

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XIII

№ 1

2007

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:

Катков А. Л.

Полюс психического здоровья – проблемы идентификации (заключение)

7-25

ПСИХОТЕРАПИЯ

Авторизированная стенограмма дискуссии «Личность психотерапевта», состоявшейся 04.06.2006 г. в рамках работы VIII съезда Профессиональной психотерапевтической лиги

26-37

Любченко М. Ю., Мацевская Л. Л.

К вопросу о тактике и эффективности психотерапии психосоматических пациентов

37-41

Потапова Т. Ф.

Использование проективных методов исследования в процессе психотерапии

42-49

**Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига**

ПСИХИАТРИЯ

Алтынбеков С. А., Бултачиев Ж. Ж., Негай А. П., Абпазова Д. А., Сарсенова Р. О., Макашева Н. П., Сабенов Б. С., Шайхутдинов Д. Ф.

Клиническая структура психических расстройств, выявленных у обследованных больных Приаралья

50-52

Новикова М. Ю.

Показания для направления к детскому врачу-психиатру ПНД (райпсихиатру ЦРБ)

52-53

Новикова М. Ю.

Показания для направления к участковому врачу-психиатру ПНД (райпсихиатру ЦРБ)

53

Шахметов Б. А., Хамзамулина М. Д., Букашов Т. С.

Роль ПМСП в охране психического здоровья

53-54

Шахметов Б. А., Хамзамулина М. Д., Измаилова Н. Т.

Политика ментального здоровья в Казахстане на уровне ПМСП

55-57

Шахметов Б. А., Хамзамулина М. Д., Хамитов И. Ф.

Подходы к реформированию психиатрической службы на уровне ПМСП

57-59

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

НАРКОЛОГИЯ

Алтынбеков С. А., Шахметов Б. А.

Нейролингвистическое программирование в терапии и профилактике наркозависимости с включением феномена антинаркотической устойчивости и оптимального комфортного состояния

60-61

Тампишева Д. Р., Юсинова Б. Ж., Абдулина Г. С.

Опыт клинического применения антидепрессанта венлафаксина в терапии постабстинентных расстройств у больных героиновой наркоманией

61-66

Том XIII

№ 1

2007 год

выходит

4 раза в год

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

<i>Алтынбеков С. А., Бултачиев Ж. Ж.</i> Клинические особенности расстройств адаптации	67-70
<i>Алтынбеков С. А., Бултачиев Ж. Ж., Негай А. П., Сарсенова Р. О., Макашева Н. П., Абпазова Д. А., Сабенов Б. С., Шайхутдинов Д. Ф.</i> Результаты психодиагностического исследования клинических проявлений расстройств адаптации	70-72
<i>Кузнецов В. Н.</i> Области исследования тревоги и стресса на современном этапе (материалы XXVII конференции Общества по исследованию стресса и тревоги (STAR))	72-73

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

<i>Асанов В. А., Киселева Л. В.</i> Динамика ЭЭГ до и после удаления интрадуральной невриномы С-2 корешка спинного мозга	74-77
<i>Бултачиев Ж. Ж.</i> Индивидуально-типологические особенности в группах с различными типами расстройств адаптации	77-81
<i>Бултачиев Ж. Ж.</i> Личностно-типологические особенности больных с расстройствами адаптации	81-87
<i>Негай А. П., Бултачиев Ж. Ж., Макашева Н. П., Сарсенова Р. О., Абпазова Д. А., Сабенов Б. С., Шайхутдинов Д. Ф.</i> Варианты расстройств адаптации	88-89

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

<i>Алтынбеков С. А., Шахметов Б. А.</i> Психогигиена – как превенция социальных катастроф	90-91
<i>Бултачиев Ж. Ж.</i> Стратегии преодоления стрессовых ситуаций, предпочитаемые больными с расстройствами адаптации	91-94

ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

<i>Макаров В. В.</i> Рецензия на руководство для врачей П. И. Сидорова, А. Г. Соловьева, И. А. Новиковой / Под ред. акад. РАМН П. И. Сидорова «Психосоматическая медицина: Руководство для врачей». - М.: МЕДпресс-информ, 2006, 568 с.	95-96
<i>Резюме</i>	97-104

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

TABLE OF CONTENTS

FOUNDERS:

EDITORIAL ARTICLES

- Katkov A. L.*
Pole of mental health - problem of identification
(conclusion) 7-25

PSYCHOTHERAPY

Professional Psychotherapeutic League

- The authorized stenogram of discussion 'The Person of
psychotherapists' holded in 04.06.2006 within the
framework of the work of VIII congress of Professional
psychotherapeutic league* 26-37
Ljubchenko M. U. Matsijevskaya L. L.
To a question on tactics and efficiency of a
psychotherapy of the psychosomatic patients 37-41
Potapova T. F.
Usage of projective research techniques during
psychotherapy process 42-49

PSYCHIATRY

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

- Altynbekov S. A., Bultacheev Zh. Zh., Negay A. P.,
Abpazova D. A., Sarsenova R. O., Makasheva N. P.,
Sabenov B. S., Shaikhutdinov D. F.*
Clinical structure of mental disorder detected of
inspected sick patients of Priaral region 50-52
Novikova M. U.
The testimonies for a direction to the children's doctor -
psychiatrist (psychoneurological dispensary) 52-53
Novikova M. U.
The testimonies for a direction to the local doctor -
psychiatrist (psychoneurological dispensary) 53
Shakhmetov B. A., Khamzamalina M. D., Bukashov T. S.
Role of PMSA n protection of mental health 53-54
Shakhmetov B. A., Khamzamalina M. D., Izmailova N. T.
Policy of mental of health in Kazakhstan at a level of
PMSA 55-57
Shakhmetov B. A., Khamzamalina M. D., Khamitov I. F.
The approaches to reforming the psychiatric service at
a level of Primary medical Sanitary Aid (PMSA) 57-59

NARCOLOGY

Volume XIII № 1 2007 Published 4 times in a year

- Altynbekov S. A., Shakhmetov B. A.*
Neirolinguistic programming in therapy and prophylaxis
of drug addiction with inclusion of a phenomenon of
antinarcotic stability and optimum comfortable status 60-61
Tampisheva D. R., Yusinova B. Z., Abdullina G. S.
Experience of clinical application of an antidepressant
venlafaksin in therapy of postabstinent disorders of a
heroin addict patients 61-66
-
-

BOUNDARY PATHOLOGY

<i>Altynbekov S. A., Bultacheyev Zh. Zh.</i> Clinical features of disorders of adaptation	67-70
<i>Altynbekov S. A., Bultacheyev Zh. Zh., Negay A. P., Abpazova D. A., Sarsenova R. O., Makasheva N. P., Sabenov B. S., Shaikhutdinov D. F.</i> Results psychodiagnostic research of clinical manifestations of disorders of adaptation	70-72
<i>Kuznetsov V. N.</i> Areas of research of anxiety and stress at the present stage (materials of XXVII conference of the Society on research of a stress and anxiety (STAR))	72-73

BOUNDARY DISORDERS

<i>Asanov V. A., Kiseljova L. V.</i> Dynamics of EEG before deleting an intradural neurinoma C-2 of a root of a spinal cord	74-77
<i>Bultacheyev Zh. Zh.</i> Individually - typological features in groups with various types of disorders of adaptation	77-81
<i>Bultacheyev Zh. Zh.</i> Personal - typological features of patients with disorders of adaptation	81-87
<i>Negay A. P., Bultacheyev Zh. Zh., Abpazova D. A., Sarsenova R. O., Makasheva N. P., Sabenov B. S., Shaikhutdinov D. F.</i> Variants of disorders of adaptation	88-89

PSYCHOLOGY OF HEALTH. VALEOLOGY.

<i>Altynbekov S. A., Shakhmetov B. A.</i> Psychohygiene as a prevention of social catastrophes	90-91
<i>Bultacheyev Zh. Zh.</i> The strategies of overcoming stress situations, preferred by patients with disorders of adaptation	91-94

THE INFORMATION, BROWSES

<i>Makarov V. V.</i> The review of a manual for the doctors P.I. Sidorova, A. G. Solovjeva, I. A. Novikova / edited by Acad. RAMS P. I. Sidorova «Psychosomatic medicine: a manual for the doctors». - M.: MEDpress-inform, 2006, 568 p.	95-96
<i>Summary</i>	97-104

ПОЛЮС ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ – ПРОБЛЕМЫ ИДЕНТИФИКАЦИИ (продолжение)

А. Л. Катков

7. Институциональные реформы в сфере психического здоровья

В предыдущих разделах настоящей статьи нами были показаны возможности полноценной идентификации нормативного полюса категории «психическое здоровье». Полученные сущностные характеристики данного объемного и сложно организованного понятия позволяют определить основные направления и содержание ключевых моментов институциональных реформ, необходимых в данной сфере.

В частности, нами было показано, что в качестве главного направления институциональных инноваций должна выступать системная социальная активность в собственно нормативном векторе рассматриваемого понятия, обозначаемого нами как категория психологического здоровья.

Основным несущим стержнем данного процесса является функциональный подход, предлагаемый нами в качестве более ответственной и адекватной современным реалиям альтернативы доминирующему био-психо-социальному подходу.

Иерархия целей и задач планируемой институциональной реформы, а также общая методология их достижения выстраиваются в соответствии с метамоделью социальной психотерапии, дающей ключ к пониманию механизмов форсированного развития инновационных параметров социального порядка. Таких, как высокие уровни самоорганизующей активности (психологического здоровья) и устойчивости населения к вовлечению в основные социальные эпидемии.

В свете всего сказанного, основными социальными институтами, вовлекаемыми в реформационный процесс, будут:

- система воспитания и образования; профессиональная психотерапия, клиническая и консультативная психология, профильная социальная работа; система превентивной психиатрии и наркологии (в данном блоке по каждому из перечисленных профессиональных направлений будут представлены исследовательские центры, образовательные структуры – кафедры додипломной и последипломной профильной подготовки, практический сектор);

- институт социальных элит – интеллектуальных, культурных, политических, экономических, профессиональных;

- современные информационные системы, формирующие актуальное информационное пространство, с их инфраструктурой (компьютерные сети, радио, телевидение, пресса);

- организованные группы населения (семья, профессиональные коллективы, партии, движения, неформальные группы и т.д.), которые являются основными носителями доминирующих параметров порядка и соответствующего идиоматического контекста.

7.1. Общая стратегия и основные этапы институциональных реформ

Эффективность планирования, реализации и контроля за процессом институциональных реформ связана, в первую очередь, с наличием концептуального видения и адекватного структурирования основных механизмов формирования соответствующих уровней психического и психологического здоровья в обществе. Отсутствие или слабая проработанность названных условий чревата принципиальными ошибками в выборе основных стратегических целей и установок и, соответственно, – в подборе промежуточных и конечных индикаторов, оценивающих эффективность основных мероприятий.

