смертности среди данного контингента; существенное повышение качества жизни ближайших родственников лиц с психическими и поведенческими расстройствами; эффективную профилактику распространения основных социальных эпидемий (наркозависимость с сопутствующим ВИЧ/СПИДом, вовлечение в преступные, террористические и религиозно-экстремистские организации и т.д.). Длительность данного этапа – 3 года.

5. Ожидаемые результаты

В Республике Казахстан разработан современный научно-информационный базис, необходимый для эффективного реформирования служб психического здоровья (психиатрической, психотерапевтической, консультативно-психологической и наркологической). Ведущие научные центры обеспечены соответствующим диагностическим и компьютерным оборудованием, укомплектованы квалифицированными кадрами, что позволяет проводить масштабные и сложные научные исследования по разработке эффективных технологий, реализуемых в сфере психического здоровья населения РК.

Разработана и внедрена нормативно-правовая база, обеспечивающая приоритет сферы психического и психологического здоровья, устойчивое развитие профессиональных сфер деятельности, способствующих повышению уровней психического и психологического здоровья населения, эффективно регулирующей деятельность психиатрических, психотерапевтических, психологических и наркологических учреждений, включая научные и образовательные структуры.

Разработаны и внедрены системы профессиональных стандартов (стандарта мониторинга, услуг, квалификационного, образовательного стандартов, организационного стандарта) по основным направлениям деятельности служб психического здоровья; специализированные лечебно-профилактические организации укомплектованы квалифицированными кадрами, действующими на основе новых организационных и технологических принципов; существенно расширен ассортимент и объем профильных услуг, повышенено их качество.

Разработана и внедрена система экономического стимулирования профессиональной деятельности в сфере психического и психологического здоровья, что дополнительно обеспечивает приток человеческих ресурсов в данную сферу деятельности и рост качества промежуточных и конечных результатов.

Разработана и успешно функционирует система контроля качества за научно-информационной,

образовательной и практической деятельностью специалистов, занятых в сфере психического здоровья.

Осуществляется плодотворное международное сотрудничество по направлениям реализации совместных научно-исследовательских и образовательных проектов, а также по направлению практической деятельности и внедрения лучших практик, заимствованных из международного опыта.

Регулярно проводится многоуровневый мониторинг психического и психологического здоровья населения РК, определяется эффективность деятельности как соответствующих служб в целом, так и отдельных учреждений, организаций, включая научные и образовательные структуры. На основании данной информации постоянно усовершенствуются способы и методы регулирования деятельности в сфере психического здоровья населения, модифицируются основные стратегические программы и установки.

В результате полномасштабной реализации всего объема мероприятий, предусмотренных соответствующей государственной программой, существенно повышается эффективность деятельности основных служб психического здоровья, повышается охват специализированными услугами нуждающегося населения и, соответственно, качество жизни данного контингента; будет достигнуто замедление, блокирование и обратное развитие тенденций к распространению основных социальных эпидемий (наркозависимость с сопутствующим ВИЧ/СПИДом и др.).

Таким образом, будет обеспечено достижение основных целей настоящей Концепции.

6. Заключение

Реализация данной Концепции, в конечном итоге, будет способствовать коренным преобразованиям не только в деятельности служб психического здоровья (психиатрической, психотерапевтической, консультативно-психологической и наркологической), системы здравоохранения РК в целом, но и - модификации социальной инфраструктуры в соответствие с новыми приоритетами в сфере психического и психологического здоровья. Полноценная реализация главных концептуальных установок создаст условия для трансляции эффективных развивающих технологий, разработанных в рамках настоящей Концепции, в систему образования, воспитания и другие социальные практики, способствующие формированию здорового поколения. Таким образом, будет существенно повышенна эффективность деятельности основных социальных институтов в плане формирования высоких уровней психического и психологического здоровья в обществе.

ПОЛЮС ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ – ПРОБЛЕМЫ ИДЕНТИФИКАЦИИ (продолжение)

А.Л.Катков

6. Метамодель социальной психотерапии

В предыдущих разделах настоящего сообщения были приведены наиболее существенные доводы в пользу разработки метамодели социальной психотерапии. В самом кратком перечне эти аргументы сводятся к следующему:

- степень агрессивности среды (информационной, социальной, биологической) не соответствует адаптационным возможностям существенной части населения;

- масштабы и темпы распространения основных социальных эпидемий (зависимость от психоактивных веществ; вовлечение в преступную, террористическую, религиозно-экстремистскую деятельность и деструктивные секты; «рукотворные» экологические угрозы и катастрофы; значительное расслоение общества по признаку доступа к информационным, материальным ресурсам - бедность и т.д.) не соответствуют масштабам и степени интенсивности противодействующих усилий;

- совокупность основных социальных институтов (учреждения науки, образования, воспитания, института семьи, множество религиозных конфессий), разрабатываемые и реализуемые ими технологии социального развития не обеспечивают должного уровня самоорганизующей активности общества и его основных элит (интеллектуальных, культурных, политических, экономических, профессиональных и др.); следовательно, основные параметры порядка, генерируемые вышеназванными социальными институтами, не соответствуют реалиям нового времени с его непростыми вызовами;

- основной идиоматический контекст, на основе которого продолжают выстраивать свою деятельность поименованные социальные институты (конфронтационные системы фундаментальных допущений - рациональная – иррациональная - с комплексом простых и сложных идиом, лежащих в их основе) практически полностью выработал свой терапевтический потенциал и не обеспечивает самого главного – ресурсной социальной миссии;

- вместе с тем, получены убедительные доказательства того, что в качестве «общего знаменателя» всех вышеперечисленных социальных проблем может быть определена категория психологического здоровья, выводимая за счет использования предельно прагматичного функционального подхода (в контексте данного подхода основной функцией высоких уровней психологического здоровья является адекватная самоорганизующая активность социума в целом, удовлетворительная адаптация индивида в агрессивной среде, надежная профилактика вовлечения населения в социальные эпидемии);

- к настоящему времени, в основном, разработана теоретическая база, позволяющая адекватно препрезентировать как собственно феноменологию психического и психологического здоровья (методология функционального подхода, концепция кольцевого научного архетипа, функциональная концепция психического), так и универсальные механизмы, способствующие активизации самоорганизующей активности индивида и общества (концепты интегративной системы фундаментальных допущений, нового типа рациональности, диалогизированного сознания);

- получены убедительные экспериментальные данные об эффективности использования данных концепций и подходов в соответствующих профилактических и реабилитационных программах.

Таким образом, существуют все основные предпосылки для разработки и адекватного использования широкомасштабной социальной практики, направленной на выполнение наиболее актуальных задач современности: 1) формирование искомого уровня самоорганизующей активности, обеспечивающего устойчивое развитие адаптационных возможностей индивида или группы в условиях агрессивной среды – информационной, биологической, социальной; 2) обеспечение высокого уровня индивидуальной и групповой устойчивости к вовлечению в основные социальные эпидемии.

С нашей точки зрения такую социальную практику целесообразно обозначить как метамодель социальной психотерапии (термин «метамодель» здесь наиболее уместен, поскольку, в данном случае, речь идет о континууме развивающих технологий, совокупности социальных институтов, разрабатывающих и реализующих данные практики, соответствующей идиоматической научно-методологической основе, а не только о каком либо конкретном методе работы с большими группами). Суть данного обозначения соответствует фокусу основных социальных проблем, являющихся главными «мишениями» для названной метатехнологии, а также – основному способу их решения.

Рассматриваемый вариант социальной психотерапии имеет, как минимум, два универсальных основания, объединяющих множество разработанных теоретических концептов и развивающих технологий в сложно организованную, многоуровневую, и, тем не менее, единую информационную систему, обеспечивающую осмысленное формирование искомых параметров социального порядка.

Первое из них, демонстрирующее возможность выведения универсальной составляющей всего континуума развивающих практик, используемых в

метамодели социальной психотерапии, - будет рассмотрено в следующих разделах настоящего сообщения.

Второе универсальное основание – идиоматический контекст, полностью выводимый из обоснованного научно-методического базиса, - будет представлен в заключительном разделе статьи.

6.1. Определение и основные понятия. Исходя из всего сказанного под *метамоделью социальной психотерапии* мы понимаем особую форму взаимодействия и общей системной активности: а) обновленных социальных институтов (научные центры с гуманитарным профилем деятельности, система воспитания, образования, институт профессиональной психотерапии, психологического консультирования и д.р.), б) континуума инновационных развивающих технологий, реализуемых данными структурами, в) идиоматического контекста, лежащего в основе инновационных технологий социального развития:

- направленную на решение задач в сфере обеспечения устойчивости населения к условиям агрессивной среды (информационной, биологической, социальной), в частности, к вовлечению в основные социальные эпидемии;

- затрагивающую существенную часть общества, а не только эксклюзивные группы населения (например, невротизированных пациентов);

- имеющую общий теоретико-методологический базис и доказательную эффективность в отношении возможностей достижения заявляемых целей.

Таким образом, в качестве *основного объекта* социальной психотерапии выступает общество в целом (в том числе и поименованные социальные институты).

Основной предмет исследования и воздействия презентируемой метамодели – универсальные механизмы, лежащие в основе формирования и распространения основных социальных эпидемий, т.е. именно те уровни и характеристики психологического здоровья, которые соответствуют высоким рискам вовлечения в поименованные деструктивные формы социальной активности.

Основные технологии достижения планируемых результатов – снижения степеней риска и, соответственно, повышения уровня устойчивости в агрессивной среде – представлены континуумом инновационных диагностических (определение групп максимального риска) и развивающих технологий, используемых в полном соответствии с этическими принципами современного демократического общества.

Основным условием эффективного использования вышеуказанных диагностических и развивающих технологий является четкое выведение их методологической составляющей, обеспечивающей возможность разработки адекватной системы профессиональных стандартов (стандарты услуг, квалификационного, образовательного и организационного стандарта, стандарта мониторинга эффективности) для каждого из *профессиональных направлений*,

представляющих метамодель социальной психотерапии: воспитания, образования, психотерапии, клинической и консультативной psychology, наркологии, социальной работы и др.

6.2. Концепция и методология двухуровневой развивающей коммуникации

Разработка общей концепции и универсальной модели эффективной развивающей коммуникации, в свете всего сказанного, является ключевым универсальным звеном презентируемой метатехнологии социального развития.

По сути, данный тезис означает, что даже такая, достаточно сложная задача, как обоснование концепции интегративной психотерапии, в частности, задача выведения основных механизмов, обеспечивающих наиболее востребуемый психотерапевтический эффект – достижение высоких темпов и значительных результатов развития индивида или группы в относительно короткие временные периоды – является весьма важной, но не единственной в общем проблемном поле развивающей коммуникации; что должны быть найдены и проработаны адекватные способы трансляции сущностного ядра универсальных психотерапевтических технологий в модели других развивающих практик, представляющих метатехнологию социальной психотерапии – воспитание, образование, многопрофильное психологическое консультирование, социальная работа и др.; что за счет масштабного внедрения названных технологий будет разработан целостный континуум инновационных развивающих практик, отвечающий всем критериям метамодели социальной психотерапии.

Между тем, современные теории коммуникативных процессов (информационная теория Г. М. Маклюена, математическая теория коммуникации К.Шелтона, интеракционный коммуникативный подход Т. Ньюкомба, этнometодологический теоретический подход Г. Гарфинкела, межкультуральный коммуникативный подход Э. Холла, теория социального обмена Д. Фрейзера, М. Мосса, теория диалектических отношений Л. Бакстера, лингвистический подход Ф. де Сосеюра и его последователей, системная теория коммуникации У. Уивера (основанная на общей теории систем Л. Фон Берталанфи); теория снижения неопределенности Ч. Бергера и развитие данной теории в трансакционной модели коммуникации К. Барнлунда и т.д.) исследуют феномен коммуникации как таковой, не вдаваясь в интерпретацию эксклюзивных результатов, получаемых при использовании эффективных развивающих практик. А каких-то убедительных прорывов в сфере обоснования психотерапевтических универсалий, лежащих в основе соответствующих эффектов, до последнего времени не отмечалось.

С нашей точки зрения, отсутствие заметного продвижения в данном вопросе напрямую связано с непреодолимыми ограничениями используемой, в явной или скрытой форме, архаичной системы фундаментальных допущений и соответствующих

научных архетипов, не оставляющих шансов для адекватной репрезентации основных инстанций психического. Тех инстанций, которые обеспечивают весь объем особой развивающей коммуникации, а не только ее поверхностную часть. При таком положении дел основной профиль специфической функциональной активности названных инстанций остается недоступным для сущностной идентификации и адекватной интерпретации. А основной вопрос – каким же образом структурированная информация терапевтического плана (техника, технология, «текст» терапевтического сообщения) в относительно короткие временные периоды трансформируется в глубинные инновационные контексты бытия и новое качество жизни субъекта – остается без ответа.

В качестве иллюстрации последнего тезиса приведем лишь один пример непродуктивного использования элементаристских подходов для определения интегративного ядра профессиональной психотерапии.

История формирования двух основных магистралей развития психотерапии – идеологизированного («школьного») – и неидеологизированного, с претензиями на универсальность (интегративного, синтетического, системного, мультимодального), – в этом смысле особенно показательна. Ибо непредвзятый анализ основных «школьных» психотерапевтических дискурсов показывает, что, в сущности, каждый из них – есть более или менее удачная попытка интеграции отдельных концептов, интерпретирующих активность психического, и соответствующего технологического ассортимента собственно психотерапевтической активности. В данной конструкции обязательно присутствует общий системообразующий стержень, обеспечивающий внутреннюю целостность и непротиворечивость основных слагаемых соответствующего дискурса. То есть, каждая идеологизированная психотерапевтическая модальность с равными претензиями на легитимность может претендовать на статус универсально- го методологического ядра профессиональной психотерапии (что, заметим, и происходит на современном этапе развития психотерапевтической науки и практики), при том, однако, условии, что степени произвольности в выборе основного системообразующего фактора по каждой из конкурирующих модальностей, включая и различные варианты интегративного направления в психотерапии, принципиально сопоставимы.

Вопрос здесь возникает лишь в отношении группы модальностей, объединяемых в направление интегративной психотерапии, поскольку на сегодняшний день существует уже достаточное количество исследований, убедительно показывающих отсутствие явного преимущества в эффективности у какого-либо одного «школьного» дискурса, по сравнению со всеми другими. В качестве основных системообразующих факторов в рассматриваемых вариантах интегративной психотерапии предполагаются следующие: интегративная концепция личности;

полипрагматическая оценка статуса клиента (пациента); система, так называемых, общетерапевтических факторов, более или менее подробно описанных Д. Франком, Д. Мармом, Д. Прохазка и К. ДиКлементе, Л. Люборски, К. Граве и др.. Полагаем, что всерьез здесь можно рассматривать лишь последнюю группу факторов, поскольку интегративная концепция личности до настоящего времени не разработана, и вряд ли этот вопрос будет решен в самое ближайшее время, а полипрагматическая оценка статуса клиента в той или иной степени присутствует во всех идеологизированных дискурсах, а не только в эксклюзивной методологии эклектической или мультиmodalной психотерапии.

Вместе с тем, при ближайшем рассмотрении, практически вся группа факторов, обозначаемых как «общетерапевтические», оказывается лишь функциональным продолжением хорошо знакомых постулатов идеологизированной психотерапии. Например, такие факторы (интерпретируемые без глубинного анализа базисных адаптирующих стратегий поведения) как: хорошее отношение и сотрудничество между психотерапевтом и пациентом; ослабление напряжения на начальной стадии, основанное на способности пациента обсуждать свою проблему с лицом, от которого он надеется получить помошь (Д.Марм, 1978); отношение помощи и доверия к тем, кто может помочь (Д.Прохазка, К.К.ДиКлементе, Д.Норкросс, 1992), - с нашей точки зрения, являются функциональным следствием методологии клинико-психологического (Д.Соммерз-Фланаган, 2006) или мотивационного (В.Миллер, С.Рольник, 2002) интервьюирования. Группа факторов, обозначаемая как: познавательное обучение за счет информации, получаемой от психотерапевта (Д. Марм, 1978); самоэксплоатация – получение новой информации о самом себе, новая оценка окружающих, самоосвобождение – приобретение новых степеней свободы за счет расширения когнитивного репертуара (Д. Прохазка, К. К. ДиКлементе, Д.Норкросс, 1992); прояснение и коррекция значений (К. Граве, 1997), являются результатом использования модели когнитивной психотерапии А.Бека (1976). А такие факторы как: оперативная модификация поведения за счет одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта, приобретение социальных навыков на модели психотерапевта, усвоение или тренировка более адаптивных способов поведения при условии эмоциональной поддержки со стороны психотерапевта (Д.Марм, 1978); контробуславливание, контроль стимула, процедура подкрепления желательного поведения (Д.Прохазка, К.К.ДиКлементе, Д.Норкросс, 1992); компетентность в совладании / преодолении (К. Граве, 1997), - имеет прямое отношение к поведенческой психотерапии Дж. Вольпе (1958), А. Бандура (1969). Что же касается таких общепсихотерапевтических факторов, как «личность и профессиональный опыт психотерапевта» (М.Т.Nietzel, S.G.Fisher,

1981; D.H.Stein, M.J.Lambert, 1984; J.Margraf, V.Bauman, W.Bedentung, 1986; L.E.Beutler, P.P.P.Machado; S.A.Neufeldt, 1994; M.J.Lambert, A.E.Bergin, 1994), или «тип отношения к психотерапии и характеристики ожиданий пациента от терапевтического процесса» (T.A.Wills, 1982; D.E.Orlynsky, K.I.Howard, 1987; S.Sue, N.Zane, 1987; F.H.Kanfer, H.Reinecker, D.Schmelzer, 1991; S.L.Garfield, 1994), то авторами лишь констатируется положительная взаимозависимость определенных характеристик в общем континууме содержания данных факторов с эффективностью психотерапевтического процесса, без адекватной интерпретации имеющихся наблюдений.

Следует отметить и то обстоятельство, что такое, достаточно механическое сведение вышеперечисленных факторов в общий список отнюдь не повлекло за собой автоматического появления универсальной терапевтической идеи, по своей глубине и эффективности заведомо превосходящей многочисленных «школьных» прародителей. При отсутствии этого главного системообразующего фактора, выполняющего функцию генератора психотехнологической активности, интегративное направление и в технологическом плане не имеет особых преимуществ перед другими психотерапевтическими модальностями. А в аспекте общей целостности – проигрывает им.

Все вышесказанное, на наш взгляд, достаточно ясно свидетельствует о том, что общая методология интегративной психотерапии ввиду отсутствия полноценной теоретической базы, оказывается несостоятельной и в отношении своей главной миссии – выведения универсального концепта и обоснования возможности его эффективной трансляции в соответствующий континуум развивающих практик.

6.2.1. Структурно-методологические основания интегративного направления в психотерапии

В предыдущих разделах настоящей статьи мы рассмотрели, как общие (интегративная система фундаментальных допущений, кольцевой научный архетип, функциональная концепция уровней организации психических процессов), так и прикладные (концепция психологического здоровья – устойчивости к агрессивным влияниям среды) аспекты функционального подхода, используемого нами с целью обоснования инновационного теоретического базиса метамодели социальной психотерапии. Вышеперечисленные разработки являются, также, и основой системного единства рассматриваемой метамодели социального развития, в частности – ее технологической составляющей.

На схеме 1 показано, каким образом обозначенные нами общие и прикладные концепты психического формируют дисциплинарную матрицу интегративной психотерапии (правое поле). В отличие от используемых ранее и основанных на элементаристских подходах, теорий и концепций, направленных на дезинтеграцию специальности (среднее поле). В левом поле схемы 1 обозначены универсальные

уровни системной организации любого научно-практического направления гуманитарной деятельности, оформляемого в единую специальность (профессию).

Из 4-х верхних уровней данной схемы принципиально выводимы: основные инстанции психического – непосредственные организаторы и участники уникальной развивающей коммуникации, в том числе – психотерапии; основной вектор специфической функциональной активности данных инстанций; универсальная цель всего континуума развивающих практик; возможность выведения глубинного уровня развивающей коммуникации и собственно универсальных механизмов, обеспечивающих уникальный психотерапевтический эффект – достижение максимальных конструктивных изменений за минимальные временные периоды. Следовательно, появляется возможность сущностного, а не произвольного выведения главных системообразующих факторов в общем поле профессиональной психотерапии (пятый уровень в схеме 1); а также – возможность выведения общих, стимулирующих технологическую активность, принципов технического синтеза, и единого, достаточно гибкого, профессионального стандарта (уровни 6 и 7 в схеме 1.).

Последующий функционально-феноменологический анализ коммуникативной активности психического, как понятно из рассматриваемой схемы, проводится с позиции кольцевого научного архетипа. При этом основной акцент делается на идентификации тех условий, в которых адекватно репрезентируется функциональная активность исследуемых категорий психического, а не на исследовании поверхностных причинно-следственных взаимосвязей некоторых характеристик, выстраиваемых в духе линейной логики. Здесь гораздо более уместен нелинейный принцип причинности: одно от всего и все от одного, используемый в тех случаях, когда рассматриваемые события не умещаются в формат стандартного времени, а рассматриваемые инстанции существуют в разных темпоральных режимах.

6.2.2. Функционально-феноменологический анализ коммуникативной активности субъекта

При соблюдении всех вышеперечисленных условий, рассматриваемый способ репрезентации феноменологического поля психического позволяет, во-первых, адекватно структурировать основные инстанции и уровни организации психического – целого по отношению к главному системообразующему признаку – механизму времени – ФИИ; во-вторых, обосновать совместное функционирование данных инстанций в общем поле реальности, не отправляя какую-либо из них в поверхностно-рациональное или, наоборот, иррациональное небытие. В-третьих, появляется возможность адекватного функционально-феноменологического анализа коммуникативной активности рассматриваемых структур с выведением интересующих нас универсалий.

Наши исследования, проводимые в данном направлении, позволяют обосновать следующее

Структурные основания интегративной психотерапии*Дисциплинарная матрица психотерапевтической науки и практики*

Основные структурные уровни	Основные концепты, дезинтегрирующие специальность	Основные концепты, интегрирующие специальность
1. Уровень фундаментальных допущений	Конфронтационная система фундаментальных допущений (рациональная \blacktriangleleft иррациональная система координат)	Единая система фундаментальных допущений, модель «объемной» реальности, совмещющая базовые системы координат, кольцевой научный архетип, континуальные Узкодисциплинарные и дисциплинарные подходы
2. Уровень общенаучных архетипов и подходов	Доминирование элементаристского научного архетипа, Узкодисциплинарных и дисциплинарных подходов	Функциональная концепция психического с аспектной репрезентацией ресурсных инстанций на основе идей научного архетипа и континуального внеродственного подхода
3. Уровень базисных теорий и концепций	Концепции психического, выстраиваемые в контексте элементаристского научного архетипа и дисциплинарных подходов	Функциональная концепция психического здоровья – внеродственного подхода
4. Уровень прикладных теорий и концепций	Концепции личности, выстраиваемые с использованием традиционных научных подходов; произвольные концепции личности	Концепция психологического здоровья – устойчивости к агрессивным влияниям среды
5. Уровень собственно дисциплинарных теорий и концепций	Доминирование идеологии «школьной» психотерапии, подкрепляемой несостоятельностью методологической базы центростремительных тенденций	Функциональная концепция психотерапии, опирающаяся на идентифицированные принципиальные основания интегративной психологии
6. Уровень актуального профессионального поля	Правила технического синтеза с акцентом на структурно-технологические аспекты психотерапевтических методов и методик	Правила технического синтеза с максимальным вовлечением универсальных механизмов глубинного психотерапевтической коммуникации
7. Уровень профессиональных стандартов	Несовместимые профессиональные стандарты, выстраиваемые на основе «школьной» идеологии в психотерапии	Единый (достаточно гибкий) профессиональный стандарт, выстраиваемый на основе интегративной психологии в психотерапии

функциональное содержание и общий алгоритм активности психического в контексте развивающей коммуникации.

Собственно коммуникативная активность разворачивается и отслеживается на со-бытийном уровне организации психического со всеми, присущими данному уровню, дифференциалами – синтетическим, абстрактно-аналитическим, индивидуально-пластическим (А. Л. Катков, 2004). Данный уровень в полной мере идентифицируется лишь в условиях диалогизированной (функционирующей с гибким форматом времени - ФИИ) со-бытийной активности феномена сознания, обеспечивающего пространственно-временную дифференциацию психического – целого на категории, форматируемые и не форматируемые стандартным временем.

Основная функция рассматриваемого уровня организации психического – первичная дифференциация и организация взаимодействия между основными субъектами процесса со-бытия.

Соответственно, в качестве основных со-участников коммуникативной активности на рассматриваемом уровне выступают: феномены сознания с различными форматами функциональной активности ФИИ - стандартным, измененным (особые состояния сознания), гибким (режим диалогизированного сознания); осознаваемые инстанции психического, первичный строительный материал которых – «кирпичи» моментальной памяти – образуется в результате соответствующей импульсной активности сознания и является основой структурного уровня коммуникации; внесознательные, не опосредуемые стандартным временем инстанции психического; а также – одномерный пространственно-временной план, так называемой, «объективной» реальности, форматируемый стандартными значениями ФИИ.

Дифференцированная функциональная активность каждой из поименованных категорий психического имеет непосредственное отношение к пониманию глубинных механизмов развивающей коммуникации. Поэтому есть смысл остановиться на описании такого рода активности более подробно.

6.2.2.1. С позиции функционально-феноменологического анализа, в общем векторе со-бытийной активности психического феномен сознания выполняет не только дифференциально-аналитические функции по формированию объектно-предметно-закономерной структуры реальности, но также и важнейшую функцию первичной дифференциации психического – целого на поименованные структурируемые и неструктурируемые временем инстанции в точке со-бытийной активности – моменте настоящего. Обозначенные аналитические функции феномена сознания имеют непосредственное отношение к оформлению структурно-технологического уровня коммуникативных процессов, поскольку обеспечивают сам факт существования первичной информации – основы данного коммуникативного уровня.

Другая, не столь явная, и полноценно репрезентируемая лишь в контексте кольцевого научного архетипа, синтетическая функция сознания имеет непосредственное отношение к глубинному уровню развивающей коммуникации. Данный уровень, манифестирующий в условиях диалогизированной активности сознания, позволяет сосуществовать и конструктивно взаимодействовать как «тексту», так и «контексту» интерактивных психических процессов, обеспечиваемых осознаваемыми структурами психического с одной стороны, и внесознательными инстанциями – с другой.

Таким образом, феномен сознания в нашей концепции выступает в виде универсального приводного и переводного информационного механизма, гибкой формулой «всего», ясной и понятной для ее пользователей, прототипом подвижного фокуса презентации действительности, используемого в модели кольцевого научного архетипа.

6.2.2.2. Функционально-феноменологический анализ коммуникативной активности осознаваемой инстанции психического – личности, мы хотели бы предварить небольшим методологическим экскурсом, проясняющим нашу позицию по данному вопросу, поскольку настоящий аналитический фрагмент представляется наиболее сложным и ответственным.

Мы полагаем, что именно личность, в конечном итоге, и является основным носителем механизмов, обеспечивающих уникальные психотерапевтические эффекты. Какой-либо другой вариант исключает возможность трансляции главных достижений профессиональной психотерапии в общий континуум развивающих практик. Личность, кроме того, является основным инициатором, носителем и мерилом эффективности развивающей коммуникации.

Однако, все эти аргументы (вполне разделяемые нами) используются и для утверждений в духе того, что полноценная интеграция в сфере профессиональной психотерапии возможна лишь с появлением интегративной теории личности. С этим последним тезисом можно согласиться с существенными оговорками, поскольку даже в классических, психологических и психотерапевтических дискурсах, в основе своей достаточно противоречивых, существует гласный или негласный консенсус в отношении того, что в коммуникативных процессах принимают участие не только осознаваемые инстанции психического, но и внесознательные инстанции. Другое дело, что в силу отсутствия соответствующего методологического инструментария границы между рассматриваемыми категориями психического, также как и сферы их функциональной активности, определялись весьма произвольно. Что же касается ответов на главные вопросы функциональной теории психического: кого, в сущности, представляет (измеряет) личность; за счет каких механизмов данная категория растождествляется с психическим – целым; каков смысл этого растождествления и где же тогда пролегают границы психического –

целого, границы между соответствующими инстанциями этой парадоксальным образом организованной, сущности; на каких уровнях и на каких условиях возможно воссоздание целостного и конструктивного взаимодействия между растождествляемыми инстанциями; и что же тогда является критерием их успешного развития и движения в данном направлении – то используемые в классических психологических и психотерапевтических дискурсах принципы линейно-временной логики не оставляли шансов на получение сущностных ответов, и, соответственно, на формирование адекватного теоретического базиса интегративной психотерапии.

В свете всего сказанного наша общая позиция по данному вопросу заключается в том, что для профессиональной психотерапии на сегодняшний день необходима не какая-либо абстрактно-фундаментальная (выстраиваемая, к тому же, в общем контексте неприемлемых научных архетипов), а функциональная теория личности; что такая теория личности не может существовать отдельно от функциональной теории психического, выводимой из интегральной системы фундаментальных допущений и кольцевого научного архетипа; что идеологизированную основу интегративной психотерапии, таким образом, может представлять лишь функциональная теория психического, дающая адекватные ответы на вышеприведенные сущностные вопросы; что получаемые таким образом ответы есть тот искомый контекст, из которого выводится функциональная активность осознаваемых инстанций психического в общем поле развивающей коммуникации.

Итак, с позиции кольцевого научного архетипа осознаваемая (структурируемая стандартным временем) инстанция психического – личность – является весьма интересным способом измерения психического целого, неким пространственно-временным, и, следовательно, информационным «слепком» данной сущности. Утверждение такого рода базируется на представлениях о генезе данной инстанции, выстраиваемых в соответствие с новым типом рациональности и уже известным принципом: одно от всего и все от одного. Согласно данному принципу, формирование и развитие осознаваемых инстанций психического возможно в условиях пространственно-временного структурирования реальности и соответствующей активности рассматриваемых на данном уровне инстанций психического – внесознательных, генерирующих импульсную активность механизма времени – ФИИ; собственно феномена сознания, организующего первичный информационный материал (кванты моментальной памяти), из которых, далее, выстраивается эпифеномен осознаваемой личности; и, так называемой, «объективной» реальности, обеспечивающей энергетику психических процессов и пространственно-временные условия (стимулы) для развития личности.

Наиболее интересным моментом в данной схеме является тот факт, что первичный растождествляющий

импульс сознания, вмещающий 10 микросекунд стандартного времени, формирует как основные характеристики «объективной» реальности, с заданной, таким образом, объектно-предметно-закономерной структурой, так и единицы моментальной памяти, «равные» тому же самому формату реальности.

Другим, не менее интересным фактом является то обстоятельство, что информационное ядро осознаваемой личности, по определению, не может находиться в полюсе диффузных изменений, где располагаются объектно-предметно-закономерные атрибуты стандартно форматируемой реальности. Первичная информация об этом полюсе, как мы стремились показать, является лишь следствием неосознаваемого и неотслеживаемого, импульсного оформления момента настоящего, и, таким образом, всегда «отстает» (по крайней мере, на тот объем стандартного времени, который вмещает момент настоящего) от фиксируемого события. Напомним, что данное обстоятельство послужило веским аргументом в пользу растождествления общего поля реальности на полюс диффузных изменений, идентифицируемый с помощью таких общих характеристик, как пространство и время, и собственно информационный полюс, для которого последние характеристики неприемлемы.

В этом, собственно и заключается главный генетический парадокс осознаваемой инстанции психического – личности. По определению, являясь мнемоническим портретом со-бытийного плана реальности, форматируемой механизмами стандартного времени, в сущностном (temporalном) плане личность примыкает к противоположному полюсу, то есть к внесознательным инстанциям психического, для которых механизмы стандартной пространственно-временной презентации неадекватны.

Два последних тезиса, помимо того, что прямо отвечают на некоторые главные вопросы функциональной теории психического, многое проясняют и в плане особой феноменологической активности личности. В частности становится понятной динамика конструирования целостного феномена «Я». В условиях отсутствия стандартно-временной регламентации первородные блоки моментальной памяти могут складываться в любые информационные конгломераты с качеством функциональной целостности. При этом, наиболее важным моментом является не констатация хорошо известных истин, в духе того, что общие свойства целостной системы не выводимы из суммы составляющих ее элементов, а точная идентификация тех условий и обстоятельств в которых жесткие кирпичи первородной информационной руды переплавляются в монолитный и, вместе с тем, достаточно пластичный феномен «Я».

Из всего сказанного ясно, что именно отсутствие стандартных темпоральных режимов внутреннего пользования позволяет, для начала, быть уникальному, целостному феномену «Я»; далее, свободно

перемещаться по всему со-бытийному полю за пределами момента настоящего; с удивительной легкостью конструировать возможные варианты развития и проживания событий; и, главное, утилизировать дезадаптирующие или травматические контексты бытия, замещая их терапевтическими и адаптирующими конструкциями. Здесь же уместно вспомнить и замечание Виктора Франкла на счет того, что вся психотерапия, в конечном итоге, основывается на способности личности к трансценденции (выход за пределы реальной, обыденной ситуации) и самотрасценденции (выход за пределы собственного «Я»). То есть на тех пластических возможностях, которые с удивительной легкостью демонстрируются осознаваемыми инстанциями психического, находящимися за пределами жестких временных ограничений.

Далее, мы остановимся лишь на некоторых особых свойствах «Я», имеющих прямое отношение к эффективной развивающей коммуникации. Первое из них заключается в том, что каждая отдельная функция «Я», например, элементарный акт воспоминания, оформляется по принципу «одно от всего». Феномен «Я», при этом, не перестает быть самим собой и не выводится за скобки соответствующих элементов психической активности. Таким образом, невозможно говорить о какой-то отдельной памяти, внимании, мышлении и т.д. По сути дела, мы всегда наблюдаем комплексные феномены Я-памяти, Я-внимания, Я-мышления и другие формы Я-активности. То есть осознаваемая инстанция психического – личность генетически предрасположена к выполнению важнейшей синтетической функции – активности в духе диалогизированного сознания. Однако, такого рода активность гораздо чаще имеет место во взаимодействии с фрагментами собственной структуры, чем в отношении психического – целого или его внесознательных инстанций. О причинах и способах преодоления этой, вполне понятной конфронтации мы уже говорили в предыдущих разделах статьи, посвященных обоснованию кольцевого научного архетипа. В настоящем фрагменте мы акцентируем внимание лишь на самом факте воспроизведения и управления феноменами диалогизированного сознания с отслеживанием результатов в своем собственном (виртуальном) поле «Я». Из сказанного следует, что осознаваемая личность, в принципе, способна репрезентировать (представлять) уже не только законсервированный контур «объективной» реальности, но и любую объекто-предметно-закономерную структуру гиперреальности, форматируемую с помощью произвольных значений ФИИ.

Вторая особенность интересующей нас функциональной активности личности заключается в том, что даже и в контексте развивающих практик гиперпластический потенциал феномена «Я» далеко не всегда реализуется в полном объеме. Зачастую имеют место ситуации, когда на фасад осознаваемой личности выставляются всевозможные способы

психологической защиты и сопротивления, а все попытки вовлечь субъекта в конструктивный диалог – успешно торпедируются. Следовательно, сам по себе факт пребывания осознаваемых инстанций психического в особом темпоральном режиме является лишь потенциальной возможностью, но не гарантией получения искомых результатов развивающей коммуникации – существенных конструктивных изменений за ограниченные временные периоды. Поэтому, в первую очередь, необходимо исследовать условия, дающие ключ к пониманию механизмов запуска полярно-противоположных стратегий поведения индивида – защитно-конфронтационной и синергетической (такого рода механизмы описываются нами в следующей части настоящего сообщения).

Следующий аспект возможностей дифференцированной репрезентации Я-феноменов, как отдельных категорий психической активности индивида, имеет значение для системно-функциональной классификации психических процессов, способствующей пониманию эффектов двухуровневой развивающей коммуникации.

В сущности, лишь на собственно событийном уровне организации психического, выстраиваемом с использованием инструментария кольцевого научного архетипа, имеет смысл рассматривать взаимодействие соответствующих инстанций, обеспечивающих возможность интересующих нас коммуникативных процессов.

На следующем, индивидуально-пластическом уровне, исследующем уникальные субъективные характеристики, субъектно-субъектные и субъектно-объектные отношения, все дифференцируемые функции психического, с полным на то основанием, можно представить, как соответствующие структуры «Я», разворачиваемые либо в стандартных форматах ФИИ (в этом случае речь идет о дифференциации тех функций психического, которые характеризуют систему взаимодействия «Я» с «объективной» реальностью – ощущение, восприятие и др.). Или в произвольно заданных форматах – квантах реальности (в данном случае рассматриваются системы взаимодействия «Я» с собственными идентификационными характеристиками, складывающимися в течение всей жизни; с экзогенно-динамическими характеристиками, такими как – внимание, воля, поведение, деятельность и пр.; с эндогенными характеристиками – темпераментом, силой и подвижностью психических процессов, способностями, этническими и культуральными особенностями психических процессов и др.). В отношении последней группы эндогенных характеристик присутствует интересный нюанс – формат фиксируемого импульса изменений, за счет которого опосредуются и ассоциируются в целостный феномен «Я» названные характеристики, с необходимостью, выходит далеко за пределы продолжительности жизни отдельного человека. Что в теории кольцевого научного архетипа не вызывает никаких вопросов.

Для психотерапевтической и любой другой развивающей коммуникации особое значение имеет система взаимодействия «Я» с идентификационными характеристиками, которые, собственно, и формируют уникальное ядро отношений субъекта к основным агентам со-бытия – самому себе, вне-сознательным инстанциям, значимым другим лицам, прочим другим, миру вообще. Речь идет о возрастных различиях (с нашей точки зрения, анализ данных различий должен включать варианты прохождения жизненных кризов, описанные Э.Эриксоном, поскольку данные варианты имеют прямое отношение к формированию идентификационных сценариев и соответствующего качества жизни субъекта); индивидуальных различиях (здесь могут быть использованы системы описания психологических типов и личностных черт Э.Кречмера, К.Г.Юнга, Р.Кетелла, Х.Айзенка, Т.Оллпорта); адаптационных различиях (сюда должны быть включены параметры, обеспечивающие высокие уровни самоорганизующей активности личности, описанные нами в предыдущих разделах статьи: степень завершения личностной идентификации, уровни сформированности идентификационных жизненных сценариев, навыков ответственного выбора, качества внутреннего локуса контроля, группы личностных ресурсов – стереотипных и креативных, основанных на конструктивном взаимодействии осознаваемых и вне-сознательных инстанций психического); варианты патологической деформации психики (сюда включаются такие параметры, как личностные дисгармонии - расстройства, нарушения адаптации различного уровня, признаки вовлечения в психологическую или химическую зависимость, дефицитарность Я-функций; различные степени вовлечения «Я» в психотические переживания, изменения личности в результате воздействия эндогенных или экзогенных вредностей).

Два последних параметра – адаптационные различия и проявления психологического дискомфорта - могут успешно использоваться для формирования адекватных мишеней, а также для определения эффективности развивающей коммуникации. Основными критериями эффективности здесь могут быть доказанные степени развития психологических свойств, определяющих уровень самоорганизующей активности личности (психологического здоровья); степени компенсации дезадаптивных или болезненных расстройств; а также - результирующее качество жизни субъекта.

Попутно заметим, что именно по такому сценарию – анализу Я-функций – и продвигаются основные психологические и психотерапевтические дискурсы в попытках системного изложения феноменологии развивающей коммуникации. Так, например, в психоаналитической традиции существенное внимание уделяется феноменам переноса и контрпереноса; в теории трансактного анализа имеет значение взаимодействие определенных Я-статусов (Я-

ребенок, Я-родитель, Я-взрослый); в гештальт-психологии и гештальт-терапии определяющая роль отводится типу отношений между субъектом и реальностью (фигура – фон; дефлексия, ретрофлексия, конфлюенция, конформизм); в экзистенциально-гуманистическом направлении психотерапии основное внимание уделяется личностной метапозиции по отношению к базисным экзистенциалам, аутентичным интерперсональным отношениям, и т.д.. Все эти аспекты коммуникативной феноменологии, с нашей точки зрения, не выходят за пределы функциональной активности определенных информационных (идентификационных) структур «Я». А то, что названные структуры находятся вне поля оперативной памяти и внимания осознаваемой личности, еще не является основанием для причисления обсуждаемых феноменов к общему «лику» функциональной активности вне-сознательных инстанций.

Выводимая из всего сказанного, общая функциональная активность осознаваемых инстанций психического в контексте развивающей коммуникации, таким образом, включает: измерительную функцию, дающую индивиду возможность ориентации в самом себе, реальности и, с учетом потенциала активности осознаваемой личности в духе диалогизированного сознания, - гиперреальности; функцию произвольного целеполагания, в частности, осмысленной организующей и самоорганизующей активности; важнейшую саногенную функцию – способность к переконструированию и компенсации дезадаптирующих информационных структур, основанную на уникальных пластических возможностях «Я». При этом особое внимание следует уделять условиям, в которых происходит стимулирование и манифестиация феноменов гиперпластики. Возможность измерения определенных параметров «Я» является базой для доказательной эффективности развивающей коммуникации.

6.2.2.3. Функционально-феноменологический анализ категории, обозначаемой как «объективная» реальность, показывает, что данная категория, формируемая за счет импульсной активности стандартного ФИИ, принимает, хотя и опосредованное, но, тем не менее, активное участие в оформлении развивающей коммуникации. Прежде всего, «объективная» реальность, по определению, вмещает в себя объекты развивающей коммуникации (субъекты данной коммуникации, как мы убедились, находятся в несколько другом темпоральном поле). И, далее, организует основные стимулы для развивающей, в частности, коммуникативной активности действующих субъектов. Однако, основной коммуникативной функцией одномерного пространственно-временного плана реальности является формирование универсального первичного языка, с помощью которого люди имеют возможность общаться и понимать друг друга. Ибо модель «объективного» мира с его «объективными» законами, одна и та же для всех действующих субъектов, и есть тот самый

первоязык, на основе которого выстраиваются все последующие информационные и знаковые системы. Вавилонская башня, где люди, будто бы, говорили соразмерно, на самом деле никогда не разрушалась – она стоит и будет стоять, пока стоит мир.

Алгоритм формирования универсальной первичной информации с помощью стандартных значений ФИИ нами рассматривался в предыдущих разделах статьи. Здесь же нам важно подчеркнуть, что формирование структурно-технологического уровня развивающей коммуникации, на котором, помимо всего прочего, происходит интенсивный информационный обмен между участниками данного процесса, невозможно без опосредованного вовлечения рассматриваемой категории со-бытийного уровня организации психического. А также и то, что используемые на данном уровне развивающей коммуникации различные знаковые системы, теории, дискурсы и т.д., в принципе, сводимы к одному знаменателю – реальности. Поэтому, всегда существует возможность понимания (перевода) как между основными носителями информационно-знаковых систем – людьми, так и между различными дискурсами. Этими возможностями нужно только адекватно пользоваться.

Расширение поля реальности за счет подвижных механизмов времени – ФИИ здесь не представляет какого-либо исключения, поскольку используемая методология кольцевого научного архетипа обеспечивает возможность стопроцентной верификации получаемых, таким образом, результатов – объемной картины мира. Наоборот, в данном случае отсекаются многочисленные спекуляции, основанные на тех положениях и тезисах, которые, в принципе, невозможно подтвердить или опровергнуть.

6.2.2.4. Что же касается функционально-феноменологического анализа такой, интересной во всех отношениях, категории, как внесознательные инстанции психического, идентифицируемой на со-бытийном уровне организации психического – целого, то основные сложности такого анализа, на которые мы ссылались в предыдущих разделах статьи, были связаны с разработкой адекватных методологических основ сущностной презентации рассматриваемых суперресурсных инстанций психического. Напомним, что наш поиск в данном направлении, в конечном итоге, завершился разработкой теории кольцевого научного архетипа, удовлетворяющей всем предъявляемым критериям. В свою очередь, использование названной методологии показало, что рассматриваемая категория психического, принципиально неверифицируемая в условиях монологизированного пространственно-временного форматирования реальности (модель «объективной» реальности), с необходимостью проявляется и становится доступной для исследования в условиях диалогизированного пространственно-временного форматирования реальности с использованием объемных значений ФИИ (модель гиперреальности). Проще

говоря, в концепции кольцевого научного архетипа, внесознательные инстанции – это неформатируемые стандартным временем области психического, что и объясняет все парадоксы данной сущности.

И, далее, вопрос заключается в том, чтобы определить эффекты и условия максимального вовлечения обсуждаемых инстанций психического в развивающую коммуникацию, а также возможности отслеживания результатов такого «вмешательства».

Наш анализ коммуникативной активности неосознаваемых инстанций психического показывает, что речь, в первую очередь, идет о базисных стратегиях со-бытийной активности индивида, обеспечивающих сам факт существования не только отдельного субъекта, но и всех предыдущих и последующих поколений (рода, вида и т.д.). Понятно, что такого рода стратегии опосредуются форматом ФИИ, далеко выходящим за рамки продолжительности жизни индивида. И, поэтому, какой-либо структурированной информации об этих доминантах из своей собственной памяти, в целостном и обобщенном виде, субъект не получает.