В концепции функционального подхода процесс формирования психического и психологического здоровья понимается как сложное, многоуровневое взаимодействие индивида с различными социальными агентами (институтами) в агрессивной информационной среде, с использованием разнообразных информационных потоков и каналов. В данной концепции человек представлен не только как объект воздействия информационных потоков на протяжении всей жизни (стереотип предшествующих этапов формирования взглядов на здоровье), но и как субъект, активно формирующий данные информационные потоки и стимулы для собственного развития. Характер и направление такого взаимодействия может иметь преимущественно позитивный акцент (конструирование высоких уровней психического и психологического здоровья, расширение адаптационных ресурсов человека и снижение степени агрессивности среды), или, наоборот, негативный (снижение уровней психического и психологического здоровья, сокращение адаптационных ресурсов и повышение степени агрессивности среды), в зависимости от исходного уровня самоорганизующей активности профессиональных и политических элит, и, в конечном итоге, общества в целом с его основными социальными институтами.

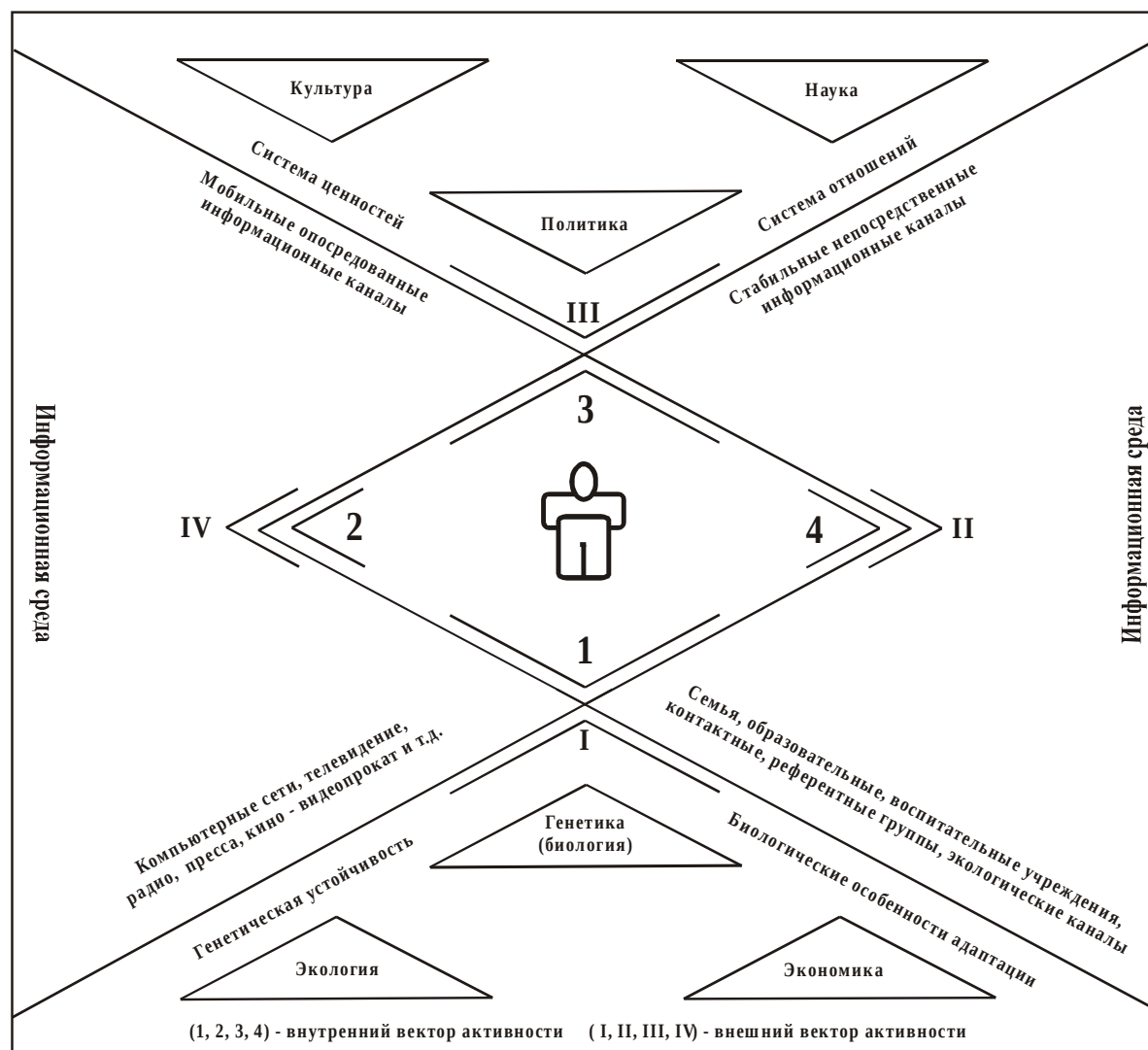
Такого рода самоорганизующая активность должна быть четко структурирована и реализована в масштабных социальных стратегиях с использованием специально разработанной системы промежуточных и конечных индикаторов измерения уровней психического и психологического здоровья. Данная

система индикаторов должна отражать тесную взаимосвязь исследуемых категорий здоровья практически со всеми проблемными сферами социальной динамики, но, в первую очередь, с масштабами и темпами распространения основных социальных эпидемий.

Общий алгоритм процессов информационного взаимодействия в аспекте активного формирования психического и психологического здоровья, учитываемый в данных социальных стратегиях, представлен на схеме 1.

Схема 1

Алгоритм взаимодействия человека с информационной средой в контексте активного формирования психического и психологического здоровья



В данной схеме внешний вектор активности (метапозиция: человек — продукт воздействия среды) обозначен римскими цифрами I, II, III, IV и представлен верхним и нижним информационными потоками с тремя блоками содержания каждый. Нижний информационный поток (I) содержит биологический (генетический), экологический и экономический блоки, ответственные за формирование генетической устойчивости, адаптационных способностей организма с опорой на биологические ресурсы. Таким образом, иллюстрируется роль данных составляющих в формировании «фактуры»

психики. Верхний информационный поток (III) представлен блоками научно-образовательной, культурной и политической активности, находящихся в сложной взаимосвязи и обеспечивающих формирование системы ценностей и отношений между различными группами населения в обществе. Таким образом, речь идет об оформлении содержательной и качественной стороны психических процессов.

Оба взаимодействующих потока образуют информационную среду, оказывающую воздействие на человека через информационные каналы. В достаточной степени условно мы выделяем две

разновидности каналов: мобильные опосредованные (II) - компьютерные сети, телевидение, радио, пресса и т.д., связанные, в основном, с конъюнктурной деятельностью агентов общего информационного рынка; и стабильные, непосредственные каналы (IV) - семья, учреждения образования, воспитания, контактные, референтные группы и т.д.. Первая группа информационных источников, способна достаточно быстро менять ориентацию и направленность, и удовлетворяет, в основном, актуальные информационные запросы поверхностного плана. Вторая группа – более стабильна, предполагает непосредственно межличностное общение, удовлетворяет информационные запросы глубинного содержания, имеющие отношение к формированию системы базисных жизненных ориентиров и ценностей.

Внутренний, приоритетный в рассматриваемой схеме, вектор активности (метапозиция: человек – начало всех вещей) в схеме 1 обозначен углами центрального ромба, заостренными в направлении основных информационных потоков и каналов (арабские цифры 1, 2, 3, 4).

Общая стратегия активного формирования высоких уровней психического и психологического здоровья в контексте функционального подхода предполагает, по крайней мере, три больших этапа реализации данной стратегии. Первый этап связан с активизацией внутреннего вектора активности и включает: мотивирующее воздействие первичных генераторов самоорганизующей активности – научных, профессиональных и политических элит – на существующие социальные институты с тем, чтобы их деятельность стала более осмысленной, эффективной и последовательной в отношении форсированного развития определенных характеристик психического и психологического здоровья; организационную деятельность по формированию обновленных социальных институтов, имеющих непосредственное отношение к процессу формирования психического и психологического здоровья в различных группах населения. Целенаправленная активность реформированных и вновь созданных социальных институтов (сюда могут входить институты профессиональной психотерапии, психологического консультирования, профильной социальной работы, обновленные образовательные и воспитательные институты и пр.), в основном через систему стабильных информационных каналов, будет оказывать постоянное конструктивное воздействие на контактные группы населения с тем, чтобы, во-первых, повысить уровень психического и психологического здоровья в данных группах, а во вторых - уровень самоорганизующей активности общества по отношению к основным блокам верхнего и нижнего информационных потоков.

Второй этап связан с активизацией конструктивного влияния внешнего вектора активности основных информационных потоков, в результате целенаправленной деятельности главных социальных институтов (основные блоки верхнего информационного потока) по формированию адекватной экологической, экономической и биологической составляющих феномена психического и психологического здоровья (нижнего информационного потока).

Наконец, третий этап реализации данного цикла связан с возможностью расширенного воспроизводства феноменов психического и психологического здоровья, включаемых в основополагающую систему ценностей свободного и ответственного за свое будущее сообщества. Поскольку, в конечном итоге, именно эти свойства и создают саму возможность свободы (независимость от внешних обстоятельств и навязанных сценариев, выступающих в качестве основы источников социальных эпидемий), и ответственности (степень осознания необходимости саморганизующей активности человека).

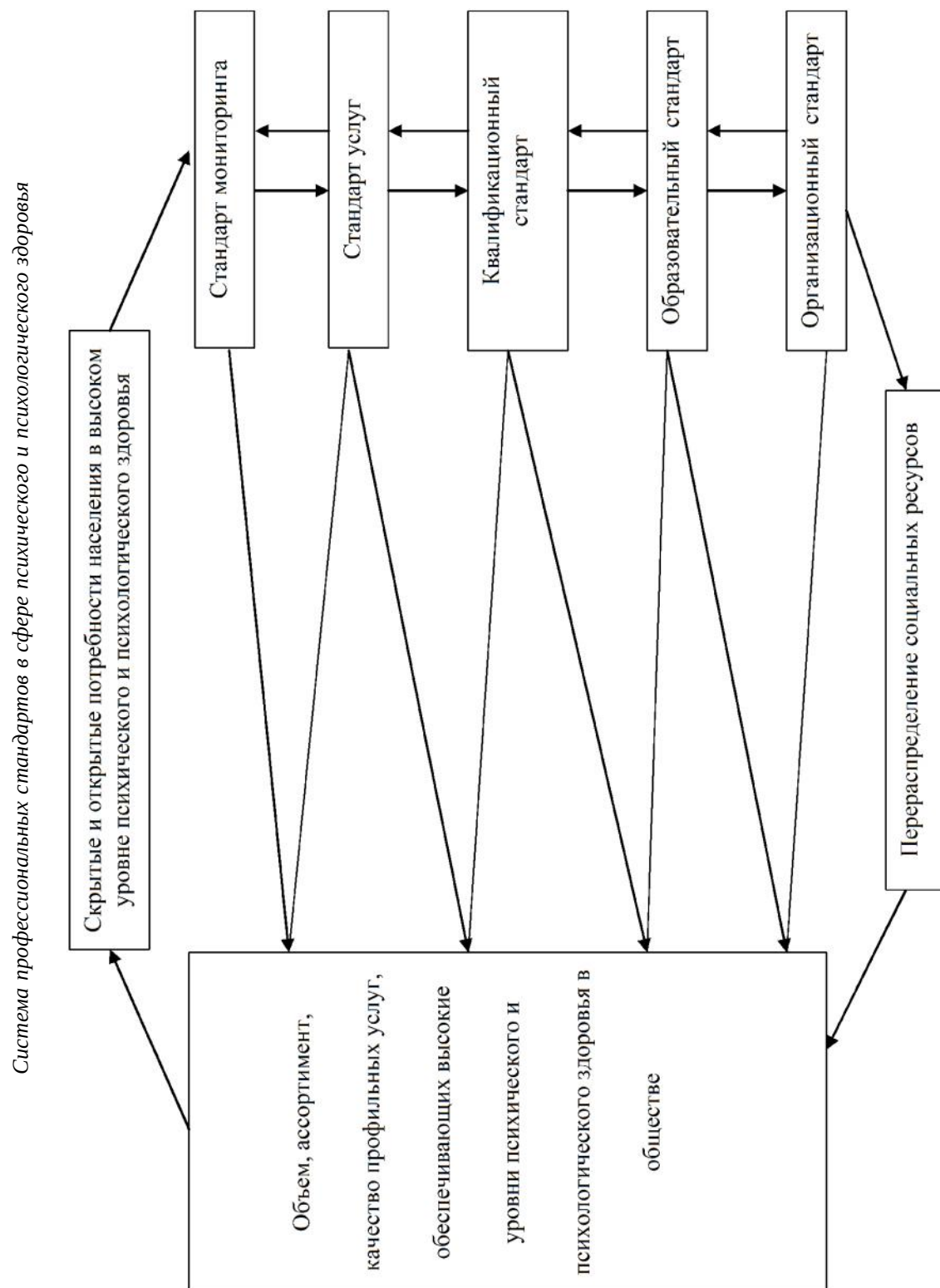
По сути дела, вышеприведенная схема демонстрирует то, каким образом и в каком направлении должны развиваться два главных агента на общем поле информационного взаимодействия – основной генератор (он же и потребитель) производимой информации - человек, а так же сама структурированная информация в аспекте ее объема, качества, и основных каналов доставки до потребителя.