В свете всего сказанного, можно обсуждать лишь три такие стратегии – репродуктивную (направленную на продолжение рода); конфронтационную (направленную на сохранение рода); синергетическую (направленную на адаптацию и развитие рода). Следует отметить то обстоятельство, что если первые две стратегии достаточно основательно изучались в трудах известных физиологов, психологов, психотерапевтов – например, в публикациях Конрада Лоренца по агрессии, или Зигмунда Фрейда по генезу и динамике Эроса и Танатоса, и т.д., то особенности третьей базисной стратегии особым вниманием исследователей не пользовались. Мало того, в доступной литературе практически не встречается четкой идентификации синергетической стратегии поведения, как формы базисной активности внесознательных инстанций психического, с системным описанием феноменологического оформления данного вида активности (публикации в отношении коммуникативной активности осознаваемой личности здесь не следует принимать во внимание, поскольку, в данном случае, речь идет о совершенно другом феноменологическом уровне). Отдельные же описания изолированных поведенческих феноменов – например, импритинга, мало что дают в смысле адекватной презентации общей синергетической активности внесознательных инстанций психического. Единственным исключением здесь можно считать работу Норберта Виннера «Человеческое использование человеческих существ», опубликованную в 1950 году. В третьей главе данной монографии рассматриваются два полярных статуса индивида (с известными оговорками их можно считать соответствующими аналогами конфронтационной и синергетической стратегий поведения) по отношению к коммуникативному поведению – устойчивость и нажение. Несмотря на то, что речь в

данном случае, скорее идет о некой общей, структурно-анатомической предрасположенности, чем о динамической феноменологии психических процессов, нельзя не отметить, что, по сути, впервые здесь обозначается некий особый статус «человека обучающегося»; что данный статус противопоставляется общей адаптационной стратегии, нацеленной на обеспечение устойчивости индивида; и что в исследуемом статусе «научения», выделяются некие системные характеристики, способствующие конструктивной и оперативной динамике изменений у отдельного субъекта (рода, вида и т.д.).

Далее, понятно, что в структуре развивающей коммуникации данный особый статус «человека обучающегося», а также те условия, которые способствуют формированию данного статуса, должны являться предметом самого пристального внимания исследователей и профессионалов. Понятно также и то, что поверхностный анализ феноменов конфронтационной или синергетической стратегии поведения, в данном случае мало что дает, поскольку сводится, зачастую, к констатации соответствующей структурно-технологической активности личности.

Наши собственные исследования в плане идентификации и последующей интерпретации основных проявлений базисных адаптационных стратегий позволили обозначить следующий «вклад» внесознательных инстанций в общее оформление развивающей коммуникации.

Во-первых, внесознательные инстанции в считанные мгновения принимают решение о мобилизации всех своих «активов», либо в направлении защиты – конфронтации, либо – сотрудничества – синергетики. Цена промедления, как и цена ошибки здесь исключительно высока – жизнь индивида, рода, вида. Поэтому-то механизмы тестирования актуальной ситуации на предмет ее опасности – безопасности, используемые внесознательными инстанциями, и оттачиваемые веками естественного отбора, включают анализ особых параметров со-бытийной активности, ясно и однозначно указывающих на адаптационную перспективу развития актуальной ситуации. К обсуждению данных, исключительно важных с точки зрения первых этапов развивающей коммуникации, параметров, мы еще вернемся в соответствующих фрагментах настоящего сообщения.

Такого рода мобилизация, в случае выбора защищенно-конфронтационной стратегии поведения, будет способствовать «жесткости» внешнего каркаса (формирование мышечной брони и различных мышечных зажимов), соответствующих аффективных проявлений (панические атаки, страх, тревога, недоверие, гнев, раздражение и т.д.), специфических когнитивных и поведенческих проявлений (формирование феноменов избегающего или агрессивного поведения, сопротивления, всего арсенала психологических защит).

В случае доминирования синергетической стратегии поведения на первый план будут выступать:

пластичность внешнего каркаса (отсутствие мышечного напряжения и зажимов); аффективные реакции интереса к новой ситуации, деятельностного удовлетворения, творческого подъема; специфических когнитивных и поведенческих реакций, направленных на формирование гибкой, открытой личностной метапозиции и метамодели мира, конструктивное сотрудничество с основными агентами со-бытия.

Таким образом, в первом случае обеспечивается устойчивость индивида в угрожающей, с точки зрения внесознательных инстанций, ситуации (Я остаюсь тем, кто Я есть). Во втором случае обеспечивается предельная пластика индивида (Я меняюсь в направлении того, кем Я должен быть).

С позиции методологии кольцевого научного архетипа и функциональной концепции психического, главным ресурсом внесознательных инстанций психического в ситуации выбора базисных стратегий адаптивного поведения (а, следовательно, и главной адаптирующей функцией названных инстанций) является генерация соответствующих темпоральных режимов, в которых действует феномен сознания. Жестко структурированный режим ФИИ, действующий с параметрами бодрствующего сознания, с необходимостью направлен на предельно четкую дифференциацию и оценку реальной ситуации, и обеспечивает общий спектр защитно-конфронтационной активности субъекта. Гибкий режим ФИИ соответствует особому развивающему статусу субъекта, который мы обозначаем как разлитой терапевтический транс. Напомним, что данное состояние отличается от индуцированного транса, в том числе, и тем, что осознаваемая личность не уходит на периферию общей активности психического. Обозначенный режим функциональной активности сознания в максимальной степени направлен на выполнение главной стратегической задачи индивида, оформляемой в духе синергетической активности – достижению существенных конструктивных изменений за ограниченные временные периоды.

Таким образом, проявляется и неоднородная коммуникативная активность (пластичность) осознаваемой инстанции психического – личности, отмечаемая нами по тексту настоящего сообщения. В общем контексте защитно-конфронтационной стратегии внесознательных инстанций, осознаваемая личность, с необходимостью, жестко привязывается к реальности (при этом, как мы уже ранее отмечали, соответствующий объем ФИИ – это и есть «длина» функциональной дистанции: осознаваемая личность – реальность). В данном случае текстура информационных конгломератов личности, обеспечивающих стереотипные защитные реакции, жестко структурирована и не нуждается в трансформации. В полярно-противоположном контексте – синергетической базисной стратегии внесознательных инстанций – соответствующие информационные конгломераты осознаваемой личности действуют в условиях гиперпластики и креативных форматов

ФИИ. Что и обеспечивает возможность конструктивных, в том числе, саногенных изменений в общей структуре личности. Последнее обстоятельство, как мы знаем, является фундаментом для весьма широких технологических возможностей профессиональной психотерапии – трансценденция и самотрансценденция, но не только. В, так называемом, пространстве психотерапии (под этим термином понимается особое феноменологическое поле психической активности субъектов терапевтического процесса) возможна пластика реального времени: субъекты, по ходу реализации психотерапевтической техники, могут перемещаться в сколь угодно отдаленное прошлое или будущее; пластика пространства (субъекты терапевтического процесса могут не только оценить реальную ситуацию со стороны, что и предполагает феномен трансценденции, но и трансформировать данную ситуацию любым, желательным для себя образом, с очевидными конструктивными последствиями такой трансформации); пластика обстоятельств (здесь имеются в виду возможности конструирования таких событий и персонажей, которые в реальной жизни организовать очень сложно или невозможно); пластика осознаваемой личности (в феноменологическом поле психотерапевтического пространства возможен, конечно же, не только взгляд на себя со стороны, как на объект терапевтического исследования и трансформации, но и актуализация ресурсных саногенных статусов личности – выведение осознаваемых инстанций из «точки слабости» в «точку силы», идентификация личности пациента с ресурсными характеристиками личности терапевта и сверхбыстрая терапевтическая ассимиляция данных характеристик и т.д.); пластика собственно проблемного узла (возможность если не «развязывания», то наполнения травмирующей структуры определенных конгломератов памяти – личности терапевтическими контекстами, в которых даже исключительно тяжелые жизненные обстоятельства не воспринимаются как трагедия).

Из всего сказанного следует, что соответствующая функциональная активность внесознательных инстанций психического, по сути дела, организует совершенно особый, глубинный уровень развивающей коммуникации, манифестирующей в условиях доминирования базисной синергетической адаптационной стратегии и креативных режимов импульсной активности феномена сознания. Существование данного глубинного уровня коммуникативной активности психического обеспечивает самое главное – возможность быстрых, или даже сверхбыстрых изменений у субъектов терапевтического процесса.

Забегая вперед, укажем на то, что именно за счет активности рассматриваемого коммуникативного уровня осуществляется гиперпротекция структурированных психотерапевтических техник. То есть, становится, наконец, понятной скрытая подоплека

широко известного в профессиональной психотерапии факта – одни и те же техники, в сходных ситуациях, могут действовать с разной степенью эффективности. Вопрос, следовательно, заключается еще и в степени вовлечения субъектов развивающей коммуникации в ее глубинный уровень.

Подводя итоги функционального вклада внесознательных инстанций психического в оформление развивающей коммуникации, отметим, что за счет дифференцированной активности данных инстанций осуществляется выбор в пользу развития субъекта (а не его охранно-конфронтационного статуса). Далее, все ресурсы психического, в том числе – креативно-пластические режимы ФИИ, мобилизуются на реализацию синергетической адаптационной стратегии индивида; с особым феноменологическим оформлением соответствующего статуса «человека развивающегося». Внесознательные инстанции, наконец, организовывают самый главный атрибут рассматриваемой коммуникации – ее глубинный уровень, вмещающий удивительные пластические возможности психотерапевтического пространства.

Что же касается общих итогов настоящего раздела, исследующего взаимодействие основных инстанций психического по обеспечению коммуникативной активности индивида, то проведенный феноменологический анализ позволил обозначить специфическую функциональную нишу каждой из них в общем контексте развивающей коммуникации. А главное – адекватно структурировать данный процесс, рассматриваемый, теперь, как дифференцированная двухуровневая активность основных инстанций психического.

В сущности, все значимые универсалии интегративной психотерапии и других развивающих практик далее могут рассматриваться как специфическое феноменологическое оформление поверхностного (структурно-технологического), глубинного (универсально-технологического) уровней развивающей коммуникации, и взаимодействия между ними.

6.2.3. Функционально-феноменологический анализ двухуровневой развивающей коммуникации

Ниже следующий анализ структурированной развивающей коммуникации проводится в двух плоскостях – собственно феноменологической, описывающей особенности функционирования каждого коммуникативного уровня и специфику их взаимодействия; и алгоритмической, описывающей последовательность формирования основных этапов данного процесса.

Общей целью настоящего анализа является долгожданная возможность выведения полного комплекса сущностных, а не только поверхностно-технологических универсалий рассматриваемого коммуникативного процесса.

6.2.3.1. Прежде всего, обратимся к характеристикам условий, способствующих манифестиации глубинного уровня развивающей коммуникации и оперативному вхождению субъектов данной коммуникации в феноменологическое поле «пространства психотерапии».

Ранее мы уже говорили о том, что важнейшей функцией внесознательных инстанций является мгновенное и безошибочное тестирование актуальной ситуации на предмет определения базисных стратегий адаптирующего поведения. Отсюда понятна значимость условий, запускающих синергетические контексты общей адаптивной активности. Наши исследования, проводимые в направлении точной идентификации данных условий, показали, что ясным сигналом к «включению» базисной синергетической доминанты и соответствующих гиперпластических феноменов являются отнюдь не внешние признаки безопасности и комфорта, а соответствующий статус профессионала, где наиболее существенными моментами являются: режим диалогизированного сознания; доминирование синергетической стратегии внесознательных инстанций психического с четким феноменологическим оформлением данного вектора активности; качество целостности осознаваемых и внесознательных (в этом случае, правильнее употреблять термин «глубинных») инстанций психического, достигаемого за счет собственно феноменологии диалогизированного сознания и соответствующей креативно-пластической трансформации Я терапевта. По-видимому, это последнее качество и имели ввиду великие психотерапевты прошлого – Карл Витакер и Карл Густав, когда обозначали данный статус как «укоренение личности в бессознательном» и «жизнь в обнимку с собственной душой».

Согласимся, что есть очень большой смысл в представительстве именно этих, неоспоримых и неподдельных свидетельств базисного синергетического контекста в системе приоритетов тестовой активности внесознательных инстанций со-участников развивающей коммуникации. Форму и содержание индивидуальной активности можно трансформировать как угодно. Существенные же характеристики состояния (понимаемого как основной контекст доминирующей адаптационной стратегии) субъектов коммуникации, в частности, актуальный режим импульсной активности сознания - ФИИ, какой-либо манипуляции, практически, не подвластны. Детектор правды, встроенный в общую архитектонику внесознательных инстанций психического, работает безошибочно и с потрясающим результатом. Этот механизм и запускает феномены гиперпластики в автоматическом режиме, без необходимости использования каких-либо вспомогательных технических (психотерапевтических) подходов. Таким образом, становится понятна истинная подоплека таких общеизвестных характеристик эффективной терапевтической коммуникации, как: «ослабление напряжения на начальной стадии процесса», «хорошие отношения и сотрудничество между психотерапевтом и пациентом» и т.д..

Далее, в условиях соответствующего синергетического резонанса, у со-участников развивающей коммуникации, почти всегда формируется особая

система отношений, которая в классических психологических и психотерапевтических дискурсах обозначается как идентификация клиента с личностью психотерапевта (или любого другого фасilitатора). Данная система отношений интерпретируется нами как основа таких общетерапевтических факторов, как «скрытое убеждение и внушение», «облегченная трансляция социальных паттернов поведения от терапевта к клиенту», «опосредованное позитивное подкрепление развивающего поведения пациента – клиента» (Д.Мармур, 1978). В нашем случае вышеназванные характеристики психотерапевтической коммуникации представляют собой лишь конечное звено в общем алгоритме активности субъектов развивающей коммуникации, лишенное смысла и значения без соответствующего континуального контекста.

В исследуемой системе терапевтических отношений крайне важным (в частности, в плане идиоматической перспективы) представляется новое смысловое и динамическое понимание категорий власти – свободы, вытекающее из всего контекста функционально-феноменологического анализа двухуровневой развивающей коммуникации. Вышеназванные категории, с нашей точки зрения, могут рассматриваться лишь в контексте соответствующей базисной адаптационной стратегии, реализуемой внесознательными инстанциями психического. Соответственно, категория власти в пространстве психотерапии понимается как феномен синергетического взаимодействия, обеспечивающего максимум конструктивного развития вовлеченных в специфические отношения субъектов, с чувственным и эффективным механизмом обратной связи. Власть в пространстве психотерапии – отнюдь не жаждет признания и не заявляет о себе в данном качестве. Носители такого рода власти – фасилитаторы развивающей коммуникации – идентифицируются клиентом (чаще, на неосознаваемом уровне), как «власть имеющие». Однако, данное определение – лишь квалификация особого статуса субъекта (пациента, клиента), вовлеченного в коммуникативный процесс. По сути, оно означает, что его внесознательные инстанции «усмотрели» в статусе фасилитатора нечто исключительно важное, с точки зрения предъявляемых дефицитарных характеристик и общей проблематики клиента; что, теперь, они готовы делегировать некоторые степени индивидуальной свободы в обмен на состояние гиперпластики и возможность ускоренной трансляции интересующих характеристик от главного агента развития к реципиенту; что данные ресурсные характеристики будут ассимилироваться, а затем и воспроизводиться с поразительной скоростью и эффективностью; и что в этом и заключается основное «чудо» профессиональной психотерапии – конкретную или общую проблему развития, предъявляемую в явной или скрытой форме, осознает один человек, входящий в коммуникативное пространство психотерапии, но решает ее, по существу, уже другой,

«впитавший» в себя ресурсные характеристики личности психотерапевта.

Делегированные, таким образом, степени свободы пациента – клиента, расширяют возможности терапевтического влияния фасilitатора. При том, что эти возможности отнюдь не увеличивают степень индивидуальной свободы последнего. Напротив, в контексте развивающей коммуникации фасilitатор должен следовать определенному кодексу профессиональных отношений и общему алгоритму терапевтической активности.

Далее, сложная диалектика развития феномена власти в синергетическом контексте развивающей коммуникации требует возрастания степеней личной свободы всех поименованных участников – как терапевта, так и клиента. Что и происходит за счет завершения второй фазы процесса личностной идентификации. На данной фазе, ассилированные информационные конгломераты – отдельные личностные характеристики терапевта, также как и структурированная информация, получаемая за счет соответствующей технологической активности последнего, опосредуются целостным форматом Я пациента – клиента. В результате осознаваемая личность клиента предстает уже в новом, обособленном качестве, с характеристиками самодостаточности и ресурсной целостности. При таком варианте развития событий какая-либо форма избыточной привязанности клиента к терапевту надежно профилактируется. Но, главным, конечно же, является то, что в результате психотерапевтического процесса степень зависимости клиента от каких-либо травмирующих обстоятельств (проблемы) существенно снижается или исчезает вовсе. Соответственно, возрастают возможности конструктивной самоорганизующей активности.

Фасilitатор по завершению терапевтического цикла, возвращая делегированные ему степени свободы, одновременно расстается с эквивалентными уровнями добровольной профессиональной зависимости, получая соответствующий развивающий опыт.

Таким образом, в терапевтическом континууме: свобода (клиент всегда свободен в решении относительно своего собственного участия в развивающей коммуникации) – власть (синергетический феномен конструктивного взаимодействия внесознательных инстанций участников терапевтической коммуникации) – развитие (общий вектор коммуникативного процесса) – дополнительные степени свободы (результат развивающей коммуникации, понимаемый как новые возможности самоорганизующей активности индивида), рассматриваемая категория власти не вызывает никаких отрицательных ассоциаций или рефлексивного отторжения ни у пациента, ни у терапевта. Для первого власть в данном контексте – лишь этап развития его индивидуальной свободы. Для второго – добровольное бремя профессиональных обязанностей.

Существенным моментом в феноменологическом оформлении двухфазного процесса идентификации является возможность объективной фиксации и измерения признаков синхронизации внешней активности взаимодействующих субъектов: изменения дистанции между участниками коммуникации; появления аналогий в моторике, мимике; появления аналогий в тембре, интонациях речи; манифестации единого темпо-ритма рече-двигательных реакций; появления общего дыхательного ритма; синхронизации вегетативных проявлений.

Наиболее существенным, в данном случае, является то, что к ресурсно-релаксационному статусу терапевта присоединяется клиент, «мигрируя» от первоначальной (и вполне обычной для клиента) защитно-конфронтационной позиции к статусу «человека развивающегося», но не наоборот. Попутно заметим, что, по нашим наблюдениям, необходимость «присоединения» или «отзеркаливания» терапевтом первоначального (конфронтационного) статуса клиента, рекомендуемая некоторыми солидными психотерапевтическими школами как средство ускоренного вхождения в неформальный контакт, ничего кроме недоумения или испуга у последнего не вызывает.

Далее, наличие объективно-фиксируемых признаков вхождения пациентов – клиентов в пространство психотерапии может быть использовано в системе промежуточных индикаторов эффективности терапевтического процесса. Наши исследования 2003–2005 годов, на которые мы ссылались в предыдущих публикациях, показали прогностическую надежность данных индикаторов.

6.2.3.2. Функциональные особенности глубинного уровня развивающей коммуникации представлены на схеме 2.

В среднем поле данной схемы перечислены те универсалии развивающей коммуникации, которые обеспечиваются за счет синергетической активности внесознательных инстанций субъектов, вовлеченных в данную коммуникацию. Порядок их перечисления представляет собой алгоритм манифестации названных универсалий в общем контексте развивающей коммуникации. При этом, собственно феноменологическое оформление рассматриваемого глубинного уровня сводится к трем заключительным позициям. Последняя из них, в значительной степени, является общим полем, как для глубинного, так и для структурно-технологического уровня развивающей коммуникации, и поэтому будет разбираться по ходу анализа взаимодействия рассматриваемых коммуникативных уровней.

В левом поле схемы 2 приведены основные цели общей функциональной активности глубинного уровня развивающей коммуникации, которые далеко не всегда осознаются субъектами, вовлеченными в данный процесс. В этом случае первая из идентифицируемых целей (ресурсный статус клиента) может и не иметь характеристик устойчивости за

Функциональные характеристики глубинного уровня развивающей коммуникации

Иерархия целей	Неструктурированные универсальные механизмы	Содержание профессионального образования
<p>1. Формирование устойчивого ресурсного состояния с достижением синергетической метапозиции и целостности основных инстанций психического у пациента - клиента</p> <p>2. Форсированное развитие свойств психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды за счет активности внесознательных инстанций психического</p>	<p>1. Устойчивый ресурсный статус (привлекательная целостность основных инстанций психического, синергетическая метапозиция) фасilitатора</p> <p>2. Перевод охранно-конфронтационной базисной стратегии адаптации клиента в синергетическую</p> <p>3. Манифестация глубинного уровня психотерапевтической коммуникации</p> <p>4. Форсированное развитие гиперпластической феноменологии психотерапевтического пространства</p> <p>5. Идентификация клиента с личностью психотерапевта с ассилинацией необходимых ресурсных характеристик</p> <p>6. Гиперпротекция структурированных технических действий</p>	<p><i>Теория</i> – концепция кольцевого научного архетипа; интегративная модель фундаментальных допущений; функциональная концепция психического; модель двухуровневой психотерапевтической коммуникации; континуум универсальные механизмы развивающей коммуникации.</p> <p><i>Практика</i> – углубленная практика самопознания, роста и личной терапии в режиме двухуровневой развивающей коммуникации; практика многоуровневого технологического синтеза; достижение высоких уровней психологического здоровья и устойчивого ресурсного состояния; практика интервью, супервизии по профилю интегративной психотерапии; участие и проведение балиновских групп.</p>

пределами временных рамок собственно терапевтической коммуникации. И, соответственно, контурируется лишь как следствие функциональной активности четвертого и пятого универсальных механизмов данного уровня. Возможность достижения второй универсальной цели, полностью выводимой из функциональной концепции психологического здоровья, предполагает наличие аналогичных характеристик у фасилитатора и формирование соответствующего идентификационного базиса (пятый универсальный механизм) в общем контексте развивающей коммуникации. На основе данного базиса осуществляется гиперпротекция структурированных технических действий, направленных на форсированное развитие свойств психологического здоровья – устойчивости к агрессивным влияниям среды.

В правом поле схемы 2 приведены основные позиции профессионального образования, которые, с нашей точки зрения, будут способствовать манифестации глубинного уровня развивающей коммуникации. А именно – обеспечивать функциональную активность первого из перечисленных универсальных механизмов глубинного уровня.

6.2.3.3. Функциональные особенности структурно-технологического уровня развивающей коммуникации приведены на схеме 3.

Сразу же оговоримся, что относительно подробно в данной схеме расписан структурно-технологический уровень психотерапевтической коммуникации (первый горизонтальный портал). Уровни других технологий социального развития (воспитание, образование) обозначены во втором и третьем горизонтальных порталах схемы 3 лишь для того, чтобы были понятны основные принципы сопоставимости континуума соответствующих развивающих практик.

В среднем вертикальном поле схемы 3 приведены основные структурные универсалии профессиональной психотерапии, которые, так или иначе, охватывают практически весь ассортимент психотерапевтических техник и технологий. В сущности, речь здесь идет о технологической «расшифровке» основного саногенного механизма терапевтической трансформации личности, разобранного нами в соответствующем разделе настоящего сообщения (7.2.2.2.). В свете всего сказанного, понятно, что

Функциональные характеристики структурно-технологического уровня развивающей коммуникации

Иерархия целей	Структурированные универсальные механизмы	Содержание профессионального образования
1. Решение поверхностной проблемы, заявляемой клиентом 2. Решение глубинных проблем – инсайты I-III уровня 3. Решение унифицированных проблем развития – инсайты IV-V уровня	1. Утилизация (дезактуализация) неконструктивных, дезадаптирующих психических связей (штампов, моделей, стереотипов); 2. Развитие (актуализация) конструктивной, облегчающей адаптацию активности психического за счет: - преимущественной коррекции эмоционального опыта; - преимущественного расширения когнитивного репертуара; - преимущественной модификации поведения	<i>Теория</i> – классические, психологические теории; идеологизированные модели психотерапии (общая методология и структурированные техники психотерапии). <i>Практика</i> – классические тренинги самопознания и личностного роста; традиционная практика личной терапии; собственно психотерапевтическая практика в методологии идеологизированной психотерапии; тематическая интервизорская и супервизорская практика.
Конструктивная социализация	Структурированная практика воспитания	Теория и практика воспитания
Адекватная общая и профессиональная информированность	Структурированные образовательные технологии	Теория и практика образования

темпы и эффективность конструктивной трансформации осознаваемого «Я» субъекта будут зависеть от степени вовлеченности глубинного уровня развивающей коммуникации. Например, «чудесный» факт того, что технический «текст» психотерапевтического процесса в ограниченные периоды времени становится качественным контекстом осознаваемой личности субъекта, объясняется феноменом гиперпластики «Я», функционирующего в режиме диалогизированного сознания и ассилирующего, как терапевтические контексты личности фасilitатора (на глубинном уровне коммуникации), так и структурированные психотерапевтические техники – тексты (на структурно-технологическом уровне коммуникации). А также, тем обстоятельством, что обозначенные терапевтические «тексты» и контексты, отнюдь, не противоречат, а лишь усиливают взаимовлияние друг друга, и потенцируют процесс гиперпластической ассилияции этих непротиворечивых информационных конгломератов.

Далее, следует обратить внимание на то, что основные технические блоки (преимущественная коррекция эмоционального опыта; преимущественное расширение когнитивного репертуара; преимущественная модификация поведения) имеют сугубо относительные разграничения. В данном случае следует учитывать принципиальные подходы

функциональной теории психического, рассматривающие структурированные когнитивные, эмоциональные и поведенческие функции в неотрывной связи с целостным феноменом «Я». Таким образом, любые технологии или техники воздействия на когнции, эмоции, поведение изначально опосредуются общим феноменологическим полем «Я» пациента – клиента. Значение имеет лишь то, в какой сфере изначально была заявлена проблема. Именно в этой сфере и нужно презентировать достигнутые изменения, исходя из интересов клиента. Параллельно необходимо отслеживать терапевтическую эффективность по всем основным параметрам функциональной Я-активности. Кроме того, следует учитывать то обстоятельство, что даже в структурно-технологическом оформлении психотерапевтической методологии всегда присутствует феномен «пропеллера»: как только мы концентрируем внимание на какой-либо одной из рассматриваемых сфер приложения профессиональной психотерапии (нагружаем какую-либо из лопастей), так, немедленно, именно эта сфера – лопасть уходит вниз, а вверх поднимаются две другие. Такого рода динамику основных акцентов терапевтической активности можно проследить и на примере достаточно известных психотерапевтических дискурсов, – когнитивно-поведенческой психотерапии А.Бека,

эмотивно-рациональной психотерапии А.Эллиса и др.. Правило «одно от всего» действует и в этом случае. Отсюда, становится понятной возможность получения сопоставимых результатов с использованием разнонаправленных технических действий.

Этапы оформления структурированных психотерапевтических техник мы здесь специально не обозначаем, поскольку классический вариант, включающий этап установления контакта, диагностический, технологический этапы и этап оценки достигнутого результата (обратной связи), представляется неполным и не совсем удачным. Более адекватную версию последовательности оформления технических действий, с нашей точки зрения, имеет смысл рассматривать в совокупности с этапами формирования функционально-феноменологической активности глубинного коммуникативного уровня.

В левом поле схемы 3 обозначены структурированные цели психотерапевтической коммуникации. Вопросы здесь может вызывать лишь третья позиция, обозначающая унифицированные проблемы развития и, соответственно, инсайты IV-V уровней. Поясним, что в данном случае речь, прежде всего, идет о формировании соответствующей метапозиции пациента – клиента, открытой к изменениям, развитию. У нас нет и не может быть никаких иллюзий относительно того, что такая, полностью осознаваемая и принимаемая клиентом стратегия может быть сформирована в сверхбыстром режиме (не следует путать этот процесс с соответствующей активностью внесознательных инстанций психического). Напротив, для пациентов – клиентов профессиональной психотерапии и практики психологического консультирования, чаще всего характерны или оппозиционная к изменениям, закрытая и достаточно ригидная личностная метапозиция, либо амбивалентность в духе бессмертных персонажей Салтыкова-Щедрина – желание результатов изменений, без какой-либо активности в данном направлении.

Таким образом, если инсайты I-III уровня, это, соответственно – осознание зависимости форм реагирования субъекта от особенностей ситуации, особенностей личности субъекта, особенностей условий формирования его личности – то инсайт IV уровня, это осознание проблемной ситуации, в целом, как сигнала к принципиальному изменению метапозиции субъекта в сторону открытости и развития. Инсайт V уровня является результатом осознания того, что лишь определенная скорость и пластика изменений, а, следовательно, и сознательное принятие синергетической метапозиции, могут надежно профилактировать вовлечение субъекта в какую-либо деструктивную конфликтную ситуацию, патологию, психологическую или химическую зависимость, и обеспечить достаточно высокое качество жизни в агрессивной среде. Из сказанного, следует, что третья позиция в иерархии структурированных целей примыкает к целевым установкам глубинного уровня развивающей коммуникации. Что,

в контексте континуального структурно-пластического оформления Я-активности, не может вызывать никаких возражений.

Соответственно, в правом поле схемы 3 приведены те классические фрагменты теоретической и практической подготовки профессиональных психотерапевтов, которые обеспечивают необходимые знания – умения – навыки и эффективное функционирование на структурно-технологическом уровне развивающей коммуникации.

6.2.3.4. Уникальные возможности развивающей коммуникации, как мы стремились показать по ходу настоящего сообщения, обуславливаются не какими-то изолированными психологическими феноменами, но функциональным взаимодействием многих составляющих. В частности – идентифицируемых уровняй развивающей коммуникации.

Функционально-феноменологический анализ синергетического взаимодействия глубинного и структурно-технологического уровней представлен в виде общего для названных уровней, алгоритма формирования этапов развивающей коммуникации.

Итак, на предварительном, мотивирующем этапе оформления терапевтической коммуникации активность терапевта, в отношение информирования потенциальных клиентов о возможностях терапевтического процесса, и клиента, в отношение поиска информации о приемлемых способах решения его собственных проблем, взаимодействуют с тестовой активностью внесознательных инстанций потенциального клиента, на предмет определения перспективной адаптационной стратегии. Отсюда – значимость непосредственных свидетельств эффективности предстоящей терапии, где главным аргументом является вовсе не агитационный пафос бывших клиентов, но их неподдельный ресурсный статус.

На этапе установления контакта между терапевтом и клиентом, наряду с общезвестными критериями эффективности такого контакта («ослабление напряжения», «установление доверительных отношений», «ненасильственность» и т.д.), фиксируемыми на поверхностном, структурно-технологическом уровне коммуникативной активности, определяющее значение имеют: признаки ресурсной целостности и синергетической метапозиции терапевта, фиксируемые внесознательными инстанциями клиента; санкционируемый этими же инстанциями перевод охранно-конfrontационной адаптивной стратегии и статуса клиента в синергетический, с развитием феноменов гиперпластики; манифестация первой фазы идентификации с личностью терапевта, с признаками формирования первичного ресурсного статуса клиента.

Диагностический этап включает фазу точной идентификации проблемы, заявляемой клиентом (сделать это можно далеко не всегда, но стремиться к этому нужно), а также фазу полной инвентаризации всего проблемного поля (по крайней мере, настолько, насколько это возможно). На

структурно-технологическом уровне здесь имеет значение соответствующее оформление процедуры интервьюирования. Однако, с точки зрения функциональной феноменологии глубинного уровня, данный этап является не столько диагностическим, сколько терапевтическим. Пластика психотерапевтического пространства (к этому времени активно формирующаяся или уже сформированная), «набирающий обороты» механизм идентификации клиента с личностью терапевта – позволяют последнему, по ходу выяснения проблемных обстоятельств клиента, корректировать его эмоциональные реакции за счет ненавязчивой подпороговой демонстрации своих собственных, более зрелых способов эмоционального реагирования, активно ассилируемых клиентом. И, далее, таким же образом расширять когнитивный репертуар и модифицировать поведение клиента. Все эти полноценные терапевтические действия, реализуемые за счет активности глубинного уровня развивающей коммуникации, предуготовляют требуемые терапевтические эффекты структурированных технических действий.

Этап определения терапевтической стратегии включает в себя фазу выстраивания адекватной диагностической триады – исходное (проблемное) состояние – идеал (желаемое, планируемое состояние) – проект терапии (последовательность технических действий, закономерно приводящих к планируемому результату). А также, фазу проработки альтернатив и последовательности выбранных технических действий с клиентом (в зависимости от обстоятельств – более или менее тщательной). На структурно-технологическом уровне коммуникации данный этап оформляется в таковой далеко не всегда. Адепты определенных психотерапевтических модальностей не видят в этом особого смысла. Между тем в парадигме двухуровневой развивающей коммуникации такой смысл, определенно, имеется. За счет синергетической активности внесознательных инстанций и универсального механизма идентификации на глубинном коммуникативном уровне, в ходе прорабатывания вариантов структурированной терапевтической стратегии, во-первых, профилактируются реакции сопротивления – «креидивы» конфронтационных доминант субъекта. Во-вторых, репетируются требуемые эффекты технических действий. В-третьих – предуготовляется общий результат полного технического цикла. Таким образом, проект терапии «проживается», в начале, в виртуальном пространстве гиперпластического «Я» пациента – клиента, а уже затем, в реальном терапевтическом пространстве.

Этап реализации технических действий следует представить в двух динамических вариантах. Первый – рассматривает функциональную динамику взаимодействия поверхностного и глубинного уровней развивающей коммуникации в ходе одной терапевтической сессии. В данном случае активность глубинного коммуникативного уровня, в основном,

сосредоточена на гиперпротекции структурированных технических действий, реализуемых на поверхностном уровне развивающей коммуникации. Возможности достижения основных целей глубинного уровня, как и третьей целевой позиции поверхностного уровня (инсайты IV-V) здесь минимальны. В тоже время, даже и в формате экспресс-терапии (в данном случае с клиентом проводится не более 1-2 терапевтических сессий по специальной методологии) возможен вариант технического синтеза с «открытостью» специализированных многослойных техник, как в направлении решения конкретной проблемы, заявляемой клиентом, так и в направлении достижения универсальных целей глубинного уровня развивающей коммуникации. При этом, успешность в достижении последних целей будет зависеть от исходного уровня развития идентифицированных свойств психологического здоровья – устойчивости у клиента.

Второй вариант анализа рассматривает функциональную динамику взаимодействия поверхностного и глубинного уровней развивающей коммуникации в ходе полного цикла краткосрочной (до 15 сессий), среднесрочной (до 30 сессий), или долгосрочной (свыше 30 сессий) психотерапии. В данном случае успешная гиперпротекция структурированных технических действий, направленных на решение конкретных проблем пациента и на достижение инсайтов I-III, уже не является приоритетной задачей глубинного коммуникативного уровня. Эта задача может быть успешно решена уже в ходе первых терапевтических сессий. И, далее, на передний план выступает весь универсальный комплекс проблем развития – достижение инсайтов IV-V; достижение устойчивого ресурсного состояния с переформированием неосознаваемых механизмов переключения личностной метапозиции и базисной адаптационной стратегии в осознаваемые; укоренение синергетической метапозиции на всех уровнях активности психического; форсированное развитие свойств психологического здоровья - устойчивости с требуемыми уровнями самоорганизующей активности; достижение высоких уровней индивидуальной свободы и качества жизни клиента.

Соответственно, основными средствами достижения вышеназванных стратегических целей являются: на глубинном уровне – все три универсальные механизмы, с очевидным акцентом на идентификацию клиента со специфическими ресурсными характеристиками личности терапевта; на структурно-технологическом уровне – многослойные специализированные техники (так называемые «окна»), открывающиеся в оба уровня терапевтической коммуникации.

Следует отметить, что в рассматриваемом краткосрочном и среднесрочном варианте терапевтической стратегии, наиболее сложной и ответственной задачей является формирование нового типа рациональности, полностью ассилируемого

осознаваемой личностью клиента. Успешное решение данной проблемы, предопределяющее достижение универсальных целей двухуровневой развивающей коммуникации, требует применения уже не только отдельных многослойных техник, но специальных терапевтических стратегий, с использованием многоуровневого технического синтеза (см. раздел 5.2. в предыдущих публикациях).

Этап оценки достигнутого результата и завершения терапевтической сессии включает в себя следующие «большие» структурированные технологии, предусматривающие активность поверхностного коммуникативного уровня: фиксация изменений у клиента в эмоциональной, когнитивной, поведенческой сферах (отслеживаются вербальный и невербальный уровни); оценка появившейся перспективы или состоявшегося решения в отношении заявленной проблемы; обсуждение и принятие совместного решения в отношении продолжения или завершения терапевтической сессии.

Функциональная активность глубинного уровня развивающей коммуникации обеспечивает гиперпластический ресурсный статус клиента и на данном, заключительном этапе терапевтической коммуникации. Ресурсный статус последнего идентифицируется либо как неосознаваемый разлитой терапевтический транс (в данном случае речь идет о prolongации первичного ресурсного статуса клиента). Или же, в случае успешного достижения универсальных долговременных целей, как устойчивое ресурсное состояние с перспективой развития данного статуса в будущем.

С учетом этого последнего обстоятельства, заключительный этап терапевтической коммуникации является вполне рабочим, в смысле взаимовлияния текстов – контекстов соответствующих коммуникативных уровней. На данном этапе, за счет использования специальных технических средств (техники «окна») происходит: трансляция достигнутых результатов в будущее; формирование конструктивных самореализующихся пророчеств (сценариев); подготовка основного инструментария эффективной самоорганизации клиентов. Такого инструментария, который, в нашем случае, будет выступать не в виде каких-либо рукописных планов или тезисов, но в качестве несущих контекстов бытия субъекта.

Далее, следует отметить, что интенсивность и конструктивность взаимодействия структурно-технологического и глубинного уровня развивающей коммуникации, в конечном итоге, трансформируются в новое качество «Я» субъекта, функционирующего в режиме диалогизированного сознания. При этом, оба рассматриваемых уровня становятся равноправными сторонами данного ресурсного диалога, обеспечивая сущностные составляющие обновленной рациональности.

6.2.4. Основные универсалии двухуровневой развивающей коммуникации

С нашей точки зрения, главное достоинство презентируемой модели двухуровневой развивающей коммуникации заключается в возможности выведения системных универсалий, обеспечивающих основной динамический эффект – максимум конструктивных изменений в минимальные временные периоды; сущностный эффект – форсированное развитие комплекса психологических свойств, в совокупности обуславливающих функцию устойчивости индивида в агрессивной среде; итоговый эффект – достижение искомого уровня самоорганизующей активности субъекта, его безопасности, индивидуальной свободы (отсутствия психологической и химической зависимости) и высокого качества жизни.

В свете всего сказанного, понятно, что группы разрозненных фактов, обсуждаемых по ходу настоящего сообщения, и отдельные характеристики психологической активности субъектов, вовлеченных в коммуникативный процесс, вряд ли могут претендовать на роль неких универсалий – функциональных предикторов всех вышеназванных эффектов. В данном качестве могут выступать лишь системно-функциональные характеристики развивающей коммуникации, с возможностью эффективной трансляции данных характеристик в теорию и практику общего континуума развивающих технологий.

Таким образом, главные универсалии уникальной развивающей коммуникации, в нашем варианте, представлены:

- основным системообразующим фактором, в качестве которого выступает теория кольцевого научного архетипа и функциональная концепция психического; данный фактор является базисными условиями для последующей идентификации и функциональной дифференциации универсальных характеристик следующего порядка;

- континуумом универсальных целей развивающей коммуникации, адекватная идентификация и систематизация которых становится возможностей в результате проведенных исследований и формирования доказательной концепции психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды (полное описание континуума целей приведено в схеме 2 и 3 предыдущего раздела);

- системой универсальных механизмов глубинного уровня развивающей коммуникации, основной перечень которых приведен в схеме 2 настоящего сообщения;

- системой взаимодействия глубинного и структурно-технологических уровней развивающей коммуникации (данная система, подробно описанная в предыдущем разделе, раскрывает общий механизм гиперпротекции структурированных технических действий; при этом ассортимент используемых структурированных технологий может быть самым различным и специфическим для каждой из рассматриваемых развивающих практик);

- системой подготовки профессиональных агентов развития (психотерапевтов, консультирующих

психологов, специалистов по социальной работе и других фасилитаторов), включающей основные теоретические концепты и практические курсы, общее содержание которых обозначено на схемах 2 и 3.

Приведенная классификация включает 6 систематизированных групп факторов, для которых, в свою очередь, определяются следующие характеристики, выделяющие наш подход в ряду других принципов интеграции психотерапевтических модальностей и технологий:

- прежде всего, аргументируемый нами подход касается не только направлений и методов профессиональной психотерапии, но также и всего континуума развивающих практик, представляющих метамодель социальной психотерапии;

- данный подход, в основном, концентрируется на со-бытийном уровне активности основных инстанций психического, идентифицируемом в методологии кольцевого научного архетипа, а не на индивидуально-пластическом уровне, где какая-либо технологическая интеграция не только невозможна, но и противопоказана;

- следовательно, аргументируемый нами принцип интеграции профессиональной психотерапии и других развивающих практик ассилирует все называемые ранее, аналогичные подходы и принципы: интегративной теории личности, общетерапевтических факторов; полипрагматической оценки статуса пациента – клиента и др., без каких-либо противоречий;

- аргументируемый подход, таким образом, не конфликтует с какими-либо направлениями и модальностями профессиональной психотерапии (дифференцируемых на том уровне организации психического, который как раз и должен олицетворять возможное разнообразие развивающих методологий и технологий), напротив, данный подход лишь прибавляет эффективности каждому из них;

- для пяти из шести рассматриваемых в нашем подходе групп факторов характерно концептуальное единство, ясный и понятный принцип идентификации, выводимые из общего для всех, начального системообразующего фактора; однако, данное обстоятельство не означает какой-либо необоснованной идеологизированной нагрузки ни для клиента,

ни для терапевта, поскольку интегрирующая активность внесознательных инстанций, органически имплантированная в ткань развивающей коммуникации, вряд ли нуждается в каких-либо дополнительных, произвольно-выстраиваемых аргументах;

- рассматриваемый подход целиком и полностью концентрируется на форсированном развитии самоорганизующего потенциала клиента, не подменяя его собственную активность и ответственность в решении каких-либо проблем, и повышает, таким образом, степень его индивидуальной свободы;

- кроме того, рассматриваемые системы факторов принципиально измеряемы и, соответственно, сопоставимы с кластерами индикаторов, оценивающих эффективность развивающей коммуникации (начальных, промежуточных, конечных); следовательно, всегда есть возможность адекватной оценки качественного вклада в данный процесс каждой из рассматриваемых систем.

Краткое резюме по теоретическому обоснованию модели двухуровневой развивающей коммуникации сводится к следующему.

Аргументируемая модель способствует выведению общей формулы уникальных эффектов профессиональной психотерапии, доступной для понимания и воспроизведения.

Данная модель позволяет сформулировать адекватные принципы трансляции вышеназванной системы универсальных факторов в континуум развивающих практик, представляющих метамодель социальной психотерапии.

При этом, понятно, что общим функциональным полем для всех поименованных практик может являться лишь глубинный коммуникативный уровень, а общим профессиональным пространством – соответствующий стандарт подготовки профильных специалистов (см. схему 2).

Третий принцип заключается в том, что адекватная трансляция названной системы универсальных факторов в теорию и практику технологий, представляющих метамодель социальной психотерапии, предполагает широкомасштабную институциональную реформу, основные направления которой освещаются в заключительном разделе статьи.

Литература:

1. Бек А. Когнитивная психотерапия // В кн. Эволюция психотерапии. – М.: Класс, 1998. – Т. 2. – 416 с.
2. Виннер Н. Человек управляющий. – СПб: Питер, 2001. – 288 с.
3. Зимбардо Ф., Лайтте М. Социальное влияние. – СПб.: Питер, 2000. – 448 с.
4. Катков А. Л. Функциональная концепция психического в контексте интегративно-развивающей психотерапии // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2004. – Т. X, Специальный выпуск, посвященный II съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов Республики Казахстан. – С. 15-22.
5. Мармор Д. Психотерапевтический процесс: общие знаменатели различных подходов // В кн. Эволюция психотерапии. – М.: Класс, 1998. – Т. 2. – 416 с.
6. Основы теории коммуникации / под ред. проф. М. А. Василика – М.: Гардарики, 2003. – 615 с.
7. Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии. – СПб.: прайл-ЕВРОЗНАК, 2005. – 384 с.
8. Паттерсон С., Уоткинс Э. Теории психотерапии // 5-е издание. – СПб.: Питер, 2003. – 544 с.

-
-
9. Соммерз-Фланаган Д., Соммерз-Фланаган Р. Клиническое интервьюирование // 3-е издание. – Вильямс, 2006. – 672 с.
10. Тернер Дж. Социальное влияние. – СПб.: Питер, 2003. – 256 с.
11. Шарков Ф. И. Теория коммуникации (базовый курс). - М.: РНП-Холдинг, 2006. – 240 с.
12. Эллис А. Эволюция рационально-эмотивной и когнитивно-бихевиоральной терапии // В кн. Эволюция психотерапии. – М.: Класс, 1998. – Т. 2. – 416 с.
13. Beutler L.E., Machado P.P.P., Neufeldt S.A. Therapist variables / In A.E.Bergin, S.L.Garfield (Eds) // Handbook of psychotherapy and behavior change. – New York. Wiley, 1994. – p.p. 229-269
14. Garfield S.L. Research on client variables in psychotherapy / In A.E.Bergin, S.L.Garfield (Eds) // Handbook of psychotherapy and behavior change. – New York. Wiley, 1994. – p.p. 190-228
15. Kanfer F.H., Reinecker H., Schmelzer D. Selbstmanagement Therapie, 1991, Berlin: Springer
16. Luborsky L., Singer B. Comparative studies of psychotherapy // Archives of General Psychiatry. – 1975, 32. – P. 995-1008.
17. Lambert M.J., Bergin A.E. The effectiveness of psychotherapy / In A.E.Bergin, S.L.Garfield (Eds) // Handbook of psychotherapy and behavior change. – New York. Wiley, 1994. – p.p. 143-189
18. Miller W. R., Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. – New York, Guilford Press, 1991. – 227 p.
19. Margraf J., Bauman V., Bedeutung W. Schreiben Psychotherapeuten der Erfahrung zu? // Zeitschrift fur Klinische Psychologil, 1986. – Vol. 15. – p.p. 248-253
20. Nietzel M.T., Fisher S.G. Effectiveness of professional and paraprofessional helpers: A comment on Durlak / Psychological Bulletin, 1981. – Vol. 89. – p.p. 555-565
21. Orlynsky D.E., Howard K.I. A generic model of progress in psychotherapy / In W.Huber (Ed), Progress in psychotherapy research // Louvain-La Heuve: Presses Universitaires de Louvain, 1987. – p.p. 445-458
22. Stein D.H., Lambert M.J. On the relationship between therapist experience and psychotherapy out-come // Clinical Psychology Review, 1984. – Vol. 4. – p.p. 127-142
23. Sue S., Zane N. The role of culture and cultural techniques in psychotherapy: A critique and reformulation / American Psychologist, 1987. – Vol. 42. – p.p. 37-45
24. Wills T.A. Non-specific factors in helping relationships / In T.A.Wills (Ed) // Basic processes in helping relationship, New York, Academic Press, 1982. – p.p. 381-404

(окончание следует)

ПСИХОТЕРАПИЯ

ГРУППОВАЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ПРОЦЕССЕ ПЕРЕПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ В ОБЛАСТИ ПСИХОТЕРАПИИ

Л. А. Бодренко

С развитием организационных основ психотерапевтической помощи все большую актуальность приобретает разработка основных принципов и методов подготовки и повышения квалификации в области психотерапии (Карвасарский Б. Д., 2000). Программа последипломной подготовки врачей-психотерапевтов включает освоение теоретико-методологических, клинических, нейрофизиологических и психологических основ психотерапии, овладение психотерапевтическими методами и навыками. Основными принятыми формами обучения на факультетах последипломного усовершенствования врачей являются лекции, практические занятия, семинары, научно-практические конференции (Карвасарский Б. Д., 2000), а также тренинги. Для успешного обучения необходимо выполнение ряда условий:

1. высокая мотивация обучения;
2. четкое видение ближайших и отдаленных перспектив применения полученных знаний и умений, в т.ч. в практической работе;
3. освобождение от забот и хлопот повседневной жизни, насколько это возможно, на период обучения;
4. смягчение личностной защиты, освобождение от привычных масок, что приводит к большей открытости профессионала;
5. открытость и готовность к личностному росту;
6. стремление осознать и отреагировать собственные личностные проблемы;
7. стремление сохранять и развивать собственную ментальную экологию.

Соблюдение этих условий может привести к успеху профессиональной подготовки и обучения по психотерапии (Макаров В. В., 2001).

Учитывая эти условия, большой вклад в подготовку профессионалов может внести групповая психотерапия. Групповую терапию, проводимую на нашей кафедре можно охарактеризовать как тренинговую и терапевтическую. Подобные группы служат ряду целей:

- передача информации;
- возможность поделиться опытом;
- обучение навыкам психотерапии;
- поддержка, решение личностных проблем;
- личностный рост.

Такие группы структурированы таким образом, чтобы помочь слушателям развить специальные навыки, разобраться в конкретных проблемах или преодолеть определенные жизненные трудности, избежать синдрома «сгорания».

Со слушателями профессиональной переподготовки проводится мультиmodalная учебно-тренинговая, терапевтическая группа в течение 3-х месяцев. Целями работы данной группы являются:

- 1) овладение методами психотерапевтического интервью для дальнейшей работы;
- 2) прохождение групповой динамики;
- 3) обучение отдельным блокам мультиmodalной психотерапии;
- 4) познание границ собственной личности;
- 5) обучение динамической медитации, медитрансам;
- 6) личная групповая терапия, по запросу.

Состав участников различается по базовой специальности (врачи-психиатры, терапевты, наркологи, реаниматологи, педиатры и т.д.), возрасту, половой принадлежности. Группа проводится 1 раз в неделю продолжительностью 5,5 часа. Формируются 2 круга: внутренний (основной) круг - 6-10 человек, и внешний круг, который может содержать любое количество человек. 1 и 2 круги различаются своими правилами, правилами. Вся основная работа происходит во внутреннем круге, который выбирается на первом занятии, как правило, демократическим путем. Каждое занятие строится согласно заявленным целям группы, а также учитывая запрос участников 1 круга. В начале первой встречи участникам основного круга предлагается заявить (по желанию) по 2 проблемы: личную и профессиональную. В дальнейшем можно проследить, как участники работают со своими проблемами или, напротив, продолжают играть в игры с самим собой, оставаясь, таким образом, в рамках своего неосознаваемого сценария жизни.

Несмотря на относительно короткий срок проведения группы (4 месяца), характерна групповая динамика. Большую роль в работе играет второй круг, который дает обратную связь в конце каждого занятия. Как правило, участники внешнего круга говорят о своих чувствах и переживаниях, возникающих в процессе работы, которые имеют большое значение в групповой динамике.

Групповая динамика – это совокупность внутригрупповых социально-психологических процессов и явлений, характеризующих весь цикл жизнедеятельности малой группы и его этапы – образование, функционирование, развитие, стагнацию, регресс и распад. Иначе говоря, это учение о силах, структуре и процессах, которые действуют в группе. (Карвасарский Б. Д., 2000).

Кратохвил (1978) определяет групповую динамику как совокупность групповых действий и интеракций,

характеризующих развитие, или движение группы во времени, которая является результатом взаимоотношений и взаимодействий членов группы, их деятельности и воздействия внешнего окружения. Хек (1975) рассматривает групповую динамику как процесс формирования, структурирования, развития и функционирования группы, который приобретает важное значение для психотерапии. К характеристикам групповой динамики относятся: цели и задачи группы, нормы группы, структура группы, групповые роли и проблема лидерства, групповая сплоченность, напряжение в группе, актуализация прежнего эмоционального опыта (проекция), формирование подгрупп, фазы развития психотерапевтической группы.

Разные авторы выделяют различные этапы развития группы. В работе нашей группы мы, вслед за Качюносом выделяем 4 основные фазы развития группы: начальную, которой свойственны поиск стиля работы, структуры, конкретизация личных целей, большая зависимость от терапевта; переходную, на которой решаются вопросы, доминирования во взаимоотношениях и возникает особенно много конфликтов, как между участниками, так и с терапевтом; продуктивную, когда через решение конфликтов участники движутся к заботе о гармонии взаимоотношений, когда они, ради сплоченности группы, отказываются от некоторых индивидуальных потребностей, когда ведется глубокий и зрелый анализ самих себя и взаимных отношений; и завершающую, на которой происходит консолидация группового опыта, оценка ее эффективности и эмоциональная подготовка к расставанию.

Каждое занятие условно можно разбить на несколько частей - отработка навыков психотерапевтического интервью (работа в круге, в парах), обучение элементам динамической медитации, медитрансы, написание своей психотерапевтической биографии, при необходимости- личная терапия с применением мультимодального подхода. Основной и конечной целью всей работы группы является создание своего самореализуемого пророчества – осознаваемого сценария жизни.

Нашей задачей явилось проследить динамику личностных изменений в процессе групповой психотерапии у слушателей первичной переподготовки. Для этой цели мы дважды использовали 16-факторный личностный опросник Кеттела в начале и в конце работы группы. В исследовании принимали участие 36 человек, проходившие первичную переподготовку по психотерапии на нашей кафедре. Возраст от 28 до 53 лет. Изменения личностных факторов прослеживалось в двух группах: экспериментальной

– слушатели, участвовавшие в групповой работе в первом или втором круге на протяжении 4 месяцев; контрольной – слушатели, проходившие первичную переподготовку на нашей кафедре, но участвующие нерегулярно или не участвующие в групповой психотерапии. В результате исследования получены следующие результаты: в контрольной группе динамика личностных изменений в процессе обучения выражена незначительно. В экспериментальной группе получены выраженные изменения по следующим факторам: увеличение фактора С – сила «Я», эмоциональная устойчивость, выдержанность, трезво смотрит на вещи, работоспособный, реалистический настроенный, эмоционально зрелый; увеличение фактора В – собранный, сообразительный, быстро схватывающий, интеллектуально приспосабливается; увеличение фактора Е – уверенность, напористость, упрямство, независимость; снижение фактора М – быстро решает практические вопросы, занят своими интересами, руководствуется объективной реальностью, честный добросовестный, беспокойный, но твердый; снижение фактора О – самоуверенность, безмятежность, веселый, жизнерадостный, нечувствительный к оценке окружающих, энергичен; снижение фактора L – доверчивость, внутренняя расслабленность, откровенность, свободный от зависимостей, легко забывает трудности, понимает, прощает, терпимый, благожелательный по отношению к другим, легко ладит с людьми, хорошо работает в коллективе; снижение фактора F1 – низкая тревожность, жизнь, в целом, удовлетворяет, способен достичь желаемого. На основании полученных данных можно предположить, что групповая психотерапия, проводимая на нашей кафедре, способствует изменениям личностных характеристик слушателей, улучшая эмоционально-волевые особенности, коммуникативные свойства и особенности межличностного взаимодействия, и даже интеллектуальные особенности, что способствует более эффективной подготовке профессионалов в области психотерапии, удовлетворяющих современным требованиям.

Таким образом, групповая психотерапия в процессе профессиональной переподготовки играет большое значение, помогая решать несколько задач:

- является теоретической подготовкой;
- позволяет получить начальный практический опыт работы с пациентом, клиентом;
- помогает познать границы собственной личности;
- помогает осознать и решить свои личные проблемы. Следовательно, учитывая все условия успешного обучения, позволяет наиболее эффективно осуществлять подготовку профессионалов.

КОМБИНИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ

С. В. Макаров

На проблему профилактики и лечения ожирения, как значимого фактора в развитии и реализации ряда соматических заболеваний, все чаще обращают внимание не только клиницисты, но и психологи. Безусловно, проблема многогранна и, судя по значительному приросту людей с избыточной массой тела в популяции европейцев, североамериканцев, далека еще от разрешения. Участие психотерапевта в комплексном лечении таких пациентов, не зависимо от генеза ожирения, все более востребовано.

У больных страдающих ожирением помимо психовегетативных нарушений, аффективно-эмоциональных синдромов (Бунина Е. М., и соавт., 2001; Вознесенская Т. Г., Рыльцова Г. А., 1994 и др.), проявлением которых может быть гиперфагическая реакция на стресс, формируется дезадаптивное пищевое поведение. У лиц с избыточным весом отмечен высокий уровень тревожности, не редко сочетающийся с психосоматическими расстройствами (Вахмистров А. В. и соавт., 2001; Герус Л. В., 1995; Брайтигам В. и соавт., 1999). Ряд выявленных психологических факторов, влияющих на процесс адаптации к нормальной массе тела, безусловно, нуждается в коррекции (Гаврилов М. А., 1998). Указанные изменения в психической сфере этой категории пациентов принадлежат к невротическому регистру и требуют комплексного подхода в лечении с использованием различных методов и приемов психокоррекции, психотерапии, направленных на нивелирование эмоциональных, когнитивных и поведенческих расстройств личности.

В амбулаторных условиях с начала шестидесятых годов чаще применялось многоэтапное лечение ожирения с использованием диетотерапии, лечебной физкультуры, физиотерапии. В дальнейшем стали применяться приемы рациональной и суггестивной психотерапии с техниками аутогенной тренировки (Креславский Е. С. и соавт., 1984). Однако предлагаемые психотерапевтические методики предполагали пролонгированное посещение врача, были адресованы к поддержке механизмов социальной адаптации с воздействием на пищевую и двигательную сферу. В сочетании с длительным и, по существу, принудительным ограничением в пище, а также требованием увеличения двигательной активности, были порой малоэффективны. Необходимо отметить, что тактика терапии ожирения в своей психотерапевтической составляющей ограниченно воздействующая на мотивационные механизмы личности, может вызывать эмоциональный дискомфорт у пациентов. Такой подход был рассчитан на: систематические занятия, определенную дисциплинированность и культуру поведения в отношении собственного здоровья.

Тем не менее, практика показала, что указанные факторы способствовали отказу от лечения на

различных его этапах. Особенности мотивационно-потребностной сферы личности многих пациентов, впервые обратившихся за помощью имели стержень со своеобразной системой верований, основанной на мифологизированности сознания, желании получить быстрый эффект за счет «чудодейственного метода».

В начале девяностых годов стали применяться краткосрочные комбинированные методы психотерапии лиц, страдающих ожирением (Папырин В. Д., 1994; Paul L. Deqoub et al., 1990 и др.). Суть их состояла в одно или двукратном психотерапевтическом воздействии с формированием групп пациентов по признаку идентичной внушаемости. В работе с пациентами использовалась рациональная и суггестивная психотерапия с формированием состояния релаксации. После дегипнотизации в течение 8 недель назначалась низкокалорийная диета. Метод краткосрочной терапии наиболее притягателен для пациентов в связи с быстрым достижением результатов. Гетеросуггестивное воздействие отдельными врачами - психотерапевтами проводилось с установкой на формирование отрицательных эмоций к злоупотреблению пищи с повышенной энергетической ценностью. Необходимо отметить, что применение гипнотерапии с формированием такой установки в ряде случаев нежелательно, так как это может способствовать нарушению экологии личности.

Несмотря на потенциальное многообразие способов психотерапии и техник психокоррекции, применяемых в лечении лиц с избыточным весом, целесообразно дальнейшее сочетанное использование и совершенствование приемов и техник рациональной, суггестивной, поведенческой, экспрессивной психотерапии. В работе с такими пациентами предпочтительнее использовать групповую психотерапию. Именно такая форма психотерапии способствует усилению механизмов взаимной индукции, обеспечивая наиболее эффективную реализацию психотерапевтического альянса: врач - пациент через осознание когнитивных и поведенческих стереотипов, формирующих представление об избыточном весе, а также делегирующих ответственность за достижение результата лечения самому пациенту. Приемы рациональной, суггестивной, эмоционально-стрессовой психотерапии значительно уменьшают признаки эмоционального дискомфорта, способствуют формированию доминанты, изменяющей пищевое поведение и, следовательно, определяют новые адаптивные возможности личности. Применение элементов голотропной терапии и НЛП включает не только нейрофизиологический эффект по активации эндорфинной системы, но и обеспечивает вовлеченность структур бессознательного в психотерапевтический процесс.

В патогенезе ожирения помимо эндогенно-органических факторов, высок удельный вес факторов экзогенной природы: нерациональное питание, гиподинамия, психоэмоциональный стресс с гиперфагической реакцией. Опорным элементом в работе с лицами, страдающими ожирением следует считать приемы эмоционально-стрессовой психотерапии на основе элементов голотропного дыхания со зрительной депривацией (стресс ожидания). С физиологической точки зрения метод эмоционально-стрессовой психотерапии, благодаря механизмам рефлекторных и интегративных влияний, способен оказывать воздействие на различные звенья функциональной системы пищевой мотивации (Слуцкий А. С., 1982).

Более пролонгированные результаты в снижении веса тела как показывает опыт работы более чем с 200 пациентами, возможны в сочетании с применением техник нейролингвистического программирования с оживлением ассоциативной связи (приемы якорения) и рефлекторным раздражением точек выхода тройничного нерва. Такой прием позволяет формировать устойчивую доминанту, направленную на подавление гиперфагической реакции с включением эмоциональных и поведенческих саногенных механизмов личности. Полагаем, что такая терапия носит преимущественно симптоматический характер. Для наиболее полной коррекции эмоционально-личностных расстройств требуется пролонгированная психотерапия и психокоррекция, где совместная работа врача и психолога может приносить лучшие результаты. Однако, для подобной работы с пациентами и их семьями, как правило, трудно формировать мотивацию у лиц, достигших «внешних результатов» в терапии своего страдания.

Особенность предлагаемой комбинированной психотерапии состоит в формировании адекватных поведенческих паттернов в отношении рационального питания - безразличия к высококалорийным продуктам, а не реакции страха перед нарушением запрета в их употреблении, что сохраняет экологию личности и способствует устойчивому результату. Психокоррекционное воздействие, основанное на приемах когнитивного обучения, принципах гуманистической терапии, формирует иные ценностные установки личности, позволяет проводить работу с мотивационно-потребностной сферой. Это меняет направленность аддиктивных расстройств, уменьшает их проявления, пролонгируя результат лечения.

Предлагаемый способ коррекции веса применялся у 232 больных в возрасте от 19 до 56 лет с первичным ожирением. Длительность наблюдения составляет от 14 до 39 месяцев. Помимо снижения веса в среднем на 15- 30% в течение двух месяцев, уменьшились проявления невротических расстройств, изменилось пищевое поведение – что позволяло сохранить достигнутые результаты.

Наблюдение 1. Пациент Н., 38 лет, предприниматель. Обратился с проблемой «лишнего» веса. Пища

употребляется без чувства голода в избыточном количестве до ощущения переполнения желудка, чаще на фоне неприятностей в семье или на работе. Отдает предпочтение высококалорийным продуктам: жирные сорта рыбы и мяса, сыр, колбасы. Пациент осознает неадекватность своего поведения, каждый раз испытывает чувство вины, старается принимать пищу в одиночестве. Ранее неоднократно лечился с помощью гипноза, диет. Эффект был кратковременным (несколько недель) со снижением массы тела на 3-7 кг. Индекс массы тела (отношение веса тела (кг) к длине тела (м)- возведенной в квадрат) составлял 37,7. Уровень ситуативной тревожности, определенной по тесту Спилберга - Ханина высок – 54 балла, личностной – низкий 29 баллов. Результаты ТАТ (тематический апперцепционный тест) свидетельствуют о низкой самооценке. Круг проблем замыкался на социальной сфере и семейной жизни с внутренним конфликтом между желаемым и достигнутым. Наличие внешних препятствий расценивалось пациентом как отвержение обществом, состоянием безвыходности положения с реализацией механизмов самоуничижения и агрессии. Отмечается выраженная эмоциональная лабильность. Предлагаемый способ коррекции веса позволил повысить самооценку пациента. Уровень ситуативной тревожности снизился до 36 баллов, изменились отношения в семье с адекватной эмоциональной реакцией на происходящее. Осознана очевидная потребность в построении равноправных партнерских отношений с коллегами. Вес снизился на 18 кг. Индекс массы тела составил 31 и сохранялся на протяжении 18 месяцев периода наблюдения. Пациент отметил отсутствие: влечение к высококалорийным продуктам и гиперфагической реакции на стресс. Признаки компульсивного пищевого расстройства значительно уменьшились.

Наблюдение 2. Пациент О-ва, 29 лет, повар. Не замужем. Стесняется своей «полноты», испытывает затруднения в общении с противоположным полом. Вес 86 кг. Индекс массы тела - 33,4. Многократные попытки провести коррекцию веса путем диет, пищевых добавок, кодирования не приносили результата, либо приводили к нестойкому его снижению на 5-6 кг. Незнакома с основами рационального питания, употребляет много кондитерских изделий. Отмечен высокий уровень личностной тревожности – 52 балла. Результаты ТАТ. Определяется неуверенность в себе, не может адекватно оценить ситуацию. Отмечалась склонность к уходу от эмоциональных контактов. Испытывала затруднения в выражении собственных чувств и эмоций. Особенности мотивационно-потребностной сферы состояли в сформированной пассивной жизненной позиции, с потребностью в расширении социальных контактов и одобрением деятельности. Пациентка была склонна к реакции избежания неудач. В ситуации возникновения препятствий к достижению цели чаще использовала неадекватные поведенческие

реакции, давала пессимистическую оценку своему будущему. После проведенной комбинированной психотерапии улучшилось настроение. У нее стали более оптимистичны прогнозы относительно будущего, уменьшились признаки алекситимии. На фоне формирующихся конструктивных вариантов общения и поведения, дезактуализировалось предпочтение и потребность в употреблении кондитерских изделий. Уровень личностной тревожности уменьшился до 42 баллов. Вес снизился до 72

кг и удерживался в течение 2,5 лет. Индекс массы тела составил 27,4.

Способ коррекции избыточного веса (ПАТЕНТ РФ на изобретение № 3223797), основанный на комплексном использовании различных техник и методов психотерапии в их определенной последовательности с применением диетотерапии, может использоваться в практическом здравоохранении, а также при психологическом консультировании лиц, страдающих ожирением.

Литература:

1. Александровский Ю. А. *Пограничные психические расстройства. Руководство для врачей.* – М.: Медицина, 1993, 400 с.
2. Брайтигам В., Кристиан П., Рад М. *Психосоматическая медицина.* - М.: Гэотар медицина, 1999, 235 с.
3. Бунина Е. М., Вознесенская Т. Г., Коростелева И. С. *Лечение первичного ожирения длительным дозированным голодаием в сочетании с психотерапией // Ж. Неврологии и психиатрии,* 2001. - № 12. - С. 37-42
4. Вахмистров А. В., Вознесенская Т. Г., Посохов С. И. *Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении // Ж. Неврологии и психиатрии,* 2001. - № 12. - С. 19-24
5. Вознесенская Т. Г., Рыльцова Г. А. *Психологические и биологические аспекты нарушения пищевого поведения // Ж. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева.* - СПб, 1994. - № 1. - С. 29-37
6. Гаврилов М. А. *Взаимосвязь психологических и физиологических особенностей при нормализации массы тела у женщин, имеющих избыточный вес // Дисс. на соискание уч. степени к.м.н.* - Томск, 1998, 18 с.
7. Креславский Е. С., Лойко В. И. *Психотерапия в системе реабилитации больных алиментарно-конституциональной формой ожирения // Ж. Терапевтический архив,* 1984. - № 5. - С. 104-107
8. Paul L. Deqoub, R. Wilkie *Suggestion with and without hypnotic induction in a weight reduction program // The International Journ.Clin. and Exper.Hypnosis,* 1990. - V. 28. - N 4. - P. 333-340

ПСИХИАТРИЯ

ОСОБЕННОСТИ АВТОБИОГРАФИЧЕСКОЙ ПАМЯТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОГЕННОЙ МЕНТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

к.м.н. Е. Н. Исполатова

Сложно функционирующие психические и физиологические процессы памяти обеспечивают непрерывное запечатление, переработку и сохранение опыта прошлого, активное использование которого играет важную роль в регуляции актуального поведения и жизнедеятельности субъекта. Конкретные, а также, в различной степени обобщенные впечатления прошлого, включающие в себя рациональную и эмоциональную оценку объектов и ситуаций, влияют на афферентный синтез и повторное взаимодействие с данными стимулами в настоящем что, в целом, обеспечивает непрерывный процесс операющего отражения действительности. Актуализируемый опыт прошлого лежит в основе создаваемых психикой диагностических моделей будущего («акцептор результатов действия») и в значительной мере определяет адаптивную ценность предпринимаемых субъектом действий (П. К. Анохин, 1968).

Одной из подструктур памяти является автобиографическая память (АП), под которой понимают память на биографическую информацию и жизненные переживания субъекта (Robinson J, 1990). Совокупность воспоминаний АП лежит в основе «Я-концепции», включающей как определенное знание о себе, так и отношение к собственной личности.

Согласно когнитивной модели Conway (Conway, 1992; Conway & Bekerian, 1987; Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Conway & Rubin, 1993), автобиографическая память является иерархической структурой, в основании которой находится информация о конкретных и единичных событиях прошлого (ESK - event specific knowledge). Средний уровень АП представлен обобщенным привычным жизненным опытом (general or extended knowledge), а вершина иерархической пирамиды - это наиболее абстрактное отражение субъектом событий прошлого как значимых периодов жизни (lifetime periods knowledge) так и жизни в целом. Создание столь сложной структуры как автобиографическая память предполагает достаточное развитие и сохранность когнитивных способностей, в частности, способности к установлению причинно-следственных связей, к систематизации и обобщению отдельных фактов личной биографии. Именно поэтому, с точки зрения психологов когнитивной ориентации, целостная система АП и связанная с ней концепция собственной жизни как целостности формируется у ребенка постепенно, а ранние воспоминания амнезированы или фрагментарны (Piaget, 1973; Ross, 1991). Изучение содержаний и целостной структуры автобиографической памяти осуществляется в процессе

собеседования с субъектом, а также путем использования специальных тестов и методик опроса (AMT – Autobiographical Memory Test; Childhood Trauma Interview).

Исследование особенностей автобиографической памяти у практически здоровых лиц и у пациентов с различной психической патологией дало возможность описать ряд феноменов.

Феномен обобщенной памяти (phenomenon of over general memory) или феномен усредненного взгляда (mnemonic interlook), характеризует трудности субъекта с актуализацией конкретных жизненных событий и личного опыта, автобиографическая память функционирует на уровне привычных событий и повторяющегося опыта. Такая особенность АП, по мнению ряда исследователей, связанная с вытеснением или избеганием болезненного личного опыта, описана у пациентов с депрессией (Goddard, Dritschel & Burton, 1996; Moore, Watt & Williams, 1998; Wessel, Meereen, Peeters, Arntz & Merckelbach, 2001), с биполярным расстройством (Scott, Stanton, Garland & Ferrier, 2000), у лиц с обсессивно-компульсивным личностным расстройством (Wilhelm, McNally, Baer & Florin, 1997) и пограничным личностным расстройством (Kremers, 2004), у лиц, склонных к суициду (Williams & Dritschel, 1988), у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством (McNally, Lasko, Macklin & Pinman, 1995) и острыми реакциями на стресс (Harvey, Bryant & Dang, 1998), у больных раком (Brewin, Watson et al., 1998). Есть данные о возможном влиянии обобщенных воспоминаний раннего детства на психотические бредовые переживания больных шизофренией (S. Freud, 1905; K. G. Jung, 1973; Kaney, Bowen-Jones & Bentall, 1999).

Феномен диссоциации или диссоциативной амнезии (dissociative amnesia), характеризует связанную с психической травмой или со стрессом неспособность субъекта вспомнить важную личную информацию посредством обычного волевого усилия. Часто диссоциация воспоминаний сопряжена с пережитым эмоциональным, физическим или сексуальным насилием, так, например, описано влияние детских психических травм на развитие пограничного личностного расстройства (Brodsy, Cloitre & Dulit, 1995; Shearer, 1994; Herman et al., 1989, Kremers, 2004), на развитие галлюцинаторных, бредовых расстройств и нарушений мышления (Read J., Agar K., Argyle N., Aderhold V., 2003). Согласно ряду исследований, особая врожденная индивидуальная способность к диссоциации в ситуации стресса может быть

одним из факторов риска развития психических заболеваний (Hartman & Burgers, 1993; Ross-Gower, Waller et al., 1998; Banyard, Williams & Sigel, 2001).

Феномен непостоянства памяти (*memory inconsistency*) характеризует чрезвычайную изменчивость автобиографического опыта и всей структуры автобиографической памяти в целом при непосредственном обращении к конкретному опыту базового уровня (Conway, 1997). В наибольшей степени это явление затрудняет работу с психотравмирующими воспоминаниями о пережитом неоднократном или систематическом насилии, когда воспроизведимые субъектом фрагменты конкретного единичного опыта смешиваются с более обобщенными впечатлениями, что приводит к постоянному изменению содержаний воспоминаний и порой делает невозможным само их изучение. Такая особенность воспроизведения связанного с насилием детского опыта описана у пациентов с пограничным личностным расстройством (Kremers, 2004).

Все описанные выше феномены АП не связаны с когнитивным дефицитом и доступны коррекции в процессе психотерапии. Так описано положительное влияние аналитически-ориентированной и когнитивно-поведенческой психотерапии на процесс актуализации конкретного базового опыта, на преодоление диссоциации и изменчивости воспоминаний и связанную с этим редукцию клинических симптомов у пациентов с депрессиями, с пограничным личностным расстройством (Kremers, 2004).

В данной статье обобщен небольшой по объему опыт наблюдения в процессе краткосрочной психотерапии 12 пациентов, находящихся на лечении в психиатрическом стационаре по поводу эндогенного психического заболевания. Все наблюдаемые пациенты – мужчины, в возрасте от 18 до 54 лет; 10 человек с диагнозом «параноидная шизофрения», у 2 пациентов диагноз «шизотипическое расстройство» с неврозоподобной (1) и психопатоподобной (1) симптоматикой. Госпитализация в стационар была обусловлена обострением психотической продуктивной симптоматики (неврозоподобные, психопатоподобные, аффективные, бредовые, галлюцинаторные, кататонические расстройства) на фоне сформированного дефекта (астенический, психопатоподобный и апато-абулический типы дефекта). Значительное снижение когнитивной функции выявлено в 1 наблюдаемом случае (нарушения внимания, памяти, разорванные мышление и речь), у остальных пациентов имеет место относительная сохранность когнитивного ресурса (выявлялись нерезко выраженные нарушения внимания, мышления и опосредованного запоминания по диссоциативному типу). Все пациенты наблюдались психиатром более 1 года, получали ПФТ, неоднократно госпитализировались (от 3 до 16 госпитализаций), все имели инвалидность по психическому заболеванию (2 человека – инвалиды 1 группы, 10 – имеют 2 группу инвалидности). В 9 наблюдениях психотерапия

впервые была включена в структуру оказываемой психиатрической помощи, в 1 наблюдении имел место предшествующий опыт единичных встреч с психотерапевтами, 1 пациент наблюдался психотерапевтом амбулаторно вне обострений, и в 1 случае отмечен длительный опыт бесконтрольного домашнего «психоанализа» под руководством «духовного учителя».

Проводимая нами индивидуальная психотерапия предполагала преимущественное использование автобиографического метода и метода анализа ранних воспоминаний на основе поддерживающей психотерапии, с гибким использованием инсайт-ориентированных техник в работе с диссоциированными воспоминаниями. Изучение и структурирование АП в основном проводилось в процессе повторных собеседований, в ряде наблюдений пациенты целенаправленно записывали свои воспоминания в соответствии с предлагаемыми им заданиями или осуществляли запись и предпринимали попытки осмыслиения жизненного опыта самостоятельно по собственной инициативе (написание дневников, книг, рассказов и циклов стихов о своей жизни).

Как основную особенность организации автобиографической памяти у пациентов с эндогенной патологией можно отметить недостаточную ее структурированность при относительной сохранности собственно воспоминаний, в том числе и у единственного в наблюдении пациента с выраженным когнитивным дефицитом. Отдельные события личной биографии, в том числе, значимые, часто были недостаточно осмыслены, фрагментарны, не включены в единую структуру причинно-следственных связей, что затрудняло использование данного опыта при повторном возникновении аналогичных ситуаций. Это наблюдение подтверждает данные об имеющихся у больных шизофренией затруднениях в использовании предиктивных схем и обусловленных этим нарушениях, когда каждый опыт взаимодействия с реальностью по своей сути часто является первичным опытом. Недооценка значимости важных событий прошлого наблюдаемыми пациентами, как правило, рационализировалась («просто не обращали внимания», «не задумывались» над обстоятельствами), либо объяснялась с позиций морализаторства («это вообще не важно», «мне всегда говорили, что просто так надо»).

Трудности интеграции автобиографической памяти также часто были сопряжены с наличием травмирующих пациента переживаний, в том числе, относящихся к раннему периоду развития. Имели место значимые эмоциональные травмы (трагическая смерть одного из родителей, разлука со значимыми людьми), сексуальное насилие (инцест, развратные действия со стороны взрослых), физическое насилие со стороны близких людей (жестокое обращение, избиения). Воспоминания об этих событиях, как правило, были фрагментарны, часто полностью или частично диссоциированы, либо преподносiliлись в

обобщенном виде, с констатацией собственного нежелания возвращаться к этому опыту («это было, но я не хочу об этом говорить»). Подавленные воспоминания имели свойство спонтанно актуализироваться в ситуации обострения психического заболевания, «преследуя» пациентов во сне или в болезненных переживаниях наяву. Так, у одного из наблюдавшихся пациентов систематическое физическое насилие со стороны психически больной матери сформировало стойкий негативный стереотип восприятия и тайное желание «убить мать», что в последующем проявило себя попыткой совершить убийство матери под влиянием императивного «голоса, принадлежащего Дьяволу». Одновременно, прогрессирующее неприятие и отчуждение собственной семьи и личной биографии способствовало возникновению у данного пациента мыслей и фантазий о том, что «мать не родная» с активными поисками «родной матери и настоящей семьи» среди окружающих (присматривался к другим больным и их матерям, искал черты внешнего сходства, обращал внимание на общность имен).

В ряде наблюдений сложности интеграции личного опыта раннего детства были сопряжены с наличием горизонтальных и вертикальных разрывов единого пространства семейной истории. Так, горизонтальные разрывы проявляли себя наличием разделенных территорий, где на ребенка оказывалось различное, порой взаимоисключающее, воздействие. Например, при совместном проживании в квартире разведенных супругов или при наличии конфликтующих «лагерей» родственников. Аналогичное дезинтегрирующее действие на автобиографическую память оказывали долговременные личные или семейные «секреты», сохранение которых в тайне требовало от ребенка соответствующего психического усилия и осознанного разделения внутреннего опыта на «явный» и «тайный». Вертикальные разрывы личной истории проявляли себя наличием в родительской семье конфликтов между поколениями, порой с полным разрывом отношений и категоричным отрицанием всех прежних ценностей. У одного из наблюдавшихся пациентов аналогичная ситуация проявила себя напряженным и драматичным внутренним конфликтом, когда последовательно проводя в жизнь ценности любимого им отца, он ощущал себя объектом постоянного преследования со стороны «вражеских сил», разделяющих ценности жестоко преданного отцом деда.

Эффективной проработке, систематизации и асимиляции личного опыта самим субъектом препятствовал также избыток внедренных посредством прямой родительской суггестии установок, оценок, способов поведения и неадекватных возрасту ребенка когнитивных схем – интроектов, усвоенных ребенком путем бездумного «проглатывания». У одного из наблюдавшихся пациентов реакции протesta против воспитателей поначалу носили характер «негативной суггестии», когда он стремился выполнять

инструкции «наоборот», а в последующем развился стойкий параноидный бред с фабулой отравления и поисками «инородного тела в желудке и кишечнике».

Наряду с диссоциацией или отторжением части реальной собственной жизни нами отмечен факт присвоения пациентом фрагментов чужого личного опыта, или элементов бреда и галлюцинаций, субъективно переживаемых больным как реальность, с последующим внедрением этого необычного личного опыта в целостную структуру автобиографической памяти. Так, например, один из пациентов утверждал, что имеет в структуре АП две самостоятельные подструктуры – личный опыт двух разных людей, которые «живут в одном теле», но имеют разные имена, даты рождения и биографии. Не сумев по причине болезни реализовать свою детскую мечту «стать военным», молодой человек любил слушать рассказы своего соседа о погибшем в бою друге «десантнике» и его жизни, пока однажды не пережил «озарение» - «вдруг понял», что давно погибший человек продолжает жить в нем, «в момент гибели, совершив скачок во времени». В последующем, с позиций открывшегося ему «нового знания о себе» переосмыслил ряд реальных фактов личной биографии, раскрыв для себя их «истинный смысл». В спонтанном рассказе о себе данный пациент обычно сначала придерживался последовательности реально имевших место событий жизни, и, только вспоминая о своей «необычной судьбе», вносил корректировки в уже готовый рассказ. Активное побуждение к четкому разделению автобиографического опыта в процессе рассказа («сегодня мы будем говорить только об одной из жизней») приводило к формированию у пациента более реалистичного представления о себе.

Отмеченные особенности организации структуры автобиографической памяти у пациентов с эндогенной психической патологией проявлялись также и характерными особенностями базирующейся на содержаниях АП «Я-концепции». В процессе наблюдения нами были отмечены и выделены несколько значимых, с точки зрения проводимой психотерапии, вариантов «Я-концепции».

«Дезинтегрированное Я» – характеризовалось наличием реалистичной по содержанию, но в значительной степени дезинтегрированной структуры автобиографической памяти. Имели место осознание болезни, попытки осмыслить ее причины и последствия. В процессе психотерапии основные усилия были направлены на актуализацию и проработку конкретных содержаний АП, установление причинно-следственных связей между событиями, интеграцию их в стабильную структуру. При наличии в прошлом психотравмирующего опыта осуществлялась проработка его и асимиляция в целостную структуру АП, всегда с учетом актуального психического состояния пациента, динамично изменяющейся индивидуальной эмоциональной и когнитивной готовности.

«Я - здоровый» - нереалистичная «Я – концепция», характеризовалась анозогнозией, отсутствием осознания факта психического заболевания. Структура автобиографической памяти была дезинтегрирована, включала в себя в основном личный опыт, поддерживающий внутреннее ощущение неизменности Я, что проявляло себя подробными рассказами о себе прежнем и о своей жизни до болезни как об актуальной реальности. Изменения в текущей жизни и проявления болезни пациентом игнорировались, перемещались на периферию сознания, или по механизму проекции приписывались окружающим («Я – здоров, но меня преследуют спецслужбы»). В процессе психотерапии основные усилия направлялись на актуализацию, осознание и проработку конкретных событий базового уровня АП, в прошлом и в настоящем, на разделение объективной и болезненной реальностей, на интеграцию связанного с болезнью личного опыта в целостную структуру АП.

«Я – больной» - вариант нереалистичная «Я – концепции», который характеризовался ощущением и осознанием себя исключительно как психически больного субъекта. Структура автобиографической памяти была дезинтегрирована, в основе «Я – концепции» обнаруживался личный опыт, сопряженный исключительно с болезнью. Такие пациенты рассказали о себе, как правило, начиная с момента начала заболевания, например, как старовая, характеризующая своеобразное «психологическое рождение личности», звучала фраза «я заболел в 14 лет». Автобиографические события предшествующих лет, как и «здоровые воспоминания» последующих лет, для этих больных были не актуальны и порой «вспоминались с трудом», проявляясь в сознании пациентов лишь при целенаправленном расспросе или в процессе подготовки специального домашнего задания. На наш взгляд, в значительной степени такая неадекватная установка пациента сопряжена с привычной процедурой взаимодействия больного с психиатром, когда в фокусе внимания врача находятся исключительно актуальные проявления психопатологии, их динамика и причинно-следственная цепь событий жизни пациента, относящихся к болезни. В процессе психотерапии таких пациентов было необходимо сосредоточить усилия на актуализации здоровой части автобиографического опыта, как на базовом уровне конкретных событий, так и на уровне обобщенного представления о себе как о человеке, имеющем достаточный ресурс здоровья. Выработка адекватной «Я – концепции» пациента предполагала конечную интеграцию «здорового» и «болезненного» аспектов личного опыта в целостную и стабильную структуру.

«Патологическое Я» - еще один вариант нереалистичной, фантазийной или бредовой «Я – концепции»,

возникшей в результате вкрапления бредового или галлюцинаторного опыта в структуру автобиографической памяти, с последующей ассилиацией этих впечатлений наряду с реальными событиями и фактами жизни. В процессе проводимой психотерапии было целесообразно сосредоточить внимание на разделении и обязательной осознанной когнитивной маркировке предъявляемого пациентом причудливо смешанного автобиографического опыта, например, при помощи характерных определений или имен данных субличностей, с последующим восстановлением целостности и стабильности подструктуры автобиографической памяти, лежащей в основе «реалистичного Я» пациента. Данный прием был использован, в том числе, и в психотерапии пациентов с частичной или отсутствующей критикой по отношению к собственным бредовым или галлюцинаторным переживаниям. В таких ситуациях разделение личного опыта в процессе дискуссии с пациентом поначалу предлагалось именно как некоторое логическое допущение, не сопровождающееся открытой критикой его переживаний как патологических. В последующем, при появлении частичной критики к болезненным переживаниям процесс разделения опыта все отчетливей обозначался как «возврат к реальности» и к «реальному Я» пациента.

В заключение, необходимо отметить, что описанный в литературе феномен изменчивости автобиографической памяти также лежит в основе возникающих в процессе психотерапии эффектов и последующих изменений состояния пациентов. Актуализация в памяти субъекта конкретного чувственного опыта прошлого, ассилияция качественно нового опыта в настоящем, осознание значительного разнообразия жизненных впечатлений, систематизация и обобщение фактов собственной биографии в единую структуру, - все эти изменения становятся возможными именно в силу того, что структура автобиографической памяти является динамичной по своей природе. Однако, в ситуации эндогенной ментальной патологии, именно внешнее целенаправленное психотерапевтическое сопровождение процесса актуализации и систематизации воспоминаний, в виде активного побуждения пациента к конкретным воспоминаниям, своевременного преодоления сопротивления, в виде оказываемой врачом эмоциональной и когнитивной поддержки пациенту, определяет конечную эффективность и терапевтическую ценность автобиографического метода, качественно отличая его как от обычного для практики психиатрии и психотерапии сбора анамнеза, так и от спонтанной, зачастую бесцельной, травмирующей или малоэффективной активности самого пациента в направлении постижения и осознания собственной жизни и судьбы.

Литература:

1. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. // Избранные психологические произведения. – С. 186-231. - М., “Педагогика”, 1983

2. Нуркова В. В. Автобиографическая память как проблема психологического исследования. // Психологический журнал. – СПб. - Т. 17. - № 2, 1997.- С. 16-29
3. Psychotherapies of Schizophrenia: A Review. // Schizophrenia. – P. 180–211
4. Frith C. D., Blakemore S-J., Wolpert D. Explaining the symptoms of schizophrenia: Abnormalities in the awareness of action. // Brain research review 31 (2000). – P. 357–363
5. Kremers I. P. Remembering Autobiographical Events in Borderline Personality Disorder // Dissertation Leiden University, 2004, 71 p.
6. Read J., Agar K., Argyle N., Aderhold V. Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder // Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice (2003), 76. - P. 1-22
7. Rubin D. C. Autobiographical memory // Cambridge University Press, 1998. – P. 3-97

**АНАЛИТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ВОЕННОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ
ПО 1 И 3 ОТДЕЛЕНИЯМ ГУ «КОСТАНАЙСКАЯ ОБЛАСТНАЯ
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» ЗА ПЕРИОД С 2002 ГОДА ПО 2004 ГОД**

В. П. Пугачев, Н. Т. Бибакова,
С. Г. Романова, Э. К. Акыбаева

г. Костанай

В статье приводится исследование результатов военной экспертизы за временной промежуток в три года, проведенной на базе двух отделений ГУ «Костанайская областная психиатрическая больница» (далее ГУ «КОПБ») по выявленным нозологиям, а также прослеживаются некоторые эпидемиологические факторы.

В двух отделениях ГУ «КОПБ» за период с 2002 года по 2004 год включительно было обследовано 1444 призывника. Из общего количества обследованных призывников в городе проживало 36%, в сельской местности проживало 64%.

Рисунок 1

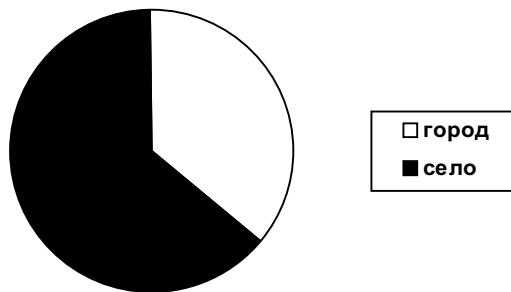


Таблица 1

Распределение нозологических диагнозов, выявленных у призывников

№	Нозологические формы	Количество городских призывников	Количество сельских призывников	Общее количество призывников
1	Психические расстройства вследствие повреждения и дисфункции головного мозга (Эпилепсия)	11	4	15
2	Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга (РОПЦНС)	271	484	759
3	Умственная отсталость (Олигофрения)	37	200	277
4	Расстройства поведения (ПХФЛ)	18	5	23
5	Специфические расстройства личности (Психопатии)	67	35	102
6	Хронические расстройства настроения (Циклотомия)	1	-	1
7	Шизофрения	3	-	3
8	Психически здоров	76	192	268

Из таблицы 1 видно, что 15 призывникам, что составляет 1% от общего их количества, был выставлен диагноз «Эпилепсия», что по классификации психических расстройств МКБ-10 соответствует определению «Психические расстройства вследствие повреждения и дисфункции головного мозга». Причем, призывники, проживающие в городе с данным диагнозом, составили 73% от общего количества призывников с выставленным диагнозом «Эпилепсия», 27% составили призывники, проживающие в сельской местности.

Диагноз «Резидуально-органическое поражение ЦНС» (по МКБ-10 - «Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга») был выставлен 755 исследованным призывникам, что составило 52% от общего количества обследованных призывников. Городские призывники с диагнозом «Резидуально-органическое поражение ЦНС» составили 36% от общего количества призывников с данным диагнозом; 64%, соответственно, составили призывники, проживающие в сельской местности.

Диагноз «Олигофрения» (по МКБ-10 - «Умственная отсталость») за исследуемый период выставлен 277 призывникам, что составило 19% от общего количества обследованных призывников. Городские призывники с выставленным диагнозом «Олигофрения» составили 28% от общего количества призывников с данным диагнозом; соответственно - 72% составили сельские призывники. Диагноз «Патохарактерологическое формирование личности» (МКБ-10 - «Расстройство

поведения») при обследовании был выставлен 23 призывникам, что составило 1,5% от общего количества обследованных призывников. Городские призывники составили 78% от общего количества, у которых был выставлен диагноз «Патохарактерологическое формирование личности», соответственно, призывники из сельской местности составили 22%.

Диагноз «Психопатия» (МКБ-10 - «Специфические расстройства личности») был выставлен 102 обследованным призывникам, что составило 7% от общего количества обследованных призывников. Количество обследованных призывников, проживающих в городе, с выставленным диагнозом «Психопатия», составило 66% от общего количества призывников с данным диагнозом, соответственно, сельские призывники составили 34%.

Диагноз «Циклотимия» (МКБ-10 - «Циклотимия») был выставлен одному призывнику, проживающему в городе, что составило 0,1% от общего количества обследованных призывников.

Диагноз «Шизофрения» (МКБ-10 - «Шизофрения») был выставлен трем призывникам, проживающим в городе, что составило 0,4% от общего количества обследованных призывников.