Ключевым моментом обсуждаемой стратегии, в свете всего сказанного, является диверсификация профильных услуг, производимых в первую очередь консолидированными профессиональными элитами и дееспособными социальными институтами, что собственно и является основным импульсом к изменению качества и основного вектора воздействия соответствующих информационных каналов.

7.2. Система профессиональных стандартов в сфере психического и психологического здоровья

Проблема качественного и объемного преобразования вышеуказанного сектора услуг с переносом основного вектора активности из медицинского (полюс болезни) в общегуманитарный (полюс здоровья) социальный сектор с неизбежностью приводит к необходимости разработки полного комплекса профессиональных стандартов, являющегося основным инструментом повышения эффективности деятельности традиционных и вновь создаваемых социальных институтов.

На схеме 2 отображена общая структура и характер системного взаимодействия профессиональных стандартов в сфере психического и психологического здоровья. Из приведенной схемы следует, что, во-первых, все поименованные профессиональные стандарты соотносятся друг с другом по принципу взаимозависимости и взаимобусловленности.



Данный комплекс должен включать стандартную программу многокомпонентного мониторинга состояния и уровня психического и психологического здоровья населения, оцениваемых в информационных, социальных, психологических, медицинских, экономических и других специальных параметрах.

Названная программа позволит достаточно точно определять потребности населения в профильных услугах, оценивать эффективность профессиональных усилий по формированию высоких уровней психического и психологического здоровья в различных группах населения.

Следующим важнейшим компонентом системы профессиональных стандартов является стандарт услуг, понимаемый достаточно широко. Речь идет, в первую очередь, об информационных услугах и технологиях форсированного индивидуального и социального развития, которые должны быть адекватно дифференцированы по профилям функциональной активности основных агентов социального сектора, имеющих непосредственное или опосредованное отношение к проблемам активного формирования психического и психологического здоровья.

Основные характеристики следующего, квалификационного стандарта обусловлены широтой ассортимента и требованиями по качеству исполнения профильных услуг, сформулированными в предшествующей группе профессиональных стандартов. Одним из основных разделов квалификационного стандарта является базис профессиональных спецификаций, дифференцированных по каждому учитываемому профилю, медицинскому или гуманитарному (психиатрическому, психотерапевтическому, наркологическому профилю, клинической, консультативной психологии, социальной работы, социальной педагогики и другим). Таким образом, формируется общий реестр специальностей, имеющих непосредственное отношение к проблемам формирования психического и психологического здоровья. Другим основным разделом рассматриваемого стандарта является собственно квалификационные требования (знания, навыки), разработанные по каждой из поименованных в данном реестре специальностей. В соответствии с разработанной метамоделью социальной психотерапии ключевым требованием к квалификации специалистов в сфере психического и психологического здоровья является не только приобретение соответствующих знаний – умений – навыков, но и сформированность высоких уровней психологического здоровья. В совокупности, данные качества специалиста должны обеспечивать наиболее благоприятные условия развития индивида или группы в модели универсальной двухуровневой коммуникации.

Четвертым компонентом в общей группе системно-развивающих профессиональных стандартов является блок образовательных программ (стандартов) додипломной и последипломной подготовки специалистов утвержденного реестра. Основное

требование, предъявляемое к профильным образовательным программам – их принципиальное соответствие стандарту услуг и квалификационному стандарту специалистов, действующих в сфере психического и психологического здоровья. Таким образом, и в данном звене прослеживается тесная взаимозависимость с основными группами профессиональных стандартов.

Пятым компонентом в данной системе является стандарт организации как традиционных, так и вновь создаваемых социальных институтов, специализированных служб, имеющих отношение к проблемам формирования психического и психологического здоровья.

Рассматриваемая группа профессиональных стандартов представлена, как минимум, на четырех нормативно-правовых уровнях: национальных законов и программ, межведомственных программ и приказов, ведомственных программ и приказов, специальных инструкций и положений, касающихся деятельности каких-либо специализированных служб или организаций.

Соответственно, поименованные документы должны формировать наиболее благоприятный нормативно-правовой и организационный контекст для развития всего комплекса услуг в сфере психического и психологического здоровья населения.

Эффективность каждого социального сектора, ответственного за реализацию конкретного фрагмента общей стратегии активного формирования высоких уровней психического и психологического здоровья в обществе, будет оцениваться соответствующими индикативными показателями, заложенными в общую программу мониторинга психического и психологического здоровья.

Таким образом, круг основных групп рассматриваемого системного стандарта замыкается, приобретая качество целостности и самодостаточности. А социальный сектор получает наиболее эффективный и дееспособный инструмент развития общего профессионального поля в сфере психического и психологического здоровья. Что и является главной целью настоящего стандарта.

7.3. Стартовые условия для проведения институциональных реформ в сфере психического и психологического здоровья населения

В серии исследований, проводимых в 2003-2006 гг. в Республике Казахстан, нами изучались исходные условия для проведения профильных институциональных реформ. Проводился экспериментальный мониторинг состояния психического и психологического здоровья населения Республики Казахстан (А. Л. Катков, Б. Б. Джарбусынова, 2004-2006). Исследовалась система профессиональных стандартов, действующих в данной сфере (А. Л. Катков, Г. Х. Айбасова, 2004; А. Л. Катков, С. А. Алтынбеков, 2004).

7.3.1. В первом случае нами использовалась специальная методология эпидемиологических исследований. Среди общей выборки ($n = 7997$), с помощью

специально разработанного опросника, определялись страты с высоким, средним и низким уровнями психического и психологического здоровья. Следует отметить, что используемая методология была ориентирована, прежде всего, на идентификацию тех параметров психологического здоровья, которые имеют выраженную антагонистическую динамику по отношению к признаку вовлечения в основные социальные эпидемии. Другой существенной особенностью было то, что трехуровневое ранжирование рассматриваемых категорий здоровья носило предельно прагматический характер: низкий уровень означал наличие показаний к специализированной (психиатрической, психотерапевтической, психологической) помощи; средний уровень – показания к системной профилактической помощи;

высокий уровень – отсутствие показаний к какой-либо профильной помощи.

С учетом основной тематики настоящего сообщения нас интересовали результаты, полученные в отношении распределения дифференцируемых уровней психического и психологического здоровья. А также – сведения о реальном распространении наркотической зависимости и антагонистических признаков устойчивости к вовлечению в данную социальную эпидемию среди исследуемой популяции, полученные в ходе реализации второй фазы исследовательского проекта.

В таблице 1 приведены данные о распределении высоких, средних и низких уровней психического здоровья среди населения РК.

Таблица 1

Распределение уровней психического здоровья среди населения РК 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 данных, представленных в таблице 1 следует, что высокий уровень психического здоровья распределен среди 28,7% населения; средний уровень – среди 61,4%; низкий уровень психического здоровья обнаруживается у 9,9% населения. В целом, эти данные согласуются с результатами многих эпидемиологических исследований, устанавливающих истинную распространенность психических расстройств среди населения в различных регионах мира.

По всем основным исследуемым параметрам (гендерным, возрастным, образовательным, уровню доходов, семейному статусу, профессиональному

статусу, этнической принадлежности, географической принадлежности, уровню соматического здоровья, степени заинтересованности собственным здоровьем, степени выраженности позитивных установок, характеру социальной динамики, скорости адаптации, степени религиозности, степени вовлечения в зависимость от психоактивных веществ) идентифицированные группы с высоким, средним и низким уровнями психического здоровья имели достоверные и существенные отличия.

В таблице 2 приведены данные о распределении высоких, средних и низких уровней психологического здоровья среди населения РК.

Таблица 2

Распределение уровней психологического здоровья среди населения РК 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 данных, приведенных в таблице 2, следует, что высокий уровень психологического здоровья распределен среди 4,7% населения РК; средний уровень – среди 81,4%; низкий уровень психологического здоровья представлен среди 13,9% населения РК. Полученные данные свидетельствуют о

существенных различиях в распределении уровней психологического здоровья среди населения РК. Общий дифферент различий в данном случае существенно более выражен, чем при распределении уровней психического здоровья. Так, показатель соотношения распределения высокого и среднего

уровней психологического здоровья составляет 17,3 (2,14 для соответствующих уровней психического здоровья); показатель соотношения среднего и низкого уровней психологического здоровья составляет 5,8 (6,2 для соответствующих уровней психического здоровья); показатель соотношения высокого и низкого уровней психологического здоровья составляет 2,95 (2,9 для соответствующих уровней психического здоровья). Таким образом, дифференциал различий наиболее выражен для первой и последней группы соотношений (в последнем случае для сравниваемых уровней психологического здоровья данное соотношение было отрицательным, для соответствующих уровней психического здоровья – положительным).

По всем основным исследуемым параметрам идентифицированные группы с высоким, средним и низким уровнями психологического здоровья имели достоверные и существенные различия.

Специальный анализ межкатегориальной (анализируется интенсивность факторных различий между соответствующими уровнями психического и психологического здоровья) и внутрикатегориальной (анализируется интенсивность факторных различий в исследуемых уровнях какой-либо одной категории

– психического или психологического здоровья) факторной активности показал, что наибольшие различия рассматриваемых категорий здоровья сосредоточены в скорости и особенностях реагирования на социальную ситуацию.