Диагноз «Психически здоров» выставлен 268 призывникам, что составило 19% от общего количества обследованных призывников, 28% призывников от общего количества призывников с выставленным диагнозом «Психически здоров» проживали в городе; соответственно 72% призывников проживали в сельской местности.

Таблица 2

№	Психические расстройства вследствие повреждения и дисфункции головного мозга (Эпилепсия)	Город	Село
1	С начальными личностными изменениями и редкими судорожными пароксизмами	3	3
2	С начальными личностными изменениями и умеренной частотой судорожных пароксизмов	1	-
3	С начальными личностными изменениями и частыми судорожными пароксизмами	2	-
4	С умеренно-выраженными изменениями и частыми судорожными пароксизмами	1	1

При анализе призывников с выставленным диагнозом «Психические расстройства вследствие повреждения и дисфункции головного мозга» (Эпилепсия) были выявлены следующие закономерности: диагноз «Эпилепсия с начальными личностными изменениями и редкими судорожными пароксизмами» выставлен 67% призывников от общего количества городских и сельских призывников, с выставленным диагнозом «Эпилепсия»; 70% с данным диагнозом составили городские призывники и, соответственно, 30% - сельские призывники.

Диагноз «Эпилепсия с начальными личностными изменениями с умеренной частотой судорожных пароксизмов» выставлен 7% призывников от

общего количества призывников, с выставленным диагнозом «Эпилепсия», причем 100% от этого количества составили городские призывники.

Диагноз «Эпилепсия с начальными личностными изменениями и частыми судорожными пароксизмами» был выставлен 13% призывников от общего количества призывников с выставленным диагнозом «Эпилепсия», 100% от этого количества составили призывники, проживающие в городе.

Диагноз «Эпилепсия с умеренно-выраженными изменениями личности и частыми судорожными пароксизмами» был выставлен 13% призывников от общего количества призывников с выставленным диагнозом «Эпилепсия», причем в процентном

отношении призывники с данным диагнозом распределились между городом и селом поровну.

Диагноз «Эпилепсия с начальными личностными изменениями и редкими судорожными пароксизмами» среди городских призывников с выставленным диагнозом «Эпилепсия» составил 64%, данный диагноз от общего количества сельских призывников с выставленным диагнозом «Эпилепсия» составил 75%.

Диагноз «Эпилепсия с начальными личностными изменениями и умеренной частотой судорожных пароксизмов» выставлен 9% городских призывников от общего количества городских призывников, с выставленным диагнозом «Эпилепсия», сельским призывникам этот диагноз не выставлялся.

Диагноз «Эпилепсия с начальными личностными изменениями и частыми судорожными пароксизмами» был выставлен 18% городских призывников от общего количества городских призывников, с выставленным диагнозом «Эпилепсия»; сельским призывникам данный диагноз не выставлялся.

Диагноз «Эпилепсия с умеренно-выраженными личностными изменениями и частыми судорожными пароксизмами» выставлен 9% городских призывников от общего количества городских призывников с диагнозом «Эпилепсия»; сельские призывники с аналогичным диагнозом составили 25% от общего количества сельских призывников, с выставленным диагнозом «Эпилепсия».

Все призывники, которым был выставлен диагноз «Эпилепсия», ранее наблюдалась у невропатолога или психиатра по месту жительства по поводу судорожных пароксизмов, и у них уже имелся данный диагноз в амбулаторной карте. Отягощенную наследственность эпилепсией со стороны близких родственников имели 27% из общего количества городских призывников с диагнозом «Эпилепсия».

Имели указания на отягощенность наследственности по данному заболеванию со стороны ближайших родственников 25% сельских призывников из общего их количества с выставленным диагнозом «Эпилепсия».

Таблица 3

№	Органические расстройства личности и поведения вследствие заболевания, повреждения и дисфункции головного мозга (РОПЦНС)	Город	Село
1	С астеническим синдромом	81	73
2	С не резко выраженной интеллектуальной недостаточностью	27	155
3	С психопатизацией личности	73	97
4	С не резко выраженной интеллектуальной недостаточностью и психопатизацией	50	102
5	С не резко выраженной интеллектуальной недостаточностью и пароксизмами	40	57

Данные таблицы 3 показывают, что диагноз «РОПЦНС, астенический синдром» выставлен 53% городских призывников от общего количества призывников с диагнозом «РОПЦНС, астенический синдром», и, соответственно 47% сельских призывников.

Диагноз «РОПЦНС с не резко выраженной интеллектуальной недостаточностью» выставлен 15% городских призывников от общего количества призывников с аналогичным диагнозом; соответственно, 85% сельских призывников.

Диагноз «РОПЦНС с психопатизацией личности» выставлен 43% городских призывников от общего количества с аналогичным диагнозом; соответственно, 57% сельских призывников.

Диагноз «РОПЦНС с не резко выраженной интеллектуальной недостаточностью и психопатизацией личности» выставлен 33% городских призывников от общего количества с аналогичным диагнозом; соответственно, 67% сельских призывников.

Диагноз «РОПЦНС с не резко выраженной интеллектуальной недостаточностью и пароксизмами» выставлен 41% городских призывников от общего количества с аналогичным диагнозом; соответственно, 53% сельских призывников.

Диагноз «РОПЦНС, астенический синдром» выставлен 30% городских призывников от общего количества с выставленным диагнозом «РОПЦНС»; данный диагноз был выставлен 10% сельских призывников от общего количества с диагнозом «РОПЦНС».

Диагноз «РОПЦНС с не резко выраженной интеллектуальной недостаточностью» выставлен 10% городских призывников от общего количества с диагнозом «РОПЦНС»; данный диагноз выставлен 32% сельских призывников от общего количества с диагнозом «РОПЦНС». Имели психопатоподобную симптоматику 27% городских призывников с диагнозом «Резидуально-органическое поражение ЦНС»; соответственно, 20% сельских призывников с диагнозом «РОПЦНС» имели аналогичную симптоматику.

У 18% городских призывников с диагнозом «РОПЦНС» имело место сочетание не резко выраженной интеллектуальной недостаточности и психопатизации личности; соответственно подобные сочетания симптомов выявлены у 21% сельских призывников с диагнозом «Резидуально-органическое поражение ЦНС».

У 15% городских призывников с диагнозом «Резидуально-органическое поражение ЦНС» имело место сочетание нерезко выраженной интеллектуальной недостаточности и пароксизмальных проявлений; соответственно 24% сельских призывников с диагнозом «РОПЦНС» имели аналогичное сочетание симптомов.

При исследовании анамнестических сведений призывников с диагнозом «РОПЦНС» выявлено следующее: у 17% обследованных призывников имелись черепно-мозговые травмы в дошкольном периоде; 37% имели черепно-мозговые травмы в школьный период; в после школьный период черепно-мозговые травмы имели 25% призывников; в различные периоды жизни имели неоднократные черепно-мозговые травмы 21% из обследованных призывников.

Далее, призывники с выставленным диагнозом «РОПЦНС», имеющие в анамнезе неоднократные черепно-мозговые травмы в различные периоды жизни, посиндромально распределались следующим образом: у 42% призывников выявлена нерезко выраженная интеллектуальная недостаточность с психопатизацией личности; у 28% призывников выявлена психопатизация личности; у 14% призывников выявлена нерезко выраженная интеллектуальная недостаточность; у 12% призывников нерезко выраженная интеллектуальная недостаточность с пароксизмами; у 4% призывников выявлен астенический синдром.

Ранее на учете у психиатра с диагнозом «РОПЦНС» состояло 45% призывников, из них городские призывники составили 72%, сельские призывники - 27%.

Таблица 4

№	Умственная отсталость (Олигофрения)	Город	Село
1	В легкой степени дебильности	32	46
2	В умеренной степени дебильности	15	90
3	В легкой степени дебильности с психопатизацией	19	34
4	В умеренной степени дебильности с психопатизацией	7	16
5	В выраженной степени дебильности	4	14

При анализе призывников с выставленным диагнозом «Умственная отсталость» (Олигофрения) выявились следующие закономерности.

Диагноз «Олигофрения в легкой степени дебильности» выставлен 41% городских призывников от общего количества призывников, с выставленным диагнозом «Олигофрения в легкой степени дебильности», соответственно, 59% сельских призывников.

Диагноз «Олигофрения в умеренной степени дебильности» выставлен 14% городских призывников от общего количества с данным диагнозом, соответственно, 80% сельских призывников.

Диагноз «Олигофрения в легкой степени дебильности с психопатизацией» выставлен 36% городских призывников от общего количества с аналогичным диагнозом, соответственно, 64% сельских призывников.

Диагноз «Олигофрения в умеренной степени дебильности с психопатизацией» выставлен 30% городских призывников от общего их количества с вышеизложенным диагнозом, соответственно, 70% сельских призывников.

Диагноз «Олигофрения в выраженной степени дебильности» выставлен 22% городских призывников от общего количества с вышеизложенным диагнозом, соответственно 78% сельских призывников.

Далее, 42% городских призывников, от общего их количества, с выставленным диагнозом «Олигофрения», выставлена «легкая степень дебильности», соответственно «легкая степень дебильности» выставлена 23% сельских призывников от общего их количества, с выставленным диагнозом «Олигофрения».

Выставлен диагноз «Олигофрения в умеренной степени дебильности» 19% городских призывников от общего количества городских призывников с выставленным диагнозом «Олигофрения», аналогичный диагноз выставлен 45% сельских призывников от общего количества сельских призывников с диагнозом «Олигофрения».

Диагноз «Олигофрения в легкой степени дебильности с психопатизацией» выставлен 25% городских призывников от общего количества городских призывников, с выставленным диагнозом «Олигофрения», соответственно, аналогичный диагноз выставлен 17% сельских призывников от общего количества сельских призывников, с выставленным диагнозом «Олигофрения».

Диагноз «Олигофрения в умеренной степени дебильности с психопатизацией» выставлен 9% городских призывников от общего количества городских призывников с диагнозом «Олигофрения», аналогично - 8% сельских призывников.

Диагноз «Олигофрения в выраженной степени дебильности» выставлен 5% городских призывников от общего количества городских призывников с диагнозом «Олигофрения», соответственно 7% сельских призывников от общего количества сельских призывников с диагнозом «Олигофрения».

При исследовании анамнестических сведений призывников с нозологическим диагнозом «Олигофрения» выявлены следующие закономерности: отягощенность наследственности с интеллектуальной недостаточностью со стороны одного

или обоих родителей имели 67% призывников с диагнозом «Олигофрения в выраженной степени дебильности»; 34% призывников с диагнозом «Олигофрения в умеренной степени дебильности с психопатизацией»; 22% призывников с диагнозом «Олигофрения в умеренной степени дебильности»; 9% призывников с диагнозом «Олигофрения в легкой

степени дебильности с психопатизацией»; 6% призывников с диагнозом «Олигофрения в степени легкой степени дебильности».

Ранее, на учете у психиатра состояло 54% призывников с диагнозом «Олигофрения», причем из них городских призывников 88%, сельских призывников 22%.

Таблица 5

№	Расстройства поведения (Патохарактерологическое формирование личности)	Город	Село
1	По возбудимому типу	5	3
2	По астеническому типу	2	-
3	По неустойчивому типу	7	2
4	По психостеническому типу	3	-
5	По шизоидному типу	1	-

При анализе призывников с диагнозом «Расстройства поведения (ПХФЛ)» выявлены следующие закономерности: с диагнозом «Расстройства поведения по возбудимому типу» городские призывники составили 63% от общего количества с данным диагнозом, сельские, соответственно, 37%; с диагнозом «Расстройства поведения по астеническому типу» городские призывники составили 100%; городские призывники с диагнозом «Расстройства поведения по неустойчивому типу» составили 78% от общего количества с аналогичным диагнозом, соответственно, сельские призывники составили 27%; с диагнозом «Расстройства поведения по психостеническому типу» городские призывники составили 100% от общего количества с данным диагнозом; также 100% составили городские призывники с диагнозом «Расстройства поведения по шизоидному типу» от общего количества с выше указанным диагнозом.

Далее выяснилось, что у 28% городских призывников от общего количества городских призывников с диагнозом «Расстройства поведения» выявлены «Расстройства поведения по возбудимому типу», такие же расстройства выявлены у 60% сельских призывников от общего их количества с диагнозом «Расстройства поведения»; у 11% городских призывников выявлены «Расстройства поведения по

астеническому типу» от общего количества городских призывников с диагнозом «Расстройства поведения», сельским призывникам данный диагноз не выставлялся; у 38% городских призывников выставлен диагноз «Расстройства поведения по неустойчивому типу» от общего количества городских призывников с данным диагнозом, аналогичный диагноз выставлен 40% сельских призывников от общего их количества с диагнозом «Расстройства поведения»; у 16% городских призывников выставлен диагноз «Расстройства поведения по психостеническому типу» от общего их количества с диагнозом «Расстройства поведения», сельским призывникам подобный диагноз не выставлялся; у 6% городских призывников выставлен диагноз «Расстройства поведения по шизоидному типу» от общего количества городских призывников с диагнозом «Расстройства поведения», данный диагноз сельским призывникам не выставлялся.

При исследовании анамнестических сведений выявлено следующее: у 34% всех призывников с диагнозом «Расстройства поведения» имелись указания на характерологические особенности обоих родителей; у 12% - на личностные особенности одного из родителей; указаний на отягощенность наследственности психическими заболеваниями выявлено не было.

Таблица 6

№	Специфические расстройства личности (Психопатия)	Город	Село
1	Истеровозбудимого круга	22	21
2	Неустойчивого круга	8	29
3	Психастенического круга	2	10
4	Шизоидного круга	3	7

При анализе призывников с выставленным диагнозом «Специфические расстройства личности» выявлено следующее: диагноз «Расстройства поведения истеровозбудимого круга» выявлен у 49%

призывников от общего количества призывников с диагнозом «Расстройства поведения», соответственно, у 51% сельских призывников; диагноз «Расстройства поведения по неустойчивому кругу»

выявлен у 78% городских призывников от общего количества призывников с данным диагнозом, соответственно, сельских - 22%; диагноз «Расстройства поведения психастенического круга» выявлен у 83% городских призывников, с выше означенным диагнозом, соответственно, сельских - 17%; диагноз «Расстройства поведения шизоидного круга» выставлен 70% городских призывников от общего их количества с аналогичным диагнозом, соответственно, сельских - 30%.

Далее прослеживаются следующие закономерности: диагноз «Расстройства поведения истеровозбудимого круга» выявлен у 31% городских призывников от общего количества городских призывников с диагнозом «Расстройства поведения», соответственно - у 63% сельских призывников от общего их количества с диагнозом «Расстройства поведения»; диагноз «Расстройства поведения по неустойчивому кругу» выявлен у 43% городских призывников от общего количества городских призывников с диагнозом «Расстройства поведения», соответственно - у 23% сельских призывников от общего количества сельских призывников с диагнозом «Расстройства поведения»; диагноз «Расстройства поведения психастенического круга» выявлен у 15% городских призывников от общего количества городских призывников с диагнозом «Расстройства поведения», соответственно - у 6% сельских призывников, исследованных по аналогичной схеме; диагноз «Расстройства поведения по шизоидному кругу» выявлен у 11% городских призывников от общего количества городских призывников с диагнозом «Расстройства поведения», соответственно сельских - 7%, проанализированных по аналогичной схеме.

При исследовании анамнестических сведений призывников с диагнозом «Расстройства поведения» выявлено следующее: 37% призывников, проживающих в городе, с диагнозом «Расстройства поведения

истеровозбудимого круга», ранее наблюдалась у психиатра, с аналогичным диагнозом в сельской местности наблюдалось 13% призывников; с диагнозом «Расстройства поведения неустойчивого круга» ранее наблюдалась в городе 3% призывников, в селе - 15% призывников; с диагнозом «Расстройства поведения психастенического круга» ранее наблюдалось 20% городских призывников и ни одного сельского призывника; с диагнозом «Расстройства поведения шизоидного круга» ранее наблюдалось 70% городских призывников и ни одного сельского призывника.

Из общего количества призывников с диагнозом «Расстройства поведения» имели указания в анамнезе на характерологические особенности со стороны родителей 47% призывников; у 2% призывников с диагнозом «Расстройства поведения» в анамнезе имелись указания на эндогенное заболевание одного из родителей.

Диагноз «Циклотимия» был выставлен одному городскому призывнику. Из анамнеза известно, что он наблюдался у психиатра с подросткового возраста, имеется отягощенность наследственности эндогенным заболеванием по материнской линии.

Диагноз «Шизофрения» выставлен трем городским призывникам. от общего количества призывников с диагнозом «Шизофрения» выставлен диагноз «Малопрогредиентная психопатоподобная шизофрения» 67%; одному призывнику диагноз «Простая форма шизофрении» - 33% от общего количества призывников с диагнозом «Шизофрения».

При исследовании анамнеза выявлено, что призывники, с выше указанным диагнозом, ранее наблюдались у психиатра с подросткового возраста, лечились стационарно. У призывника с диагнозом «Простая форма шизофрении» имеется отягощенность наследственности эндогенным заболеванием по линии отца. У двух призывников отягощенность наследственности выявить не удалось.

Таблица 7

№	Психически здоров (общее количество)	Город	Село
1	Акцентуация характера	47	35
2	Примитивная личность	8	78
3	Безоговорочно «Психически здоров»	21	59

При исследовании призывников с диагнозом «Психически здоров» выявлены следующие закономерности: диагноз «Акцентуация характера» выставлен 57% городских призывников от общего количества призывников с диагнозом «Акцентуация характера», соответственно 43% сельских призывников; диагноз «Примитивная личность» выставлен 9% городских призывников от общего их количества с данным диагнозом, соответственно 91% сельских призывников; диагноз «Психически здоров» выставлен 26% городских призывников от общего

количества призывников с данным диагнозом, соответственно, 74% сельских призывников.

Далее выяснилось следующее: диагноз «Акцентуация характера» выставлен 62% городских призывников от общего количества городских призывников с диагнозом «Психически здоров», соответственно, 29% сельских призывников, проанализированных по аналогичной схеме; диагноз «Примитивная личность» выставлен 11% городских призывников от общего их количества с диагнозом «Психически здоров», соответственно 41%

сельских призывников, исследованных по аналогичной схеме; диагноз «Психически здоров» безоговорочно выставлен 27% городских призывников от общего количества городских призывников с диагнозом «Психически здоров», соответственно, 30% сельских призывников, проанализированных по той же схеме.

При изучении анамнестических сведений выявились следующие особенности: 4% призывников имели указания на отягощенность наследственности психическими заболеваниями со стороны близких родственников; у 12% призывников выявлена отягощенность наследственности патохарактерологическими чертами со стороны родителей; у 43% призывников имели место указания на отягощенность алкоголизмом со стороны одного из родителей. 17% призывников с диагнозом «Психически здоров» имели средне-специальное образование; 19% - среднее школьное образование; 31% - неполное среднее образование; 33% - начальное образование.

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

1. На обследовании преобладают призывники из сельской местности.

2. Диагноз «Органические расстройства личности (РОПЦНС)», выставленный призывникам в период призывающей комиссии, превалирует над другими нозологическими формами.

3. Призывники с диагнозом «Органические расстройства (РОПЦНС)» из сельской местности превалируют над городскими в 1,8 раза.

4. Нозологический диагноз «Умственная отсталость (Олигофрения)» занимает 2 место по количеству случаев.

5. Призывники из сельской местности с диагнозом «Умственная отсталость» превышают количество городских призывников с данным диагнозом в 2,6 раза.

6. Диагноз «Психически здоров» выставлен 19% всех призывников, третий по количеству осмотренных призывников.

7. Количество сельских призывников с диагнозом «Психически здоров» превышает количество городских призывников с данным диагнозом в 2,5 раза.

8. Диагностическая форма «Специфические расстройства личности» заняла четвертое место по количеству обследованных призывников.

9. Диагноз «Расстройства поведения» среди городских призывников встречается чаще в 1,9 раза, чем среди сельских призывников;

10. Нозологическая форма «Расстройства поведения (ПХФЛ)» занимает пятое место по количеству осмотренных призывников.

Литература:

1. Попов О. В., Вит В. Д. *Клиническая психиатрия*. СПб., 1996. - С. 421
2. Руководство по психиатрии. Под ред. Г. В. Морозова. - Т. 2. - Медицина. - М., 1988. – С. 544
3. Снежневский А. В. Руководство по психиатрии. – Т. 1. – Медицина. - М., 1983. – С. 486
4. Снежневский А. В. Руководство по психиатрии. – Т. 2. – Медицина. - М., 1983. – С. 544

11. Количество городских призывников с диагнозом «Расстройства поведения» превышает количество сельских в 3,6 раза.

12. Нозологическая форма «Психические расстройства вследствие повреждения и дисфункции головного мозга (Эпилепсия)» занимает шестое место по количеству обследованных призывников.

13. Городские призывники с диагнозом «Эпилепсия» превышают количество сельских призывников в 2,8 раза.

14. Нозологическая форма «Шизофрения» занимает седьмое место по количеству случаев.

15. С диагнозом «Шизофрения» превалируют городские призывники.

16. Нозологическая форма «Циклотимия» занимает восьмое место среди выявленных нозологических форм.

17. С диагнозом «Циклотимия» превалируют городские жители.

18. Среди призывников, которым был выставлен диагноз «Эпилепсия», преобладают случаи с начальными личностными изменениями и редкими судорожными пароксизмами - 67%.

19. 27% призывников с диагнозом «Эпилепсия» имели указания в анамнезе на отягощенность наследственности подобным заболеванием у близких родственников.

20. Призывники с диагнозом «Органические расстройства личности (РОПЦНС)» наблюдались у подросткового психиатра в городе в 2,7 раза больше, чем в сельской местности.

21. Количество городских призывников с диагнозом «Умственная отсталость» ранее состояло на учете у психиатра в 3,5 раза больше, чем сельских.

22. Наследственная отягощенность среди призывников с диагнозом «Умственная отсталость» прослеживается более четко при выраженной степени дебильности.

23. Призывники с диагнозом «Расстройства поведения (ПХФЛ)» ранее у психиатра не наблюдались, отягощенное психическим заболеванием среди этой категории не прослеживается.

24. У психиатра ранее городских призывников с диагнозом «Расстройства личности» наблюдалось в 3 раза больше, чем сельских.

25. Среди призывников с диагнозом «Расстройства личности» наследственная предрасположенность прослеживается в 19% случаев.

26. Среди призывников с диагнозом «Шизофрения» в 33% случаев имелись указания на отягощенность наследственности эндогенным заболеванием.

27. Причиной направления на обследование призывников с диагнозом «Психически здоров» послужила их неграмотность в силу педагогической запущенности, а также незнание правил поведения в обществе.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ВНЕСЕНИЮ ИЗМЕНЕНИЙ В ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ» В ЧАСТИ, КАСАЮЩЕЙСЯ НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Н. Р. Суатбаев

Общепризнано, что состояние защиты прав психически больных в данной стране является лакмусовой бумажкой соблюдения прав человек вообще. В СССР, где дела с правами человека были не очень хороши, а психиатрия использовалась для преследования инакомыслящих, специального законодательства в области психиатрии не существовало, согласие или несогласие пациента на госпитализацию попросту не имело значения. Распад Союза ознаменовался принятием постсоветскими государствами специальных законов о психиатрической помощи. В России Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [4] (в дальнейшем «Закон») был принят в 1992 г. Казахстанский Закон был принят в 1997 г. [3], является «потомком» российского и во многом, даже текстуально, с ним совпадает. Столь длительная право-применительная практика Законов позволяет делать некоторые выводы и вносить предложения по их совершенствованию. Особенно интенсивно обсуждаются положения, «потенциально опасные» в отношении нарушения гражданских прав, – о недобровольных мерах и, в частности, о недобровольной госпитализации [1, 2, 5-7].

Статья 29 - «Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке» Закона Республики Казахстан формулируется следующим образом:

«Недобровольная госпитализация лиц с тяжелым психическим расстройством для обследования и лечения, без его согласия и без согласия его законного представителя, с последующей информацией органов прокуратуры, обуславливается:

- его непосредственной опасностью для себя или окружающих;
- его беспомощностью, то есть неспособностью самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, при отсутствии надлежащего ухода;
- существенным вредом его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи».

При этом не дается определения «тяжелого психического расстройства». Произвольное толкование этого понятия в некоторых случаях дает возможность подвергать недобровольным мерам лиц с расстройствами непсихотического уровня (невротическими и неврозоподобными, психопатическими и психопатоподобными, легкими аффективными), когда способность к ответственному принятию решений и самостоятельному контролю поведения заведомо не нарушается. Это может, с одной стороны, вести к ущемлению прав этих лиц, с другой – в каких-то ситуациях позволять им уклоняться от ответственности.

г. Усть-Каменогорск

Следует признать, что принятие решения о госпитализации без согласия самого пациента де-факто является признанием его неспособности к пониманию своих действий и принятию решений – то есть недееспособности. Поэтому мы предлагаем в статье 1 Закона «Основные понятия» дать четкое определение «тяжелого психического расстройства», увязав его с известными признаками недееспособности – «невозможность лица, вследствие психического заболевания или слабоумия, понимать значение своих действий или руководить ими». Нельзя не согласиться с замечанием Лапшина О. В. о том, что «юридическое определение психической болезни составляет более прочный фундамент для совершения правовых действий в отношении душевнобольных, чем постоянно изменяющиеся нормы диагностики» [5].

9-й принцип пункта 1 резолюции Генеральной Ассамблеи ООН о защите психически больных лиц [8] гласит, что «пациент имеет право на лечение в обстановке, предусматривающей наименьшие ограничения». 15 принцип пункта 1 той же резолюции указывает, что «когда лицо нуждается в лечении в психиатрическом учреждении, необходимо прилагать все усилия, чтобы избежать принудительной госпитализации». Рекомендации Совета Европы о правовой защите лиц, страдающих от психических расстройств [9], указывают, что одним из условий недобровольной госпитализации является «отсутствие любых других возможностей предоставить соответствующее лечение». Имеется в виду, что в каких-то случаях такое лечение возможно и вне стационара. Закон Российской Федерации в той же 29 статье, посвященной недобровольной госпитализации, это условие оговаривает: «...если его [лица, страдающего психическим расстройством] обследование или лечение возможны только в стационарных условиях». В Законе РК об этом не упоминается.

На практике возможны разнообразные коллизии, например, опасность данного лица для окружающих может быть обусловлена его сознательным злонамеренным поведением, а не имеющимся у него психическим расстройством (пьяный дебош больного эндогенным заболеванием в глубокой ремиссии и т.д.). Те же Рекомендации Совета Европы упоминают, что недобровольная госпитализация возможна, если пациент представляет серьезную опасность «по причине его душевного расстройства», или отсутствие госпитализации может привести к ухудшению его состояния «из-за серьезности природы его душевного расстройства». Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН в 16 принципе пункте 1 также увязывает возможность принудительной

госпитализации с наличием психического заболевания. Этот момент (прямая связь непосредственных оснований для госпитализации именно с душевным расстройством, а не с другими причинами) учтен в Законе РФ: в 29 статье говорится, что недобровольная госпитализация возможна, если «психическое расстройство обуславливает [непосредственные основания для госпитализации]». А в Законе РК «недобровольная госпитализация обуславливается [непосредственными основаниями для госпитализации]», что, согласитесь, не одно и то же.

Таким образом, условиями применения непосредственных оснований для недобровольной госпитализации являются следующие: «обследование или лечение пациента возможны только в стационарных условиях; психическое расстройство, от которого страдает больной, является тяжелым; именно это психическое расстройство обуславливает одно или больше из непосредственных оснований для госпитализации» [Лапшин О. В., 5]. И еще одна цитата из той же статьи: «Иногда упускаются первые три вводных обстоятельства. Без них непосредственные основания не действуют. Если больной МДП в состоянии ремиссии опасен для окружающих, он находится в поле действия Уголовного права. Если умеренно дементная больная с переломом шейки бедра не способна обслуживать себя (но была способна делать это до перелома) – задача социальной службы ей помочь. Если психически здоровая совершеннолетняя девушка-подросток от разрыва романтических отношений проглатывает все лекарства в домашней аптечке – даже по настоянию родителей госпитализировать ее не представляется возможным» [5].

И, наконец, поскольку вопросы, связанные с недобровольной госпитализацией, носят большей частью правовой, а не медицинский характер, поскольку мы в своем предложении увязываем принятие решения о недобровольной госпитализации с признаком пациента недееспособным, а согласно принципу 1 пункту 6 той же Резолюции Генеральной Ассамблеи ООН «любое решение о том, что по причине его психического заболевания лицо не является дееспособным принимается только после справедливого слушания независимым и беспристрастным судебным органом», необходимо введение судебной процедуры недобровольной госпитализации

(а не простое «последующее информирование органов прокуратуры»). Закон РФ предусматривает именно судебную процедуру любой недобровольной госпитализации. В Законе РК обязательная судебная процедура предусмотрена только для продления недобровольной госпитализации свыше 6 месяцев.

Исходя из изложенного выше, мы вносим следующие предложения.

1. Дополнить ст. 1 Закона «Основные понятия» следующим определением:

«Тяжелое психическое расстройство – состояние, обусловленное психическим заболеванием или слабоумием, не позволяющее лицу, находящемуся в этом состоянии, понимать значение своих действий или руководить ими».

2. Изменить редакцию ст. 29 Закона:

«Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

Недобровольная госпитализация лица с психическим расстройством для обследования и лечения, без его согласия и без согласия его законного представителя может осуществляться только при наличии всех следующих обязательных условий:

а) психическое расстройство у данного лица является тяжелым (в соответствии с определением ст.1 данного Закона);

б) обследование или лечение пациента возможны только в условиях стационара;

в) именно это психическое расстройство обуславливает непосредственное основание для госпитализации (одно или несколько), а именно:

- его непосредственную опасность для себя или окружающих;

- его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, при отсутствии надлежащего ухода;

- существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи».

3. Предусмотреть судебную процедуру недобровольной госпитализации.

Данные предложения, в числе других, были вынесены на обсуждение международной научно-практической конференции «Перспективы совершенствования службы психического здоровья», проходившей 23-25.03.2006 в г. Алматы.

Литература:

1. Виноградова Л. Н., Савенко Ю. С. *Первый процесс по недобровольной госпитализации в России в Европейском Суде // Независимый психиатрический журнал*, 2003. - № 4
2. Виноградова Л. Н., Савенко Ю. С. *Подготовка очередного ухудшения закона о психиатрической помощи руками правозащитников // Независимый психиатрический журнал*, 2005. - № 3
3. Закон Республики Казахстан от 16 апреля 1997 года N 96-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (в редакции Законов РК от 16.07.01 г. N 244-II, 20 декабря 2004 года N 13-III)
4. Закон Российской Федерации от 2 июля 1992 года N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (в редакции Федеральных законов от 21.07.1998 N 117-ФЗ, от 25.07.2002 N 116-ФЗ, от 10.01.2003 N 15-ФЗ, от 29.06.2004 N 58-ФЗ, от 22.08.2004 N 122-ФЗ).

-
-
- 5. Лапшин О.В. Недобровольная госпитализация психически больных в законодательстве России и США // Независимый психиатрический журнал, 2003. - № 4.
 - 6. Мотов В. В. Информированное согласие на психиатрическое лечение в США // Независимый психиатрический журнал, 2004. - № 3
 - 7. Мотов В. В. Информированное согласие и добровольная психиатрическая госпитализация в США / Независимый психиатрический журнал, 2005. - № 3
 - 8. Резолюция 46/119, принятая по докладу Третьего комитета Сорок шестой сессии Генеральной Ассамблеи ООН на 75 пленарном заседании 17 декабря 1991 года «Защита психически больных лиц и улучшение психиатрической помощи»
 - 9. Council of Europe, Committee of Ministers. Recommendation No. R (83) 2 of the Committee of Ministers to member states concerning the legal protection of persons suffering from mental disorder placed as involuntary patients. Adopted by the Committee of Ministers on 22 February 1983 at the 356th meeting of the Ministers' Deputies (цитировано по Лапшину О. В. [5])

НАРКОЛОГИЯ

ЦЕНТР СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ КАК ОСОБАЯ ФОРМА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

О. Г. Львова, Н. Р. Суатбаев

г. Усть-Каменогорск

«Эффект профилактики наркомании будет зависеть от того, смогут ли ведущие страны мира изменить существующую практику воспитания детей».

Арман Николь

Общепризнанно, что профилактика различных форм отклоняющегося поведения должна быть направлена не только и не столько на конкретные формы этого поведения, а на более широкий круг явлений, приводящих к данному поведению, на повышение общего уровня адаптации. Это относится и к профилактике алкоголизма и наркоманий. В разных формах об этом говорили многие авторы.

«Установлено, (...) что прогноз пьянства тесно связан с личностными особенностями и девиантным поведением. В связи с этим профилактические меры не следует фокусировать на злоупотреблении алкоголем, они должны быть более широкими» (Бехтель Э. Е. [1]).

Сердюк А. А. [3] указывает, что профилактические «программы, акцентирующие внимание на негативных последствиях наркотизма, оказались малоэффективными, а программы, делающие акцент на обучении “адаптивному стилю жизни, навыкам общения, критическому мышлению, умению принимать решения и противостоять в ситуациях предложения аддиктивных веществ и др.”, показали свою эффективность». Он же выделяет две основные модели этих программ – программа достижения социально-психологической компетентности и программа обучения жизненным навыкам. Этот подход использовался и используется во многих зарубежных профилактических программах.

Катков А. Л., Россинский Ю. А. в своей концепции психологического здоровья – антинаркотической устойчивости конкретизировали определяющие свойства, обеспечивающие целенаправленную активность личности по достижению высоких уровней этих параметров (психологического здоровья и антинаркотической устойчивости):

- полноценное завершение личностной идентификации;
- сформированный, конструктивный, идентификационный жизненный сценарий;
- сформированный навык ответственного выбора;
- качество внутреннего локуса контроля;
- ресурсная достаточность личности в отношении возможностей реализации основного жизненного сценария [2].

«Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 годы»

[4] в разделе, посвященном первичной профилактике наркоманий, говорит о «необходимости формирования общественного иммунитета к наркотикам».

Профилактикой отклоняющихся форм поведения名义上 занимаются многие организации, но большинство профилактических мер носит вторичный характер, а первичная профилактика проводится по «остаточному принципу». Какие-то действия, как правило, начинают предприниматься при уже сформированном проблемном поведении. Например, инспекция по делам несовершеннолетних начинает заниматься подростком при явной школьной дезадаптации или делинквентном поведении, наркологи – в случаях уже имеющего места употребления психоактивных веществ и т.д. Антинаркотическая пропаганда, к сожалению, во многих случаях напоминает известную суфийскую притчу о Ходже Насреддине, предлагавшему пациенту для успеха лечения думать о чем угодно, но только не о краснозадой обезьяне. Все эти мероприятия, как правило, являются формальными и стигматизирующими («постановка на учет»), не носят системного характера, не обращаются к целостной личности клиента.

С нашей точки зрения, подавляющее число молодежных проблем (противоправные поступки, алкоголизация, наркотизация, нарушения поведения в школе и семье) имеют общий корень – трудности переходного периода от подростка к взрослому, трудности в формировании новых, взрослых отношений. Эти трудности, в свою очередь, обычно связаны с внутрисемейными проблемами.

Помочь подросткам в обретении устойчивости к эмоциональным нагрузкам, обучение ответственности за свое поведение, решение проблем взаимодействия со сверстниками, с родителями, с учителями, с другими людьми – является наиболее эффективной первичной профилактикой любого проблемного поведения (в том числе и аддиктивного).

Организации, занимающейся этой проблематикой в целостном (не фрагментарном) виде, в настоящее время в РК не существует.

Суть нашего проекта – создание Центра социально-психологической адаптации подростков. Его

стратегическая цель – формирование гармоничной личности и социализация подростка. Профилактика – вторичная и «попутно» решаемая задача. Центр использует методы работы со здоровыми людьми (психолого-социальные), при отказе от медицинской парадигмы и «надзорно-карательного» подхода. Он работает как психолого-социальная служба, в формате индивидуального и семейного психологического консультирования, психологической коррекции, групповых психологических и социальных тренингов. Целевая группа проекта – подростки и юноши без грубой психической или наркологической патологии, либо с нарушениями пограничного уровня, девиантным поведением, а также их семьи и более широкое социальное окружение. Кроме того, возможно оказание консультативно-методической помощи любым заинтересованным организациям и лицам, работающим с подростками (педагоги и воспитатели, подростковые врачи общей практики, психиатры, наркологи, психологи, социальные работники, члены комиссий по делам несовершеннолетних, сотрудники полиции и т.д.) в форме обучающих семинаров, групповых тренингов и т.д.

Центр заведомо не может быть только коммерческой, самоокупаемой организацией. Мы считаем, что создание Центра и его работа должны финансироваться местными бюджетами. Хотя возможны и другие модели: Центр может быть самостоятельным подразделением крупной медицинской организации, оказывающей помощь подросткам, он может быть создан как общественная организация и т.д. В этом плане обнадеживает следующий тезис «Стратегии борьбы с наркоманией и наркобизнесом

в РК»: «Необходимо более активно привлекать к профилактической работе неправительственные организации посредством размещения государственного социального заказа, осуществлять поддержку функционирующих и активно содействовать образованию новых общественных организаций, деятельность которых направлена на первичную профилактику зависимости от ПАВ».

Несмотря на одобрение нашего проекта на различных уровнях (в акимате, наркологических, психиатрических, других учреждениях области; главный приз республиканского конкурса 2005 г. «Лучшая идея в области профилактики детских и подростковых заболеваний», проводимого компанией Procter&Gamble и Министерством здравоохранения Республики Казахстан) имеет место определенное непонимание самой идеи работы со здоровыми подростками и сложности в отнесении Центра к тому или иному ведомству в случае осуществления проекта.

Предлагаемая модель частично реализована в социально-психологической службе Восточно-Казахстанского областного наркологического диспансера. Здесь проводятся индивидуальное консультирование, семейная и групповая психокоррекционная работа, психологические и социальные тренинги с подростками, наблюдающимися в диспансере по поводу эпизодов употребления психоактивных веществ (т.е. с донозологическими формами употребления); оказывается консультативная помощь (семинары и тренинги для школьных психологов, работа с подростками в школах и т.д.).

С материалами проекта можно подробно ознакомиться на сайте «Поддержка» (www.psy.freenet.kz).

Литература:

1. Бехтель Э. Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. – М.: Медицина, 1986
2. Катков А. Л., Россинский Ю. А. // Вопросы наркологии Казахстана, 2004. - Т. IV, спец. выпуск. - С. 26-41
3. Сердюк А. А. // Профилактика наркомании: организационные и методические аспекты. Итоговые материалы международного проекта. Сост. И. П. Рущенко. – Харьков: Финарт, 2002. - С. 103–124
4. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2005 года № 1678 «Об утверждении Стратегии борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 годы»

ПСИХИЧЕСКИЙ И ДУХОВНЫЙ СТАТУСЫ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МИШЕНИ В НАРКОЛОГИИ

д.м.н. Ю. А. Россинский

г. Павлодар

Для патогенетических подходов в диагностике, лечении и реабилитации больных зависимых от ПАВ, позволяющих достичь более качественных и продуктивных результатов в контексте поставленных задач. Современная наркология придерживается био-психо-социодуховной модели. В рамках данной модели необходимо

выделить основные клинико-психологические мишени – концентрированные узлы клинико-психологических механизмов – формирующих зависимость от ПАВ и определяющих клиническую и терапевтическую динамику данных заболеваний. На сегодняшний день описаны основные наркологические мишени.

В частности А. Л. Катков и соавт. (2003) выделяют шесть основных клинико-психологических мишеней. К этим мишеням относятся следующие: *мишень № 1* – «патологический соматический статус зависимых от ПАВ» (включает: признаки отравления (передозировка) психоактивным веществом; интоксикацию ПАВ; синдром зависимости от ПАВ и состояние отмены (соматический уровень); признаки сопутствующей специфической и неспецифической соматической патологии); *мишень № 2* – «собственно патологическое влечение к психоактивному веществу» (ПВ к ПАВ) во всех сферах непосредственного проявления данного феномена; *мишень № 3* – «патологический личностный статус зависимых от ПАВ» (дефицит свойств психологического здоровья, характеристики собственно патологического личностного статуса, обслуживающего психологическую зависимость и патологическое социальное функционирование); *мишень № 4* – «нормативные и неоабилитационный (развивающийся) личностные статусы зависимых от ПАВ»; *мишень № 5* – «дефицитарный социальный статус зависимых от ПАВ» (коммуникативных и других социальных навыков, деформированных отношений в микросоциуме, проблемы со-зависимости); *мишень № 6* – «уровень мотивации на освобождение от химической зависимости» (Катков А. Л. и соавт., 2003).

Ю. А. Россинский и соавт. (2006) также выделяют еще одну мишень у больных наркоманией, инфицированных ВИЧ (*мишень № 7*) – «Патологический соматический статус инфицированного ВИЧ или больного СПИДом». Дополнительно выделенная авторами мишень «Патологический соматический статус инфицированного ВИЧ или больного СПИДом» имеет несколько составляющих, в том числе психическую составляющую – психическую реакцию индивида на факт наличия неизлечимой болезни и психологические процессы, связанные с принятием данного факта. Психотерапевтической мишенью, по сути, является эта психическая составляющая, которая соответствует закономерным этапам или стадиям принятия больным факта наличия неизлечимой болезни или приближающегося летального исхода заболевания.

Однако, с нашей точки зрения, существует необходимость выделения, как минимум еще двух мишеней – «Психический статус» и «Духовный статус». Такая мишень, как «Психический статус», с нашей точки зрения, играет существенную роль в клинической картине формирования и развития наркотической зависимости и включает в себя: а) тип высшей нервной системы и индивидуальные особенности пациента; б) психические расстройства, развившиеся на фоне уже имеющейся зависимости от ПАВ (расстройства психической адаптации, эмоциональные расстройства и поведенческие расстройства синдромального уровня); в) коморбидные психические расстройства, имеющие не связанный с наркоманией патогенез (специфические

расстройства зрелой личности, хронические аффективные расстройства настроения). Следовательно «психический статус зависимых от ПАВ» может находиться в трех состояниях: а) «нормативный психический статус»; б) «дефицитарный психический статус»; в) «патологический психический статус».

Под состоянием «нормативного психического статуса» подразумевается вариант развития наркотической зависимости при «условной психической норме», когда речь идет только о механизмах аддикции, обслуживающих психическую зависимость от наркотика или патологическое влечение к наркотику, в последствии так же обусловленную физической / биологической зависимостью. В этом случае химическая аддикция выступает как вариант совладания личности с потребностным состоянием, глубинные мотивы которого, как правило, не осознаются самой личностью. То есть, в данном случае речь идет не о психической патологии, а о дефиците свойств психологического здоровья (Катков А. Л., 2001, 2002; Катков А. Л., Россинский Ю. А., 2002; Катков А. Л. и соавт, 2003; Пак Т. В., 2003; Боян Н. А. и соавт., 2005). Когда речь идет о «нормативном психическом статусе», также имеется в виду индивидуальные особенности – темперамент и характер, которые могут играть определенную роль в формировании наркотической зависимости (Личко А. Е., 1985; Личко А. Е., Битенский В. С., 1991) и в последствии – клинической картине наркомании.

Под состоянием «дефицитарного психического статуса» подразумеваются изменения и нарушения психической сферы, чаще синдромального уровня, развившиеся на фоне уже имеющейся и/или в результате наркотической зависимости, например, заострение личностных черт, выходящих за уровень акцентуаций, аффективных расстройств настроения, агрессивности и т.д. В этот период аддиктивная личность трансформируется в «патологическую личность» или наркозависимую личность с патологическим социальным функционированием. То есть, согласно психогенетической модели личности Ю. В. Валентика (1993-1999, 2001), в этот период формируется патологический личностный статус «Я-наркоман». Эти, развившиеся в результате наркотической зависимости, психические расстройства, в свою очередь, оказывают влияние на динамику развития и клиническую картину наркомании.

Состояние «патологического психического статуса» подразумевает наличие какой-либо психической патологии еще до формирования механизмов химической аддикции. В этом случае химическая зависимость может развиваться как самостоятельно, по механизмам аддикции, не зависимо от наличия и влияния уже имеющейся психической патологии, хотя данная коморбидная психическая патология, безусловно, будет оказывать влияние на клинические особенности наркомании, так и являться следствием особенностей уже имеющегося психического заболевания.

То или иное состояние «психического статуса» определяет психическую патологию и наркоманию по отношению друг к другу как коморбидную патологию (Бохан Н. А., 2002), как интраморбидную/метаморбидную патологию (Россинский Ю. А. и соавт. 2005), а также течение наркомании как гомогенное или гетерогенное (Чирко В. В., Дроздов Э. С., 2002).

В. В. Чирко и Э. С. Дроздов (2002) выделили два основных типа развития и течения процесса зависимости от психоактивных веществ: гомогенный и гетерогенный. Гомогенный тип течения характеризуется тем, что зависимость от ПАВ выступает в качестве отдельного изолированного синдрома в общей цепочке развития болезни (иногда даже маскируя собой патогномоничную эндогенную симптоматику), а собственную структурно-динамическую специфику во многом утрачивает. Экспессы в этом случае возникают во время обострений, а в периоды ремиссий отсутствуют. Гетерогенный тип течения зависимости от ПАВ характеризуется тем, что, возникнув на фоне психического заболевания, в последующем она как бы отрывается от симптоматики психоза и развивается в соответствии со своими внутренними закономерностями (Чирко В. В., Дроздов Э. С., 2002). Ю. А. Россинский и соавт. (2005) исследуя клинические особенности опийной наркомании у лиц, имеющих специфические расстройства зрелой личности и лиц, не имеющих коморбидной психической патологии, пришли к выводу, что наркозависимость как нозологическая дефиниция, в том числе, в аспекте коморбидных состояний психического статуса, может являться интраморбидной и коморбидной патологией (цит. по В. Я. Семке и соавт., 2005). В первом случае это касалось пациентов, у которых злоупотребление алкоголем и впоследствии употребление наркотиков являлось непосредственно особенностью специфического расстройства зрелой личности (т.е. уже имеющегося психического расстройства), а впоследствии после развития физической зависимости от ПАВ, на первый план выходили поведенческие расстройства в

результате употребления наркотиков. Во втором случае речь шла о пациентах, как имеющих сопутствующую психическую патологию (специфические личностные расстройства), так и пациентов без психической патологии, наркотическая зависимость у которых развилась непосредственно по механизмам химической аддикции. И в первом, и во втором случае опийная наркомания и психическое расстройство (расстройство зрелой личности) являлись сопутствующими расстройствами, т.е. коморбидной патологией. Однако, в первом случае наркомания являлась как бы следствием основного психического заболевания (расстройства зрелой личности или психопатии) и носила условно вторичный характер, по сути, являясь интраморбидной патологией, а непосредственно расстройство зрелой личности по отношению к наркомании являлось метаморбидной патологией. Во втором случае оба заболевания патогенетически являлись независимыми друг от друга, хотя и оказывали взаимовлияние друг на друга, т.е. являлись коморбидной патологией (Россинский Ю. А. и соавт., 2005).

Такая мишень, как «Духовный статус» имеет важную роль в психотерапии и психосоциальной реабилитации лиц, зависимых от ПАВ. В частности терапевтические концепты таких духовно-ориентированных, программ как «12 шагов» всецело включают данную мишень. Под «Духовным статусом» подразумевается личностная жизненная философия пациента; иерархическая структура мотивов (жизненных ценностей); структура жизненных смыслов (философия жизненного сценария, собственная идеология); и система координат личного мифа по А. Л. Каткову (2002): система рациональных знаний; система иррациональных верований; собственный опыт.

Таким образом, предлагаемые мишени «Психический статус» и «Духовный статус» играют важную роль в патогенетических подходах в диагностике, лечении и реабилитации больных зависимых от ПАВ в контексте био-психо-социо-духовной модели.

Литература:

1. Бохан Н. А., Катков А. Л., Россинский Ю. А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией. – Павлодар, 2005, 287 с.
2. Валентик Ю. В. Мишени психотерапии в наркологии // Лекции по наркологии. – Изд. 3-е / Под ред. Н. Н. Иванца. – М.: Медпрактика, 2001. – С. 295-309
3. Валентик Ю. В. Континуальная психотерапия больных с зависимостью от психоактивных веществ /Ю. В. Валентик // Лекции по наркологии. – Изд. 3-е / Под ред. Н. Н. Иванца. – М.: Медпрактика, 2001. – С. 341-365
4. Валентик Ю. В., Сирота Н. А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. - М.: Литера-2000, 2002, 256 с.
5. Катков А. Л. Обоснование сквозной модели лечения, реабилитации и профилактики распространения наркозависимости в Республике Казахстан // Вопросы наркологии Казахстана, 2001. – Т. 1. - № 2. – С. 9-12
6. Катков А. Л. Пути повышения эффективности первичной профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ в Республике Казахстан // Вопросы наркологии Казахстана, 2002. – Т. 2. - № 1. – С. 34-37
7. Катков А. Л., Ю. А. Россинский Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых // Вопросы наркологии Казахстана, 2002. – Т. 2. - № 2. – С. 84-88

-
-
8. Катков А. Л., Россинский Ю. А. Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых // Вопросы наркологии Казахстана, 2002. – Т. 2. – № 2. – С. 84-88
 9. Катков А. Л., Россинский Ю. А. Комплексное исследование состояния, уровня и основных тенденций в формировании психического здоровья населения Республики Казахстан // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2002. – № 4 (26). – С. 73-80
 10. Катков А. Л., Пак Т. В., Россинский Ю. А. Интегративно-развивающая групповая психотерапия зависимых от психоактивных веществ // Вопросы ментальной медицины и экологии. – М. - Павлодар, 2003. – Т. 9. - № 3. – С. 14-28
 11. Катков А. Л., Пак Т. В., Россинский Ю. А., Титова В. В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией. – Павлодар, 2003, 267 с.
 12. Личко А. Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей – Изд. 2-е, доп. и перераб. – Л.: Медицина, 1985, 416 с.
 13. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. – Л.: Медицина, 1991, 302 с.
 14. Пак Т. В. Интегративно-развивающая групповая психотерапия больных наркоманией // Наркология, 2003. – № 9. – С. 33-38
 15. Россинский Ю. А., Мусабекова Ж. К., Ескалиева А. Т. Этапы принятия болезни, закономерно ведущей к смерти, как психотерапевтическая мишень у больных наркоманией с сопутствующим ВИЧ/СПИДом // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Павлодар – Москва. – Т. 12. - № 3, 2006. – С. 70-73
 16. Семке В. Я., Россинский Ю. А., Мандель А. И., Алтынбекова Г. И. Расстройства личности у больных опийной наркоманией и возможности реабилитации в условиях терапевтического сообщества. - Павлодар: ТОО НПФ «Эко», 2005, 286 с.
 17. Чирко В. В., Дроздов Э. С. Эндогенные психозы и зависимость от психоактивных веществ / В книге: Руководство по наркологии, том I. Под редакцией Н. Н. Иванца. – М.: Медпрактика-М, 2002. – Гл. 18. – С. 385-408

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МОТИВАЦИИ ВЛЕЧЕНИЯ К НАРКОТИКУ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ В АБСТИНЕНТНЫЙ И РАННИЙ ПОСТАБСТИНЕНТНЫЙ ПЕРИОДЫ У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ

Ю. А. Россинский, Ж. К. Мусабекова, Ш. М. Тлеубаева

В предыдущей статье мы рассмотрели клинико-психологические особенности абстинентного и раннего постабстинентного состояний при опийной наркомании в контексте их приложения к наркологическим мишеням. Выделили и обосновали мишень «психический статус» в добавление к ранее выделенным шести основным клинико-психологическим мишеням – формирующим стойкую зависимость от ПАВ и определяющим клиническую и терапевтическую динамику данного заболевания.

По мнению Ю. В. Валентика и Н. А. Сирота (2002), главное, что привносит болезнь в личность сформировавшегося наркомана, – глубокую дезинтеграцию. В период доминирования наркоманического ЛС для пациента недоступны нормативные статусы. Присутствие пациента в нормативной реальности – лишь видимость, на самом деле он живет в ином, болезненном пространстве и времени. Поэтому доминирование патологического личностного статуса «Я-наркоман» (мишень № 3) над нормативными личностными статусами (мишень № 4) обуславливает асоциальные и антисоциальные

формы поведения как способ неосознанного достижения основного аддиктивного мотива – употребление ПАВ.

Итак, как мы уже отмечали ранее, после того, как наступает реабилитация соматического статуса и, соответственно, редукция патологических его проявлений (мишень № 1), на период шестого – седьмого дня от момента начала детоксикации, относительно, начинает доминировать «дефицитарный психический статус» (мишень № 7), который, по сути, являясь потребностным состоянием биологического уровня, запускает механизмы аддиктивного поведения, проявлением которых является обострение психической зависимости в виде актуализации патологического влечения к ПАВ (мишень № 2). Обострение психической зависимости, патологическое вление к ПАВ еще более актуализирует патологический личностный статус «Я-наркоман» (мишень № 3), который к этому времени является доминирующим над нормативными личностными статусами (мишень № 4) в общем ядре личности. Патологический личностный статус «Я-наркоман», в свою

очередь, программирует асоциальные и антисоциальные формы поведения, целью которых является – обслуживание основного мотива патологического личностного статуса, патологического влечения к наркотику, т.е. употребление наркотика. А в условиях лечебной программы это невозможно. Тогда логическим выводом патологического личностного статуса «Я-наркоман» является, либо употребление наркотика прямо в лечебном учреждении, либо досрочный выход из лечебной программы. Досрочный выход не предусмотрен условиями контракта, который пациент подписывал несколько дней назад, поступая на лечение. Следовательно, остается два варианта выхода из этой ситуации: либо настоять на выписке и досрочно прервать лечение без нарушения режима (отсутствие манипуляции или неосознанная недеструктивная манипуляция), либо нарушить режим и быть исключенным из лечебной программы (осознанная или неосознанная деструктивная манипуляция).

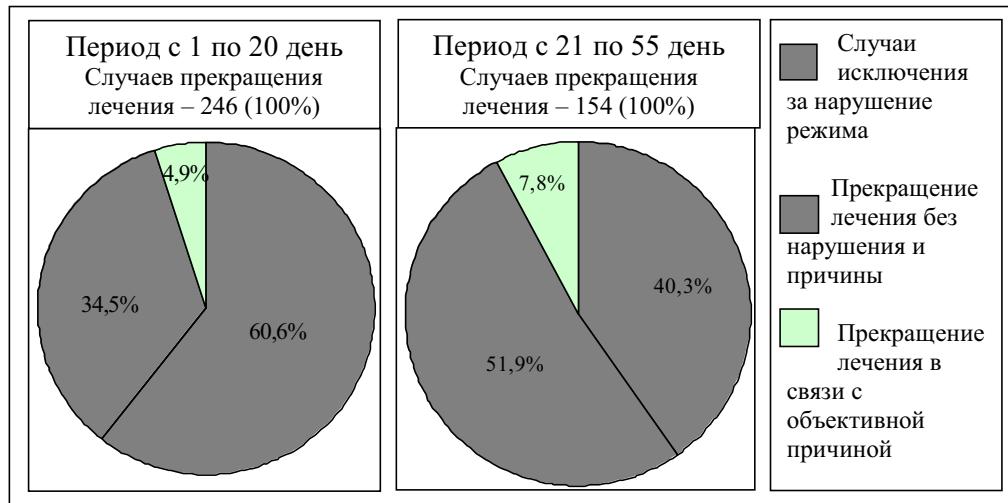
Согласно нашим наблюдениям, после двадцатого дня прохождения лечения отмечается редукция психоэмоциональных расстройств. То есть интенсивность психического дискомфорта уменьшается, что приводит к некоторому уменьшению психического напряжения, связанного с потребностным состоянием частичной дезактуализации механизмов аддиктивного поведения, и, соответственно, к редукции патологического влечения к ПАВ. Это, в свою очередь, может выступать как фактор, дезактуализирующий активность патологического личностного статуса «Я-наркоман». С другой стороны, после 20 дня лечения пациент переводится в отделение психотерапии и психологической реабилитации, где находятся пациенты, имеющие высокую мотивацию на прекращение употребления наркотиков, опыт психотерапевтической работы, где царит атмосфера режима терапевтического сообщества. Правила

и режим терапевтического сообщества построены таким образом, что поощряется нормативное поведение и запрещается наркоманическое поведение. То есть, сам режим терапевтического сообщества способствует активизации нормативной части личности или нормативных личностных статусов и блокирует активность патологического личностного статуса «Я-наркоман». Этот режим активно поддерживает и следят за строгим соблюдением всех лечебных правил сами пациенты (Семке В. Я. и соавт., 2005). В связи с этим поведение пациента принимает более просоциальные формы, он вынужден так себя вести. Это выступает как самостоятельный психосоциальный фактор дезактуализации патологического личностного статуса «Я-наркоман».

Это предположение подтверждается тем, что во второй половине лечения (21-55 дни) отмечается уменьшение количества случаев: агрессивных форм поведения (воровство, драки, открытый протест и провокация к групповой агрессии против медперсонала); нарушения правил официального отпуска; отказов от посещения групповой психотерапии или систематические пропуски лечебных групп; отказов от участия в заседании терапевтического сообщества; скрытого саботажа лечебного режима. Так, например, если в период с 1 по 20 день было зарегистрировано 24 случая ($4,2 \pm 1,6\%$) таких нарушений как драки, открытый протест и провокация к групповой агрессии против медперсонала, то в период с 21 по 55 день – 12 случаев ($2,1 \pm 1,2\%$), т.е. их количество уменьшилось вдвое. Также в 2 раза меньше было зарегистрировано случаев нарушения правил лечебного отпуска – употребление наркотика или алкоголя во время отпуска, приобретение наркотика и попытка проноса его в отделение по возвращению из отпуска, несвоевременное возвращение из отпуска (18 случаев или $3,2 \pm 1,4\%$ и 9 случаев или $1,6 \pm 1,3\%$, соответственно).

Рисунок 1

Превалентность случаев досрочного прекращения лечения в периоды с 1 по 20 день и с 21 по 55 день



На рисунке 1 отражено соотношение превалентности случаев исключения из программы за нарушения режима (деструктивный вариант поведения) и прекращения лечения без каких-либо обоснованных причин, над случаями обоснованного добровольного прекращения лечения без нарушения режима по отношению к общему их числу в период первых 20 дней и в период с 21 по 55 день. Данные, показанные на рисунке 1 и в таблице 1, дают представление о том, что распространенность случаев преждевременного прекращения лечения, имеющих объективную причину в период стационарного лечения, в среднем, составила 6,3% по отношению к общему количеству случаев досрочного прекращения лечения: 4,9% (12 случаев) в период с 1 по 20 день и 7,8% (12 случаев) в период с 21 по 55 день. По отношению же к общему числу группы ($n = 567$), по результатам нашего исследования, этот процент был стабильным – по 12 случаев или 2,1% ($\pm 1,2\%$) в начальный период лечения (1-21 дни) и в период с 21 по 55 день. Всего за период лечения имели место 24 случая или 4,2%. Достоверность объективной причины нами проверялась. Мы созванивались с родственниками больных и получали сведения о достоверности причины, требующей досрочного прекращения лечения. Такими причинами, как правило, являлись: тяжелая болезнь или смерть близких родственников, необходимость выхода на работу, уголовная или гражданская ответственность и т.п. Таким образом, случаи досрочного прерывания лечения, обоснованные объективной необходимостью, составляли значительное меньшинство в общем числе случаев досрочного прерывания лечения. Количество случаев досрочного прекращения лечения, связанного с исключением пациента из лечебной программы за грубые нарушения режима или прекращения лечения без каких-либо объективных причин, достоверно превышало распространенность случаев досрочного прекращения лечения, связанных с какими-либо объективными причинами в 19,7 раза в период с 1 по 20 день (41,3% или 234 случая и 2,1% или 12 случаев) и в 11,9 раза в период 21-55 дней (25,1% или 142 случая и 2,1% или 12 случаев).

Если учитывать общее количество случаев добровольного прекращения лечения, не включая в их число случаи вынужденного обоснованного прекращения лечения, то во второй половине их превалентность снизилась в среднем в 1,6 раза – с 41,3% (234 случая) до 25,1% (142 случая). Более того, прослеживается явное относительное перераспределение распространенности случаев прекращения лечения, связанных с грубым нарушением терапевтического режима и случаев добровольного прекращения режима без нарушений режима. Из таблицы 1 и рисунка 1 видно смещение относительного соотношения случаев исключения из программы за нарушение режима и случаев преждевременного ухода из программы без нарушения режима в периоды с 1-20 и 21-55 дни. Так, например, в период 1-

20 дней количество случаев исключения из лечебной программы за нарушение режима (149 случаев) в 1,8 раза превышает количество случаев добровольного прекращения режима без нарушения правил лечебного режима (85 случаев). А в период с 21 по 55 дней, напротив, количество случаев добровольного прекращения режима без нарушения правил лечебного режима (80 случаев) в 1,3 раза превышает количество случаев исключения из лечебной программы за нарушение режима (62 случая). С нашей точки зрения, это связано с биологическим и психосоциальным факторами, дезактуализирующими и блокирующими активность патологической части личности «Я-наркоман». Напомним, что биологическим фактором является реабилитация «дефицитарного психического статуса», т.е. восстановление психического гомеостаза и, соответственно, редукция психоэмоциональных расстройств, выступающих как потребностное состояние биологического уровня, а в качестве психосоциального фактора выступает режим и правила терапевтического сообщества выздоравливающих пациентов, которые поощряют нормативное поведение и всячески блокируют возможные проявления наркоманического поведения.

Правила терапевтического сообщества, как мы уже отметили выше, блокируют активность патологического личностного статуса «Я-наркоман», и поведение пациента принимает более просоциальные формы, он вынужден так себя вести. Но в этот период, по-прежнему, сохраняется высокий уровень актуализации психической зависимости от ПАВ и патологического влечения к наркотику, поскольку «дефицитарный психический статус» (мишень № 7) находится в доминантном состоянии и представляет собой потребностное состояние. С нашей точки зрения, именно поэтому в этот период происходит смещение количества случаев прекращения лечения в сторону более просоциальных форм, т.е. без нарушения режима, но по-прежнему составляет весомый процент.

Блокирование активности патологического личностного статуса «Я-наркоман» (мишень № 3) одновременно предполагает вероятность активизации нормативных личностных статусов (мишень № 4) или нормативной личности. Повторимся в важном моменте, что основным мотивом нормативной части личности является жизнь без наркотика, а единственной мотивацией – прекращение употребления наркотика. Именно в этот момент, когда блокируется патологический личностный статус «Я-наркоман» и активизируется нормативная часть личности, отмечается более глубокая и интенсивная терапевтическая работа самого пациента: его участие в психотерапии, уровень достижения терапевтических инсайтов, терапевтической коммуникации и т.п.

Это предположение подтверждается двумя фактами, полученными в ходе наших исследований и характеризующими терапевтический комплайенс: 1)

уменьшением превалентности случаев отказа от участия в психотерапевтических группах и 2) улучшением объективных показателей, характеризующих уровень вовлечения пациента в терапевтическую коммуникацию во второй половине лечения.

Характеристики терапевтического комплайенса по результатам объективных показателей уровня вовлечения в терапевтическую коммуникацию. Результаты сравнения объективных показателей, характеризующих уровень вовлечения пациента в терапевтическую коммуникацию на момент 20-го (1 группа) и 55-го дней (2 группа) отражены в таблице 1.

Мы исследовали следующие основные объективные показатели, характеризующие уровень вовлечения пациента в терапевтическую коммуникацию:

- наличие психологической дистанции между пациентом и терапевтом; уровень физического напряжения во время психотерапевтической коммуникации (выраженность мышечной релаксации);
- физический моторный компонент уровня присоединения во время терапевтической коммуникации (аналогия в позе, жестах);

- эмоционально-мимический компонент уровня присоединения во время терапевтической коммуникации (аналогия в мимике, основных эмоциях);

- физиологический моторный компонент уровня присоединения во время терапевтической коммуникации (синхронизация речевого темпо-ритма, синхронизация дыхательного ритма, синхронизация тембра и интонации речи);

- нейрофизиологический компонент уровня присоединения во время терапевтической коммуникации (выраженность вегетативных реакций).

Степень выраженности того или иного показателя мы распределяли по 4 балльной шкале, где: 0 баллов - отсутствие исследуемого признака; 1 балл – слабая степень выраженности исследуемого признака; 2 балла – средняя степень выраженности; и 3 балла – значительная степень выраженности.

Как видно из таблицы 1, на момент окончания лечения, в сравнении с 20 днем лечения, отмечается достоверное улучшение практически всех показателей, характеризующих уровень вовлечения пациента в терапевтическую коммуникацию и, соответственно – терапевтический комплайенс.

Таблица 1

Показатели уровня вовлечения пациента в терапевтическую коммуникацию на момент 20 (1 группа) и 55 (2 группа) дней

Исследуемый показатель	20 день	55 день	P
Сокращение психологической дистанции между терапевтом и пациентом	$0,7 \pm 0,22$	$1,7 \pm 0,15$	< 0,01
Выраженность мышечной релаксации	$0,6 \pm 0,21$	$1,6 \pm 0,14$	< 0,01
Аналогия в позе, жестах	$0,7 \pm 0,22$	$1,7 \pm 0,15$	< 0,01
Аналогия в мимике, основных эмоциях	$0,6 \pm 0,21$	$1,5 \pm 0,17$	< 0,01
Синхронизация речевого темпо-ритма	$0,7 \pm 0,20$	$1,7 \pm 0,19$	< 0,01
Синхронизация дыхательного ритма	$0,8 \pm 0,23$	$1,4 \pm 0,15$	< 0,01
Синхронизация тембра и интонации речи	$0,7 \pm 0,22$	$1,7 \pm 0,21$	< 0,01
Выраженность вегетативных реакций	$0,6 \pm 0,21$	$1,6 \pm 0,18$	< 0,01

Так, например, показатели, характеризующие динамику сокращения психологической дистанции между психотерапевтом и пациентом, достоверно улучшились в 2,4 раза ($0,7 \pm 0,22$ баллов и $1,7 \pm 0,15$ баллов, при $P < 0,01$). Показатели уровня физического напряжения во время психотерапевтической коммуникации также достоверно улучшились: увеличение степени выраженности мышечной релаксации в 2,7 раза ($0,6 \pm 0,21$ баллов и $1,6 \pm 0,14$ баллов, при $P < 0,01$). Так же отмечалось достоверное улучшение исследуемых показателей ($P < 0,01$), характеризующих уровень присоединения пациента к происходящему процессу во время терапевтической коммуникации: физический моторный компонент – аналогия в позе, жестах – увеличение значений показателей в 2,4 раза ($0,7 \pm 0,22$ баллов и $1,7 \pm 0,15$ баллов); эмоционально-мимический компонент – аналогия в мимике, эмпатия основных эмоций – увеличение

значений показателей в 2,5 раза ($0,6 \pm 0,21$ баллов и $1,5 \pm 0,17$ баллов); физиологический моторный компонент – синхронизация речевого темпо-ритма – увеличение значений показателей в 2,4 раза ($0,7 \pm 0,20$ баллов и $1,7 \pm 0,19$ баллов), синхронизация дыхательного ритма – увеличение значений показателей в 1,8 раза ($0,8 \pm 0,23$ баллов и $1,4 \pm 0,15$ баллов), синхронизация тембра и интонации речи – увеличение значений показателей в 2,4 раза ($0,7 \pm 0,22$ баллов и $1,7 \pm 0,21$ баллов); нейрофизиологический компонент – выраженность вегетативных реакций – увеличение значений показателей в 2,7 раза ($0,6 \pm 0,21$ баллов и $1,6 \pm 0,18$ баллов).

Таким образом, результаты клинико-психологического анализа психических и поведенческих расстройств у больных опийной наркоманией в абстинентный и ранний постабстинентный периоды позволили сделать следующие выводы.

1. Обострение психической зависимости, патологическое влечение к ПАВ еще более актуализирует патологический личностный статус «Я-наркоман» (мишень № 3), который к этому времени является доминирующим над нормативными личностными статусами (мишень № 4) в общем ядре личности. Патологический личностный статус «Я-наркоман», в свою очередь программирует асоциальные и антисоциальные формы поведения, целью которых является обслуживание основного мотива патологического личностного статуса, патологического влечения к наркотику, т.е. употребление наркотика.

2. Основным и неизменным мотивом патологического личностного статуса «Я-наркоман» является употребление наркотика, а наркотик - основным смыслом жизни этого личностного статуса. В равной степени, как основным и неизменным мотивом нормативной личности (нормативных личностных статусов, интегрированных в статус «Я-нормативная личность»), является жизнь без наркотика. Жизнь без ПАВ является частью общего жизненного сценария, общего жизненного смысла. Этот факт имеет очень важное значение в принципах и подходах работы с мотивациями лиц, зависимых от

ПАВ – мотивационного интервью, мотивационного консультирования, мотивационной психотерапии.

3. Существует биологический и психосоциальный факторы дезактуализации и блокирования активности патологического личностного статуса «Я-наркоман». К биологическому фактору относится реабилитация «дефицитарного психического статуса», т.е. восстановление психического гомеостаза и соответственно редукция психоэмоциональных расстройств, выступающих как потребностное состояние биологического уровня. В качестве психосоциального фактора выступает режим и правила терапевтического сообщества выздоравливающих пациентов, которые поощряют нормативное и блокируют всячески возможные проявления наркоманического поведения.

4. Первые 40 дней пребывания пациента в лечебной программе могут являться только подготовительным периодом лечения к психотерапевтическим интервенциям, подразумевающим глубинную психотерапию и связанные с ней процессы осознания глубинных конфликтов или мотивационных и генетических инсайтов, а также инсайтов на необходимость изменений в сторону жизни без ПАВ.

Литература:

1. Валентик, Ю. В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ // Лекции по наркологии. - Изд-е 3-е / под ред. Н. Н. Иванца. - М.: Медпрактика, 2001. - С. 309-341
2. Катков А. Л. Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых // Вопросы наркологии Казахстана, 2002. - Т. 2. - № 2. - С. 84-88
3. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии. - СПб.: Изд-во Питер, 2000, 640 с.
4. Катков А. Л. Комплексное исследование состояния, уровня и основных тенденций в формировании психического здоровья населения Республики Казахстан // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2002. - № 4 (26). - С. 73-80

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АБСТИНЕНТНОГО И РАННЕГО ПОСТАБСТИНЕНТНОГО СОСТОЯНИЙ ПРИ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ В КОНТЕКСТЕ ИХ ПРИЛОЖЕНИЯ К НАРКОЛОГИЧЕСКИМ МИШЕНЯМ

Ю. А. Россинский, Ж. К. Мусабекова

Наше исследование являлось кросс-секционным и составило выборку из числа пациентов с опийной наркоманией (n=567) поступивших на стационарное лечение в РНПЦ МСПН. В данной статье будут рассмотрены клинико-психологические особенности абстинентного и раннего постабстинентного состояний при опийной наркомании в контексте их приложения к наркологическим мишениям.

А. Л. Катков и соавт. (2003) выделили шесть основных клинико-психологических мишней – концентрированных узлов клинико-психологических механизмов – формирующих стойкую зависимость от ПАВ и определяющих клиническую и терапевтическую

динамику данного заболевания. К этим мишням относятся следующие: мишень № 1 – «патологический соматический статус зависимых от ПАВ» (включает: признаки отравления (передозировки) психоактивным веществом; интоксикацию ПАВ; синдром зависимости от ПАВ и состояние отмены (соматический уровень); признаки сопутствующей специфической и неспецифической соматической патологии); мишень № 2 – «собственно патологическое влечение к психоактивному веществу» (ПВ к ПАВ) во всех сферах непосредственного проявления данного феномена; мишень № 3 – «патологический личностный статус зависимых от ПАВ»

(дефицит свойств психологического здоровья, характеристики собственно патологического личностного статуса, обслуживающего психологическую зависимость и патологическое социальное функционирование); мишень № 4 – «нормативные и неоабилитационный (развивающийся) личностные статусы зависимых от ПАВ»; мишень № 5 – «дефицитарный социальный статус зависимых от ПАВ» (дефицит коммуникативных и других социальных навыков, деформированных отношений в микросоциуме, проблемы созависимости); мишень № 6 – «уровень мотивации на освобождение от химической зависимости» (Катков А. Л. и соавт., 2003).

Помимо вышеуказанных наркологических мишеней, Ю. А. Россинский (2006) обосновывает необходимость выделения еще одной – мишеню № 7 – «психический статус зависимых от ПАВ». Данный статус, по мнению автора, играет существенную роль в клинической картине формирования и развития наркотической зависимости и включает в себя: а) тип высшей нервной системы и индивидуальные особенности пациента; б) психические расстройства, развившиеся на фоне уже имеющейся зависимости от ПАВ (расстройства психической адаптации, эмоциональные расстройства и поведенческие расстройства синдромального уровня); в) коморбидные психические расстройства, имеющие не связанный с наркоманией патогенез (специфические расстройства зрелой личности, хронические аффективные расстройства настроения). Следовательно, по мнению автора, «психический статус зависимых от ПАВ» может находиться в трех состояниях: а) «нормативный психический статус»; б) «дефицитарный психический статус»; в) «патологический психический статус» (Россинский Ю. А., 2006).

Под состоянием «нормативного психического статуса» автор подразумевает вариант развития наркотической зависимости при «условной психической норме», когда речь идет только о механизмах аддикции, обслуживающих психологическую зависимость от наркотика или патологическое влечение к наркотику, впоследствии так же обусловленную физической / биологической зависимостью. В этом случае химическая аддикция выступает, как вариант совладания личности с потребностным состоянием, глубинные мотивы которого, как правило, не осознаются самой личностью. То есть, в данном случае речь идет не о психической патологии, а дефиците свойств психологического здоровья (Катков А. Л., 2001, 2002; Катков А. Л., Россинский Ю. А., 2002; Катков А. Л. и соавт., 2003; Пак Т. В., 2003; Боян Н. А. и соавт., 2005). Когда речь идет о «нормативном психическом статусе», также имеется в виду индивидуальные особенности – темперамент и характер, которые могут играть определенную роль в формировании наркотической зависимости (Личко А. Е., 1985, Личко А. Е., Битенский В. С., 1991) и впоследствии – клинической картине наркомании (Грузман А. В., 2005). Под состоянием «дефицитарного

психического статуса» подразумевается изменения и нарушения психической сферы, чаще синдромального уровня, развившиеся на фоне уже имеющейся и/или в результате наркотической зависимости, например, заострение личностных черт, выходящих за уровень акцентуаций, аффективных расстройств настроения, агрессивности и т.д. В этот период аддиктивная личность трансформируется в «патологическую личность» или наркозависимую личность с патологическим социальным функционированием. То есть, согласно психогенетической модели личности Ю. В. Валентика (1993-1999, 2001), в этот период формируется патологический личностный статус «Я-наркоман». Эти развивающиеся в результате наркотической зависимости психические расстройства в свою очередь оказывают влияние на динамику развития и клиническую картину наркомании.

Состояние «патологического психического статуса» подразумевает наличие какой-либо психической патологии еще до формирования механизмов химической аддикции (Россинский Ю. А., 2006). В этом случае химическая зависимость может развиваться как самостоятельно по механизмам аддикции, не зависимо от наличия и влияния уже имеющейся психической патологии, хотя данная коморбидная психическая патология, безусловно, будет оказывать влияние на клинические особенности наркомании, так и являться следствием особенностей уже имеющегося психического заболевания. То или иное состояние «психического статуса» определяет психическую патологию и наркоманию по отношению друг к другу как коморбидную патологию (Боян Н. А., 2002), как интраморбидную/метаморбидную патологию (Россинский Ю. А. и соавт. 2005), а также течение наркомании как гомогенное или гетерогенное (Чирко В. В., Дроздов Э. С., 2002).

Мишеню № 3 – «патологический личностный статус «Я-наркоман»» и мишеню № 4 – «нормативные личностные статусы зависимых от ПАВ» изначально определены Ю. В. Валентиком (1993-1999, 2001) в его психогенетической модели личности. По мнению автора, личностные статусы (ЛС) формируются и развиваются по мере приобретения опыта взаимного удовлетворения потребностей человека и его конкретного значимого другого лица (ЗДЛ). «Личностные статусы – это не роли в их традиционном психологическом и житейском понимании. Это не маски, которые человек надевает и меняет. Это, прежде всего, социокультуральное наполнение содержанием психобиологических матричных психических образований человека... ЛС – это не внешние приобретения, а развитие внутренних, присущих человеку» (Валентик Ю. В., Сирота Н. А., 2002). Отдельные универсальные ЛС нормативной части личности, которые осваиваются каждым человеком в ходе его жизненного цикла, автор Ю. В. Валентик (1993-1999, 2001) определяет, как нормативные ЛС. При регулярном аддиктивном совладании с потребностным состоянием вначале формируется

аддиктивная личность, а впоследствии, с формированием физической наркотической зависимости и прогрессированием наркомании аддиктивная личность трансформируется в патологическую наркоманическую личность, т.е. формируется патологический личностный статус «Я-наркоман», который обслуживает патологическое социальное функционирование. Напомним, что под потребностным состоянием понимается состояние актуализированной, но не удовлетворенной потребности (Валентик Ю. В. 1993-1999, 2001). «Изменения в эмоциональной, когнитивной и нравственной сферах складываются в качественно определенную, патологическую часть личности (патологический ЛС), контрастную по отношению к существующим нормативным частям... Патологический ЛС – не стойкий дефект, а вполне динамичное личностное новообразование, не отменяющее уже существующие части личности. Накопление опыта личностного функционирования в болезни приводит к формированию внутри личности образования, обслуживающего болезнь и наркоманическую деятельность. Патологический ЛС «Я-наркоман» постепенно наполняется наркоманическими смыслами, ценностными ориентациями, установками, приобретает стереотипы поведения, не свойственные ранее индивиду и во многих отношениях противоположные его прежним стереотипам, присущим нормативным личностным образованиям (Валентик Ю. В., Сирота Н. А., 2002). Для патологического личностного статуса «Я-наркоман» помимо психической зависимости характерна физическая зависимость, которая усугубляет асоциальные формы поведения в силу крайне неприятных переживаний, связанных с состоянием отмены и антиципацией абstinенции.

Мы провели исследование динамики абстинентного синдрома при опийной наркомании, выделив основные патогенетические узлы-синдромы, входящие в его структуру. В частности, выделены и исследованы соматовегетативные проявления, алгический синдром, синдром антиципации боли, психоорганический, депрессивный синдромы, синдром анозогнозии, отдельно выделена дисфория как составляющая психического компонента абстиненции.

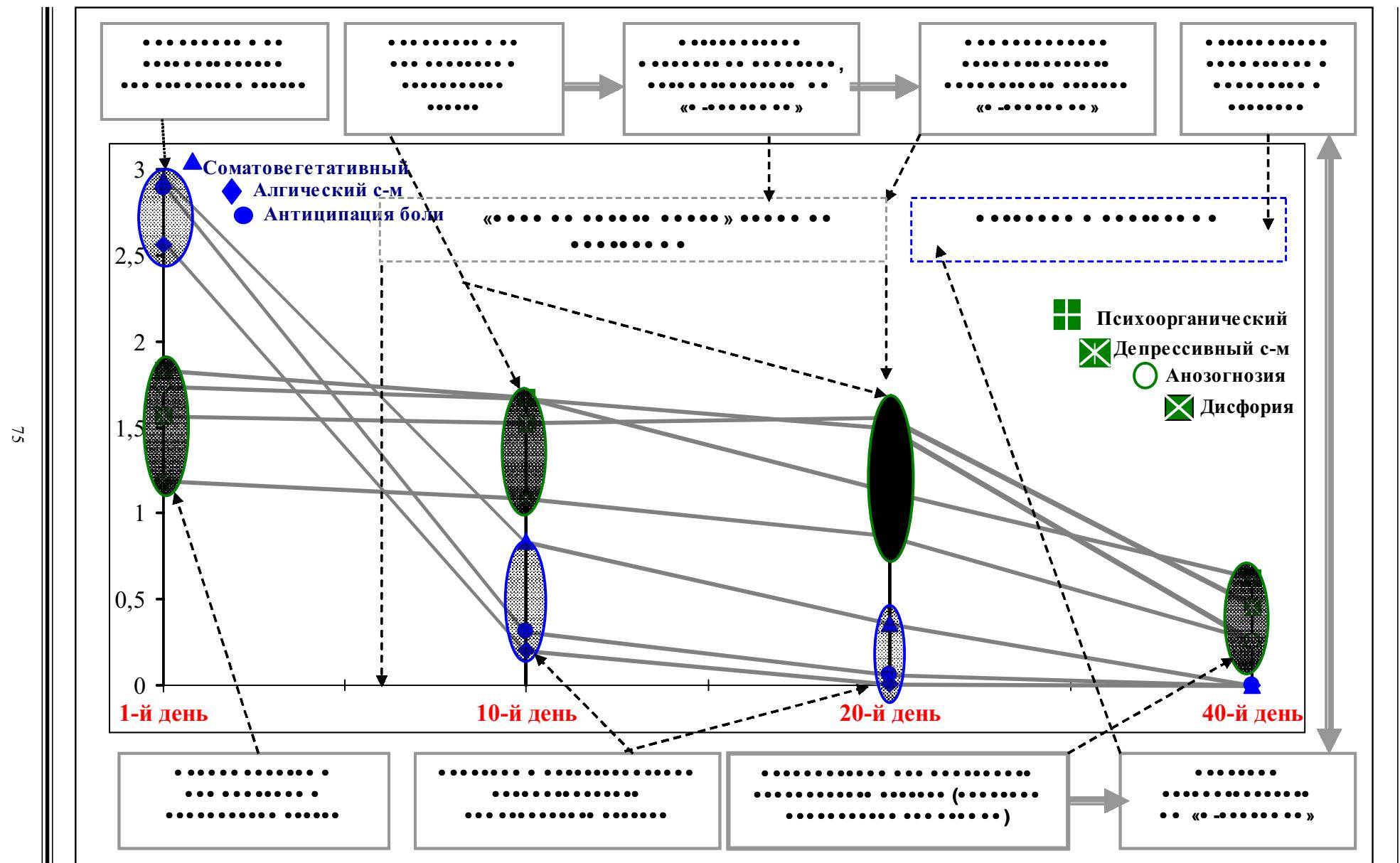
На рисунке 1 изображена схема, объясняющая возникновение патологического влечения к наркотику и, соответственно мотива досрочного прекращения лечения.

На данном рисунке по оси абсцисс отмечены дни пребывания в программе, по оси ординат – степень выраженности тех или иных расстройств в балах (от 0 баллов до 3 баллов).

В первый день развития состояния отмены основным мотивом обращения за медицинской помощью являются болезненные проявления со стороны соматической сферы: алгические проявления, соматовегетативные расстройства и антиципация боли. Степень выраженности этих расстройств по объективной оценке в 2 раза превышает степень

выраженности расстройств психической сферы (эмоциональные, поведенческие расстройства. В начальный период состояния отмены больные опийной наркоманией, в основном, фиксированы на переживаниях, связанных с болезненными расстройствами соматической сферы и ассоциирующихся с болью. То есть, в первые дни состояния отмены доминирующим является «патологический соматический статус» (мишень № 1). Он отождествляется больными непосредственно с болезнью или основным ее проявлением. В связи с этим, «дефицитарный психический статус» (мишень № 7) в этот период, относительно, является субдоминантным. Естественно психические расстройства, связанные с состоянием отмены («дефицитарный психический статус») оказывают свое влияние на общую клиническую картину в этот период и на субъективное восприятие болезненного состояния. Например: псевдолобный синдром будет оказывать влияние на процессы анозогнозии (как болезни в целом, так и поведения в частности), а так же на способность удерживать терапевтическую установку, что будет являться фактором риска поведенческих расстройств, нарушений лечебного режима и мотива досрочного прекращения лечения; депрессия и дисфория будут играть роль в восприятии боли и ее антиципации и т.д. Но само негативное воздействие «дефицитарного психического статуса» пациентом будет оцениваться неадекватно или вообще не будет идентифицироваться в этот период. Следовательно, доминирующий «патологический соматический статус» (мишень № 1) является ведущим мотивом добровольного обращения больного опийной наркоманией за медицинской помощью в начальный период состояния отмены. В этот момент пациент соглашается на длительные сроки лечения, поскольку, с одной стороны, у него есть мотивация на лечение, обусловленная актуальностью патологического соматического статуса (мишень № 1), и с другой, как мы уже отметили выше – отождествление этих расстройств с общей картиной болезни. Он искренне соглашается на длительное лечение и в тот момент вполне верит в то, что так и будет. Этому еще способствует то, что в начальный период состояния отмены в силу преходящих психоорганических расстройств, пациент способен удерживать терапевтическую установку очень короткое время (Лурия А. Р., 1974; Узгадзе Д. Н., 2002).

И смена ситуации может легко формировать другой мотив, переключив его на иной вид деятельности. Например, больной принимает установку на отказ от употребления наркотика и длительное нахождение в лечебной программе (мотив № 1), но при изменившихся условиях, например, попадание в наркоманическую среду, больной легко отказывается от предыдущего мотива в силу органической неспособности длительно его удерживать, в пользу другого, совершенно противоположного – употребление наркотика или прерывание лечения (мотив № 2). Это



один из вариантов возможного объяснения такого мотива, как соглашение на длительный срок лечения в начальный период состояния отмены, когда пациент не пытается манипулировать ситуацией. Существует и другой вариант.

В этот период у больного так же актуализируется изначально нормативный личностный статус «Я-телесное» (*мишень № 4*), который теперь, по сути, полностью ассилирован с патологическим личностным статусом «Я-наркоман» (*мишень № 3*). Основным мотивом данного статуса, в этот момент, является избавление от телесных страданий. А форма достижения цели, удовлетворяющая данный мотив, будет выходить за рамки прежних социально-личностных норм, поскольку патологический наркоманический личностный статус к этому времени является господствующим в общем ядре личности. В принципе, наркоман – аддиктивная личность со сформировавшимся патологическим личностным статусом и патологическим социальным функционированием (*мишень № 3*) вполне может знать, что он не будет проходить весь курс лечения, и более того, осознавать свой настоящий основной мотив – избавление только от телесных страданий, «избавление от ломки» и не более. И он заведомо будет манипулировать ситуацией нечестным способом – лгать в отношении того, что он намерен пройти длительный курс лечения.

Итак, к моменту 10-го дня лечения, отмечается значительная редукция сомато-вегето-алгических расстройств, и их интенсивность становится меньше интенсивности проявлений болезненных нарушений психической и поведенческой сферы (см. рис. 1). То есть к этому моменту дефицитарный психический статус (*мишень № 7*) из субдоминантного состояния переходит в доминантное состояние. Такое стабильное относительное доминирование дефицитарного психического статуса сохраняется в течение десяти дней, вплоть до двадцатого дня. После двадцатого дня отмечается редукция психических симптомов, т.е. наступает реабилитация дефицитарного психического статуса.

К моменту 40 дня наступает явная редукция психоэмоциональных расстройств. При условии изначальной индивидуальной психической нормы, реабилитация дефицитарного психического статуса приведет психический статус в состояние «нормативного психического статуса».

Далее, доминирующий «дефицитарный психический статус» в виде неосознаваемого и неадекватно оцениваемым пациентом негативного психоэмоционального фона (дисфории, депрессии, раздражения) в силу ряда биологических и психологических причин будет являться пусковым механизмом для активизации механизмов аддикции и, соответственно, патологического влечения к наркотику (*мишень № 2*) и далее – наркоманического поведения (досрочное прекращение лечения, наркотический срыв). С нашей точки зрения таковыми причинами являются следующие.

Биологические и психологические причины возникновения патологического влечения к наркотику в ранний постабstinентный период

В период состояния отмены после реабилитации патологического соматического статуса (купирования и редукции сомато-вегето-алгических абстинентных проявлений), сохраняется болезненный фон «дефицитарного психического статуса» – психоэмоциональных расстройств, которые недостаточно идентифицируются и неадекватно оцениваются больными (*мишень № 7*), но который согласно объективной клинической оценке является доминирующим (рис. 1). С одной стороны, у пациента наступает явное улучшение физического состояния, что часто ассоциируется с выздоровлением, с другой стороны – полного улучшения самочувствия не наступает. Пациент, с одной стороны, отмечает, что ему стало значительно легче, но, с другой стороны, не осознает, *но неосознанно переживает сохраняющийся негативный психоэмоциональный фон*.

Этот негативный психоэмоциональный фон, по сути, выступает как самостоятельное потребностное состояние, неудовлетворенным биологическим мотивом которого является отсутствие психического равновесия и комфорта. Данное потребностное состояние требует своего разрешения. Но пациент в этом случае не осознает или неадекватно оценивает ряд важных моментов: 1) сами по себе эти расстройства и их интенсивность; 2) что эти расстройства имеют болезненную биологическую основу и являются частью общего заболевания – наркотической зависимости; 3) что данное состояние требует дальнейшего воздержания от приема наркотиков и длительного лечения как биологического, так и психологического; 4) что существуют конструктивные способы совладания с данным состоянием. В силу этого, пациент, не осознавая того, переживает этот психический дискомфорт и, соответственно, не может осознанно контролировать и использовать конструктивные формы совладания с данным потребностным состоянием в этот период. Поскольку сформировавшиеся и укоренившиеся аддиктивные механизмы в этом случае выступают, как мотивация к активной неосознаваемой поисковой деятельности – совладания с потребностным состоянием путем употребления наркотика, по сути, являясь актуализацией психической зависимости и патологического влечения к наркотику (*мишень № 2*). Этот глубинный мотив употребления ПАВ или патологическое влечение к наркотику в этот момент больным не осознается. Таким образом, это дает объяснение, почему многие пациенты отмечают тот факт, что срыв или употребление наркотика произошли как бы случайно, не сознательно.

Итак, можно сделать следующие выводы:

1. В первые дни состояния отмены доминирующим является «патологический соматический статус» (*мишень № 1*). Он отождествляется больными непосредственно с болезнью или основным

ее проявлением. В связи с этим, «дефицитарный психический статус» (мишень № 7) в этот период относительно является субдоминантным. Доминирующий «патологический соматический статус» (мишень № 1) является ведущим мотивом добровольного обращения больного опийной наркоманией за медицинской помощью в начальный период состояния отмены.

2. После 5-6 дня лечения «патологический соматический статус» больного опийной наркоманией перестает быть доминантным, а связанные с ним переживания перестают быть доминирующими переживаниями. К моменту десятого дня болезненные проявления «патологического соматического статуса» практически полностью редуцируются, и у больного может сложиться иллюзия о наступлении его выздоровления. Эта иллюзия возникает в связи с тем, что болезненные расстройства, относящиеся к патологическому соматическому статусу, отождествляются больным с его болезнью в целом, и улучшение физического самочувствия, по сути, и воспринимается пациентом как выздоровление.

3. К моменту 10-го дня лечения дефицитарный психический статус (мишень № 7) из субдоминантного состояния переходит в доминантное состояние. Такое стабильное относительное доминирование дефицитарного психического статуса сохраняется в течение десяти дней, вплоть до двадцатого дня. После двадцатого дня отмечается редукция психических симптомов, т.е. наступает реабилитация дефицитарного психического статуса. И к моменту 40 дня наступает явная редукция психоэмоциональных расстройств.