В отношении социально-значимых факторов, являющихся предикторами социальных эпидемий бедности, религиозного фанатизма и экстремизма, наркозависимости и т.д., отмечается значительно более выраженная вовлеченность категории психологического здоровья, чем психического. Что, в частности, подтверждает наш главный тезис о необходимости основного акцента в соответствующих профилактических стратегиях на форсированное развитие высоких уровней психологического здоровья.

Полученные результаты практически полностью подтверждаются данными по изучению реального уровня распространения наркотической зависимости. В таблице 3 отражены сведения относительно процентного распределения среди населения Республики Казахстан наркотической зависимости, группы риска и группы с признаками пассивной и активной устойчивости к вовлечению в наркотическую зависимость.

Таблица 3

Распространенность наркотической зависимости среди населения РК по данным эпидемиологических исследований 2003 года (n=7997)

	всего	пол	
		мужской	женский
Наркозависимые	1,7	3,2	0,5
Группа риска	11,0	19,4	4,7
Группа пассивно-устойчивых	27,3	25,9	28,5
Группа активно устойчивых	60,0	51,5	66,3

Из данных, приведенных в таблице 3, следует, что:

- зависимые от наркотиков составляют 1,7% населения РК (в основном, подростки и молодежь);

- лица с низким уровнем психологического здоровья, низкой степенью устойчивости к вовлечению в наркотическую зависимость - до 11% населения (в основном, представители восходящего поколения - подростки, молодежь), входящие в группу риска по данному профилю;

- лица с достаточно высоким уровнем психологического здоровья и устойчивостью к вовлечению в наркотическую зависимость, но пассивной позицией в отношении распространения зависимости от ПАВ в обществе - до 27% населения (в основном, представители доминирующего поколения);

- лица с высоким уровнем психологического здоровья и устойчивости к вовлечению в наркотическую зависимость, активной позицией в отношении распространения зависимости от наркотиков и других психоактивных веществ - до 60% населения (в

основном, представители доминирующего и нисходящего поколения).

Попутно выяснилось, что информация о наркотиках и других психоактивных веществах, «продвигаемая» различными контактными аудиториями и СМИ, действует на представителей каждой из поименованных групп по-разному (Катков А.Л., Космухаметова Ж., Россинский Ю.А., 2003):

- информация о необычном эйфоризирующем, стимулирующем, релаксирующем действии наркотика не вызывает интереса и не оказывает какого-либо влияния на поведение групп населения с пассивной и активной устойчивостью к вовлечению в наркотическую зависимость, высоким уровнем психологического здоровья. В то время как информация о несомненном вреде наркопотребления, возможных путях вовлечения в зависимость и способах защиты двумя последними группами населения активно ассимилируется и воспроизводится в поведении. В отношении сведений о возможности

уголовного преследования наркопотребления, распространения наркотиков, данные группы населения достаточно индифферентны в личном плане, однако в социальном плане представители последней группы активно обсуждают эти и другие возможности пресечения незаконного наркооборота и вовлечения в орбиту зависимости все большего числа граждан;

- информация о свойствах ПАВ, в первую очередь, наркотиков, вызывает заинтересованность и желание испытать необычные ощущения у представителей двух первых групп населения. Однако вторую, более многочисленную группу, удерживает от пробы наркотика, продолжения наркопотребления, если эта проба уже состоялась, информация о вредных последствиях и, возможных репрессиях в связи с употреблением или распространением наркотиков.

Таким образом, практика затрудненного доступа к наркотическим веществам, репрессий в отношении наркопотребителей и распространителей наркотиков с широко рекламируемыми запретительными мероприятиями эффективна лишь в отношении 10-12% населения. Барьер социально - неодобряемого поведения в отношении наркопотребления, пока что, преодолевает до 2% населения с низким уровнем психологического здоровья и устойчивости к вовлечению в орбиту наркотизма. Полученные по данному фрагменту результаты указывают на то обстоятельство, что более конструктивным способом решения проблемы является форсированное развитие свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости в группе зависимых от наркотиков и других ПАВ (интенсивные неоабилитационные практики), а также в группе риска по данному профилю (масштабная социальная психотерапия). Следовательно, основная активность и имеющиеся ресурсы социального сектора в значительной степени должны быть переориентированы из полюса, формирующего запретительную информационную среду и соответствующую направленность мобильных информационных каналов, в полюс форсированного развития свойств психологического здоровья — антинаркотической устойчивости и адекватной направленности стабильных информационных каналов. Соответственно, системная реформа, предусматривающая данные инновации, должна быть реализована, как в сфере здравоохранения (наркологическая помощь населению), так и в других институтах социального сектора.

В общем итоге данный исследовательский фрагмент показывает более чем значительный масштаб проблемы психического и психологического здоровья в Республике; демонстрирует тесную взаимозависимость низких уровней психологического здоровья с основными социальными эпидемиями; свидетельствует о необходимости дифференцированной социальной активности в данном секторе, сопоставимой по всем масштабам и привлекаемым ресурсам с реальными контурами

проблемы психического и психологического здоровья в социуме. В совокупности с данными об экономических потерях, несомых обществом в связи с ухудшением ситуации с рассматриваемой сфере (см. раздел 6 в предыдущих публикациях), приведенные сведения показывают беспрецедентный объем открытой и, главным образом, скрытой потребности населения в многопрофильной профессиональной помощи.

Приведенный материал представляет лишь некоторые параметры программы многоуровневого мониторинга психического и психологического здоровья населения (первый компонент в системе профессиональных стандартов). Однако и этих сведений достаточно для того, чтобы оформить ясный сигнал политическим и иным элитам о необходимости системных реформ в сфере психического и психологического здоровья, а также – сформировать стартовый эталон профессиональных стандартов в данной сфере.

7.3.2. Такие эталоны профессиональных стандартов нами были разработаны для профильных служб системы здравоохранения. Ниже приводятся некоторые данные по исследованию действующих стандартов оказания психиатрической; психотерапевтической и медико-психологической помощи, в сравнение с разработанными эталонами. Эти сведения также отражают стартовую ситуацию в сфере профильных институциональных реформ.

При анализе существующей модели мониторинга, было установлено, что по параметру целевых групп из 6 охвачено 3; по параметру целей и задач выявлено существенное расхождение целей действующей модели мониторинга с рекомендуемой, из 5 задач данного параметра в неполном объеме выполняются 3. При исследовании параметра базисных элементов и содержания основных разделов выявлено, что из 4 основных профилей, предусматриваемых эталонным стандартом, в действующем стандарте профиль государственной активности в сфере собственно психического здоровья населения представлен крайне незначительно. Три других профиля: профиль определения масштаба проблемы психического здоровья и реального уровня распространения психических расстройств; профиль основных характеристик процесса деятельности служб психического здоровья; профиль основных характеристик результата деятельности служб психического здоровья - представлены частично. Таким образом, получает подтверждение тезис о несостоятельности исследуемого стандарта мониторинга в отношении важнейшей функции – связующего моста и обратной связи между основными агентами, действующими в социальной сфере РК, и службами психического здоровья. Кроме того, в рассматриваемой схеме в должной степени не дифференцированы региональные (район, город, область, республика) и профессиональные (психиатрическая, психотерапевтическая, медико-психологическая

службы) аспекты получаемой информации. По параметру планируемых результатов из двух групп результатов, предусмотренных в разработанной модели стандарта, ни одна не достигается. По параметру инструментов и критериев оценки результатов внедрения стандарта мониторинга из трех рекомендуемых групп ни одна не представлена.

При анализе действующей модели стандарта услуг было установлено, что по параметру целевых групп из трех основных групп модели рекомендуемого стандарта, действующим стандартом услуг охвачена одна; по параметру целей и задач отмечается существенное расхождение целей действующего стандарта услуг с целями рекомендуемой модели, из четырех задач действующим стандартом услуг выполняются лишь две. При анализе параметра базисных элементов и содержания основных разделов стандарта услуг выявлено, что из рассматриваемых служб психического здоровья, система психотерапевтической помощи по ассортименту и объему реализуемых услуг является наименее состоятельной. Система психиатрической помощи – относительно более состоятельной. Система медико-психологической помощи занимает промежуточное положение. При анализе параметра планируемых результатов стандарта услуг было выявлено из 7 групп результатов разработанной модели, действующим стандартом в неполном объеме достигается одна. По параметру инструментов и критериев оценки результатов использования стандарта услуг из четырех групп инструментов и оценочных критериев в неполном объеме используется лишь одна группа. Полученные данные свидетельствуют о том, что наиболее дефицитарным является сектор первично-профилактических услуг, направленных на повышение уровня психического и психологического здоровья населения РК. Далее, в данном перечне, следует сектор третично-профилактических услуг, направленных на повышение качества жизни лиц с психическими и поведенческими расстройствами. Наиболее дефицитарными профессиональными профилями оказания услуг (соответственно, наиболее востребуемые населением), являются психотерапевтический, медико-психологический и профиль социальной работы.

При анализе действующего квалификационного стандарта специалистов, занятых в службах психического здоровья РК, по параметру определения целевых групп выявилось, что их двух целевых групп, предусмотренных разработанной моделью, действующим стандартом лишь одна группа охватывается в минимальной степени. По параметру целей и задач отмечается существенное расхождение целей рекомендуемой и действующей модели квалификационного стандарта. Из пяти задач, сформулированных в разработанной модели, действующим стандартом в неполном объеме выполняются две. При анализе параметра базисных элементов и содержания основных разделов квалификационного

стандарта исследовались две составляющие данного параметра – стандарт профессиональной спецификации и собственно квалификационный стандарт. Сопоставление процентного отношения дефицитов соответствия фактического уровня представленности профессиональной спецификации в службах психического здоровья РК (секторы первичной, вторичной, третичной профилактики) современным требованиям показывает, что наиболее выраженный дефицит присутствует в секторе первичной профилактики – 77,78%. Далее следует сектор третичной профилактики – дефицит 46,15%. На третьем месте сектор вторичной профилактики – дефицит 43,28%. Полученные данные свидетельствуют о том, что основные усилия по подготовке профессионалов служб психического здоровья ориентированы на сектор вторичной профилактики – диагностику и лечение психических расстройств. Вопросам качества жизни психически больных, обеспечиваемого профессионалами, действующими в секторе третичной профилактики, а также проблемам формирования высоких уровней психического здоровья в обществе (сектор первичной профилактики) уделяется существенно меньше внимания. Данная интерпретация в полной мере согласуется с распределением дефицитов по врачебно-психиатрическому (33,33%), психотерапевтическому (53,85%), медико-психологическому профилю (59,1%), профилю социальной работы (66,66%). То есть, чем более профессиональный профиль ориентирован на первичную профилактику и повышение качества жизни клиентов служб психического здоровья, тем менее данный профиль фактически представлен в соответствующих службах. При анализе собственно квалификационной составляющей рассматриваемого параметра (квалификационных характеристик специалистов, действующих в службах психического здоровья, представленных в соответствующих программах додипломной и последипломной подготовки, в должностных инструкциях, разрабатываемых в учреждениях рассматриваемого профиля) было выявлено, что действующие квалификационные требования составлены без учета фактической профессиональной спецификации. Они ориентированы на профессиональные профили и не дифференцируются в соответствии с классами и специализациями данных профилей. По имеющимся материалам фактически представлено 7 вариантов квалификационных характеристик по психиатрическому профилю (18 – в модели рекомендуемого стандарта, дефицит 61,11%); 4 варианта квалификационных характеристик по психотерапевтическому профилю (15 – в модели рекомендуемого стандарта, дефицит 73,33%); 2 варианта аналогичных характеристик по медико-психологическому профилю (23 – в модели рекомендуемого стандарта, дефицит 95,65%); 1 вариант квалификационных характеристик по профилю социальной работы (6 – в модели рекомендуемого стандарта, дефицит 83,33%). По параметру

планируемых результатов реализации квалификационного стандарта было выявлено, что из 4-х групп результатов, приведенных в рекомендуемой модели, в неполном объеме достигается лишь одна. По параметру инструментов и критериев оценки результатов использования квалификационного стандарта из двух групп оценочных инструментов и критериев ни один не используется. Полученные по данному исследовательскому фрагменту данные свидетельствуют, во-первых, о слабой разработанности нормативной базы в области квалификационных стандартов специалистов, действующих в службах психического здоровья. Во-вторых, об отсутствии системного взаимодействия между двумя группами квалификационного стандарта: - стандарта профессиональной спецификации и стандарта собственно квалификационных требований. В-третьих, по результатам настоящего исследовательского фрагмента можно сделать вывод о слабой системной взаимосвязи между образовательным стандартом (стандартом образовательных программ) и квалификационным стандартом.