Литература:

1. *Бохан Н. А., Катков А. Л., Россинский Ю. А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией // РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании». - Павлодар, 2005. – С. 70–110*
2. *Бохан Н. А. Коморбидность и проблема клинической гетерогенности аддиктивных состояний: патобиологические закономерности и возможности профилактики // Н. А. Бохан, А. И. Мандель, Т. П. Ветлугина Вопросы наркологии Казахстана, 2001. – Т. 1. - № 2. - С. 75-80*
3. *Валентик Ю. В. Мишени психотерапии в наркологии // Лекции по наркологии. - Издание третье, под редакцией Н. Н. Иванца. – М.: Медпрактика, 2001. – С. 295-309*
4. *Валентик Ю. В. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ / Ю. В. Валентик, Н. А. Сирота. – М.: Литера-2000, 2002, 256 с.*
5. *Грузман А. В. Психологическое консультирование с позиций типологии и характерологии (практические подходы) // РГКП НПЦ МСПН. – Павлодар, 2005. - С. 112–148*
6. *Катков А. Л. Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых / А. Л. Катков, Ю. А. Россинский // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар. - Т. 2. - № 2, 2002. - С. 84-88*
7. *Катков А. Л. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией / А. Л. Катков, Т. В. Пак, Ю. А. Россинский, В. В. Титова. – Павлодар, 2003, 267 с.*
8. *Катков А. Л., Россинский Ю. А. Комплексное исследование социального и психического здоровья // Методические рекомендации. - Павлодар, 2002*
9. *Катков А. Л., Россинский Ю. А., Пак Т. В. Интегративно-развивающая групповая психотерапия зависимых от психоактивных веществ // Психотерапия. - Издательство «Литера-2000», 2003. - С.15-25*
10. *Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - Л.: Мед., 1983, 255 с.*
11. *Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. – Л.: Медицина, 1991, 301 с.*
12. *Лурия А. Р. Нейропсихология памяти (нарушения памяти при локальном поражении мозга). - М.: «Педагогика», 1974, 312 с.*
13. *Узнадзе Д. Н. Установка у человека // Психология личности. Хрестоматия. – Т. 2. – Самара: Изд. Дом «Бахрах-М», 2002. – С. 245-301*

4. Доминирующий «дефицитарный психический статус» в виде неосознаваемого и неадекватно оцениваемым пациентом негативного психоэмоционального фона является потребностным состоянием, отражающим неудовлетворенные потребности организма биологического уровня – потребность в психическом комфорте. Соответственно, «дефицитарный психический статус» в это время является пусковым механизмом для активизации механизмов аддикции. Сформировавшиеся и укоренившиеся аддиктивные механизмы в этом случае выступают, как мотивация к активной неосознаваемой поисковой деятельности – совладания с потребностным состоянием путем употребления наркотика, по сути, являясь актуализацией психической зависимости и патологического влечения к наркотику (мишень № 2) и далее – наркоманического поведения (досрочное прекращение лечения, наркотический срыв).

Основным и неизменным мотивом патологического личностного статуса «Я-наркоман» является употребление наркотика, а наркотик – основным смыслом жизни этого личностного статуса. В равной степени, как основным и неизменным мотивом нормативной личности (нормативных личностных статусов, интегрированных в статус «Я-нормативная личность») является жизнь без наркотика. Жизнь без ПАВ является частью общего жизненно-го сценария, общего жизненного смысла. Этот факт имеет очень важное значение в принципах и подходах работы с мотивациями лиц, зависимых от ПАВ – мотивационного интервью, мотивационного консультирования, мотивационной психотерапии.

КЛИНИКО-ПЕРСОНОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА – ТИПОЛОГИЯ ЛИЧНОСТНЫХ СОСТОЯНИЙ БОЛЬНОГО НАРКОМАНИЕЙ

Ю. А. Россинский, Ж. К. Мусабекова, Т. В. Пак

Ранее мы рассмотрели динамику основных наркологических мишеней в абстинентный и ранний постабstinентный периоды. Мы рассмотрели клинико-биологические и психологические факторы актуализации патологического влечения к наркотику и мотивов преждевременного прерывания лечения больными опийной наркоманией. Также нами были рассмотрены основные формы поведения наркозависимых в абстинентный и ранний постабstinентный периоды, детерминированные актуализацией различных личностных статусов больного наркоманией с позиций психогенетической модели личности Ю. В. Валентика.

Дескриптивно-феноменологический анализ больных опийной наркоманией, обратившихся за медицинской помощью и проходящих лечение в РНПЦ МСПН на основе базисных персонологических подходов В. Я. Семке и психогенетической модели Ю.В.Валентика, позволил нам выделить основные персонологические типы личности наркомана, которые являются клинико-психологическими детерминантами терапевтической динамики, комплиайнса данного контингента и возможного прогноза длительности и качества ремиссии.

Мы уже описывали ранее континуум личностно-психологической трансформации: нормативная личность • проблемная личность • аддиктивная личность • диссоциированная зависимая личность • наркоманическая личность. Ниже мы опишем личностную трансформацию при формировании зависимости от ПАВ с персонологической точки зрения.

Нормативная личность. Нормативной личностью в понимании психогенетической модели Ю. В. Валентика ((2001) является индивид, у которого полноценно развиты все нормативные личностные статусы (ЛС – «Я-телесное», ЛС – «Я-ребенок» (сын/дочь), ЛС – «Я-гендерное» (мужчина/женщина), ЛС – «Я-搭档» (муж/жена), ЛС – «Я-родитель» (отец/мать), ЛС – «Я-профессионал», ЛС – «Я-другой» (член группы)) и которая способна удовлетворять потребности всех этих статусов, т.е. потребности личности в целом: удовлетворять самостоятельно или с помощью ближайшего ресурсного окружения. С точки зрения А. Л. Каткова и Ю. А. Россинского (2002), нормативной личностью является психически здоровый индивид с высоким уровнем развития психологического здоровья. Только в этом случае личность будет способна своевременно удовлетворять свои потребности и/или конструктивно совладать с потребностными состояниями. Что же касается личности, у которой в определенный период ее развития развивается зависимость от ПАВ, то до какого-то момента эта личность с ее базисными

психологическими приобретениями или уровнем развития психологического здоровья является нормативной, поскольку ее основные актуальные потребности на раннем этапе удовлетворяются ею самой или ее ближайшим ресурсным окружением, например, родителями. Она на этом этапе развития не имеет проблем или внутренних конфликтов с неудовлетворением ее потребностей. Жизнь для нее является нормой, а процесс жизни – нормальным.

Проблемная личность. Далее, по мере биологического взросления появляются новые потребности как индивидуальные/физиологические (например, сексуальная потребность), так и сугубо личностные, психологические (например, потребность в автономии, самостоятельности, аффилиации, самоактуализации и т.д.). Новые потребности могут столкнуться с проблемами их неудовлетворения в силу того, что имеющийся уровень развития психологического здоровья (набор базисных личностных приобретений) просто не позволяет сделать этого. Например, если у личности не сформированы в полной мере такие способности (базисные личностные приобретения), как базальное доверие, способность надеяться, способность быть автономным и самостоятельным, то это в период детства это может не проявляться в качестве серьезной для него проблемы, когда ребенок всецело зависит от родителей. Когда ребенок взрослеет и покидает родителей, а потребности в доверии, автономии и самостоятельности актуализируются все больше и больше, то имеющийся уровень развития психологического здоровья не может обеспечить их удовлетворения. Здесь необходимо отметить два важных момента: первый – имеющийся уровень развития психологического здоровья не может обеспечить удовлетворение «новых» потребностей; второй – этот процесс в этом случае, как правило, не осознается личностью. Это приводит к личностным проблемам, связанным с невозможностью полного удовлетворения этих условно «новых» для нее потребностей. С этого момента личность становится проблемной. На этом этапе жизнь для нее не всегда является нормой, а процесс жизни – не всегда нормальным, иногда – проблемным. На этом этапе возможно эпизодическое употребление ПАВ, но еще отсутствует психическая зависимость к нему.

Аддиктивная личность. По мере того, как количество ситуаций, связанных с невозможностью удовлетворения каких-либо неосознаваемых потребностей увеличивается, т.е. увеличиваются частота и длительность пребывания человека в потребностном состоянии – увеличивается уровень психического дискомфорта, требующий своего разрешения.

В случае, если актуализируются потребности, удовлетворение которых требует личностных способностей, которые, в свою очередь, должны были сформироваться на ранних этапах развития личности, но не были сформированы, – эти процессы не будут ею осознаваться. Например, не сформированное в первые двенадцать месяцев жизни ребенка базальное доверие не будет осознаваться взрослой личностью, как дефицит доверия в ситуациях, сопряженных с потребностью доверять (новые знакомства, создание семьи и т.п.). Следовательно, человек не будет способным к аллопсихической адаптации в таких ситуациях, т.е. осознанно добиваться удовлетворения потребностей, изменяя ситуацию и устраивая препятствия. Для него будут характерны другие способы совладания с потребностным состоянием, например, интрапсихическая адаптация (психологическая защита) или аддиктивное поведение. Если неосознаваемый личностью процесс пребывания в потребностном состоянии приобретает хроническую форму, т.е. становится перманентным, то со временем, по мнению некоторых ученых ((Березин Ф. Б., 1988; Вальдман А. В., 1987; Александровский Ю. А., 1985, 1994), может сформироваться патологический гомеостаз и хронический психический дискомфорт станет своеобразной «патологической» нормой. В этом случае, постоянный психический дискомфорт станет неосознаваемым мотивом для поиска личностью какой-либо другой формы психической активности, позволяющей ей пережить другие положительные эмоции, т.е. – мотивом формирования и развития механизмов замещающего поведения – аддикции, включая химический ее вариант. С этого момента личность становится аддиктивной личностью. И даже, если она использует химический вариант замещающего поведения, т.е. употребляет алкоголь или наркотик, она еще не является алкогольной или наркоманической личностью. На этапе аддиктивного употребления ПАВ – этапе формирования аддиктивной личности – наркотик является своеобразным «адаптогеном», «другом и помощником», улучшающим качество жизни проблемной личности. На этом этапе наркотик помогает личности совладать с потребностным состоянием, условно «помогает решить» некоторые ее проблемы, которые она не может решить самостоятельно. И, как мы уже отметили в предыдущей главе, сформировавшиеся и укоренившиеся аддиктивные способы совладания с потребностным состоянием, т.е. ставшие нормой для личности являются, по сути, психической зависимостью к той субстанции или форме поведения, с помощью которых она (личность) совладает с потребностным состоянием. То есть, если проблемная личность стала аддиктивной личностью или аддиктом, с этого момента мы можем ее отождествлять с зависимой личностью. *Зависимая личность независимо от объекта зависимости.* Основные функции ПАВ на данном этапе – адаптирующая и компенсаторная.

Диссоциированная зависимая личность. На этапе, когда формируется психическая зависимость, наркотик, как мы уже отмечали выше, становится «неразлучным другом», своеобразным «кэтташе», т.е. постоянным представителем в ситуациях, связанных с совладанием потребностных состояний. Ряд ситуаций, когда употребляется ПАВ, расширяется. Регулярное употребление ПАВ, приводит к «перестройке» биологического гомеостаза, т.е. к формированию патологического биологического гомеостаза, основным признаком которого является физическая зависимость от наркотика. На этом этапе наркотик заявляет о своих правах, по сути, превращаясь из «друга» в «хозяина», «властелина и поработителя» аддиктивной личности. Личность теряет свою самостоятельность в значительной степени и во многом зависит от «своего нового хозяина» – наркотика. На этом этапе личность диссоциируется. Появляется как бы две личности: одна – деформированная, депривированная, проблемная, аддиктивная, но нормативная личность, и другая – формирующаяся патологическая, наркоманическая личность, обслуживающей своего «нового хозяина» – зависимость от наркотика. На этом этапе наркотик решает часть проблем нормативно-аддиктивной личности и формирует новую патологическую часть личности «Я-наркоман». Личность, время от времени, в силу состояния отмены при физической зависимости вынуждена совершать асоциальные поступки. Но на этом этапе она остро переживает стыд, вину за содеянное. Борются как бы две личности: нормативная и патологическая. Усиливается противостояние между «нормативной личностью» (нормативными ЛС), которая препятствует наркотизации и «наркоманической / патологической» личностью (патологическим ЛС «Я-наркоман»), которая способствует наркотизации, то есть личность диссоциируется. Ю. В. Валентик и Н. А. Сирота (2002) это состояние называют феноменом личностной поляризации. Некоторые исследователи это состояние характеризуют как амбивалентную личность (Керими Н., 1996). На данном этапе отмечается амбивалентность функций ПАВ: с одной стороны – это компенсаторная и адаптивная, с другой – доминирующее-манипулятивная, декомпенсирующая и дезадаптивная. С одной стороны, личность нуждается в употреблении ПАВ, с другой – переживает стыд, вину и внутриспиритический конфликт, связанный с употреблением ПАВ.

Наркоманическая/патологическая личность или наркоман. В дальнейшем, по мере прогрессирования физической зависимости, хронического токсического воздействия ПАВ на ЦНС, ухудшения отношений с ЗДЛ, изменения социального атома, нормативная часть личности как бы редуцируется и все больше и больше развивается патологическая ее часть (патологический ЛС «Я-наркоман»), т.е. личность превращается в наркомана или наркоманическую/патологическую личность в персонологическом

понимании. С этого времени личность значительно изменяется, т.е. она становится другой – «наркоманической личностью» или «наркоманом» уже в патологически личностном и патологически социальном ее/его понимании. Полностью меняются ценностные ориентации (установки, иерархия ценностей и мотивов). Наркоманическая личность «наполняется наркоманическими смыслами, ценностными ориентациями, установками, приобретает стереотипы поведения, не свойственные ранее индивиду и во многих отношениях противоположные его прежним стереотипам, присущим нормативным личностным образованиям» (Валентик Ю. В., Сирота Н. А., 2002), т.е. происходит качественное изменение совести личности, уже наркоманической/патологической личности. В когнитивной сфере доминируют создаваемые в координатах наркоманического опыта специфические наркоманические смыслы, приобретенные в ходе болезни и придающие обычным вещам и событиям патологическое значение. «Формируется наркоманическое мышление, связывающее все аспекты жизненного функционирования больного с необходимостью принятия наркотика. Присутствие пациента в нормативной реальности – лишь видимость, на самом деле он живет в ином, болезненном пространстве – времени..., пациент не представляет себе жизни без употребления ПАВ» (Валентик Ю. В., Сирота Н. А. 2002). Наркотик для наркоманической личности (патологического ЛС «Я-наркоман») на этом этапе становится ведущим жизненным мотивом, неотъемлемой ее частью. Исключение из жизни наркотика для «наркоманической личности» означает ее прекращение, а, следовательно, и прекращение существования этого персонологического статуса, т.е. его смерть. «Когда к пациенту с доминированием патологического ЛС обращаются с требованием прекратить употребление ПАВ, то для него это, по сути, означает «убей себя!», прекрати свою основную жизнедеятельность» (Валентик Ю. В., Сирота Н. А., 2002). Необходимо отметить, что для данной персонологической части личности больного наркоманией («наркоманическая личность» или патологический ЛС «Я-наркоман») этот мотив является неизменным, т.е. не может измениться и трансформироваться в другой противоположный мотив – воздержание от наркотика. Воздержание от наркотика или жизнь без ПАВ – это мотив «нормативной личности», так же неизменный для этого персонологического статуса («нормативная личность»). Этот важный момент важно понимать при работе с мотивацией – мотивационных технологиях лиц, зависимых от ПАВ. Именно тот факт, что доминирующий патологический ЛС «Я-наркоман» или «наркоманическая / патологическая личность» борется за сохранение своего ведущего мотива – употребление наркотика / жизнь с наркотиком – объясняет «психологически понятный отказ от сотрудничества, неадекватность обычной логике, малую эффективность

лобовой суггестии» (Валентик Ю. В., Сирота Н. А., 2002) и низкую эффективность мотивационных технологий, применяемых в форме недифференцированных терапевтических коммуникаций.

По мере прогрессирования болезни – наркомания – все более и более наступает глубокая личностная дезинтеграция. При все большем доминировании патологического ЛС «Я-наркоман», становится все более недоступными и деформированными нормативные ЛС. По мнению Ю. В. Валентика и Н. А. Сирота (2002), «в конечном счете, атрофированные нормативные ЛС в сочетании с длительным доминированием алкогольного (наркоманического – прим. автора) приводят к деформации личности, к тому, что по традиционным описаниям совпадает с алкогольной (наркоманической – прим. автора) деградацией личности» (Валентик Ю. В., Сирота Н. А., 2002), а полное господство в личности патологического самосознания наркомана приводит к угнетению других ЛС и к «опустошенному самосознанию» (Милютина Е. Л., 1991).

Основным мотивом «наркоманической личности» на этом этапе является «нормальная жизнь», т.е. жизнь с наркотиком, а основной функцией ПАВ в отношении «наркоманической личности» – патологического ЛС «Я-наркоман» будет являться обслуживание физической и психической зависимости, но в это же время для нормативной личности и ее социального окружения эта функция будет носить декомпенсирующий, дезадаптивный и деструктивный характер.

Таким образом, можно выделить следующие персонологические типы личности, для которой характерно формирование и развитие зависимости от ПАВ: «Нормативная личность»; «Проблемная личность»; «Аддиктивная личность» или «Аддикт»; «Диссоциированная зависимая личность»; «Наркоманическая / патологическая личность» или «Наркоман».

В таблице 1 отражена персонологическая структура (типология личностных состояний) больного наркоманией в континуальном контексте, а также место психоактивного вещества в ведущем жизненном мотиве и его основные функции.

Следовательно, континуальный цикл личностно-психологической трансформации формирования, развития, редукции и исцеления от наркотической зависимости будет выглядеть следующим образом: «нормативная личность» • «проблемная личность» • «аддиктивная личность» • «диссоциированная зависимая личность» • «наркоманическая / патологическая личность» • «диссоциированная зависимая личность» • «нормативная зависимая личность» • «нормативная личность».

Нормативная зависимая личность. Мы отдельно выделяем такой клинико-персонологический статус, как «нормативная зависимая личность». Это предшествующий статус перед «нормативной личностью» в континууме избавления от наркозависимости у abstinenta – больного наркоманией, т.е.

Таблица 1

*Персонологическая структура (типология личностных состояний)
больного наркоманией в континуальном контексте*

Персонологический тип	Ведущий жизненный мотив по отношению к ПАВ	Основная функция ПАВ
«Нормативная личность»	жизнь без ПАВ	-
«Проблемная личность»	жизнь без ПАВ	-
«Аддиктивная личность» / «Аддикт»	жизнь с помощью ПАВ; обслуживание нормативных ЛС	для «нормативной личности» – адаптирующая, компенсаторная
«Диссоциированная зависимая личность»	амбивалентные мотивы: жизнь с ПАВ ↔ жизнь без ПАВ (исключение из жизни ПАВ); обслуживание нормативных ЛС и патологического ЛС «Я-наркоман»	амбивалентная: для «нормативной личности» – адаптирующая, компенсаторная ↔ доминирующее - манипулятивная, декомпенсирующая, дезадаптивная
«Наркоманическая / патологическая личность» / «Наркоман»	жизнь с ПАВ; обслуживание патологического ЛС «Я-наркоман»	для «наркоманической личности» – обслуживание физической и психической зависимости; для «нормативной личности» и ее ЗДЛ – декомпенсирующая, дезадаптивная, деструктивная

зависимого лица, сознательно контролируя свое состояние для полного воздержания от употребления наркотиков. От «нормативной личности» «нормативная зависимая личность» отличается еще актуальным в сознании сохранением физической зависимости и редуцированных, но не дезактуализированных в полной мере аддиктивных форм совладания с потребностным состоянием, которые требуют больших усилий и контроля для профилактики и недопущения срыва и рецидива болезни. То есть это еще зависимая, но уже нормативная личность, контролирующая редуцированные приступы («flashback» или «флэш-бэки») патологического личностного статуса «Я-наркоман». Исцеление от наркомании не происходит быстро. Это очень длительный и тяжелый, требующий больших усилий, терпения, мужества и мудрости процесс.

Таким образом, для успешной терапии и эффективного лечебного взаимодействия (эффективной терапевтической коммуникации) с больным наркоманией врач-нарколог, психотерапевт или психолог

должен четко знать, какой из личностных статусов пациента доминирует в этот период: нормативные ЛС или патологический ЛС «Я-наркоман». То есть, какой персонологический тип в настоящее время коммуницирует с терапевтом: «нормативная личность», «наркоманическая/патологическая личность» или «диссоциированная личность». В зависимости от доминирующего клинико-персонологического типа, презентирующейся личностью больного в настоящий момент, терапевт будет знать, каким образом ему необходимо общаться. Т.е. с кем он сейчас вступает в коммуникацию: с нормативной личностью, с наркоманической личностью или диссоциированной личностью. В этом случае речь идет о дифференцированной терапевтической коммуникации. Именно дифференцированная терапевтическая коммуникация будет успешной и эффективной для лечения больного наркоманией. Выделенные персонологические типы позволят улучшить качество услуг как в сфере профилактики развития наркозависимости, так и лечения, реабилитации больных химической зависимостью.

Литература:

1. Александровский Ю. А. *Пограничные психические расстройства*. – М., 1994, 399 с.
2. Александровский Ю. А. Системный анализ состояний психической дезадаптации как научно-методологическая основа изучения пограничных форм нервно-психических расстройств // Вестник АМН СССР, 1985. – № 5. – С. 61-69
3. Березин Ф. Б. *Психическая и психофизиологическая адаптация человека*. – Л.: Наука, 1988, 270 с.
4. Валентик Ю. В., Сирота Н. А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. – М.: Литера-2000, 2002, 256 с.
5. Валентика Ю. В. *Миссии психотерапии в наркологии* // Лекции по наркологии. – Изд. 3-е / Под ред. Н. Н. Иванца. – М.: Медпрактика, 2001. – С. 295-309

-
-
6. Вальдман А. В. *Психофармакотерапия невротических расстройств (экспериментально-теор. и клинико-фармакол. анализ)* / А. В. Вальдман, Ю. А. Александровский. – М.: Медицина, 1987, 288 с.
 7. Катков А. Л. *Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых* / А. Л. Катков, Ю. А. Россинский // *Вопросы наркологии Казахстана*, 2002. – Т. 2. - № 2. – С. 84-88
 8. Керими Н. Б., Генефика Н. П., Непесова А. А., Мамедова О. Р., Ладыгина Л. С. *Принципы мотивационного терапевтического вмешательства при опийной наркомании* // *Вопросы наркологии*. - № 3, 1996. - С. 24–38

ПРОФИЛАКТИКА ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ-АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ – ОСУЖДЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ КОЛОННИ

О. Г. Солнцева

В современном мире употребление ПАВ (психически-активных веществ) приобрело характер эпидемии. В России ситуация особенно критическая: на фоне экономического кризиса и социальной дезадаптации общества обострились старые проблемы и появились новые. Старая – алкоголизм, новая – наркомания, не менее 10 млн. россиян страдают алкоголизмом и вынуждают страдать еще 40 млн. родных и близких, по наркомании эта цифра составляет не менее 1,5 млн. человек, по токсикомании не менее - 6 млн. человек. В Республике Марий Эл ежегодно идет значительный рост алкоголизма и алкогольных психозов, уровень приближается к общероссийскому. В городе Йошкар-Оле на 277 тыс. населения приходится 5 тыс. алкоголиков, а реальные цифры умножаются на 8-10, и получается, что в нашем городе почти каждый пятый житель - потенциальный алкоголик.

Проблема, по-настоящему, очень серьёзная. При обследовании нами учащихся 5-10 классов одной из школ города Йошкар-Олы, оказалось, что уже около 10% 5-классников пробовали нюхать клей. Особенно настораживает, что 20% учащихся 7-10 классов употребляют алкоголь регулярно и 20% школьников из спиртных напитков предпочитают водку. Учитывая этот факт, можно говорить о том, что 20% старшеклассников злоупотребляют алкоголем. Из потребителей табака регулярно курят 30%, то есть формирование зависимости к табаку у школьников происходит еще быстрее, чем к алкоголю.

Каждый второй хронический алкоголик начал пить ещё до 14 лет (В. Рубан, 1985). Примерно в 50% случаев смерти водителей, погибших в результате аварии, виновен алкоголь (А. Мицлер, 1985г.).

Тревога с положением дел среди подростков, употребляющих наркотики (героин, морфин, кокаин, барбитураты, амфетамины), объясняется ещё и тем, что до 50% из них погибают в результате наступающих соматических расстройств в возрасте 17-18 лет (Б. И. Рудык, 1999). Средний возраст жизни

опийного наркомана, начавшего употребление наркотиков в подростковом возрасте, 5-8 лет; многие погибают от передозировки героина с первой инъекции.

Распространение наркомании среди подростков оказывает прямое влияние на жизнь и деятельность молодых людей, отрицательно воздействуя на благосостояние всего общества. В нашей работе речь будет идти о программе профилактики потребления ПАВ подростками 14-18 лет, отбывающими наказание в Новотроицкой воспитательной колонии Республики Марий Эл. По нашему мнению профилактическая работа, проводимая в колонии, очень важна, так как это место, где нет доступа к ПАВ, где строгий режим, и у воспитанников нет соблазнов начать употребление ПАВ. В колонии есть возможность сформировать у подростков трезвую, позитивную установку и навсегда оставить в его памяти полученные полезные знания и навыки, нацеленные на здоровый образ жизни.

Целью нашей работы было разработать программу профилактики потребления ПАВ воспитанниками Новотроицкой колонии. Мы обобщили опыт работы различных регионов нашей страны и зарубежья, внеся свои собственные предложения в решении данной проблемы. В составлении программы принимали участие психолог высшей категории, работающий с группой риска среди подростков, Казекина Л. П., нарколог 2 квалификационной категории Солнцева О. Г. и 2 практикующих школьных психолога гештальт-терапевт Хананова Г. К. и НЛП-практик Васильева И.

В составлении программы мы опирались на большой опыт, полученный в работе по проекту «Анти-ПАВ» и использовали комплексную личностно-ориентированную психокоррекционную программу профилактики потребления ПАВ, которая нами разработана и названа «Сознание, образование, саморазвитие против наркотиков» или коротко «SOS против наркотиков».

Мы использовали направления профилактики из американской программы ФЖН (формирование

жизненных навыков), в основу которой положено развитие навыков социальной компетенции (эффективного общения, уверенности в себе, умения управлять своими чувствами, решения проблем, принятия решений, сопротивления давлению внешней среды, постановки целей).

Мы взяли за основу идею австралийской программы позитивной профилактики - показать преимущества отказа от ПАВ и здорового образа жизни, воспитать у подростков такие ценности, как самодисциплина, ответственность, честность, уважение к людям, выполнение обязанностей в обществе; сформировать адекватную самооценку, дать детям и подросткам широкую информацию об опасностях, связанных с употреблением ПАВ. Она созвучна специальной антинаркотической программе, разработанной на кафедре психологии и социальной работы Кемеровского государственного университета, нацеленной на снижение риска приобщения школьников к употреблению ПАВ, осознания истинных мотивов потребления ПАВ, путем поиска доступных альтернатив.

Мы использовали опыт программы «Спасибо, нет!», разработанной наркологом – психотерапевтом Г. А. Потемкиным (вариант польской программы), которая обучает распознаванию рискованных ситуаций, обучает поведению в них, формирует у детей и подростков личную ответственность обучает бесконфликтному противостоянию.

Мы учитывали при составлении программы опыт специалистов Самарского государственного университета и Самарского центра «Второе рождение». Они разработали программу личностно-ориентированной профилактики подростковой наркомании и алкоголизма, целью которой является – повышению психологической устойчивости подростков и наркотической контаминации (заражению). Она включает в себя работу с реальными чувствами и эмоциями учеников, развитие у них способности к их осознаванию, преобразованию и развитию.

И, наконец, мы опирались на опыт лечения лиц с наркотической и алкогольной зависимостью «творческим самовыражением» М. Бурно, которая помогает человеку понять своеобразие собственной личности и учит творить самостоятельно.

Наша программа «SOS против наркотиков» объединила выше перечисленные направления профилактики.

Новое, что мы использовали в составлении программы, это такие упражнения из нейро-лингвистического программирования (НЛП), как Эриксоновский гипноз, модификация техники «Работа с внутренним конфликтом», «Работа с ценностями», техника «взрыва», «Кастанедовский круг», стратегия принятия решений в НЛП, техника «выравнивания позиций», различные субмодальностные упражнения. Использовали гештальт-подход в групповой терапии, в том числе при необходимости - технику 2 стульев.

Цель программы: – создание в сознании и в подсознании подростков психологической устойчивости к потреблению табака, алкоголя и наркотиков.

Задачи программы:

- обучить ребят способам решения жизненных проблем, преодолению стрессов и снятия напряженности без ПАВ;

- развить социальную и жизненную компетентность;

- сформировать жизненно важные навыки (эффективного общения, снятия тревожности и агрессивности, принятие решений без ПАВ, адекватного поведения в опасных ситуациях, сопротивление давлению и умению сказать «Нет!», уверенности в себе, адекватной самооценки, управления эмоциями, рефлексами, творческого самовыражения);

- информировать подростков и сотрудников о психоэмоциональных, физиологических, соматических и социальных последствиях употребления ПАВ, доведение до их сведения преимуществ отказа от ПАВ.

Методы, которые мы используем в программе: групповая и индивидуальная психотерапия, релаксация и визуализация, ролевое моделирование, мозговой штурм, анализ жизненных ситуаций, лекции – бесед, арт – терапия, психокоррекционные упражнения, игры, техники НЛП, гештальт- техники, телесные упражнения, самогипноз.

Разработанная нами тренинговая программа антинаркотической профилактики состоит из 12 занятий продолжительностью 2-3 часа каждое. Каждое занятие проходит в режиме тренингов. Групповая работа подразумевает наличие в группе не менее 5 человек, но не более 15.

Анализ криминальной ситуации в Республике Марий Эл свидетельствует о дальнейшем обострении проблемы, связанной с употреблением и распространением наркотических средств. Именно поэтому существует необходимость внедрения уже имеющейся личностно – ориентированной, психокоррекционной программы профилактики потребления ПАВ психически-активных веществ среди подростков.

Эффективность данной программы определяется критериями: выработкой навыков коммуникации без ПАВ, самостоятельного принятия решений, сопротивления негативному влиянию среды, управления эмоциями, адекватной самооценки, творческого самовыражения и самореализации; навыку адекватного поведения в опасной ситуации.

Программа успешно апробирована на базе школ и средних профессиональных учебных заведениях г. Йошкар-Ола, проведены обучающие курсы работников учреждений начального и среднего образования. Существует социальный заказ на необходимость внедрения программы во все образовательные учреждения Республики, в том числе и в Ново-Троицкой воспитательной колонии.

Психиатр-нарколог Ново-Троицкой воспитательной колонии пользуется данной программой в

работе с воспитанниками колонии. Некоторые рекомендуемые методики мы приведём далее.

В ходе занятий проводятся «мозговые штурмы» по действию ПАВ. Мы включили для обсуждения различные группы ПАВ, в том числе алкоголь, табак, героин и другие. На доске пишутся - слева положительное действие ПАВ (+), а справа – отрицательные последствия (-). Важно, чтобы слева писалось меньше, а справа – больше. Это связано с программирующим свойством наших полушарий - будущее мы располагаем справа, а прошлое слева. В ходе этих упражнений ненавязчиво дается информация из теста на информированность о вредных последствиях употребления ПАВ. Общее, что мы рекомендуем упоминать при разборе действия каждого наркотика, это: проблемы с законом, слабоумие, психопатизация личности, проблемы со здоровьем, формирование зависимости со всеми вытекающими из этого такими последствиями, как навязчивое периодическое влечение к психическому комфорту, ощущаемому в состоянии опьянения, прочно закрепляемому в памяти; резкое, непреодолимое влечение к изменению своего сознания с помощью ПАВ, отрицательная, специфическая психическая и соматоневрологическая реакция на отмену наркотика – абстинентный синдром (похмелье).

Для расслабления ребят мы рекомендуем использовать 5-шаговую технику - Эриксоновский гипноз:

- 1 шаг – концентрация на любом предмете в комнате;

- 2 шаг – замечать признаки транса, которые появляются при концентрации внимания; рассказывать о них вслух, например: «Я вижу, как покраснели у некоторых из вас лица, расслабились мышцы, слегка подрагивают веки...»;

- 3 шаг – отделить сознание от подсознания, например: «В то время как ваше сознание слушает меня, ваше подсознание имеет свое собственное мнение о том, как вам лучше расслабиться; и если ваше сознание сопротивляется, ваше подсознание находит свой собственный путь, помогающий вам...»;

- 4 шаг – создать установку на «ничего неделание»: «Вы не обязаны ни о чем думать или не думать, вы не должны сопротивляться или подчиняться, вы можете слушать меня или не слушать...»;

- 5 шаг – сказать то, чего вы хотели, а именно: «И это помогает вам расслабиться, отключится от мыслей и успокоиться...».

При обсуждении вопросов распознавания манипуляций мы рекомендуем познакомить ребят со следующим материалом:

1. Манипулирование – это получение чего-либо хитростью.

2. Давление одного человека на другого – это когда один человек заставляет другого сделать что-то, чего тот делать не хочет.

3. Виды манипуляций: лесть, шантаж, угроза, попытка вызвать чувство вины, злоупотребление дружбой.

4. Пассивные люди: не отстаивают свои права; ставят других выше себя; уступают другим; всегда извиняются; хранят молчание, когда что-то им мешает.

5. Настойчивые люди: уважают себя и других; слушают и говорят; выражают как положительные, так и отрицательные чувства; уверены, но не напористы; отстаивают свои права, не унижая других; делают заявления «Я считаю».

6. Агрессивные люди: не думают о других; ставят себя выше других и за их счет; подавляют других; спорят; добиваются своего за счет других;

Обратите внимание воспитанников на то, что положительного в том, что они настойчивы:

- можете сказать «Нет!», не чувствуя вину;
- можете позвать на помощь, когда надо;
- не спорите;
- у вас лучшие отношения с другими;
- другие будут вас уважать;
- не соглашаетесь, при этом не злитесь;
- цените себя, имеете больше друзей;
- уважаете себя.

При разборе темы «Опасные ситуации» обсудите в группе пути, используя которые человек может предотвратить насильственный секс, угрозы и насилие:

- будьте настойчивы;
- избегайте глухих мест;
- не заходите ни к кому в комнату, если в доме никого нет;
- заранее оговорите границы секса;
- не принимайте деньги или подарки от незнакомых людей;
- не отправляйтесь в поездки с посторонними.

План занятий

Занятие 1

Цель: улучшение коммуникативных навыков воспитанников.

Задачи:

- ✓ принятие правил поведения в группе;
- ✓ самосознание;
- ✓ развитие навыка умения слушать;
- ✓ развитие навыка принятия других;
- ✓ определение границ личной безопасности в коммуникации;
- ✓ знакомство с неверbalным общением;
- ✓ работа с блоками в общении;
- ✓ сплочение группы.

Занятие 2

Цель: осознание воспитанниками своих мотивов, целей, интересов.

Задачи:

- ✓ расширение социально приемлемых интересов;
- ✓ обучение свободному выбору позитивных интересов независимо от интересов родителей и других людей;
- ✓ осознание своих ценностей;
- ✓ усиление мотивации на отказ от ПАВ.

Занятие 3

Цель: Осознание собственных ощущений и эмоций.

Задачи:

- ✓ развитие эмпатии;
- ✓ обретение навыка принятия другого человека;
- ✓ формирование навыка избавления от отрицательных эмоций;
- ✓ работа с напряжением в теле;
- ✓ переживание доверия-недоверия в отношениях.

Занятие 4

Цель: Осознание своей и чужой агрессивности и работа с ней.

Задачи:

- ✓ определение состояний агрессии;
- ✓ способы управления и снижения своей агрессивности;
- ✓ защита от чужой агрессивности.

Занятие 5

Цель: Развитие стрессоустойчивости, снижение тревожности.

Задачи:

- ✓ осознание управляемости своих эмоций;
- ✓ эмоциональная диссоциация «Я»;
- ✓ работа с ресурсами;
- ✓ понятие о защитных механизмах и работе с ними;
- ✓ работа с чувством вины и обидой;
- ✓ снижение деструктивной конфликтности;
- ✓ работа со страхами;
- ✓ обучение саморасслаблению.

Занятие 6

Цель: Формирование адекватной самооценки.

Задачи:

- ✓ повышение заниженной самооценки;
- ✓ понижение завышенной самооценки;
- ✓ развитие способности к свободному проявлению себя;
- ✓ развитие навыков обратной связи (как другие меня воспринимают);
- ✓ коррекция самооценки;
- ✓ рефлексия.

Занятие 7

Цель: Повышение уверенности в себе. Формирование навыка различения манипуляций.

Задачи:

- ✓ ознакомление с правами свободной личности;
- ✓ обучение распознаванию и предупреждению манипуляций со стороны других людей;
- ✓ формирование адекватного восприятия критики и противостояния ей;
- ✓ развитие настойчивости, умения свободно вести разговор;
- ✓ работа с чувством вины.

Занятие 8

Цель: Формирование навыка противостоянию чужому давлению.

Задачи:

- ✓ научиться распознавать попытки манипулирования;
- ✓ тренировка умения противостоять давлению;
- ✓ тренировка умения сказать «НЕТ!».

Занятие 9

Цель: Сориентировать воспитанников на осознанный выбор принятия решений и показать ответственность за свой выбор.

Задачи:

- ✓ обучение наилучшей стратегии принятия решений;
- ✓ заострить внимание на том, что люди часто находятся в ситуации принятия решений;
- ✓ перевести автоматическое принятие решений в осознанный выбор;
- ✓ привить чувство ответственности за принятие того или иного решения.

Занятие 10

Цель: Научить детей возможным выходам из опасных ситуаций.

Задачи:

- ✓ определить возможные выходы из опасных ситуаций;
- ✓ закрепить навыки выхода из опасных ситуаций;
- ✓ обучение навыку самоконтроля;
- ✓ анализ факторов, понижающих самоконтроль;
- ✓ работа с доверием и страхами;
- ✓ укрепление доверия к себе.

Занятие 11

Цель: Актуализация и развитие у детей творческих способностей.

Задачи:

- ✓ формирование и развитие творческого мышления;
- ✓ повышение стрессоустойчивости;
- ✓ развитие внимания, быстроты реакции, скорости принятия решений;
- ✓ развитие ассоциативного мышления

Занятие 12

Подведение итогов.

Цель: Формирование у детей мотивации на личностный рост.

Опыт работы по программе «Анти-ПАВ» в колонии показал, что, в целом, её можно рекомендовать для работы с подростками в пенитенциарных учреждениях. Программа «Анти-ПАВ» совершенствуется, в нее вносятся коррективы в соответствии с практической деятельностью, отрабатываются механизмы подготовки специалистов.

Данная программа рекомендована для работы с подростками, злоупотребляющими ПАВ на воле, а также с подростками зависимыми от ПАВ. Эту программу можно также использовать в работе с подростками,

склонными к правонарушениям в колонии и к суицидальным действиям. Работать по ней может психолог или психиатр, прошедший специальное обучение по НЛП и групповой работе с подростками.

Литература:

1. Белановский С. А. *Метод фокус – группы* // Учебное пособие. – М.: Николо-Медиа, 2001, 280 с.
2. Буль П. И. *Основы психотерапии*. - Ленинград: Медицина, 1974, 310 с.
3. Бруно М. Е. *Терапия творческим самовыражением*. – М.: Академический проспект, 1999, 364 с.
4. Бэндлер Р., Гриндер Д. *НЛП: Шаблоны гипнотических техник*// Милтон Эриксон с точки зрения НЛП. – Симферополь: Реноме, 1999, 206 с.
5. Гордон Дэвид. *НЛП. Терапевтические метафоры*. – Санкт-Петербург: Белый кролик, 1995, 196 с.
6. Дереча В. А., Карпец В. В. *Основы первичной наркопрофилактики*. – Оренбург, 2000, 41 с.
7. Крамер Джоэл, Олстед Диана *Маски авторитарности*. – М.: Прогресс-традиция, 2002, 407 с.
8. Личко А. Е., Битенский В. В. *Подростковая наркология: руководство*. – Л.: Медицина, 1991, 304 с.
9. Лerner Е. И. *Я не позволю себя обижать*. – М.: Академический проект, 2001, 64 с.
10. Лэндрет *Игровая терапия: искусство отношений*. – М.: Международная педагогическая академия, 1994, 365 с.
11. Любимова Т. Г. *Учить не только мыслить, но и чувствовать*. – Чебоксары: Цивильская типография, 45 с.
12. Люшер М. *Сигналы личности* // Ролевые игры и их мотивы. – Воронеж: Модэк, 1994, 173 с.
13. Маралов В. Г. , Фролова Л. П. *Психологические основы коррекции личностного развития детей дошкольного возраста*. – Череповец: 1995, 96 с.
14. Макдональд Вилл *Руководство по субмодальностям*. – Воронеж: Модэк, 1994, 89 с.
15. Максимова Н. Ю. *Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних*. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2000, 383 с.
16. Миллс Джойс, Кроули Ричард *Терапевтические метафоры для детей и внутреннего ребенка*. – М.: Класс, 1999, 127 с.
17. Новая линия профилактики (составитель А. Шутов). – Йошкар-Ола, 2003 // Фонд Сороса.- 192 с.
18. Новодержкин Б. А., Романенко О. К. *Гештальт-терапия* // Тематическое приложение к «Журналу практического психолога». - № 1. – М.: Фолиум, 1997, 40 с.
19. Особенности клиники, течения и принципы лечения наркологических заболеваний у несовершеннолетних. – М.: Научно-исследовательский институт наркологии, 2001, 23 с.
20. Партнерство в сфере здравоохранения: Дидактический материал // Профилактика ВИЧ, гепатитов и наркомании у школьников – подростков Нижегородской Новгорода. – Новгород, 2003, 46 с.
21. Проблемы современной наркологии и психиатрии в России и за рубежом // теория и практика. Обмен опытом: республиканский сборник научных трудов М.: Российский государственный медицинский университет, 1999, 339 с.
22. Профилактика алкоголизма и наркомании в учебных заведениях (составитель Маркарян). - Балацово, Саратовская область: Молодежная инициатива, 70 с.
23. Профилактика употребления психически активных веществ в образовательной среде // Материалы научно-практической конференции.- Ижевск: ИИУ, 2001, 112 с.
24. Прутченков А. С. *Тренинг коммуникативных умений* // Методические разработки занятий. - М.: Новая школа, 1993, 47 с.
25. Психология общения: Тесты, упражнения, игры (составитель О. Г. Кириллова). - Йошкар-Ола, 1996, 64 с.
26. Рубинштейн С. Л. *Основы общей психологии в 2 т.* – М.: Педагогика, 1989, 485 с.
27. Соловов А. В. *Наркомания: причины, виды, последствия, профилактика*. – Казань: Хэттер, 1999, 128 с.
28. Технологии социально-психологической реабилитации подростков с девиантным поведением. – Киров: НОУ «Центр социально-психологической помощи детям, подросткам, молодежи», 2003, 92 с.
29. Фопель Клаус *Сплоченность и толерантность в группе*. - М.: Генезис, 2000, 330 с.
30. Цукерман Г. А., Мастеров Б. М. *Психология саморазвития*. - М.: Интерпракс, 1995, 287 с.
31. Ястребов А. В. *Алкоголь и правонарушения*. – М.: Высшая школа, 1987, 96 с.

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И СИСТЕМА ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Л. Д. Арсененко, Т. П. Ветлугина, А. А. Корнилов

К настоящему времени накоплен значительный объем данных о влиянии психических факторов на течение и исход соматических заболеваний, о распространенности пограничных психических расстройств (ППР) среди соматических больных [2, 6]. Психическая патология стала незаметнее для окружающих и переместилась из психиатрической сферы в область других медицинских специальностей [9, 14], и с психической патологией чаще встречаются врачи общего профиля, в том числе занимающиеся лечением рецидивирующей герпетической инфекции (РГИ) [3, 8, 16]. РГИ является значимой проблемой медицины вследствие ряда свойств вируса простого герпеса (ВПГ), усложняющих борьбу с ним. Актуальность проблемы обусловлена не только малой эффективностью проводимого лечения, длительностью и частотой рецидивов, но и тяжелыми душевными переживаниями, возникающими у больных вследствие этого.

Возникновение ППР при герпетической инфекции объясняютнейротропностью ВПГ [4, 11]. Однако и клинические проявления РГИ могут привести к формированию пограничных расстройств вследствие психотравмирующих событий, обусловленных неадекватной реакцией личности на эти проявления [10]. РГИ проявляется не только высыпаниями, но и болью, которая играет роль важного патогенетического механизма психических нарушений [1, 5, 7, 18, 20]. При РГИ частота и тяжесть рецидивов

значительнее у лиц с нарушениями в иммунной системе [12, 15, 21], которая также вовлечена в патогенетические механизмы психических расстройств [13, 17, 19]. При РГИ формируется замкнутый патологический круг взаимовлияний, когда углубляются нарушения иммунной системы в результате длительной персистенции самого ВПГ и психоэмоциональных стрессов, приводящих к формированию ППР, вторичных иммунодефицитов и утяжелению на этом фоне клинического течения РГИ.

Цель исследования. Целью настоящей работы является изучение структуры пограничных психических расстройств и состояния системы иммунитета у больных различными формами РГИ с дальнейшей разработкой программ психоиммунореабилитации.

Материалы и методы. Обследовано 375 больных с генитальным герпесом (ГГ), герпетической экземой (ГЭ), герпетическим стоматитом (ГС) и офтальмогерпесом (ОГ). Этиологию и характер течения РГИ подтверждали выявлением Ig M и Ig G к ВПГ в сыворотке крови в ИФА и ВПГ I и II типов в везикулах в МФА. Психические расстройства оценивали с позиции клинико-динамического подхода (Семке В. Я., 1987); диагностическая оценка и клиническая классификация ПР проводилась в соответствии с МКБ-10. Из всех обследованных у 200 пациентов были выявлены психические расстройства, структура которых приведена в таблице 1.