При анализе действующего образовательного стандарта (стандарта образовательных программ в сфере додипломной и последипломной подготовки профильных специалистов) по всем анализируемым параметрам был установлен существенный дефицит как в области целеполагания, объема спецификации и качества реализуемых образовательных программ, так и по параметрам планируемых результатов, и критериев их оценки. Кроме того, был установлен факт тотального дефицита образовательных программ в сфере специальной подготовки научно-педагогических кадров.

При анализе организационного стандарта по параметру определения целевых групп было установлено, что из трех целевых групп, предусмотренных разработанной моделью, действующим стандартом охвачены две. По параметру определения целей и задач установлено существенное расхождение целей рекомендуемой модели и действующего стандарта. Из пяти задач, предусмотренных разработанной моделью, действующим стандартом выполняются три. При анализе параметра базисных элементов и содержания основных разделов организационного стандарта выявлено, что структура, основные организационные технологии, штаты исследуемых служб психического здоровья, также как и действующая нормативная база, не соответствуют современным требованиям. Таким образом, не выполняется и задача по привлечению необходимых материально-технических и кадровых ресурсов, необходимых для производства требуемого ассортимента услуг. По параметру планируемых результатов из трех групп результатов разработанной модели, действующим стандартом в ограниченном объеме достигается один. По параметру инструментов и критериев оценки было выявлено, что действующим организационным стандартом использование

основного оценочного инструмента, предписываемого рекомендуемой моделью, не предусмотрено.

Общим итогом, по настоящему исследовательскому фрагменту выявляется очевидный акцент в действующей системе профессиональных стандартов на проработку вопросов оказания специализированной помощи лицам с выраженными психическими и поведенческими расстройствами, и тотальный дефицит профессиональных нормативов в плюсе собственно психического и психологического здоровья.

В целом же, анализ стартовых условий для реализации институциональных реформ в рассматриваемой сфере показывает, с одной стороны, их более чем насущную необходимость, а с другой – отсутствие благоприятных нормативно-правовых условий, способствующих успешному старту.

7.4. Основные направления реализации институциональных реформ

В свете всего сказанного основными направлениями реализации всего комплекса институциональных реформ в сфере психического и психологического здоровья являются:

- научно-информационное (подготавливающее концептуальную базу и полный объем необходимых инновационных программ);
- нормативно-правовое (обеспечивающее максимум благоприятных условий для прохождения всех планируемых этапов институциональной реформы);
- образовательное (обеспечивающее подготовку необходимого количества профессионалов, в том числе профессионалов научно-педагогического профиля);
- инновационно-технологическое (организационное);
- финансово-экономическое (обеспечивающее формирование цивилизованного рынка здоровья с естественными приоритетами в сфере психологического и психического здоровья).

При этом понятно, что инициация и успешная реализация, по крайней мере, первых четырех направлений будет зависеть от консолидированного профессионального ядра, осознающего и принимающего на себя ответственность по формированию высоких уровней психического и психологического здоровья в обществе.

Последнее – финансово-экономическое направление институциональных реформ в значительной степени является производным от первых четырех, поскольку речь идет не только о формировании соответствующих медико-экономических стандартов оказания профильной помощи, но, также, и о становлении особого социального института – цивилизованного рынка здоровья.

Использование термина «рынок» для обозначения новой структуры социальных отношений в сфере психического и психологического здоровья здесь вполне уместно, ибо суть этих новых отношений предполагает наличие механизмов экономического

стимулирования соответствующей инновационной деятельности. Причем, данная деятельность реализуется в тех условиях, когда возможно выведение стоимостных значений для категорий психического и психологического здоровья, и, соответственно, определение объемов экономических потерь, несомых обществом, в связи со снижением уровня рассматриваемых категорий здоровья.

По своему информационному потенциалу и возможностям капитализации данный рынок (мы в этом совершенно уверены) может превосходить современные рынки энергоносителей и космических технологий.

Мы полагаем, что структура этого сложного, наукоемкого социально-экономического феномена – рынка здоровья – будет складываться из компонента собственно информационных, консультативных, развивающих, диагностических, профилактических, лечебных, реабилитационных, ресоциализационных и других услуг, представляемых непосредственно населению (первичный рынок услуг). Компонента услуг по подготовке профессионалов, действующих в сфере психического и психологического здоровья (вторичный рынок образовательных услуг). А также – компонента разработки новых развивающих и других технологий, и проведения соответствующих научных исследований (третичный рынок наукоемких технологий в сфере психического и психологического здоровья). Соответственно, доля каждого научного и образовательного компонента, в той или иной степени используемого при подготовке и тиражировании определенного вида услуг, будет учитываться в стоимости конечного продукта и формировать потоки, финансирующие развитие вторичного и третичного рынка информационных услуг и технологий.

8. Идиоматический контекст метамоделей социальной психотерапии

Обновленный идиоматический контекст, в поле которого реализует свои основные жизненные задачи доминирующее поколение, является одной из самых главных, и, в некотором смысле, результирующей составляющей метамоделей социальной психотерапии.

С точки зрения современной социологической науки (Г.Лебон, Г.Тард, С.Московичи) данный метаинформационный контекст представляет собой весьма сложный социальный феномен, складывающийся в результате взаимовлияния существующих культурных и конфессиональных традиций, научных взглядов и обывательских представлений на природу того, кто есть человек и каково его место в современном мире. В этих стихийно складывающихся информационных конгломератах формируются корни первичной социальной морали – негласного кодекса правил, дающих четкие представления о добре и зле, о том, что хорошо и что плохо в поведении человека, проживающего свою жизнь в привычном социальном окружении.

Степень влияния этого «сухого остатка» интеллектуальной и культуральной активности социума на конкретного индивида – представителя восходящего поколения – чрезвычайно велика, поскольку именно за счет этих простых и понятных любому человеку истин (идиом) закладываются и реализуются соответствующие жизненные сценарии. И далее эти, часто неосознаваемые, сценарные планы могут формировать судьбу целых поколений.

Таким образом, актуальный идиоматический контекст выполняет важнейшую функцию формирования глубинных параметров социального порядка, структурирующих активность восходящего и доминирующего поколений.

Сущностная же миссия идиоматического контекста, прежде всего, ресурсная. Актуальные идиомы, как следует из всего сказанного, формируют опорную систему координат современного человека, уменьшая степень его экзистенциальной неопределенности и, соответственно, уровень базисной тревоги. В структуре идиоматического контекста ведется поиск несущих жизненных смыслов, обеспечивающих ресурсный статус и конструктивную социальную мотивацию индивида. Наконец, в кризисных ситуациях усвоенные правила – идиомы подсказывают простые и эффективные пути поиска дополнительных психологических ресурсов, необходимых для успешного преодоления очерченных по времени кризисов, либо для относительно комфортного существования в условиях постоянно-агрессивной кризисной среды. О сверхактуальности обозначенной ресурсной миссии идиоматического контекста говорить даже и не приходится, поскольку знаменитая максима: «жизнь – тяжела, человек – слаб» справедлива на все времена, и не только для маргинальных слоев населения.

Основные тезисы анализа кризисного противостояния двух полярно-противоположных идиоматических систем, координирующих бытие современного человека – иррациональный и рациональный, нами приводятся в разделе 5 публикуемой статьи. В нижеследующих разделах настоящего сообщения мы останавливаемся на некоторых, практически значимых аспектах данного конфликта. А также на описании главных характеристик обновленной системы координат, преодолевающей ограничения иррационального и узко-рационального взгляда на реальность.

8.1. Идея Нового Времени как основа обновленного идиоматического контекста

Структурно-феноменологический анализ комплекса актуальных идиом показывает, что в данном информационном контексте всегда присутствует центральная системообразующая идея, выполняющая основную ресурсную миссию, и являющаяся матрицей для относительно более простых идиом следующего порядка, – например, идея Бога в иррациональном, и идея науки в рациональном взгляде на реальность.

В качестве такой главной конструкции обновленного идиоматического контекста мы представляем

идею Нового Времени, целительный и ресурсный потенциал, который, с нашей точки зрения, в большей степени соответствует современному социальному запросу.

Общие контуры понятия Нового Времени следующие.

В первую очередь, понятие Нового Времени в событийно-фактологическом плане невозможно соотносить с каким-либо определенным историческим этапом, ибо Новое Время наступает тогда, когда приходит новое понимание времени как весьма субъективного способа структурирования реальности (ее объектно-предметных и закономерных характеристик). Вместе с тем, социальные последствия доминирования обновленного взгляда на феномен времени (а значит и на подвижную структуру реальности) могут быть весьма значительными.

В позитивно-утвердительно-ключе идея Нового Времени представляет собой доминирование нового способа репрезентации реальности с использованием методологии кольцевого научного архетипа. В качестве основного инструмента изменения структуры реальности данная методология предполагает подвижные параметры фиксируемого импульса изменений (ФИИ) – фундаментальной характеристики функции сознания, или виртуальные аналоги данного процесса, воспроизводящие пластичную активность сознания с конструированием объемных квантов времени и репрезентацией многомерной реальности. Новый тип рациональности, возникающий на данной основе, теперь уже с использованием «легальных» мыслительных механизмов, способен вмещать доселе неуловимые, внесознательные суперресурсные инстанции психического, обозначаемые как душа, дух, Бог. Отсюда выводятся возможности адекватного совмещения противоречивых систем координат современного человека, с обретением им полноценного ресурсного статуса. Открывается перспектива разработки универсальной системы фундаментальных допущений, преодолевающей ограничения келейных (ограниченно-рациональных, иррациональных) взглядов на мир, изживших себя архетипов научного мышления.