Таблица 1

Психические расстройства у больных с рецидивирующей герпетической инфекцией

Диагноз	Число лиц с РГИ. n=200	
	абс	%
Расстройства адаптации F43.2	9	4,5
Расстройства личности F60.2, F60.30, F60.4	15	7,5
Неврастения F48.0	65	32,5
Тревожные состояния F41, F41.1, F43.22	17	8,5
Депрессивные расстройства F32.0, F32.1, F32.8, F34.0	25	12,5
Обсессивно-компульсивные расстройства F40.1, F40.8, F42.1	29	14,5
Ипохондрические расстройства F45.2, F34.8	24	12
Органические расстройства личности F07.0, F06.3, F06.6	16	8
Всего:	200	100

Иммунный статус больных изучали под антигенной нагрузкой (в период обострения заболевания) и в период ремиссии. Клеточное звено иммунитета исследовали с помощью моноклональных антител - CD3, CD4, CD8, CD16, CD72 - («Сорбент», Москва)

методом люминесцентной микроскопии. Специфический иммунитет оценивали по содержанию сывороточных Ig A, Ig M, Ig G методом Manchini и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) методом преципитации с ПЭГ – 6000; фагоцитарную

активность (ФА) нейтрофилов определяли по способности к поглощению частиц латекса; активность комплемента - по 50% гемолизу; функциональную активность лимфоцитов - в реакции бластной трансформации с фитогемагглютинином (РБТЛ на ФГА). Контрольную группу при иммунологических исследованиях составили 100 практически здоровых людей.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования установлены выраженные невротические расстройства, сочетающиеся с иммунной дисфункцией. Психических расстройств у больных РГИ формируются под влиянием психогенных и соматогенных факторов, обусловленных действием стресса, болевого синдрома и нейротропностью вируса простого герпеса.

Выявлено, что при всех формах РГИ чаще формировалась неврастения (32,5%) и обострению способствовали психоэмоциональные стрессы.

Психические расстройства достоверно чаще встречались при генитальном герпесе, что связано с болевым синдромом, сексуальными расстройствами в молодом возрасте и конфликтами в сфере внутрисемейных взаимоотношений. Наибольшее значение в возникновении рецидивов ГГ имели интимные контакты, и у этих пациентов формировались обсессивно-компульсивные расстройства на фоне психастенической акцентуации личности и депрессивные расстройства на фоне сенситивной акцентуации личности. Больных беспокоило сексуальное отвращение и отсутствие полового влечения. Появлялся страх загрязнения, а также страх заразиться другим венерическим заболеванием.

При герпетической экземе, формировались обсессивно-компульсивные расстройства на фоне психастенической акцентуации, депрессивные расстройства на фоне сенситивной акцентуации, психопатии на фоне истероидной акцентуации личности. Формирование психических расстройств при ГЭ было связано с локализацией высыпаний на открытых участках тела, длительным зудом и болью, наличием косметического дефекта, приводящего к изменению внешности, которой придавалось особое значение в подростковом возрасте.

У больных герпетическим стоматитом чаще формировалось соматоформное болевое расстройство вследствие частых рецидивов, возникающих из-за интимных контактов, употребления острой пищи. Кроме того, формировались расстройства личности у больных с гипертимным типом акцентуации и депрессивные расстройства у больных с сенситивной акцентуацией личности. Формирование пограничных психических расстройств при ГС связано с длительным, выраженным болевым синдромом, вызывающим психогенную утрату аппетита.

При офтальмогерпесе, обостряющемся при перехлаждении и запыленности, формировались расстройства адаптации и ипохондрические расстройства на фоне астено-невротической акцентуации личности; депрессивные расстройства у больных с сенситивной акцентуацией личности. Формирование психических расстройств при ОГ в большей степени было связано с нарушением зрения и страхом слепоты.

Таблица 2

Влияние пограничных психических расстройств на иммунный статус больных рецидивирующими герпетическими инфекциями

Показатели	Контроль n=100	Герпетическая инфекция без психических расстройств n=175	Герпетическая инфекция с психическими расстройствами n=200
Л (тыс/мкл)	8,2±1,1	9,2±0,9	10,6±1,5
Лц (%)	33,0±2,3	30,3±1,3	37,5±1,4
Лц (абс)	2,7±0,05	2,8±0,08	3,9±0,09*
С (усл/ед)	46,7±4,5	40,5±2,5	48,3±2,9**
CD3 (%)	50,5±4,6	39,2±1,4*	34,8±1,2* **
CD3 (абсолютное число)	1,4±0,7	1,1±0,5	1,2±0,4
CD4 (%)	35,0±3,2	29,5±1,9	22,9±0,9* **
CD8 (%)	24,0±3,5	31,2±0,5*	23,2±0,9**
CD4/CD8	1,5±0,2	0,9±0,1*	0,9±0,1*
CD16 (%)	14,7±1,7	12,1±0,2	10,1±0,5* **
CD72 (%)	15,2±2,9	12,4±1,5	17,2±0,7**
CD72 (абсолютное число)	0,5±0,03	0,3±0,01	0,5±0,02
Ig A (г/л)	2,0±0,2	1,3±0,1*	2,4±0,2* **
Ig M (г/л)	1,3±0,2	1,6±0,1	1,9±0,1* **
Ig G (г/л)	12,6±0,9	11,5±0,4	9,2±0,9* **
ЦИК (усл/ед)	46,8±7,3	69,7±2,5*	77,9±2,9* **
РБТЛ	72,0±3,4	68,7±1,3	65,1±1,5**
ФА (%)	78,0±5,4	75,3±3,2	65,7±0,7* **

* Показатели статистически достоверно отличаются от соответствующих в контрольной группе ($p<0,05$).

** Показатели статистически достоверно ($p<0,05$) отличаются от соответствующих в исследуемых группах. $M\pm2m$.

В ходе исследования было установлено, что при возникновении ППР усугубляется иммунодефицит, уже имеющий место у обследованных нами больных РГИ (таблица 2). Возникающие у больных ППР привносят в имеющиеся при РГИ изменения иммунного статуса свои негативные корректизы в виде снижения CD3⁺, CD8⁺ и CD4⁺-лимфоцитов, угнетения пролиферативной активности лимфоцитов в РБТЛ на ФГА, снижения ФА нейтрофилов и повышения гемолитической активности комплемента, популяции CD72⁺-лимфоцитов, уровня ЦИК, концентрации Ig A, Ig M и снижения концентрации Ig G.

Анализ индивидуальных иммунограмм позволил выделить несколько типологических вариантов иммунной реактивности (типов иммунного статуса), которые зависели от тяжести и длительности вирусной инфекции, и в тоже время, в определенной степени соотносились с особенностями течения ППР. Супрессивный тип иммунного статуса характеризовался угнетением клеточного, гуморального и моноцитарно-макрофагального звеньев иммунитета и наиболее часто определялся при подостром течении психических расстройств. Активированный тип с активацией специфического иммунитета и повышением гемолитической активности комплемента на фоне снижения популяции

CD8⁺-лимфоцитов и увеличения количества натуральных киллеров (CD16⁺-лимфоцитов) в большей степени соотносился с хроническим течением психических расстройств. Кратковременные расстройства психической сферы сопровождались минимальными изменениями клеточного и специфического звеньев иммунитета (относительная нормоиммунограмма).

На базе полученных данных нами разработаны и внедрены в практику программы психоиммурореабилитации, учитывающие нейротропность и иммунотропность вируса простого герпеса, структурную вторичную иммунную недостаточности, тесную интеграцию нервной и иммунной систем, которая проявляется в выявленных особенностях психонейроиммуномодуляции. Принципиальным отличием данных программ от традиционных методов лечения герпетической инфекции является включение в комплекс терапии психофармакологических препаратов и приемов психотерапии. Программы психоиммурореабилитации применялись на фоне противовирусной терапии, которая проводилась с первого дня поступления, а также иммунокорригирующей терапии, назначаемой при стихании клинических проявлений в пролиферативную фазу противогерпетического иммунного ответа.

Таблица 3

Программы реабилитации больных рецидивирующей герпетической инфекцией с пограничными психическими расстройствами

Типы иммунного статуса (клиническое течение пограничных расстройств)	Программы реабилитации
Относительная нормоиммунограмма (кратковременные, малодифференцированные психические расстройства)	С первого дня обострения: Противовирусная терапия, (валтрекс) обезболивающая терапия (даларгин, анальгетики), психотерапия (рациональная, разъяснятельная, семейная), психофармакотерапия (феназепам, пиразетам), экстраиммунотерапия (витамины, адаптогены, антиоксиданты). При стихании клинических проявлений: иммуномодуляция (ридорестин)
Супрессивный тип иммунного статуса (подострое течение пограничных психических расстройств)	С первого дня обострения: противовирусная терапия (валтрекс); обезболивающая терапия, психотерапия и НЛП после фармакологической подготовки в течение всего периода лечения; психофармакотерапия (пиразетам, феназепам, сонапакс) экстраиммунотерапия (витамины, адаптогены, антиоксиданты). При стихании клинических проявлений: иммунокоррекция (глутоксим, галавит, тимоген, ликопид и др.)
Активированный тип иммунного статуса (затяжное течение пограничных психических расстройств)	С первого дня обострения: противовирусная терапия (зовиракс) обезболивающая терапия, гипносуггестивная терапия и НЛП в течение всего периода лечения; психофармакотерапия (коаксил, кортексин); экстраиммунотерапия (витамины, адаптогены, антиоксиданты). При стихании клинических проявлений: иммунокоррекция (циклоферон, галавит, полиоксидоний, ликопид и др.)

Психотерапия проводилась постоянно прямым и косвенным способами поэтапно: седативный, активирующий, тренирующий, реконструктивный, поддерживающий. Соотношение применяющихся биологических и психотерапевтических методов определялось преморбидным характерологическим фоном, типом клинической динамики. Так, при обнаружении в структуре личности возбудимых качеств предпочтение отдавалось разъяснительной корrigирующей психотерапии в сочетании с малыми транквилизаторами; при тормозимых - активизирующей, тонизирующей ПТ.

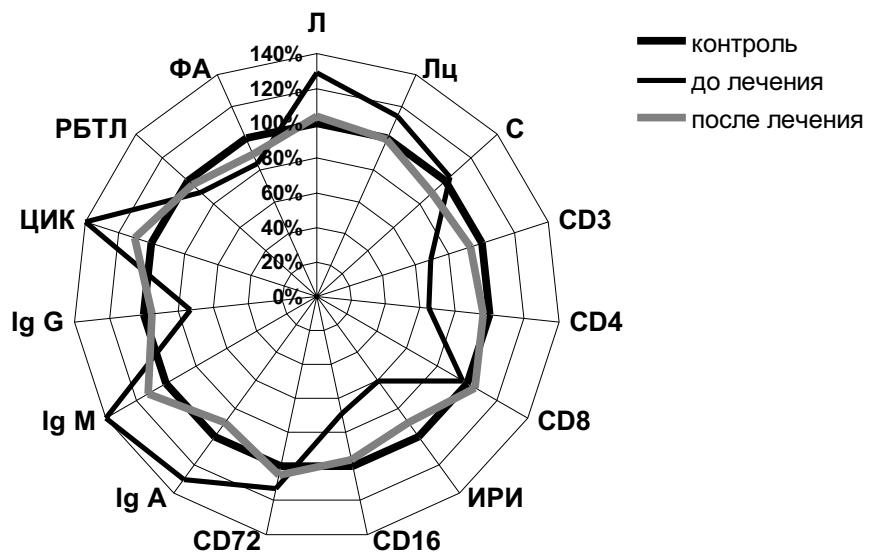
Рациональная психотерапия была направлена на осознание больным своего заболевания и необходимость длительного лечения. В процессе психотерапии стремились к тому, чтобы врачебная концепция болезни, хотя и в упрощенной форме, стала концепцией больного. Повышали самооценку больного, подчеркивая, что каждый человек представляет собой индивидуальную ценность. Большое значение придавали подавлению отрицательных реакций ухода в болезнь, разъяснению роли самого больного в успешности лечения и реабилитации, коррекции масштаба переживания, снятию эмоционального напряжения, состояния тревоги и мнительности. Важным условием для успешного осуществления психотерапии было детальное выяснение индивидуально-непереносимых микросоциальных конфликтных ситуаций и обнаружение факторов, способствующих подострому и затяжному ППР. Большое внимание уделяли семейной психотерапии, в ходе которой проводилось изучение пути преодоления конфликтных ситуаций. Наряду с методами, формирующими адекватное отношение больного к болезни, применяли методы, отвлекающие от мыслей о болезни (медитация, музыка, релаксирующая

дыхательная гимнастика, массаж), способные улучшить настроение. При этом учитывали присущий больному в преморбиде и в процессе болезни тон настроения. Приступая к медикаментозной терапии, исходили из ведущего психопатологического синдрома. Для профилактики развития психотерапии с первого дня поступления больного в стационар назначали анальгетики, способные купировать болевые ощущения и уменьшать стрессовые повреждения.

Для контроля над эффективностью лечения исследовали иммунный статус больных в динамике до начала лечения и через 14 дней после проведения основного курса лечения в зависимости от различных сочетаний комбинированной терапии. Общепринятая терапия, включающая противовирусную и иммунокорригирующую, применена у 110 больных. Новый подход в лечении с использованием психофермакотерапии применен у 90 больных. Отмечается восстановление нарушенных показателей иммунного статуса при использовании психофермакотерапии. До лечения иммунный статус характеризовался угнетением клеточного и моноцитарно-макрофагального иммунитета и активацией специфического иммунитета. После проведенного курса лечения иммунологические параметры статистически достоверно не отличались от нормы (рисунок 1). В иммунном статусе больных выявлялась незначительная супрессия клеточного звена: сохранялось снижение CD3⁺-лимфоцитов, CD4⁺-лимфоцитов; активация специфического иммунитета: сохранялось повышение уровня ЦИК, концентрации Ig M. До нормы восстанавливались: содержание CD16⁺-лимфоцитов, CD8⁺-лимфоцитов, гемолитическая активность комплемента, пролиферативная способность лимфоцитов на стимуляцию ФГА в РБТЛ концентрация Ig A, количество лейкоцитов и ФА нейтрофилов.

Рисунок 1

Иммунный статус больных рецидивирующей герпетической инфекцией с пограничными психическими расстройствами до и после терапии



Клиническими критериями эффективности проводимой терапии являлись следующие показатели: уменьшение времени везикуляции, эпителизации, площади поражения; сокращение сроков проявления общего инфекционного синдрома, а также уменьшение частоты осложнений. У больных, получивших общепринятое лечение, продолжительность рецидива составила 28,9 койко-дней. В случае применения психофармакотерапии длительность рецидива сокращалась до 18,9 койко-дней.

При использовании общепринятого лечения больные выписывались из стационара с различными типами ремиссии:

- А – клиническое выздоровление и восстановление прежнего социального и трудового статусов (72,7%);
- В – практическое выздоровление с необходимостью проведения противовирусного лечения,

Литература:

1. Аверкина Н. А., Филатова Е. Г. Психологические факторы хронической боли // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 2000. - № 12. – С. 21-27
2. Арсененко Л. Д. Корнилов А. А., Ветлугина Т. П. Структура пограничных нервно-психических расстройств и иммунный гомеостаз в реабилитационных программах различных форм хронической герпетической инфекции // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 1999. – № 4. – С. 19-20
3. Арсененко Л. Д. К лечению больных рецидивирующими герпетическими инфекциями с пограничными нервно-психическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 1999. – № 2-3. – С. 18-19
4. Деконенко Е. П. Вирус герпеса и поражения нервной системы // Российский медицинский журнал, 2002. - № 4. – С. 46-49
5. Евсеев В. А., Игонькина С. И., Ветрилэ Л. А. Иммунологические аспекты патологической боли // Российский вестник академии медицинских наук, 2003. - № 6. – С. 12-15
6. Жариков Н. М., Гиндикин В. Я. Распространенность пограничных психических расстройств среди лиц, не находящихся под наблюдением психиатрических учреждений // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 2002. - № 7. – С. 45-49
7. Крыжановский Г. Н. Центральные механизмы патологической боли // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1999. - № 12. – С. 4-7
8. Львов А. Н., Федякова Е. В., Халдин А. А., Малиновская А. А. Клинико-иммунологические и психосоматические особенности у больных простым герпесом // Российский журнал кожных и венерических болезней, 2003. - № 6. – С. 22-25
9. Маколкин В. И. Актуальные проблемы междисциплинарного сотрудничества при лечении психосоматических расстройств // Терапевтический архив, 2003. - № 12. – С. 5-8
10. Прокудина Е. Н., Прокудин В. Н. Возможная роль вирусных инфекций в психических заболеваниях человека // Вопросы вирусологии, 2002. - № 1. – С. 47-49
11. Протас И. И., Хмара М. И. Современные представления об этиологии и патогенезе герпетической инфекции центральной нервной системы // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 2002. - № 1. – С. 73-75
12. Романенко В. Н., Лебединская Л. А., Свищунов И. В. Иммуноцитологические нарушения у больных рецидивирующими генитальными герпесами // Российский журнал кожных и венерических болезней, 2003. - № 1. – С. 61-64
13. Семке В. Я., Ветлугина Т. П., Невидимова Т. И., Иванова С. А., Боян Н. А. Клиническая психонейроиммунология, 2003. - Томск
14. Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., Козырев В. Н., Дробижев М. Ю. Психофармакотерапия и проблема организации психиатрической помощи в соматическом стационаре // Клиническая медицина, 2000. - № 10. – С. 22-27
15. Barinsky I. F. Herpetic infection as secondary immunodeficiency and ways of its correction // Virol. Rev., 1995. – Vol. 5. – P. 1-21
16. Barton S. E., Green G. The psychological impact of genital herpes. – London, 1999
17. Capuron L., Bluthe R. M., Dantzer R. Cytokines in clinical psychiatry // Am. J. Psychiatry, 2001. – Vol. 158. – N 7. – P. 1163-1164

иммунокоррекции, психофармакотерапии и социотерапевтических мероприятий (18,2%);

- С – неполное выздоровление, наличие отдельных симптомов и остаточных явлений (9,1%).

При применении психофармакотерапии больные выписывались из стационара со следующими типами ремиссии: А – 89,5% случаев, В – 8,5% случаев, С – 2% случаев.

Таким образом, у больных с хронической рецидивирующей герпетической инфекцией формируются пограничные психические расстройства различной степени тяжести; невротические расстройства усугубляют иммунодефицит, свойственный рецидивирующими инфекциями; разработанные программы реабилитации с использованием психофармакологических препаратов и методов психотерапии значительно повышают эффективность лечения пациентов.

-
-
18. Cofferill J. A., *The different faces of depression in dermatology* // *Natl. Med. J. India*, 1996. – Vol. 9. - N 5. – P. 203-204
19. Connor T. J., Leonard B. E. *Depression stress and immunological activation: the role of cytokines in depressive population* // *Life Sci.*, 1998. - Vol. 62. – N 7. – P. 583-606
20. Demirci S., Savas S. *The auditory event related potentials in episodic and chronic pain sufferers*. // *Eur. J. Pain*, 2000. - Vol. 6. - N 3. – P. 239-244
21. Logan H. L., Lutgendorf S., Hartwig A., Lilly J., Berberich S. L. *Immune, stress, and mood markers related to recurrent oral herpes outbreaks* // *Oral Surg Oral Med Oral Patho*, 1998. - Vol. 86. - N 1. - P. 48-54

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

ЗНАЧЕНИЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ В ГЕНЕЗЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА И ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКАЯ РАБОТА В АРИТМОЛОГИЧЕСКИХ ЦЕНТРАХ

Е. А. Караськова, В. Ю. Завьялов

г. Новосибирск

Согласно последним данным, психосоциальные факторы вносят значительный вклад в патогенез многих сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе, нарушений ритма сердца (Rosanski A., Blumental J., Kaplan J., 1999).

Психосоматические аспекты

Необходимость проведения клинического исследования психического состояния пациентов с нарушениями ритма связана с ростом числа аритмий психосоматического генеза; возможно, что за термином «идиопатические аритмии», к которому прибегают, чтобы объяснить природу аритмий у лиц, не имеющих органических изменений в сердце, скрываются во многих случаях психосоматические (психокардиальные) расстройства сердечного ритма (Кушаковский М. С., 1998), что свидетельствует также о целесообразности дальнейшего изучения психофизиологических механизмов, играющих роль «триггеров» в генезе аритмий (Rosanski A. et al., 1999).

Проблема психосоматики – одна из наиболее сложных в современной медицине, решение которой требует, безусловно, очень широкого междисциплинарного синтеза и крайней осторожности исследователей во избежание упрощенных механистических или, наоборот, метафизических толкований [6].

Понятие «психосоматическая медицина» в своей истории имело различное содержание, описание и определение. В современном понимании психосоматическая медицина рассматривается как метод лечения и наука о взаимоотношениях психических и соматических процессов, которые тесно связывают человека с окружающей средой. Такой принцип, опирающийся на единство телесного и душевного, является основой медицины. Он обеспечивает правильный подход к больному, что необходимо не только в какой-то одной медицинской специальности, но и во всех сферах доклинического и клинического обследования и лечения.

Задача психосоматической медицины состоит в том, чтобы найти связь между психологическими показателями переживаний и поведения, и соматическими процессами, и полученную картину использовать в терапевтических целях. Психосоматика также решает вопросы прогноза, который определяется при лечении различными методами.

Франц Александр (F. Alexander) подчеркивал значение фактора предрасположенности, и установил эволюционную связь вегетативных симпатических и парасимпатических реакций. Констатация

наличия психосоматических нарушений не приводит к отрицанию основного диагноза. Если сегодня говорят о психосоматическом биопсихосоциальном заболевании, то это лишь указывает на связь предрасположенность – личность – ситуация.

Часто при возникновении психосоматического заболевания конфликтная динамика определялась понятием «стресс» [H. Selye, 1953; H. Weiner, 1991]. Именно в сложных жизненных ситуациях психосоматически отягощенные пациенты, проявляющие эмоциональную подавленность, не могут правильно оценить и описать свое состояние. Это явление определяют понятием «алекситимия» [1].

В свете современных условий жизни, предъявляющих все более возрастающие требования к человеку, необходимо отметить, что в генезе аритмий исключительное значение приобретает психосоциальный стресс (дистресс), в особенности тонический (Parker G. et al., 1990).

Состояние страха понижает порог ранимости миокарда на 40-50%. По данным P. Reich и соавт. (1981), психологический стресс предшествует 20-30% случаев угрожающих жизни сердечных аритмий.

Аритмогенные механизмы стресса весьма сложны и до конца не выяснены. Среди них большое значение принадлежит ощущениям тревоги, страха, с характерной для этих процессов выраженной стимуляцией симпатаoadреналовой системы, что и рождает различные аритмии, в том числе и самые тяжелые, благодаря прямому воздействию катехоламинов на миокард. Эмоциональный стресс, наряду с физическими перегрузками, является одним из главных пусковых механизмов возникновения потенциально фатальных аритмий (Lambert R., Joska T., Burg M., Batsford W., McPherson C., Diwakar J., 2002, Kirby D., Pinto J., Hottinger S., 1991).

Диагностика, согласно МКБ-10

Особую группу составляют пациенты с многообразными, нередко множественными жалобами, у которых при тщательных повторных обследованиях не удается обнаружить объективные изменения со стороны внутренних органов. В результате возникают диагностические, дифференциально-диагностические и, конечно, терапевтические проблемы [3].

Понятие соматоформное расстройство (СФР) введено в МКБ-10, причем СФР объединяются в одну группу с невротическими и стрессовыми расстройствами, исходя из общей «психогенной» этиологии.

С клинических позиций СФР могут быть представлены в виде болевых (алгических) синдромов, различных сенестопатий (неприятные, дискомфортные ощущения) и вегетативных дисфункций.

Наряду с проявлениями вегетативной дисфункции различной степени выраженности (насколько эквивалентно) общим признаком всех СФР является наличие у больных симптомов тревоги (тревожно-фобические и другие тревожные расстройства). Многие из этих тревожных расстройств (агорофобии, социофобии, специфические фобии) и сопровождающие их вегетативные проявления оказываются ситуационно обусловлены, в связи с чем пациенты стараются избегать соответствующих ситуаций. Нередко симптомы тревоги сочетаются с проявлениями депрессии (смешанные тревожно-депрессивные расстройства).

Наиболее частые трудности при СФР возникают в трактовке сердечно-сосудистой симтоматики, что нашло свое отражение в столь распространенных до настоящего времени диагностических терминах «вегето-сосудистая дистония», «нейроциркуляторная дистония».

Основными соматоформными проявлениями со стороны сердечно-сосудистой системы являются кардиалгический синдром и нарушения ритма (чаще экстрасистолии), а также «сосудистые дисфункции» в виде синдрома Рейно, головокружений и др.

Кардиалгический синдром формируется на фоне эмоциональных и аффективных нарушений в виде тревожно-ипохондрических и фобических проявлений.

Наличие тревожных, панических проявлений у больных с кардиалгией, установление особенностей личности больного может быть одним из критериев диагностики психогенного генеза имеющихся у больных симптомов. Нарушения ипохондрического характера порой усиливаются до состояния выраженной тревоги, паники, возникновения страха смерти, являющихся составными частями так называемых вегетативных кризов (панических атак).

Панические расстройства являются наиболее выраженным и ярким проявлением вегетативной дисфункции, вызывающим психосоциальную дезадаптацию у больного и лечебно-диагностические проблемы для интернистов, имеющих отрывочную и, в известной степени, устаревшую информацию.

Диагностические и лечебные трудности усугубляются еще и тем, что наличие «функциональных» нарушений не исключает органической патологии. Так у 50-65% больных с ПР встречается пролапс митрального клапана (ПМК), в то время как среди населения в целом ПМК регистрируется лишь в 5%. Наличие аускультативной симптоматики (добавочный среднесистолический шум) у этих пациентов не исключает невротическую природу симптомо-комплекса, но требует дополнительного исследования, включая ФКГ, ЭКГ, ЭхоКГ. Целесообразно исследование тиреоидных гормонов, поскольку

тиреотоксикоз нередко сочетается с ПМК. Почти половина больных в анамнезе злоупотребляли алкоголем. Высказывается предположение, что алкоголизм в данном случае - это вторичное проявление тревожных расстройств, т.е. больные используют алкоголь в качестве «противотревожного» средства.

У 56-65% больных ПР сопутствует рекуррентная депрессия, причем в большинстве случаев панические приступы выступают как манифест депрессии, реже возникают уже на фоне развившейся депрессии.

Большой интерес, в настоящее время, вызывают спонтанные, психогенные по своей природе аритмии у больных неврозами, с психопатиями, тревожными расстройствами, такими, как панические атаки и генерализованное тревожное расстройство (Rosanski A. et al., 1999).

Главным проявлением генерализованного тревожного расстройства (ГТР) является хроническая тревога – эмоциональное переживание, при котором человек испытывает дискомфорт от неопределенности перспективы (Старостина Е. Г., 2005). Эволюционное значение тревоги заключается в мобилизации организма в экстремальных ситуациях. Определенный уровень тревоги необходим для нормальной жизнедеятельности и продуктивности организма.

Нормальная тревога помогает адаптироваться к различным ситуациям, она возрастает в условиях высокой субъективной значимости выбора, внешней угрозе, при недостатке информации и времени.

Патологическая тревога, хотя и может провоцироваться внешними обстоятельствами, обусловлена внутренними психологическими и физиологическими причинами. Она непропорциональна реальной угрозе и не связана с ней, а главное – не адекватна значимости ситуации и резко снижает продуктивность и адаптационные возможности.

Клинические проявления патологической тревоги разнообразны и могут носить приступообразный или постоянный характер, проявляясь как психическими, так – и даже преимущественно – соматическими симптомами.

Последнее особенно важно в общемедицинской практике. Часто эти симптомы замещают у пациента ощущение тревоги как таковой.

Для тревоги весьма характерны разнообразные вегетативные симптомы: сердцебиение (вплоть до пароксизмальной тахикардии), перебои в работе сердца, чувство сдавления или сжатия в груди, кардиалгии, ощущение нехватки воздуха, дрожь, повышенная потливость, сухость во рту, «гусиная кожа» и т.д.

Врача не должно вводить в заблуждение то, что пациенты считают тревогу вторичной по отношению к соматическим симптомам («стало страшно, что сердце остановится», «испугалась, что потеряю сознание»), на самом деле тревога в таких случаях является первичной, а соматические проявления – ее симптомами, а не причиной.

Лишь менее 20% пациентов с ГТР сами отмечают типичные для тревоги симптомы – ощущение

опасности, беспокойства, постоянного «планирования», сверхконтроля ситуации, «взвинченности»; для их выявления больных нужно активно расспрашивать. Кардинальной чертой пациентов с ГТР является то, что они абсолютно не могут переносить неопределенность. Из всех возможных вариантов развития событий они заранее предполагают наиболее неблагоприятный, хотя в принципе возможный. Будучи повышенно раздражительными, они проявляют обидчивость, плаксивость, готовность «взорваться по пустякам».

Гораздо чаще больные с ГТР активно предъявляют именно соматические жалобы и жалобы на нарушение сна, особенно на нарушение засыпания, вызванное многократным «прокручиванием» в голове событий, происшедших за день и ожидаемых в будущем, а также разорванный сон. Такие пациенты также жалуются на «стрессы». Среди внешних признаков можно отметить беспокойные движения, суетливость, привычку что-нибудь требить руками, трепет пальцев, нахмуренные брови, напряженное лицо, глубокие вздохи, учащенное дыхание, бледность лица, частые глотательные движения.

В первичном звене медицинской помощи ГТР является самым частым из тревожных расстройств. По результатам обследования, распространенность ГТР в течение жизни в общей популяции составляет 6,5% (по критериям МКБ-10). Распространенность субсиндромальной тревоги, по некоторым данным достигает 28–76%, при чем в большинстве случаев врачи не рассматривают эти состояния как патологические и не лечат их. Частота ГТР у подростков и молодых взрослых невелика, но увеличивается с возрастом, делая резкий скачок у женщин после 35, а у мужчин после 45 лет.

Взрослые лица, имеющие симптомы тревоги, в 6 раз чаще посещают кардиолога, в 2 раза – невропатолога, в 1,5 раза чаще – гастроэнтеролога и в 1,5 раза чаще обращаются за помощью в стационар.

В современной отечественной медицине признанной является позиция А. Б. Смулевича, который полагает, что психосоматические расстройства – группа болезненных состояний, проявляющихся экзацербацией соматической патологии, формированием общих, возникающих при взаимодействии соматических и психических факторов симптомо-комплексов – соматизированных психических нарушений, психических расстройств, отражающих реакцию на соматическое заболевание [5].

В современной медицине раздел психосоматики представляют исследования, освещдающие роль стресса в патогенезе соматических заболеваний, связь патохарактерологических и поведенческих особенностей с чувствительностью или устойчивостью к определенным соматическим заболеваниям.

Частота психосоматических расстройств достаточно высока и колеблется в населении от 15 до 57%, а в общемедицинской практике – от 30 до 57%.

В МКБ-10 психосоматические расстройства могут классифицироваться в следующих разделах: невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-49), органическое тревожное расстройство (F06.4), расстройства личности и поведения (F07, F60-62, F92-93).

Психофизиология

В понимании механизмов психосоматических расстройств очень важными являются теории И. П. Павлова и его учеников (К. М. Быков). Согласно учению об условных рефлексах, психосоматические процессы – сложные, структурированные рефлексы.

Большой интерес представляют также работы П. К. Анохина и Н. П. Бехтеревой о гибких функциональных системах организма, образуемых при патологии.

Целым рядом исследований установлено, что совершенно различные по своему характеру отрицательные эмоции (отчаяние, страх, тревога, тоска) сопровождаются довольно однотипными висцеральными сдвигами. Повышается возбудимость симпатоадреналовой системы, и, следовательно, возрастает секреция катехоламинов, что вызывает учащение сердцебиения и повышение АД, усиление прилива крови к мышцам.

Связующим звеном между психологической и соматической сферой является аффект, выражаящийся, главным образом, в форме тоски и постоянной тревоги, нейро-вегетативно-эндокринной моторной реакции и характерном ощущении страха.

Полное развитие чувства страха предотвращено защитными физиологическими мерами, но обычно они лишь уменьшают, а не устраняют полностью эти физиологические явления. В результате удерживается значительный аффект, который оказывает патогенное действие. Этот процесс можно рассматривать как торможение, то есть когда психомоторные и словесные выражения тревоги или враждебных чувств блокируются таким образом, что стимулы, поступающие из ЦНС, отводятся к соматическим структурам через вегетативную нервную систему и, таким образом, приводят к патологическим изменениям в различных системах органов.

Медиаторные нарушения при психовегетативных расстройствах (Лечение психовегетативных расстройств [4]) могут быть широко представлены в различных отделах головного мозга, при этом преобладание тревожных расстройств связано с дисфункцией лимбической системы. Также известно, что locus coeruleus, являясь одной из надсегментарных структур вегетативной регуляции, аfferентно и efferentno проецируется на большое количество образований головного мозга, создавая широкую сеть поведенческой и вегетативной регуляции. Экспериментальные данные [8] подтверждают, что тревожные расстройства, в частности, обусловлены симпатической гиперактивностью, это приводит к снижению количества пресинаптических a-2

адренорецепторов, что объясняется включением защитных анксиолитических механизмов. Значительная роль также отдается снижению уровня гамма-аминонапряженной кислоты, являющейся одним из основных тормозных медиаторов ГМ. У пациентов с психовегетативными нарушениями преобладает прямая реакция (в физиологических типична обратная), что приводит к накоплению глутамата и снижению образования ГАМК. Дополнительную роль в формировании указанных нарушений играет снижение чувствительности бензодиазепиновых рецепторов и изменение их способности к связыванию с соответствующими медиаторами [9].

При наличии патопластического переживания, которое не блокируется психологической защитой, а, соматизируясь, поражает соответствующую ему систему, функциональный этап поражения перерастает в деструктивно-морфологические изменения в соматической системе, происходит генерализация психосоматического заболевания. Таким образом, психический фактор выступает как повреждающий.

К психосоматическим заболеваниям относят те нарушения здоровья, этиопатогенез которых – истинная соматизация переживаний, т.е. соматизация без психологической защиты, когда, защищая психику, повреждается соматика. А истерическая конверсия – это лишь соматическая демонстрация переживания, своеобразная «хитрость» тела.

В этом случае есть невроз как психогенное заболевание, но нет болезни как деструкции органа.

Процесс формирования психосоматического расстройства включает сверхактуальное переживание, которое фиксируется, образуя установочную доминанту, являющуюся функциональным очагом психической патологической импульсации. Свойственное больным смутное чувство физического дискомфорта обуславливает при определенных воздействиях реализацию болезненных ощущений и их фиксирование.

Негативные эмоции висцерального происхождения подкрепляются личностными реакциями этих больных на тот или иной симптом или состояние организма в целом.

Повторение психотравмирующих воздействий астенизирует нервную систему, кора становится чувствительной к внешним воздействиям и интероцептивным сигналам. Поэтому появление соматических ощущений может быть вызвано не только психогенным влиянием как таковым, но и даже обычной работой внутренних органов. Сформировавшийся очаг патологической импульсации «обращает» нейрогуморальными связями с различными системами организма.

В этом процессе ключевым звеном является долговременная память. Центром эмоций, мотивации и памяти является лимбическая система (ЛС). Ее основной функцией является согласование эмоциональной реакции и ее нейровегетативного и нейроэндокринного обеспечения. Пережитое человеком

стрессовое состояние сохраняется в долговременной памяти. Чем острее было чувство опасности для жизни и здоровья, тем больше вероятность воспроизведения развернутой клинической картины по типу депрессии или ее соматического эквивалента.

В структуре центральной нервной системы лимбическая система играет ведущую роль в регуляции аффективной жизни и поведения, функций вегетативной нервной системы, сексуальных процессов и процессов обучения. Лимбическая система [P. McLean, 1952] в своей основе является функциональным единством, которому приписываются «активирующие» и «модулирующие» функции. В этом отношении представляет интерес тот факт, что анатомически лимбическая система организована билатерально и довольно диффузно. Эта организация охватывает как филогенетически старые, относительно ригидные системы, так и филогенетически более новые, лабильные системы, причем обе они подвержены взаимной интерференции. Это может дать анатомическое и физиологическое объяснение тому, что почти все психосоматические теории опираются на факторы ре- и десоматизации, т.е. на оживление онто- или филогенетически более ранних поведенческих структур, что вызывает затем относительно стойкие шаблоны реакций («поведение в ситуации страха», «ярость», «защита», «ригидные формы поведения» [K. Lorenz, 1937]. Наконец, физиология лимбической системы позволяет устанавливать связи между филогенетически новыми системами такими, как лобные отделы мозга и ассоциативные поля, и областями, контролирующими моторику и речь, посредством которых трансформируются более старые формы поведения.

В целом лимбическую систему следует рассматривать как орган управления соматическим выражением эмоций и их регуляцией. Ведущую роль при этом играют связи между лимбической системой и неокортексом, благодаря которым внешние события приобретают свою оценку и аффективную окраску [1].

Центром тяжести психосоматического страдания оказывается всегда орган наибольшего уязвимости (*locus minoris*) и важный для жизнедеятельности организма в представлении индивида. «Выбор» органа свидетельствует о преимущественной направленности защитно-приспособительных механизмов, вызывающих известный повреждающий эффект по мере нарастания дезинтеграции в стрессовых ситуациях.

Инициатива в выборе органа принадлежит всегда корковым связям, влияющим на подкорковые структуры, которые ответственны за эмоциональные реакции и программируют степень вовлечения тех или иных органов в стрессовую ситуацию. Каждой именно эфекторный путь окажется предпочтительнее для выхода на преферию эмоционального возбуждения, зависит от характера эмоции, особенностей нервной конституции человека, истории его жизни.

Очаг патологической импульсации стыкуется с somатическими системами организма и образует устойчивую функциональную систему, патологическую в своей основе и защитную, поскольку она является частью механизмов приспособления организма к патопластическому воздействию фиксированного переживания.

Зачем нужна тревога?

Тревога представляет собой чувство напряжения, ожидания, дискомфорта, сопровождающееся некоторыми типичными объективными признаками (учащенное дыхание, мышечное напряжение, потливость ладоней, сердцебиение). Тревога развивается также тогда, когда человек чувствует себя беспомощным перед лицом опасности (Шейдер Р. 1998).

Тревога конструктивна, она делает человека готовым к неожиданностям, в каком-то смысле, она – наш инструмент взаимодействия с будущим, своеобразная настройка на него. При этом переживание тревоги может быть как естественной реакцией на опасную ситуацию, так и чертой личности. В первом случае речь идет о, так называемой, реактивной тревоге – переживании, появляющемся у любого человека при возникновении непредвиденных препятствий или в момент резкого изменения ситуации. Во втором случае, повышенная тревожность является устойчивой чертой характера и доминирующим способом взаимодействия с окружающим миром, независимо от обстоятельств. Нормальная тревога соразмерна угрозе, лежит в основе адаптивного поведения и не нуждается в «поддержке» различных форм психологических защит (вытеснение, подавление), которые приводят к формированию патологической, невротической тревоги, развитию фобий, тревожных расстройств и социальной дезадаптации в целом.

Тревога бывает ситуационной и эндогенной, приступообразной и непрерывной, когда она становится настолько выраженной, что начинает мешать жизнедеятельности, становится диагноз тревожного расстройства, в том же состоит принципиальное отличие нормального страха от фобии [7].

На основании клинической практики, результатов клинических испытаний и эпидемиологических данных тревогу стали различать как реакцию, как временное состояние и постоянную тревожность как особенность личности или проявление психического расстройства. Это позволило разработать диагностические критерии тревожных расстройств, исследовать их распространенность, клиническую картину и социальную значимость.

1. Ситуационная тревога
2. Фобическая
3. Тревога ожидания
4. Спонтанная тревога
5. Постстрессовая тревога
6. Психотический страх
7. Тревожная депрессия

8. Вторичная тревога

Формы тревоги выделены зарубежными авторами на основании особенностей клиники, ими также отмечено, что тревога редко бывает изолированной, обычно ей сопутствуют депрессия, дисфория и др.

Нарушения сердечного ритма

Аритмия заключается в патологическом изменении последовательности ударов сердца. К нарушениям ритма могут приводить многие заболевания сердца (ишемическая болезнь сердца, кардиомиопатия, пороки сердца, QT-синдром, легочное сердце, а также экстракардиальные расстройства и заболевания (электролитные нарушения, гипертриеоз, гиповолемия, побочное действие лекарств, влияние психических факторов).

Функциональные нарушения сердечного ритма рассматриваются как органный невроз, если исключена органическая причина и выявлены четкие психологические связи. К функциональным нарушениям относятся только нарушения формирования возбуждения (синусовая и суправентрикулярная тахикардия, пароксизмальная тахикардия, а также приступы трепетания предсердий, моно-, гетеротопные экстрасистолы). При этом отмечается тревожное возбуждение и чувство напряженности. При экстрасистолах сами экстрасистолы переживаются меньше, чем следующие после компенсаторной паузы особенно сильные сердечные толчки («спотыканье сердца»). Органическая основа отмечается в 30% случаев. Чаще всего приступы бывают спровоцированы ситуационными факторами и конфликтами. У 25% пациентов без органических нарушений отмечается тесная связь между появлением приступа и вовлечением в стрессовую ситуацию. Приступы часто возникают в периоды внутреннего напряжения и при кумуляции аффекта. В личностном плане чаще встречаются пациенты, склонные контролировать свои чувства, подавлять их, рассматривать их проявление как слабость – «Я не показываю, что со мной творится».

Предсердные, атриовентрикулярные и желудочковые экстрасистолии могут возникать аффективно в состоянии бодрствования, но чаще во сне. Органически обусловленные экстрасистолии могут усиливаться при фрустрированных эмоциональных потребностях, и тогда они приводят к повышенной мнительности и ипохондрической переработке [1].

Состояния мучительного, тягостного страха смерти неизбежно сопровождают разнообразные расстройства сердечного ритма (независимо от того, развиваются ли они психогенно или на фоне структурных изменений миокарда и проводящей системы сердца). Возможность экстракардиального генеза тахикардии отмечена еще J. N. Corvisart (1811) в трактате о болезнях сердца [6].

Прямая связь сердечного ритма и настроения, «тихая, но прочная гармония» которых является в норме важнейшим условием чувства somатического

благополучия [Braun L., 1925]. Любое нарушение привычного оптимального ритма (кратковременное или продолжительное, возникающее внезапно или рецидивирующее с определенной периодичностью) вызывает у больного тревогу или страх смерти. Даже нормализация резко учащенного сердечного ритма с витальным страхом смерти от разрыва сердца становится причиной панического состояния больных, если предшествующая тахикардия была достаточно длительна и приобрела характер патологического стереотипа.

Физиологически обусловленный страх смерти усугубляет тяжесть расстройств сердечного ритма и препятствует их купированию. Так, пароксизм суправентрикулярной тахикардии, возникший в ряде случаев у пациентов дома или на производстве, не удается купировать медикаментозно, однако сердечный ритм восстанавливается, как только больной чувствует себя в безопасности (в процессе транспортировки в машине скорой помощи или при поступлении в приемное отделение больницы). Мощное психотерапевтическое действие самого факта госпитализации объясняет возможность полного прекращения таких приступов в течение всего периода пребывания в стационаре (и соответственно возобновление их накануне или в первый же день после выписки). Аналогичный механизм лежит в основе аритмий и кардиалгий, возникающих у больных в стационаре в вечерние часы или в воскресные и праздничные дни (т.е. в отсутствии лечащего врача). В присутствии лечащего врача, этот страх больными практически не проявляется и терапевтами не констатируется.

Жалобы на приступы сердцебиений не только при физическом усилии и малейшем волнении, но и в покое (в соответствии с имеющимися у многих больных суточными колебаниями самочувствия при наплывах мыслей тревожно-депрессивного содержания) – один из почти непременных компонентов в клинике ипохондрических расстройств.

Особенно характерны приступы сердцебиений по утрам (в момент пробуждения), при засыпании и нередко по ночам (в связи с бессонницей или поверхностным, прерывистым и тревожным сном), а также при любой неожиданности и испуге.

Приступы пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии центрального происхождения встречаются преимущественно у вегетативно лабильных лиц астенического телосложения и провоцируются эмоциональным стрессом, физической нагрузкой и т.д. Пароксизмы синусовой и суправентрикулярной (значительно реже желудочковой) тахикардии издавна рассматриваются как возможные соматические проявления и эквиваленты депрессивной фазы циклотимии [Каннабих Ю. В., 1914; Хорошко В. К., 1943; Brautigam W., 1969].

Вместе с тем, почти у половины больных – 44% лиц с клинической картиной неврастении [Истаманова Т. С., 1958] – ощущение сердцебиений не

сопровождается какими-либо объективными изменениями ЭКГ и пульса (скорости, величины и напряжение пульсовой волны), что объясняется патологическим восприятием и патологической интерпретацией нормальной сердечно-сосудистой деятельности.

Нарушения сердечного ритма, возникающие при отсутствии врожденных или приобретенных заболеваний миокарда и проводящей системы, так или иначе, связаны чаще всего с изменением функционального состояния гипоталамической области, входящей в рецепторную дугу рефлексов, определяющих деятельность сердца.

Несомненное участие гипоталамуса в предупреждении острых аритмий четко показано в эксперименте при раздражении ствола мозга [Manning J., 1976]. При патологии гипоталамуса (так называемом гипоталамическом, или дизэнцефальном, синдроме) синусовая тахикардия встречается у 80,4% больных, синусовая брадикардия – у 12%, синусовая аритмия – у 5%, пароксизмальная тахикардия – у 1,7% и нарушения проводимости – у 3,7% [Боголепов Н. К. и др., 1973].