Далее, рассматриваемое понятие не имеет ничего общего с социологическими теориями, характеризующими как современный этап развития общества, так и ближайшие или отдаленные футурологические перспективы («Постиндустриальное общество» Даниэля Белла; «Третья волна» Олвина Тоффлера; «Электронное общество» Герберта Мак-Люэна; «Информационное общество» Эшидо Масуды и т.д.), поскольку по своим внутренним характеристикам идея Нового Времени прямо противоположна встроенному в вышеприведенные социальные формации одномерному и уплощенному представлению о времени и реальности, способу бытия с опорой на противоречивые системы координат (рациональную, иррациональную), и конфронтационные модели фундаментальных допущений, лежащих в их основе.

По своим внешним характеристикам (последствия тяжелого схизиса между одномерно-фактологической и ресурсной составляющей бытия современного человека в виде разрастания социальных эпидемий наркомании с сопутствующим ВИЧ/СПИДом, преступности, терроризма, религиозного экстремизма и других «флагов» социальных катастроф) идея Нового Времени являет собой, противоположный современному, социальный вектор тенденционности. Это же касается и основных экономических стимулов, обеспечивающих соответствующую социальную динамику. Концепция Нового Времени обосновывает преобладающую экспансию рынка здоровья, в частности, психологического здоровья, и технологий, обеспечивающих форсированное развитие и поддержание его высоких уровней (а не рынка энерго-информационных носителей и линейной информации, как это декларируется в поименованных социальных теориях).

Наиболее значимыми социальными последствиями доминирования обновленного взгляда на реальность и нового типа рациональности является возможность формирования новых параметров порядка, исключающих спекуляцию на иррациональном, с одной стороны, и дающих максимальные ресурсные возможности для реализации конструктивных жизненных сценариев – с другой. Идея Нового времени, не будучи очередной социальной утопией, лишена какой бы то ни было необоснованной идеологической нагрузки и амбиций. Спокойный голос идеи Нового Времени ничто не декларирует и ни к чему не призывает. Он лишь прямо указывает на тот факт, что одна из двух величайших, по выражению Иммануила Канта, загадок человечества – нравственный закон внутри нас – имеет более чем солидные основания, которые, отныне, можно не только пророчить или смутно чувствовать, но и знать, а это многое меняет.

8.2. Эвристический и терапевтический потенциал обновленного идиоматического контекста

Идея Нового Времени, в соответствии с обновленным типом фундаментальных допущений, лежащего в ее основе, имеет двойственную, неконфликтную (что очень важно!) эвристичность – как в смысле формирования собственно научно-инновационных оснований того, что именуют реальностью, так и в плане инновационного обоснования и соответствующей трансформации тех несущих идиом иррациональной системы координат, терапевтический и ресурсный потенциал которых не исчерпан.

Последний тезис мы проиллюстрируем на примере инновационной (в духе кольцевого научного архетипа) трансформации двух основополагающих конструкций иррационального полюса – идеи личного бессмертия и грядущего апокалипсиса (конца света).

Функциональный смысл идеи личного бессмертия понятен – таким образом, блокируется пик экзистенциальной тревоги (если не сказать - паники) в

отношение неизбежного и отнюдь не абстрактного финала жизненного пути каждого человека.

Однако то, каким образом рассматриваемая идея представлена в существующих иррациональном и рациональном идиоматических контекстах, наглядно показывает ограниченный ресурсный потенциал данных конструкций по отношению к экзистенциальным проблемам современного человека.

В иррациональной системе координат идея личного бессмертия представлена смутно, неопределенно и бездоказательно. В частности, утверждается, что бессмертной является душа человека, и не его личность. Но что же, тогда, есть душа; обладает ли она памятью о прожитой жизни; а если – нет, то какой смысл в бессмертном статусе данной инстанции; каким образом понятие вечности, где будто бы пребывает бессмертная душа, соотносится с понятием времени и пространства; каковы, вообще, пространственно-временные отличия «того» от «этого» света – все эти вопросы остаются без ответов. Кроме того, если единственным предъявляемым доказательством возможности личного бессмертия являются эксклюзивные случаи чудесного воскрешения, описанные в канонических текстах, то о каком, собственно, бессмертии идет речь – о физическом или, все же, о психическом? В итоге, высокая степень неопределенности, заложенная в самой идее личного бессмертия, оформляемой в ключе иррационального идиоматического контекста, не оставляет шансов для полноценного избавления от деструктивной экзистенциальной тревоги и сопутствующей девальвации основных жизненных смыслов. Догмат же слепой веры далеко не всегда компенсирует обозначенную степень концептуального дефицита.

Однако, какой бы ущербной, в смысле доказательности и полноты содержания, не выглядела обсуждаемая идея в иррациональной системе координат, в узко-рациональном идиоматическом контексте перспектива поиска эффективных механизмов компенсации базисной экзистенциальной неопределенности и тревоги выглядит еще более сомнительно. Дефицит осмысленной взаимозависимости между категориями информации и времени в общей структуре знаний, представляющих узко-рациональный подход, не оставляет возможностей для существования какой-либо информационной системы (например, для феномена осознаваемого «Я») вне стандартного формата времени, за пределами, так называемой, «объективной» реальности. Таким образом, узко-рациональная система координат, попросту, не имеет адекватной концепции в отношении сущностного содержания таких категорий как «вечность» и «бесконечность». Представления же о бесконечности, как о неком, объемно-форматируемом (а, значит, по определению, - конечном) пространстве, также как и представления о вечности, связанные с линейным временем, мягко говоря, не соответствуют сути рассматриваемой проблемы.

За неимением ничего лучшего, обсуждаемую в русле рассматриваемого идиоматического контекста возможность непрерывного физического существования индивида, также нельзя считать удачным решением существующих экзистенциальных проблем современного человека, поскольку в данной ситуации основные жизненные смыслы не только девальвируются, но и полностью исчезают.

В аргументируемом нами, обновленном идиоматическом контексте проблема экзистенциальной тревоги, также, как и идея личного бессмертия, предстают в совершенно ином свете. С позиций кольцевого научного архетипа данную экстраординарную идею невозможно рассматривать без точных представлений о пластических свойствах феномена времени и того, что есть смерть по отношению к данному феномену. Далее, невозможно рассматривать идиому личного бессмертия без адекватной разработки концепта вечности, и необходимого удаления из семантического поля этого гипнотизирующего термина нелепых представлений о «безграничном» объеме линейного времени, которое он, якобы, должен вмещать. Разработка обновленной семантики всех вышеназванных понятий в ключе кольцевого научного архетипа, убеждает в том, что от вожденной вечности – категории, которая, по определению, не может структурироваться стандартным временем и, соответственно, содержать его характеристик – нас отделяет всего один миг – момент настоящего - лишь только в том случае, когда наше сознание функционирует со стандартными значениями генерируемых квантов реальности. Если же этого не происходит (состояние смерти), то мы уже «двумя ногами» в вечности, откуда наша осознаваемая личность (не говоря уже о внесознательных инстанциях), по сущностному счету, никогда и не «выходила». Из всего сказанного следует, что в концепции кольцевого научного архетипа, избавленной от нелепых представлений о природе и функциях категории времени, архаических способов репрезентации реальности, состояние смерти и категории вечности полностью тождественны. А наша эпохальная тоска по вечности интерпретируется как неадекватная привязанность к смерти. Таким образом, по логике обновленного идиоматического контекста, избавляться, в первую очередь, следует от деструктивной привязанности к смерти, а не к жизни, как это советовал благородный принц Ситтхартха Шакьямуни.

Соответственно, в контексте идеи Нового Времени категория жизни воспринимается как реальная возможность обретения человеком качества «самости». То есть, именно того качества, уникальные контуры которого, по мысли Гераклита, и являются блистательным ликом вечности, ее непреходящей памятью – мерой всех вещей. Отсюда – только один завет, «выставляемый» перед человеком внесознательными инстанциями, страстно желающими быть познанными (измеренными) и обрести вечную

память о самих себе (собственную «самость») - прожить свою собственную жизнь. Без страхов и опасений по поводу неизбежного ухода. С радостью и благодарностью за все. Таким образом, в новом идиоматическом контексте полноценное избавление от страха смерти – это еще и избавление от страха жизни, с высвобождением огромного количества заблокированной энергии.

Далее мы рассмотрим еще один иллюстративный пример, касающийся уже мифологической истории развития человеческого рода и показывающий возможность сущностного, но, в то же время, экологически-бережного переосмысления основных идиом иррациональной системы координат. С позиции нового идиоматического подхода спрессованная ткань мифа, как никакая другая, дает представления об альтернативной панораме событий, излагаемых, по преимуществу, внесознательными инстанциями психического. Для которых существует актуальная необходимость перевода языка глобальной памяти в систему понятий, приемлемых для осознаваемой личности. Отсюда – стиль большой метафоры, язык компромисса, являющийся, конечно, первым приближением к более совершенным механизмам рационализации. В общем содержании мифологических сюжетов нас, прежде всего, интересует суть основного гуманитарного конфликта – главного предмета воздействия метамодели социальной психотерапии, а также обозначение центральной терапевтической идеи, в аспекте которой будет найдено достойное решение. По ходу текста уже неоднократно отмечалось, что в качестве такого конфликта мы видим полную несовместимость и деструктивную динамику взаимовлияния двух опорных идиоматических систем, координирующих бытие современного человека. Но вот как выглядит история развития этого конфликта и его возможного завершения с позиции мифотворчества.

О точке отсчета этой драматической, наполненной внутренним схизисом эпохи нам повествует грандиозный и наиболее известный миф об изгнании человека из рая. Вкусивший неспелый плод познания был наказан утратой ресурсной целостности, несовместимой с новой, узко-рациональной системой координат. Живое чувство сопричастности к суперресурсным инстанциям было атаковано самым мощным оружием рационального способа бытия – ложной очевидностью – и постепенно выродилось в фантомы религиозных или мистических ритуалов. Кульминационное завершение эпохи «расщепленного» времени описано в наиболее оптимистичном, дающим подлинную надежду мифе о конце света. Данная тема настойчиво присутствует во всех, сколь-нибудь серьезных космогонических конструкциях. Наиболее впечатляющими сюжетами повествований такого рода являются панорамы страшного суда утонувшего в грехах человечества.

Полагаем, однако, что при этом, подразумевается не только конец «этого» света, но и света «того».

Ибо, если внимательно присмотреться к соответствующим текстам, мы постоянно наталкиваемся на следующее обозначение манифестации грандиозного финала: конец света будет тогда, когда «два соединятся в одно». Ничего не имея против такого внешне скандального способа наказания заблудившегося человечества, все же заметим, что по нашему мнению в данном случае метафорический язык повествует о неизбежном возвращении великого диалога между основными сторонами со-бытия: суперресурсными инстанциями с одной стороны и действующими лицами (личностями) – с другой. Возможность подобного диалога обеспечивается методологией кольцевого научного архетипа и технологиями форсированного развития феномена диалогизированного сознания, выполняющими функцию адекватного перевода одномерной знаково-образной модели реальности (язык осознаваемой личности) в многомерные характеристики с меняющейся пластикой объектно-закономерных конфигураций гиперреальности (язык внесознательного).

Результирующая истина представленных мифологических сюжетов предельно проста: монологизированный статус человеческого сознания ведет к тяжелому схизису; диалогизированный статус сознания ведет к ресурсной целостности. Истинная миссия социальной психотерапии, в свете всего сказанного, – это целительство в подлинном, глубинном смысле этого слова. Новый свет, рождающийся на пепелище страшного суда (метафора грядущей переоценки ценностей и неизбежной ревизии нашей однобокой памяти), конечно, будет и ярче и интереснее своих прародителей.

Вышеприведенные иллюстрации инновационной трансформации наиболее узнаваемых идиом иррациональной системы координат, на наш взгляд, достаточно убедительно доказывают тезисы о возможности совмещения научно-инновационных, экологических и целительно-терапевтических подходов в общем контексте идеи Нового Времени.

9.3. Профилактический потенциал обновленного идиоматического контекста

Иллюстрацию профилактического потенциала обновленного идиоматического контекста (в первую очередь, в аспекте снижения возможных рисков вовлечения в поименованные социальные эпидемии) мы предваряем коротким и, в силу этого, неизбежно - схематизированным анализом аналогичного спектра активности сравниваемых – иррационального и рационального – информационных контекстов.

Прежде всего, рассмотрим основные конструкции, которые в тех или иных незначительных вариациях, присутствуют буквально во всех возможных иррациональных и рациональных системах, координирующих бытие современного человека, и являются основой соответствующего идиоматического контекста, устанавливающего глубинные параметры социального порядка.

Ключевыми моментами в общей схеме этических норм, регулирующих поведение индивида, являются понятия о добре и зле, как об основных принципах функционального разграничения явлений, событий, поступков и фактов, происходящих с человеком и вокруг человека. Далее, в данной схеме присутствует некая инстанция, определяющая принадлежность рассматриваемой совокупности событий к категориям добра и зла, – совесть и ее социальный аналог – мораль. Какое-либо действие, неодобряемое совестью и идущее вразрез с установленной моралью, определяется понятием греха или преступления. Сумма обстоятельств, подталкивающих человека к совершению греховного действия, обозначается как искушение. Наконец, в качестве неизбежной расплаты за греховные проступки человеку грозит либо социальный (преследования, тюрьма), либо иррациональный (вечные муки) ад. Праведник, соответственно, заслуживает поощрения и награды социального или виртуального рая. У грешника же есть возможность исправления зла, причиненного им самому себе или окружающим его людям – данная процедура обозначается как покаяние.

Между тем, основные идейные контексты, по крайней мере, некоторых из перечисленных ключевых понятий в иррациональной и рациональной системах координат существенно различаются. Прежде всего, в иррациональном мировоззренческом полюсе основные правила поведения напрямую исходят от творца всего сущего – Бога, который является вселенским воплощением абсолютного блага и верховным судьей в отношении оценки человеческих дел и поступков. Поэтому, главный тезис, предъявляемый в этической системе, основанной на иррациональных допущениях, выглядит, примерно, так: «что хорошо для Бога, то хорошо и для человека». Отсюда – праведная земная жизнь, в которой можно и нужно жертвовать многим ради пропуска в царствие небесное, – это, всего лишь, успешная подготовка к жизни вечной. Кризисное явление отхода от установленных канонов в религиозной традиции интерпретируется очень интересно и показательно – то происки дьявола, профессионального провокатора и соблазнителя, знающего слабые и уязвимые стороны человеческой натуры. При этом подразумевается, что «слабость и уязвимость» – это, как раз, та мотивация, которая исходит из соображений сиюминутной выгоды и удовлетворения плотских потребностей. Такому искушению способен противостоять человек, для которого понятие вечности – не пустой звук или красивая сказка. Отсюда – примат веры – краеугольного камня, на котором зиждется любой порядок. И горе тем строителям, которые, впопыхах, отбрасывают этот камень. Таким образом, все же, «человек для субботы», но не наоборот.

Что же касается системы идиом рационального толка, то они формируются исходя из аргументов

здорового смысла, личной выгоды, политической и экономической целесообразности. Безусловно, общественный порядок, гарантии личной неприкосновенности и охрана собственности выгодны всем. Поэтому заповеди «не убий», «не укради», подкрепленные аргументами здравого смысла, принимают без какого-либо сопротивления. Однако, вовсе не так однозначно дело обстоит с рекомендациями хранить свое богатство не только на земле, но и «на небе», и возлюбить ближнего своего, как самого себя. То, что человек видит ежедневно и повсеместно, а также весь его прошлый опыт (часто – травматический, в смысле взаимоотношений с богатой, сильной и агрессивной, полукриминальной средой) убеждает его, как раз, в обратном. Жизнь – борьба, а богатство – это сила и власть. Если ты проигрываешь в конкурентной борьбе, то твое место на обочине жизни, но не в ее блистательном центре. Отсюда – вполне земная атрибутика успешной жизни, с трехликим идолом, ее олицетворяющим: богатство (как потенциальная возможность удовлетворения своих потребностей и средство обретения личной свободы); сила (как гарантия личной безопасности во враждебном и агрессивном мире); власть (как способ самоутверждения и гарантия преимущества в конкурентной борьбе). Все остальные атрибуты «правильной» жизни имеют лишь второстепенное значение. Поэтому, «своя рубашка всегда ближе к своему же телу». А если эта рубашка – кольчужка – бронежилет не соответствует каким-то абстрактным, оторванным от реальной жизни истинам, то это ведь можно устроить за отдельную плату. Где размеры покаянных взносов будут соответствовать тяжести греховных проступков. Что до внешней атрибутики этого благостного процесса, имитирующего приверженность к какой-либо избранной конфессиональной команде, то ради грядущего спокойствия можно и постараться. Поэтому – «суббота для человека», успешного, сильного и властного – какие тут могут быть сомнения.

Кризисная зона иррационального идиоматического контекста совершенно очевидна. Во-первых, далеко не все согласны на такого рода жертвенность, выходящую за пределы здравого смысла. Но, кроме того, современный человек, для ментальности которого характерна рациональная доминанта, вообще не склонен принимать на веру сам факт существования каких-либо сверхъестественных инстанций. И уж тем более он подвергает сомнению право неких пророков (агитаторов – посредников) на то, чтобы указывать ему, что хорошо, а что плохо в современном мире. «Что касается существования богов, то я не знаю, есть они или нет. Уж слишком многое препятствует этому знанию – и вопрос темен, и жизнь коротка» – под этими словами Протагора ныне подписались бы многие. Однако, вместе с отрицанием необоснованной аскезы, всегда существует соблазн «отрясти» и другие социальные запреты, иррациональный смысл которых не вполне понятен.

Таким образом, наша эпохальная тоска по вечности, с одной стороны, и страх вечных же мук за несправедную жизнь – с другой – вот, практически, единственные альфа и омега главных идиом социального порядка, формируемого при помощи иррациональной системы координат. Порядка достаточно хрупкого, прежде всего, в силу отсутствия доказательности декларируемых принципов, и, по всей видимости, не профилирующего распространение религиозного экстремизма, фанатизма, сектантства и других деструктивных форм социальной активности населения.

Что же касается серьезных изъянов поверхностно-рациональной идиоматической схемы, то, по нашему мнению, они заключаются в следующем. Сущностного решения главных экзистенциальных проблем и, в первую очередь, проблемы тяжелого схизиса между извечной сущностью человека (от смутных, но, достаточно регулярно предъявляемых свидетельств того, что с категорией времени и «объективной реальности» все обстоит не так просто – досадливо отмахнуться или спрятаться за обветшалой броней поверхностного рационализма – чем дальше, тем труднее) и конечностью его объектного бытия, в рассматриваемой идиоматической схеме, не достигается. Главные и наиболее деструктивные феноменологические проявления экзистенциального схизиса, присущего современному человеку – страх смерти и страх жизни – не купируются размерами отступных. Для этого нужны подлинные изменения в личностной метапозиции, затрагивающие систему опорных координат субъекта. Между тем, доминирующая конфронтационная стратегия поведения, являющаяся адаптационным фундаментом современного человека (краеугольный камень другой альтернативной стратегии им был отброшен за отсутствием адекватного технико-экономического обоснования), дает не так уж много шансов на глубинную трансформацию и формирование устойчивого ресурсного статуса. Поскольку основной стержень данной стратегии направлен на сохранение «статус кво», то есть – уязвимо в отношении рисков вовлечения в деструктивные социальные эпидемии, статуса субъекта, но не наоборот. Необходимость блокирования экзистенциальных страхов, компенсаторная внешняя активность и конкурентная борьба за место под виртуальным солнцем общественного признания забирают слишком много энергии. А шансы на победу в непрерывном чемпионате мира по индивидуальному или корпоративному успеху, а значит, и на ресурсное состояние надежды, есть далеко не у всех. В этих условиях хронический ресурсный дефицит формирует соответствующее поисковое поведение субъекта, где наиболее привлекательными являются сверхбыстрые способы достижения комфортного состояния. И здесь безусловным лидером в скорости и степени достижения требуемого эффекта являются психоактивные вещества, производители и распространители которых

достигли в последние десятилетия подлинного триумфа. Лавина легального спроса на алкоголь, психотропные препараты, табачные изделия, и нелегального – на наркотики, сметает на своем пути все. В том числе и неуклюжие попытки ограничения спроса и потребления наиболее вредных из них – наркотиков и алкоголя. Эти попытки, основанные по преимуществу на эксплуатации страха смерти, не могут быть вполне успешными, ибо страх смерти не может быть адекватным лекарством от страха жизни и долговременным конкурентом алкоголя или наркотиков на этом поле. Употребление последних на какое-то, ограниченное время купирует оба базисных страха, тогда как доминирование страха смерти над страхом жизни – это, в некотором смысле, обмен «шила на мыло». Такого рода мыльная опера с ведущими партиями повседневных страхов (придавленных и доминирующих) едва ли может прельстить человека, у которого основная проблема сосредоточена в сфере хронического ресурсного дефицита. А глубинная – в тяжелом экзистенциальном схизисе. Поэтому-то наиболее распространенная, поверхностная формулировка причины рецидива употребления наркотиков и алкоголя звучит следующим образом: «надоело быть трезвым». Не более обнадеживающей выглядит причина первичных и повторных обращений к специалистам наркологического профиля: «надоело быть пьяным». В данных формулировках просматривается, прежде всего, пустота и усталость от бесцельного «пьяного» или «трезвого» жизненного стереотипа, в контексте которого классический вопрос: «быть или не быть» все чаще решается в пользу последней альтернативы.

Что же касается проблемы психологической зависимости (гэмблерство; вовлечение в религиозные секты, экстремистские и преступные группировки и т.д.), то формирование данных типов зависимости происходит по тем же самым механизмам. Привлекательным моментом здесь является первичный ресурсный статус, отвечающий осознаваемому или, чаще, неосознаваемому актуальному запросу субъекта. Таким образом, происходит смещение цели, когда за отсутствием таковой в контексте долговременного конструктивного жизненного сценария, на передний план, в качестве основного мотивирующего стимула, выступают средства к ее достижению – ресурсные характеристики субъекта. Деструктивные последствия психологической зависимости (нисходящая социальная динамика, социальный аут, высокая вероятность противоправных действий и т.д.) и формирование ее корней в кризисной зоне существующего идиоматического контекста совершенно очевидны, и не требуют дополнительных комментариев.