Необходимо подчеркнуть, что клинические проявления острых расстройств сердечного ритма при органическом поражении гипоталамической области и при корково-подкорковой диссоциации вследствие аффективных перегрузок по существу идентичны; развитие аритмий и функциональный характер последних и в том, и в другом случае связывают, прежде всего, с изменением функционального состояния гипоталамуса при стрессовых ситуациях и, в частности, при психологическом стрессе [Manning J., 1976].

Психогенные экстракардиальные экстрасистолы, возникающие на фоне стрессовых ситуаций и эмоциональных расстройств в связи с определенным состоянием высшей нервной деятельности (Плетнев Д. Д., 1936), – чаще желудочковые (единичные, множественные или в виде аллоаритмии), реже предсердные, а иногда и чередование желудочковых или атриовентрикулярных с предсердными – отмечаются обычно в начальной стадии депрессии и исчезают по выходе из нее. Наличие депрессии выявляется в таких случаях лишь при квалифицированном и целенаправленном расспросе. В большинстве случаев экстрасистолия возникает преимущественно или только по утрам в соответствии с суточными аффективными колебаниями, при пробуждении («когда поймешь, что день не сулит ничего хорошего»), или по пути на работу («от которой в условиях конфликтной ситуации особой радости не ждешь») и прекращается при эмоциональном подъеме и «смене обстановки». Фиксация ощущений в прокордиальной области, внезапное изменение сердечного ритма при экстасистолии, ощущение перебоев и замирания, кратковременной остановки сердца нередко с легким головокружением (при компенсаторной паузе) действитель но вызывает у этих больных чрезвычайную тревогу.

Нередкие нарушения сердечного ритма, отчетливо выявляемые при электрокардиографическом

исследовании, крайне затрудняют своевременное распознавание психосоматических расстройств даже для опытных кардиологов, не имеющих должного опыта в диагностике депрессивных состояний. Часть таких больных неоднократно стационируются в кардиологические отделения по поводу пароксизмов предсердной (реже атриовентрикулярной или желудочковой) тахикардии или тахиаритмической формы мерцания предсердий, возникающих первоначально на высоте тревожно-ипохондрического состояния, а в дальнейшем при мыслях о болезни или смерти. Экстракардиальные, нестойкие пароксизмы, развивающиеся сердечного ритма и проводимости развиваются, как правило, при определенной глубине депрессии (преимущественно в начальных ее стадиях), исчезая при нарастании последней или нормализации аффективного статуса больного. Лабильность аффективного состояния обуславливает рецидивы подобных нарушений.

Отсутствие каких-либо структурных патологических процессов в миокарде и признаков сердечной декомпенсации, транзиторный (в соответствии с колебаниями аффективного статуса больного) характер аритмий без прогрессирующих органических изменений, известная стереотипность приступов, возникающих по типу клише при определенных аффектогенных (связанных со страхом смерти от поражения сердца) ситуациях, и, наконец, несомненное терапевтическое действие транквилизаторов и антидепрессантов свидетельствуют о функциональной природе этих пароксизмов. Недооценка психогенных факторов в развитии нарушений сердечного ритма обуславливает неадекватную терапию подобных состояний.

Литература:

1. Брайтгам В., Кристиан В. П., Рад М. *Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер. с нем.* Г. А. Обухова, А. В. Брунека; Предисл. В. Г. Остроглазова. - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999, 376 с.
2. Гизатуллин Р. Х., Сандомирский М. Е., Еникеев Д. А., Стоянов А. С. *Анализ вариабельности сердечного ритма и его применение в психотерапии // Здравоохранение Башкортостана*, 1998. - № 5-6. - С. 136-142
3. Дворецкий Л. И. *Соматоформные расстройства в практике терапевта*, ММА им. И. М. Сеченова (РМЖ. – Т. № 10, 2002).
4. Преображенская И. С., Москвин А. В. *Лечение психовегетативных расстройств* (РМЖ. – Т. 10. - № 25, 2002)
5. Смулевич Б. *Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) // Психиатрия и психофармакотерапия*, 2000. - Т. 2
6. Тополянский В. Д., Струковская М. В. *Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986, 386 с.*
7. Шейдер Р., Гринблат Д. // *Психиатрия. – М., 1998*
8. Redmond D. E. *New old evidence for the involvement of brain norepinephrine system in anxiety // Phenomenology and treatment of Anxiety. Edited by Fann W. E., Jamaica. - NY, Spectrum Press, 1994*
9. Stewart S. H., Pihl R. O. *Chronic Use of Alcohol and/or Benzodiazepines may account for evidence of altered benzodiazepine receptor sensitivity in anxiety disorder // Arch. Gen. Psychiatry, 1995. – V. 49. – P. 329-333*

Психотерапия

На сегодняшний день накоплены данные по использованию как различных методов психотерапии: рационально-поведенческая (Смулевич А. Б., Дробижев М. Ю., 1996; Преображенская И. С., Москвин А. В., 2002), краткосрочная позитивная (Минутко В. Л.), релаксационные техники, дыхательная гимнастика, так и психотропных средств у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами при сопутствующей соматической патологии (Смулевич А. Б., Дробижев М. Ю., 1996).

Лечение таких больных может включать рациональную психотерапию, ориентированную на осознание больным связи своих жалоб с психогенными факторами и на возможность их коррекции. К ключевым моментам эффективной терапии необходимо отнести разъяснение больному в доступной форме возникающих у него симптомов, их благоприятный прогноз, несмотря на тяжесть восприятия и переносимости, важность сотрудничества с врачом и готовность к исполнению врачебных назначений.

В случае необходимости подбора психофармакотерапии, необходимо сотрудничество и конструктивное взаимодействие интерниста и психиатра, совместное обсуждение каждой конкретной ситуации, принятие решения о выборе лекарственного препарата с учетом преобладающего синдрома (тревожно-фобического, депрессивного и др.).

В этой связи многогранность проблемы влияния психосоциальных факторов на соматическое состояние человека очевидна. Многие аспекты этой проблемы остаются дискуссионными и требуют решения на современном уровне знаний с применением комплексного подхода в терапии.

НЕЙРОЛЕПТИКИ И ОПИАТЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

А. М. Тулеусаринов

г. Алматы

Профилактическое воздействие различных нейролептиков и адреноблокаторов в отношении профилактики гемодинамических нарушений, стабилизации и снижения потребности организма в кислороде известно давно, в то время когда препараты этих групп применялись на фоне анестезии, главным образом, для купирования гипердинамии и ишемии головного мозга. С другой стороны, при использовании морфина во время операции достаточно высока частота гипертензивных эпизодов, связанных с увеличением ОПСС и коррелирующих с выбросом катехоламинов. Существенным отрицательным инотропным действием в клинике обладает препарат дипидолор. Даже в невысоких (10-15 мг) дозах препарат снижает СИ, ОПСС и АД на фоне роста ЧСС. В эксперименте анестетические дозы дипидолора резко уменьшают МОК и даже провоцируют остановку кровообращения. Дипидолор в наибольшей, среди всех опиоидов, степени способен освобождать гистамин, плазменный уровень которого коррелируется глубиной гипотензии. Прямое действие препарата на проводящую систему было доказано значительно позже. В результате исследования доказано, что сравнительно высокие аналгетические дозы дипидолора (15-30 мг) существенно увеличивают уровни плазменных катехоламинов, анестетические дозы (25-75 мг) препарата в клинике даже снижают концентрации в плазме катехоламинов и кортизола. Отсутствие прямого освобождения гистамина придает дипидолору очень ровный гемодинамический профиль, даже у пациентов со сниженной функцией ЛЖ. Широкий спектр показателей центральной гемодинамики - СИ, ОПСС, АД, ЧСС - обычно остается стабильным, даже после применения высоких доз препарата. Большинство исследователей не выявили его влияния на сократимость миокарда и МОК, однако есть сообщения о положительном и отрицательном инотропном эффекте. Показано предотвращение морфином отрицательного инотропного эффекта ингаляционной анестезии. Брадикардия, вызываемая морфином, доза-зависима, чаще проявляется на фоне общей анестезии и может быть предотвращена или купирована не только М-холинолитиками или эфедрином, но и ингаляцией смеси O_2 . Повторные дозы морфина или медленное введение первой дозы реже вызывают брадикардию и сердечную недостаточность. Механизм развития брадикардии связывают со стимуляцией ядра блуждающего нерва: двусторонняя ваготомия почти полностью ее устраниет; меньшую роль может играть угнетение симпатической хронотропной стимуляции; кроме того, морфин замедляет AV-проводение и увеличивает рефрактерный период атриовентрикулярного узла. Нечастые случаи гемодинамической депрессии в ответ

на введение дипидолора связывают с угнетением симпатического эfferентного потока из ЦНС; иллюстрацией могут служить блокада устраняющего дипидолоровую гемодинамическую депрессию и отсутствие этого угнетения у пациентов с устранимым вегетативным тонусом. Значительное снижение ОПСС, требующее вазопрессорной поддержки, описано в клинике лишь в ответ на введение сверхвысоких (около 140 мг) – доз дипидолора. Дипидолор, сильнее подавляя гипертензивный ответ на боль, по данным большинства авторов, вызывает артериальную гипотензию с большей частотой, чем морфин, хотя существуют противоположные мнения. Препарат не является либератором гистамина, но угнетает симпатический тонус и может вызывать вагусную брадикардию; в изолированном волокне Пуркинье он удлиняет потенциал действия. Известен прямой вазодилататорный эффект дипидолора, которому, в этом плане, характерна способность препарата снижать потребность в вазодилататорах в перфузионном, постперфузионном и послеоперационном периодах. Препарата, однако, даже в сочетании с местными анестетиками, оказался неспособным подавить вазоконстрикторный ответ на стернотомию при трансстернальной трансперикардиальной окклюзии бронхов. Также известно о его миокард-депрессивном действии, снижении ОПСС у пожилых людей и способности повышать секрецию катехоламинов надпочечниками. В ответ на введение дипидолора у больных нередко отмечаются значительные гемодинамические сдвиги, включающие гипотензию, брадикардию, гипертензивную реакцию на болевые стимулы. Ряд исследователей, однако, не нашел существенных отличий в гемодинамических эффектах морфина и дипидолора. Некоторые авторы работ отмечали стабильную гемодинамику во время легочной операции и при применении супердоз дипидолора, а в наших исследованиях она оказалась стабильной на фоне применения периуральной анестезии у больных, оперированных по поводу туберкулеза легких. В то же время, в эксперименте и в клинике описаны положительные ино- и хронотропный эффекты, увеличение ОПСС. По сравнению с морфином, дипидолор оказался в меньшей степени способен блокировать ноцицептивные реакции у больных ИБ и продемонстрировал большую частоту интраоперационных ишемических эпизодов. Дипидолор по влиянию на гемодинамику весьма схож с морфином, но в 20-30 раз активнее последнего. Сочетание с местными анестетиками надежнее блокирует гемодинамические ноцицептивные ответы и обеспечивает более быстрое восстановление функций ЦНС, по сравнению с другой ультракороткой комбинацией морфин+лидокаин. В качестве седативной добавки к

регионарному блоку морфин, по сравнению с дипидолом, продемонстрировал более гладкий гемодинамический профиль и скорейшее восстановление. В некоторых случаях возникал прямо противоположный результат, что связано с чувствительностью пациента к опиоидам. По гемодинамическим критериям препарат достаточно безопасен, даже при относительной передозировке у стариков. Исследуемые опиатные анальгетики продемонстрировали у больных пожилого и старческого возраста с ИБС довольно значительные депрессивные гемодинамические эффекты: снижение АД и ДЛА на фоне падения МОК и роста ОПСС.

Таким образом, сопоставление гемодинамических эффектов различных опиоидных анальгетиков дает противоречивые результаты. Создать градацию стабильности в значительной степени трудно, поскольку различные сочетания препаратов приводят к изменению некоторых фармакологических эффектов и могут вызвать неблагоприятные действия на некоторые структуры ЦНС.

Все же можно заключить:

а) что важную роль играют скорость введения препаратов и их суммарная доза, а при опиоидной анестезии - не предполагаемая расчетная доза, а

титрование препарата до утраты сознания и наступления эффективной аналгезии;

б) что при скомпрометированной функции центральной нервной системы препаратом выбора остается морфин. Эпизоды брадикардии и ухудшение мозгового кровотока, связываемые со стимулирующим действием классических опиоидов на вагус, чаще возникают на фоне бета-адренергической или гипоталамической блокады.

Поэтому совместное использование бензодиазепинов и опиатов, обладающих ваготоническим эффектом, приводит к дополнительной стимуляции вагуса в результате быстрого введения самого опиоида, что неблагоприятно оказывается на вегетативном статусе пациента.

Основным критерием применения лекарственных средств является целесообразность. На внутривенно вводимые препараты распространяются общие правила воздействия на все сбалансированные системы организма, которые предполагает недопустимость применения лекарственных средств без учета компенсации организмом, как повреждения, так и терапевтического вмешательства инфузированных медикаментов. Это требование достигается только путем оптимизации доступных управлению параметров.

Литература:

1. Крыжановский Г. Н., Игонькина С. И., Трубецкая В. В., Осме П., Одарюк Ю. Влияние субстанции Р на активность нейронов антиноцицептивной системы // Бюлл. экспер. биолог. и мед., 1989. - Т. 108. - № 12. - С. 611-654
2. Калюжный Л. В. Физиологические механизмы регуляции боли и аналгезии // Физиол. журнал СССР им. Сеченова, 1991. - Т. 77. - № 4. - С. 123-133
3. Лиманский Ю. П. Физиология боли. - Киев: Здоровье, 1986, 93 с.
4. Мельзак Р. Загадка боли. - М.: Медицина, 1981, 232 с.
5. Ревенко С. В., Ермишин В. В., Селенгер Л. Я. Периферические механизмы ноцицепции // Сенсорные системы, 1988. - Т. 2. - № 2. - С. 198-210
6. Сергеев П. В., Шумановский Н. А. Рецепторы физиологически активных веществ. - М.: Медицина, 1987, 400 с.
7. Шевелев О. А., Билибин Д. П., Фролов В. Л. Патофизиология висцеральной боли: Учебное пособие. - М.: Изд-во УДН, 1988, 40 с.

РЕЗЮМЕ

К ПРОЕКТУ КОНЦЕПЦИИ РЕФОРМИРОВАНИЯ СЛУЖБ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ (ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ, ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ, КОНСУЛЬТАТИВНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ) ДО 2012 ГОДА

А. Л. Катков

В статье «К проекту концепции реформирования служб психического здоровья (психиатрической, психотерапевтической, консультативно-психологической и наркологической) до 2012 года» автора Каткова А.Л. полностью приведен документ, описывающий основные стратегические направления развития служб психического здоровья – психиатрической, психотерапевтической, наркологической, медико-психологической и консультативно-психологической. Настоящий документ акцентирует внимание на необходимости формирования системы профессиональных стандартов по всем вышенназванным направлениям деятельности служб психического здоровья, а также на собственно полюс психического и психологического здоровья. В данном документе существенная роль отводится научно-инновационному планированию и деятельности, которые рассматриваются как основные условия становления и развития соответствующих служб психического здоровья.

Ключевые слова: психическое здоровье, службы психического здоровья, система профессиональных стандартов.

ПОЛЮС ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ – ПРОБЛЕМЫ ИДЕНТИФИКАЦИИ (продолжение)

А. Л. Катков

В статье А.Л.Каткова «Полюс психического здоровья – проблемы идентификации» обосновываются основные положения функционального подхода в сфере психического и психологического здоровья. Аргументируется система психологических и экономических индикаторов, определяющих качественные аспекты категории психического здоровья. Обсуждаются новые научные подходы, адекватные специфике и сложности рассматриваемой проблемы. Обосновываются некоторые модификации современных развивающих технологий с их интеграцией в метамодели социальной психотерапии.

Ключевые слова: психическое, психологическое здоровье; функциональный подход; индикаторы здоровья; психотерапия.

ГРУППОВАЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ПРОЦЕССЕ ПЕРЕПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ В ОБЛАСТИ ПСИХОТЕРАПИИ

Л. А. Бодренко

С развитием организационных основ психотерапевтической помощи все большую актуальность приобретает разработка основных принципов и методов подготовки и повышения квалификации в области психотерапии. Программа последипломной подготовки врачей-психотерапевтов включает освоение теоретико-методологических, клинических, нейрофизиологических и психологических основ психотерапии, овладение психотерапевтическими методами и навыками. Основными принятыми формами обучения на факультетах последипломного усовершенствования врачей являются лекции, практические занятия, семинары, научно-практические конференции, а также тренинги. Групповая психотерапия в процессе профессиональной переподготовки играет большое значение, помогая решить важные задачи в осуществлении подготовки профессионалов.

КОМБИНИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ

С. В. Макаров

На проблему профилактики и лечения ожирения, как значимого фактора в развитии и реализации ряда соматических заболеваний, все чаще обращают внимание не только клиницисты, но и психологи. Участие психотерапевта в комплексном лечении таких пациентов, не зависимо от генеза ожирения, все более востребовано. Автором было проведено психокоррекционное воздействие, основанное на приемах когнитивного обучения принципах гуманистической терапии. Оно формирует иные ценностные установки личности, позволяет проводить работу с мотивационно-потребностной сферой.

ОСОБЕННОСТИ АВТОБИОГРАФИЧЕСКОЙ ПАМЯТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОГЕННОЙ МЕНТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Е. Н. Исполатова

В данной статье обобщен небольшой по объему опыт наблюдения в процессе краткосрочной психотерапии 12 пациентов, находящихся на лечении в психиатрическом стационаре по поводу эндогенного психического заболевания. Все пациенты наблюдались психиатром более 1 года, получали ПФТ, неоднократно госпитализировались, все имели инвалидность по психическому заболеванию. Проводимая индивидуальная психотерапия предполагала преимущественное использование автобиографического метода и метода анализа ранних воспоминаний на основе поддерживающей психотерапии, с гибким использованием инсайт-ориентированных техник в работе с диссоциированными воспоминаниями. Изучение и структурирование АП в основном проводилось в процессе повторных собеседований.

АНАЛИТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ВОЕННОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО 1 И 3 ОТДЕЛЕНИЯМ ГУ «КОСТАНАЙСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» ЗА ПЕРИОД С 2002 ГОДА ПО 2004 ГОД

В. П. Пугачев, Н. Т. Бибакова,
С. Г. Романова, Э. К. Акыбаева

В статье автором приводится исследование результатов военной экспертизы за временной промежуток в три года, проведенной на базе двух отделений ГУ «Костанайская областная психиатрическая больница» по выявленным нозологиям, а также прослеживаются некоторые эпипатологические факторы.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ВНЕСЕНИЮ ИЗМЕНЕНИЙ В ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ» В ЧАСТИ, КАСАЮЩЕЙСЯ НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Н. Р. Суатбаев

Обсуждается положение о недобровольной госпитализации Закона РК О психиатрической помощи, его соответствие международным нормам в этой области. В заключение автор предлагает свой вариант соответствующих статей Закона.

ЦЕНТР СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ КАК ОСОБАЯ ФОРМА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

О. Г. Львова, Н. Р. Суатбаев

Предлагается проект социально психологической службы для работы со здоровыми подростками, их окружением и организациями, оказывающими им помощь. Стратегическая цель проекта – формирование гармоничной личности и социализация подростка. «Попутно» решаемая задача – профилактика девиантного (аддиктивного и делинквентного) поведения. Проект одобрен рядом организаций Восточно-Казахстанской области и завоевал главный приз республиканского конкурса 2005 г. «Лучшая идея в области профилактики детских и подростковых заболеваний», проводимого компанией Procter&Gamble и Министерством здравоохранения РК.

ПСИХИЧЕСКИЙ И ДУХОВНЫЙ СТАТУСЫ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МИШЕНИ В НАРКОЛОГИИ

Ю. А. Россинский

Современная наркология придерживается био-психо-социо-духовной модели формирования и развития форм химической зависимости. На сегодняшний день описаны основные наркологические мишени терапевтического воздействия. Выделение психического и духовного статуса в аспекте патогенетических подходов в диагностике, лечении и реабилитации больных зависимых от ПАВ, позволяет достичь более качественных и продуктивных результатов в контексте поставленных задач.

В рамках данной модели необходимо выделить основные клинико-психологические мишени – концентрированные узлы клинико-психологических механизмов – формирующих зависимость от ПАВ и определяющих клиническую и терапевтическую динамику данных заболеваний.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МОТИВАЦИИ ВЛЕЧЕНИЯ К НАРКОТИКУ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ В АБСТИНЕНТНЫЙ И РАННИЙ ПОСТАБСТИНЕНТНЫЙ ПЕРИОДЫ У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ

Ю. А. Россинский, Ж. К. Мусабекова

Досрочное прекращение лечения больными опийной наркоманией является одной из существующих актуальных проблем клинической наркологии. В данной статье будут рассмотрены клинико-психологические мотивации актуализации первичного патологического влечения к наркотику в абстинентный и ранний постабстинентный периоды, т.е. периоды максимального риска прекращения лечения и выхода из лечебной программы медико-социальной реабилитации.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АБСТИНЕНТНОГО И РАННЕГО ПОСТАБСТИНЕНТНОГО СОСТОЯНИЙ ПРИ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ В КОНТЕКСТЕ ИХ ПРИЛОЖЕНИЯ К НАРКОЛОГИЧЕСКИМ МИШЕНИЯМ

Ю. А. Россинский, Ж. К. Мусабекова

В наркологии выделены основные клинико-психологические мишени, определяющие клиническую и терапевтическую динамику и прогноз опийной зависимости. В данной статье будут рассмотрены особенности абстинентного и раннего постабстинентного периодов в контексте их приложения к наркологическим мишениям.

КЛИНИКО-ПЕРСОНОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА – ТИПОЛОГИЯ ЛИЧНОСТНЫХ СОСТОЯНИЙ БОЛЬНОГО НАРКОМАНИЕЙ

Ю. А. Россинский, Ж. К. Мусабекова, Т. В. Пак

В данной статье мы рассмотрим предлагаемую нами структуру личности наркомана в персонологическом аспекте. Данная типология является результатом дескриптивно-феноменологического анализа больных опийной наркоманией, добровольно обратившихся за медицинской помощью и его приложением к персонологическим подходам в психиатрии В. Я. Семке и психогенетической модели личности Ю. В. Валентика.

ПРОФИЛАКТИКА ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ-АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ – ОСУЖДЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ КОЛОННИИ

О. Г. Солнцева

В данной статье речь идет о программе профилактики потребления ПАВ подростками 14-18 лет, отбывающими наказание в Новотроицкой воспитательной колонии Республики Марий Эл. Профилактическая работа, проводимая в колонии, очень важна, так как это место, где нет доступа к ПАВ, где строгий режим, и у воспитанников нет соблазнов начать употребление ПАВ. В колонии есть возможность сформировать у подростков трезвую, позитивную установку и навсегда оставить в его памяти полученные полезные знания и навыки, нацеленные на здоровый образ жизни.

ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И СИСТЕМА ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Л. Д. Арсененко, Т. П. Ветлугина, А. А. Корнилов

Обследовано 375 больных с различными формами рецидивирующей герпетической инфекции, характеризующихся выраженным иммунодефицитом. У 200 из них выявлены пограничные психические расстройства, определены их нозологические формы при генитальном герпесе, герпетической экземе, герпетическом стоматите, офтальмогерпесе. Отмечено, что формирование пограничных расстройств приводит к углублению иммунных нарушений. С учетом особенностей иммунных нарушений и тяжести психических расстройств разработаны и внедрены в практику дифференцированные комплексные программы реабилитации пациентов хронической герпетической инфекцией с пограничными психическими расстройствами. Показано, что включение психофармакотерапии в комплекс общепринятого лечения герпетической инфекции сокращает выраженность клинических проявлений герпеса, длительность периода высыпаний и болевого синдрома.

ЗНАЧЕНИЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ В ГЕНЕЗЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА В АРИТМОЛОГИЧЕСКИХ ЦЕНТРАХ

Е. А. Караськова, В. Ю. Завьялов

Современное понимание больного в целях наиболее эффективной и адекватной терапии различных заболеваний позволяет говорить о необходимости тесного сотрудничества между психиатрами, психотерапевтами и специалистами в области соматической медицины. Очевидность влияния психогенных факторов на возникновение, течение нарушений ритма сердца обуславливает необходимость психотерапии и подтверждается ее несомненной эффективностью у пациентов аритмологического центра.

SUMMARIES

TO THE DRAFT OF THE CONCEPT OF REFORMING OF MENTAL HEALTH SERVICES (PSYCHIATRIC, PSYCHOTHERAPEUTIC, CONSULTATIVE-PSYCHOLOGICAL AND NARCOLOGICAL) TILL 2012

A. L. Katkov

In the article «To the draft of the concept of reforming of mental health services (psychiatric, psychotherapeutic, consultative-psychological and narcological) till 2012» the document describing the basic strategic directions of development of mental health services - psychiatric, psychotherapeutic, narcological, medical-psychological and consultative-psychological is completely represented. The present document brings to a focus to necessities of formation of system of professional standards on all above-named directions of activity of mental health services, and also on actually pole of mental and psychological health. In the given document the essential role is allocated to scientific-innovative planning and activity which are considered as the basic conditions of coming into being and development of corresponding mental health services.

Key words: mental health, mental health services, system of professional standards.

POLE OF MENTAL HEALTH – PROBLEMS OF IDENTIFICATION (continuation)

A. L. Katkov

In A. L. Katkov's article «Pole of mental health - problem of identification» are proved original positions of the function approach in sphere of mental and psychological health. The system of psychological and economic indicators defining quality aspects of the category of mental health is given reason. The new scientific approaches adequate to specificity and complexity of a construed problem are debated. Some modifications of modern developing technologies with their integration in metamodel of social psychotherapy are proved.

The key words: mental, psychological health; the function approach; indicators of health; psychotherapy.

GROUP MULTIMODAL PSYCHOTHERAPY DURING RETRAINING DOCTORS IN THE FIELD OF PSYCHOTHERAPY

L. A. Bodrenko

With development of organizational bases of the psychotherapeutic service the increasing urgency is got with development of main principles and methods of education and improvement of professional skill in the field of psychotherapy. The program of postgraduate education of psychotherapists includes development theoretical-methodological, clinical, neurophysiological and psychological bases of psychotherapy, becoming proficient in psychotherapeutic methods and skills. The basic accepted forms of training at faculties of postgraduate education are lectures, workshops, seminars, scientific-practical conferences, and also trainings. The group psychotherapy during professional retraining plays great value, helping to solve the important problems in realization of education of professionals.

THE COMBINED PSYCHOTHERAPY IN TREATMENT OF ADIPOSITY

S. V. Makarov

Problem of prevention and treatment of adiposity as the significant factor in development and realizations of some somatic diseases, are more often paid attention not only by clinical physicians, but also by psychologists. Participation of a psychotherapist in complex treatment of such patients is more and more claimed. By the author it has been carried out psychocorrectional intervention based on cognitive methods and principles of humanistic therapy. It forms other valuable person's installations, allows carrying out work with motivational sphere.

FEATURES OF AUTOBIOGRAPHICAL MEMORY AT PATIENTS WITH ENDOGENOUS MENTAL PATHOLOGY

E. N. Ispolatova

In given article it is generalized experience of supervision during short-term psychotherapy of 12 patients who are taking place on treatment in a psychiatric hospital concerning endogenous mental disease. All patients were observed by the psychiatrist during more than 1 year, were repeatedly hospitalized, all had physical inability on mental disease. The carried out individual psychotherapy assumed the use of an autobiographical method and a method of the analysis of early memoirs on the basis of supporting psychotherapy, with flexible use insight-focused techniques in work with dissociated memoirs. Studying and structurization basically was carried out during repeated interviews.

ANALYTICAL RESEARCH OF RESULTS OF MILITARY EXAMINATION ON 1 AND 3 BRANCHES OF «REGIONAL PSYCHIATRIC HOSPITAL» IN KOSTANAI FOR THE PERIOD FROM 2002 TO 2004

V. P. Pugachev, N. T. Bibakova, S. G. Romanov, E. K. Akybaeva

In the article the authors make research of results of military examination for a time interval in three years, carried out on the basis of two branches of «Regional psychiatric hospital» in Kostanai on revealed nosologies, and also are traced some etiopathologic factors.

OFFERS ON MODIFICATION IN THE LAW OF REPUBLIC KAZAKHSTAN «ON PSYCHIATRIC SERVICE AND GUARANTEES OF THE RIGHTS OF CITIZENS», CONCERNING NOT VOLUNTARY HOSPITALIZATION

N. R. Suatbaev

The regulations about of nonvoluntary hospitalization of Law on the psychiatric service, its conformity to the international norms in this area are discussed. In summary the author offers the variant of corresponding articles of the Law.

THE CENTER OF SOCIAL-PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF ADOLESCENTS AS THE SPECIAL FORM OF PREVENTIVE INSTITUTION

O. G. Lvova, N. R. Suatbaev

The project of social-psychological service for working with healthy adolescents, their environment and the organizations rendering services for them is offered. The strategic purpose of the project is a formation of the harmonious personality and socialization of adolescents. Incidentally solved problem is prevention of deviant (addictive and delinquent) behavior. The project is approved by a number of the organizations of the East Kazakhstan area and has won the main prize of republican competition of 2005 «the Best idea in the field of prevention of children's and adolescents diseases», negotiated by Procter&Gamble Company and Ministry of Health of Kazakhstan.

MENTAL AND SPIRITUAL STATUSES AS INDEPENDENT CLINICAL-PSYCHOLOGICAL TARGETS IN NARCOLOGY

Yu. A. Rossinskiy

The modern narcology adheres bio-psycho-socio-spiritual model of formation and development of different forms of chemical dependence. For today the basic narcological targets of therapeutic influence are described.

Allocation of the mental and spiritual status in aspect of pathogenetic approaches in diagnostics, treatment and rehabilitation of patients with dependence from psychoactive substances allows to reach better and productive results in a context of tasks in view.

Within the framework of the given model it is necessary to allocate the basic clinical-psychological targets - the concentrated units of clinical-psychological mechanisms - forming dependence from psychoactive substances both determining clinical and therapeutic dynamics of the given diseases.

CLINICAL-PSYCHOLOGICAL MOTIVATIONS OF CRAVING TO DRUGS AND TREATMENT CESSATION IN ABSTINENT AND EARLY POST ABSTINENT PERIODS AT PATIENTS WITH OPIOID DEPENDENCE

Yu. A. Rossinskiy, Zh. K. Musabekova, Sh. M. Tleubaeva

The preschedule treatment cessation by patients with opioid dependence is one of existing actual problems of clinical narcology. Clinical-psychological motivations of actualization of a primary pathological drive to a drug in abstinent and early post abstinent periods, i.e. the periods of the maximal risk of the treatment cessation and dropping out the treatment program are considered in given article.

CLINICAL-PSYCHOLOGICAL FEATURES OF ABSTINENT AND EARLY POST ABSTINENT CONDITIONS AT PATIENTS WITH OPIOID DEPENDENCE IN A CONTEXT OF THEIR APPLICATION TO NARCOLOGICAL TARGETS

Yu. A. Rossinskiy, Zh. K. Musabekova

In narcology the basic clinical-psychological targets determining clinical and therapeutic dynamics and prognosis opioid dependence are allocated. In given article features of abstinent and early post abstinent periods in a context of their application to narcological targets are considered.

CLINICAL-PERSONNEL STRUCTURE - TYPOLOGY OF PERSONAL CONDITIONS OF THE PATIENT WITH DRUG ADDICTION

Yu. A. Rossinskiy, Zh. K. Musabekova, T. V. Pak

In given article authors consider the personality structure of the addict in personnel aspect. The given typology grows out the descriptive-phenomenological analysis of patients with opioid dependence, voluntary gone for medical service and its appendix to V.Yu.Semke's personnel approaches in psychiatry and Yu.V.Valentik's psychogenetic personality model.

DRUG ABUSE PREVENTION AMONG CONVICTED ADOLESCENTS IN CONDITIONS OF AN EDUCATIONAL COLONY

O. G. Solntseva

In given article the problem at issue is the drug abuse prevention program among adolescents of 14-18 years old which are serving time in Novotroitsk educational colony. The preventive work is very important, as this place where there is no access to drugs where the strict mode, and pupils have no present temptations to begin drug use. In the colony there is an opportunity to generate at teenagers sober, positive installation and for ever to leave in its memory the received useful knowledge and skills aimed at a healthy way of life.

BOUNDARY MENTAL DISORDERS AND IMMUNE SYSTEM AT PATIENTS WITH RECURRENT HERPETIC INFECTION

L. D. Arsenenko, T P. Vetlugina, A. A. Kornilov

375 patients with various forms of recurrent herpetic infection characterized by considerable immune deficit have been examined. In 200 of them borderline mental disorders have been revealed, their nosological forms have been identified in herpes genitalis, herpetic eczema, herpetic stomatitis, ophthalmoherpes. It has been noticed that formation of borderline disorders results in intensification of immune disturbances. With account for peculiarities of immune disturbances and severity of mental disorders differentiated complex programs of rehabilitation of patients with chronic herpetic infection with borderline disorders have been developed and introduced into practice. It has been shown that inclusion of psychopharmacotherapy into the complex of the convenient treatment of herpetic infection reduces severity of clinical manifestations of herpes, duration of the period of eruption and pain syndrome.

SIGNIFICANCE OF ANXIOUS DISORDERS IN GENESIS OF A HEART RHYTHM DISTURBANCES AND PSYCHOTHERAPEUTIC WORK IN ARRHYTHMOLOGICAL CENTERS

E. A. Karaskova, V. Yu. Zavyalov

The modern understanding of the patient with a view of the most effective and adequate therapy of various diseases allows to speak about necessity of close cooperation between psychiatrists, psychotherapists and experts in the field of somatic medicine. Evidence of influence of psychogenic factors on occurrence, current of heart rhythm disturbances causes necessity of psychotherapy and proves to its doubtless efficiency at patients in arrhythmological centers.

БИБЛИОГРАФИЯ К ЖУРНАЛУ «ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ» ЗА 2006 ГОД

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

Дискуссия о миссии психотерапии. Стенограмма от 26 июня 2005 г. – Т. 12. - № 1, 2006

Катков А. Л. Полюс психического здоровья – проблемы идентификации. 1 часть. – Т. 12. - № 2, 2006

Катков А. Л. Полюс психического здоровья – проблемы идентификации. 2 часть. – Т. 12. - № 3, 2006

Катков А. Л. К проекту концепции реформирования служб психического здоровья (психиатрической, психотерапевтической, консультативно-психологической и наркологической) до 2012 года. – Т. 12. - № 4, 2006

Катков А. Л. Полюс психического здоровья – проблемы идентификации. 3 часть. – Т. 12. - № 4, 2006

Макаров В. В., Макарова Г. А. Миссия психотерапии, сегодня. – Т. 12. - № 1, 2006

Макаров В. В., Кантов А. М., Чобану И. К. IV Всемирный конгресс по психотерапии. – Т. 12. - № 2, 2006

ПСИХОТЕРАПИЯ

Бодренко Л. А. Групповая мультимодальная психотерапия в процессе переподготовки врачей в области психотерапии. – Т. 12. - № 4, 2006

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. – Т. 12. - № 1, 2006

Макаров В. В. Психотерапия в Российской Империи, Советском Союзе, Российской Федерации. – Т. 12. - № 1, 2006

Макаров В. В. Миссия психотерапии: сегодня и завтра. – Т. 12. - № 1, 2006

Макаров С. В. Комбинированная психотерапия в лечении ожирения. – Т. 12. - № 4, 2006

Менделевич В. Д. Психотерапия на грани иррационализма. – Т. 12. - № 1, 2006

ПСИХИАТРИЯ

Алтынбеков С. А., Бултачеев Ж. Ж. Методологические основы, инструментарии и характеристика объекта наблюдения в Приаралье. – Т. 12. - № 3, 2006

Ахметов М. М., Шушкевич В. И. Особенности лечения депрессий в соматической практике. – Т. 12. - № 1, 2006

Бултачеев Ж. Ж., Мартюшов А. Н., Сабенов Б. С. Анализ объективности, валидности и доказательности проведенных обследований в Приаралье. – Т. 12. - № 3, 2006

Джарбусынова Б. Б. Комплексные характеристики подгруппы с эндогенными (шизофрения, шизотипические и бредовые состояния) расстройствами по материалам эпидемиологического исследования 2003 года. – Т. 12. - № 3, 2006

Джолдыгулов Г. А. Перспективы изучения подростковых депрессий с нарушениями поведения (на основании данных литературы). – Т. 12. - № 3, 2006

Джарбусынова Б. Б., Катков А. Л. Комплексные характеристики общей подгруппы с клинико-психопатологическими проявлениями субклинического уровня по материалам эпидемиологического исследования 2003 года. – Т. 12. - № 2, 2006

Джарбусынова Б. Б. Комплексные характеристики подгруппы с органическими психическими расстройствами по материалам эпидемиологического исследования 2003 года. – Т. 12. - № 2, 2006

Измаилова Н. Т., Букашов Т. С., Шахметов Б. А. Оказание услуг в области психического здоровья на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Проблемы, пути совершенствования. – Т. 12. - № 2, 2006

Исполатова Е. Н. Особенности autobiографической памяти у пациентов с эндогенной ментальной патологией. – Т. 12. - № 4, 2006

Любченко М. Ю., Трушкова О. Г., Базяк Ю. И., Гершман В. В., Трушков П. В. Проблема социальной реабилитации больных с психопатологическими расстройствами, сопровождающимися суициdalными тенденциями. – Т. 12. - № 1, 2006

Пугачев В. П., Бибакова Н. Т., Романова С. Г., Акыбаева Э. К. Аналитическое исследование результатов военной экспертизы по 1 и 3 отделениям ГУ «Костанайская областная психиатрическая больница» за период с 2002 по 2004 г.г.» – Т. 12. - № 4, 2006

Суатбаев Н. Р. Многомерный подход к проблеме социальной адаптации психически больных. – Т. 12. - № 1, 2006

Суатбаев Н. Р. Предложения по внесению изменений в Закон Республики Казахстан «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в части, касающейся недобровольной госпитализации. – Т. 12. - № 4, 2006

Шайхысламова Н. К., Бекенова Н. М.. Темиргалиев А. О., Миронова Е. Н. Лечение и психопрофилактика расстройств социального поведения у подростков. – Т. 12. - № 3, 2006

НАРКОЛОГИЯ

Ескалиева А. Т., Россинский Ю. А., Мусабекова Ж. К. Взаимосвязи эмоциональных расстройств с процессами принятия факта неизлечимой болезни, закономерно ведущей к смерти, у больных опийной наркоманией с позитивным ВИЧ статусом. – Т. 12. - № 3, 2006

Львова О. Г., Суатбаев Н. Р. Центр социально-психологической адаптации подростков как особая форма профилактического учреждения. – Т. 12. - № 4, 2006

Каражанова А. С. Сказкотерапия в программах медико-социальной реабилитации детей, злоупотребляющих токсическими веществами. – Т. 12. - № 3, 2006

Молчанов С. Н. Особенности формирования ремиссии у лиц с опиоидной зависимостью. – Т. 12. - № 3, 2006

Россинский Ю. А., Мусабекова Ж. К., Ескалиева А. Т. Типология психологических стадий принятия факта неизлечимой болезни закономерно ведущей к смерти у больных наркоманией инфицированных ВИЧ. – Т. 12. - № 3, 2006

Россинский Ю. А., Мусабекова Ж. К., Ескалиева А. Т. Этапы принятия болезни, закономерно ведущей к смерти, как психотерапевтическая мишень у больных наркоманией с сопутствующим ВИЧ/СПИДом. – Т. 12. - № 3, 2006

Россинский Ю. А. Психический и духовный статусы как самостоятельные клинико-психологические ми-шени в наркологии. – Т. 12. - № 4, 2006

Россинский Ю. А., Мусабекова Ж. К., Тлеубаева Ш. М. Клинико-психологические мотивации влечения к наркотику и прекращения лечения в абстинентный и ранний постабstinентный периоды у больных опийной наркоманией. – Т. 12. - № 4, 2006

Россинский Ю. А., Мусабекова Ж. К. Клинико-психологические особенности абстинентного и раннего постабstinентного состояний при опийной наркомании в контексте их приложения к наркологическим ми-шениям. – Т. 12. - № 4, 2006

Россинский Ю. А., Мусабекова Ж. К., Пак Т. В. Клинико-персонологическая структура – типология лич-ностных состояний больного наркоманией. – Т. 12. - № 4, 2006

Солнцева О. Г. Профилактика потребления психически-активных веществ среди подростков – осужден-ных в условиях воспитательной колонии. – Т. 12. - № 4, 2006

Титова В. В. Исследование эффективности групповой психотерапии больных героиновой наркоманией. – Т. 12. - № 1, 2006

Трумова Ж. З. Медико-психологическое консультирование по ВИЧ/СПИД. – Т. 12. - № 1, 2006

Щербина Л. Ф., Придатко О. Р. Женский алкоголизм в свете диагностики. – Т. 12. - № 1, 2006

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Арсененко Л. Д., Ветлугина Т. П., Корнилов А. А. Пограничные психические расстройства и система иммунитета у больных рецидивирующей герпетической инфекцией. – Т. 12. - № 4, 2006

Ахметов М. М., Шушкевич В. И. Антидепрессанты при купировании болевого синдрома. – Т. 12. - № 2, 2006

Бултачеев Ж. Ж. Распространенность основных синдромов психических расстройств в популяции насе-ления, в зависимости от половой принадлежности проживающего в Приаралье. – Т. 12. - № 3, 2006

Катков А. Л., Джарбусынова Б. Б. Комплексные характеристики общей группы субклинических проявле-ний психических и поведенческих расстройств, гипертрофированных реакций психологической адаптации по материалам эпидемиологического исследования 2003 года. – Т. 12. - № 2, 2006

Катков А. Л., Джарбусынова Б. Б. Комплексные характеристики подгруппы с невротическими, включая расстройства, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства по материалам эпидемиологическо-го исследования 2003 года. – Т. 12. - № 3, 2006

Мандель А. И., Бохан Н. А., Аболонин А. Ф., Гусев С. И., Жукова И. А. Социально-психологические детерминанты делинквентных форм поведения при аддиктивных состояниях. – Т. 12. - № 1, 2006

Сабенов Б. С., Бултачеев Ж. Ж. Особенности распределения респондентов Аральской и Кызылординской зон по профессиональному и образовательному уровню. – Т. 12. - № 2, 2006

Сабырханов А. Ж. К проблеме самоубийств - вопросы типологизации суицидоопасной популяции. – Т. 12. - № 2, 2006

Сабырханов А. Ж. Пограничные нервно-психические расстройства среди личного состава ОВД. Клинико-организационные предпосылки экспертной оценки. – Т. 12. - № 2, 2006

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Алтынбеков С. А., Бултacheев Ж. Ж. Общая характеристика медицинских последствий экологического бедствия в Приаралье. – Т. 12. - № 2, 2006

Бултacheев Ж. Ж. Особенности стрессовых воздействий при токсических катастрофах. – Т. 12. - № 2, 2006

Бултacheев Ж. Ж., Бултacheева С. Ж. Эпидемиологические и фармацевтические аспекты экологического бедствия в Приаралье. – Т. 12. - № 2, 2006

Джарбусынова Б. Б., Катков А. Л. Комплексные характеристики подгруппы с расстройствами личности и поведения по материалам эпидемиологического исследования 2003 года. – Т. 12. - № 2, 2006

Джарбусынова Б. Б. Основные характеристики подгруппы прочих психических и поведенческих расстройств по материалам эпидемиологического исследования 2003 года. – Т. 12. - № 3, 2006

Едигенова М. Б., Царенко С. А., Айтенов М. К., Нурутазенов К. М. Особенности эмоционально-волевой сферы при психиатрическом освидетельствовании лиц, поступающих в учебные заведения МВД РК. – Т. 12. - № 1, 2006

Караськова Е. А., Завьялов В. Ю. Значение тревожных расстройств в генезе нарушений ритма сердца и психотерапевтическая работа в аритмологических центрах. – Т. 12. - № 4, 2006

Катков А. Л., Джарбусынова Б. Б. Комплексные характеристики подгруппы с аффективными расстройствами по материалам эпидемиологического исследования 2003 года. – Т. 12. - № 2, 2006

Катков А. Л., Джарбусынова Б. Б. Комплексные характеристики подгруппы с психологическим дискомфортом по материалам эпидемиологического исследования 2003 года. – Т. 12. - № 3, 2006

Трубецкой В. Ф. Дистанционное обучение как технология социальной психотерапии и его использование в программах стратегической профилактики экстремизма. – Т. 12. - № 2, 2006

Тулеусаринов А. М. Нейролептики и опиаты в лечении болевого синдрома. – Т. 12. - № 4, 2006

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

Алтынбеков С. А., Бултacheев Ж. Ж. Общие сведения об экологической катастрофе районов Приаралья в Республике Казахстан. – Т. 12. - № 3, 2006

Бондарева В. В. Здоровье поддерживающий потенциал образовательного транзактного анализа. – Т. 12. - № 2, 2006

Утениязова Л. А. Организация комнаты психологической релаксации в условиях подразделения органов внутренних дел. – Т. 12. - № 2, 2006

Шарапатова К. Г. Сравнительная характеристика образа жизни и уровня здоровья подростков с поведенческими факторами риска (на примере Павлодарской области). – Т. 12. - № 3, 2006

ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

Джарбусынова Б. Б. Клинико-эпидемиологические и социальные аспекты проблемы психического здоровья (аналитический обзор литературы). – Т. 12. - № 3, 2006

ПИСЬМА

Фридрик С. Путевые записки. – Т. 12. - № 1, 2006