Общий вывод вышеприведенного анализа базисной профилактической эффективности рассматриваемых идиоматических систем сводится к следующему. При общем векторе смещения глубинных

параметров социального порядка в полюс поверхностной рациональности, происходит одновременная девальвация ресурсного концепта веры и концепта узкорациональных жизненных смыслов, а также – снижение эффективности базисной адаптационной стратегии индивида и социума в целом.

Аргументируемая нами идея Нового Времени, в аспекте профилактики распространения основных социальных эпидемий, предлагает процесс экологически выверенной, глубинной трансформации актуального идиоматического пространства. При этом внешний формат несущих идиом социального порядка остается вполне узнаваемым. Однако, характер используемых аргументов и способов их воспроизведения в ментальности конкретного человека существенно меняется. Таким образом, обеспечивается неконфликтная, развивающая динамика несущих экзистенциальных смыслов и соответствующих социальных идиом. Прежде всего, с позиции идеи Нового Времени человеческий разум, вмещающий в себя новый тип рациональности и новые креативные возможности, способен на регенерацию сущностного завета в отношении того, какие истины ведут к устойчивому развитию человека в современном мире, и какие заблуждения – к стагнации и краху его цивилизационных достижений. В контексте идеи Нового Времени: искушенный, во всем требующий доказательств, субъект, уже не приемлет никаких посреднических редакций обновленного свода нравственных законов. И лишь один автор будет пользоваться его неизменным успехом. Евангелие от Господа Бога – вот главный бестселлер эпохи Нового Времени. В аргументируемой нами концепции есть полное понимание того, каким образом возможно возвращение великого диалога между осознаваемой личностью и внесознательными суперресурсными инстанциями, именуемыми душа, дух, Бог. Новый способ перемещения в поле того, что именуют реальностью (первый, наиболее известный способ механического преодоления расстояния не предполагает сущностного понимания категории скорости; второй, парадоксальный способ путешествия древних даосов основывается на том, что за счет роста вверх доступными становятся дальние горизонты; наконец, третий способ, учитывающий знаменитую формулу Альберта Эйнштейна и предполагающий наличие гибкой объектно-предметно-закономерной структуры реальности, форматируемой в зависимости от параметров момента настоящего, открывает возможности сущностной идентификации упомянутых суперресурсных инстанций), позволяет выстраивать такой диалог без каких либо посредников. С скромная роль науки заключается в разработке инструментария, необходимого для реализации данного процесса – соответствующего научного архетипа, концепта обновленной рациональности, модели диалогизированного сознания с возможностью виртуальной репрезентации диалогизированной активности

психики субъекта. Этот инструментарий – лишь некий, новый язык с правилами переводной грамматики, которыми может пользоваться каждый желающий, и не более того. Однако, данный язык – и есть недостающее звено в двух, наиболее пронзительных и многозначительных сентенциях минувшей эпохи. Первая повествует о том, что царствие духа – внутри нас и в том, что вокруг. Вторая – оформляет великую экзистенциальную загадку рефлектирующего человека в отношении смысла существования звездного неба над нами и нравственного закона внутри нас. В ключе новой рациональности для сущностного понимания того, каким образом могут сливаться в одно целое – звездное небо (то, что вокруг) и нравственный закон (царствие духа внутри нас), экстремальный трансперсональный опыт не обязателен. Новые узоры гиперреальности, складывающиеся за счет использования объемных единиц момента настоящего (ФИИ), разворачивают удивительную панораму последовательной трансформации того, что именуют «объективной реальностью» в сущности иного порядка, вмещающие в себя все, что, когда-либо было сотворено, в том числе и рефлектирующего субъекта. Последний, теперь, за счет полного прочтения выносимого за скобки текста, со всей возможной очевидностью и доказательностью получает сущностные ориентиры бытия в этой новой гиперреальности – нравственные законы, непреложные как звездное небо или все то, что вокруг нас. Отсюда, безусловно, некие новые перспективы жизни «по совести». Для человека, самостоятельно читающего полный текст книги бытия, открываются новые возможности решения проблемы экзистенциальной неопределенности и сопутствующих базисных страхов жизни и смерти. Ему понятен смысл того, как наша кратковременная память – жизнь – переходит в долговременную память – вечность. Избавленный от неадекватной привязанности к смерти (смерть – это блеф узкорациональной системы координат), он открывает для себя простую истину: если вся наша память – это и есть наша жизнь, то следует заниматься содержанием жизни и ничем другим. Отсюда же, со всей очевидностью и непреложностью, выводимы три основных приоритета обновленной рациональности – жизнь (творение, творчество), свобода (возможность творения и потенциал новых событий), паритет свободы (твоя свобода ограничивается там, где начинается свобода другого). Идиомы следующего порядка: не убий, не укради, почитай родителей своих, заботься о детях своих и т.д. – это производные от ясных и понятных первичных истин, следование которым дает возможность каждому (а не только себе) выполнить главный завет – прожить свою собственную жизнь и укорениться в некоем метафорическом рае собственной памяти (если эта память свидетельствует во славу жизни), либо в ее аде (если весь смысл и содержание пережитого сводилось к уничтожению свободы и жизни). От суда памяти, для которой

ориентиры гиперреальности отнюдь не являются красивой сказкой, в этих новых условиях просто некуда деться, поскольку спасительный тупик небытия рассыпается в прах. Впрочем, самоочевидные пути гармонизации жизненных координат человека с новым типом рациональности и, соответственно, обновленными корнями того, что именуется совестью, нравственностью, моралью, вряд ли будут восприниматься с эмоциями страха перед неизбежной карой, трепета перед «десницей божьей», и другими подобными, архаическими реакциями на обоснованные социальные ограничения. Скорее, это будет эффект недоумения – как можно жить по другому, если абсолютно понятно, что, разделенные на одном уровне форматирования реальности, живые объекты, также, как и то, что подразумевается под термином «природа», составляют единое целое на другом уровне; что всякое острое, направленное во вне, поражает твое собственное сердце, живущее по законам внесознательного; что твоя память – личность (избавленная от одномерных ограничений, действующая в режиме диалогизированного сознания), изначально подвластная этим законам, – способна устанавливать границы достойного компромисса между собственными потребностями и степенью свободы в их реализации, и свободой другого человека. В силу всего сказанного, идиоматические призывы к собиранию богатств «на небе» и отношению к ближнему, как самому себе, будут вполне понятны и сопоставимы с внутренним стержнем обновленной рациональности. Таким образом, будет выстраиваться следующий краеугольный камень нового социального порядка, неподвластный атакам поверхностного рационализма и, вместе с тем, лишенный неподъемной тяжести отвергаемых рассудком иррациональных идиоматических построений. Этот заново выстраиваемый фундамент будет не только прочным, но удобным и безопасным. Ибо сама по себе рассматриваемая идиоматическая концепция, предполагающая прямое информирование о структуре гиперреальности, отмечает всякую возможность спекуляции на посредничестве между человеком и внесознательными инстанциями, профилируя, таким образом, вовлечение субъекта в религиозные секты экстремистского или деструктивно-социального толка.

С генерацией обозначенного идиоматического пространства, общий комплекс, обеспечивающий устойчивость субъекта к вовлечению в основные социальные эпидемии, получит свое окончательное завершение. На индивидуальном уровне данный комплекс представляют идентифицированные свойства психологического здоровья, способствующие адекватной самоорганизующей активности субъекта, его устойчивости к вовлечению в упомянутые социальные эпидемии. На социальном уровне названный комплекс представлен метамоделью социальной психотерапии, включающей обновленный идиоматический контекст и глубинные параметры нового социального порядка. Такого порядка, который подкрепляется

устойчивым ресурсным статусом современного человека, инновационной формой постижения и глубинным содержанием нравственных законов, неконфликтной и непротиворечивой динамикой развития института обновленных социальных норм.

9. Заключение

Итак, изложенные в предшествующих разделах настоящей статьи материалы достаточно убедительно свидетельствуют о продуктивности переосмысления категории психического здоровья с избавлением семантического поля данного понятия: от одностороннего взгляда через призму психической патологии; от узкорациональной, основанной на элементаристских научных подходах, методологии изучения данного сложнейшего феномена; от иррациональных шор, существенно затрудняющих использование данного понятия в научных и практических целях.

Идентифицированный, в ключе всего вышесказанного, собственно полюс психического здоровья с его качественной составляющей – категорией психологического здоровья – обнаруживает высокую когерентность с наиболее сложными социальными проблемами современности, включая сложнейшую из них – проблему неконтролируемого распространения социальных эпидемий, а также – высокую степень эвристичности в смысле конструктивного решения всего комплекса данных проблем.

Обозначенные инновационно-теоретические и функционально-прагматические подходы к разработке и использованию технологий форсированного развития высоких уровней психического и психологического здоровья в совокупности способны обеспечить методологический базис масштабных инновационных социальных стратегий, направленных на достижение устойчивого развития и эффективную профилактику распространения основных социальных эпидемий.

Разработка такого рода стратегий и реализация начальных фаз, по логике приведенных в настоящей статье аргументов, ложится на консолидированные профессиональные элиты, осознающие свою ответственность перед обществом.

Параллельно с этим необходимо проработать огромный массив собственно научных проблем в сфере психического и психологического здоровья. Но теперь, по крайней мере, определены адекватные методологические подходы, необходимые для выполнения данной, сверхактуальной задачи.

В заключение, в духе основных тезисов нашего сообщения, мы хотели бы обратить внимание искушенного читателя на то, что перспективный взгляд на ситуацию, в том числе и на ситуацию в сфере психического и психологического здоровья населения, существенно меняется в зависимости от «внутренних» скоростей и общего фокуса восприятия данной сложнейшей проблемы. Наши главные надежды и чаяния, связаны с тем, что теперь эти скорости, возможно, возрастут, а горизонты расширятся.

Литература:

1. Катков А.Л., Айбасова Г.Х. Системная организация стандартов деятельности служб психического здоровья // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва-Павлодар. – Т. 10, специальный выпуск, посвященный десятилетию журнала «Вопросы ментальной медицины и экологии», 2004. – С. 6-36
2. Катков А.Л., Коссмухаметова Ж., Россинский Ю.А. Обоснование концепции и стратегии сокращения спроса на наркотики в Республике Казахстан и Центрально-Азиатском регионе // Наркология. – М.: Издательство «Литера-2000». - № 12, 2003. – С. 2-16
3. Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б. Сравнительные характеристики основных групп психологического здоровья (высокий и низкий уровень) населения Республики Казахстан по социально-демографическим параметрам (данные 2001 года) // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва-Павлодар. – Т. 10, № 2, 2004. – С. 99-104
4. Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б. Сравнительные характеристики основных групп психического здоровья (высокий и низкий уровень) по социально-демографическим и социально-психологическим параметрам // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва-Павлодар. – Т. 10, № 2, 2004. – С. 91-99
5. Лебон Г. Психология народов и масс. – СПб.: «Макет», 1995, 311 с.
6. Московичи С. Век толп (Исторический трактат по психологии масс). – М.: «Центр психологии и психотерапии», 1996, 478 с.

ПСИХОТЕРАПИЯ

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ СОВЕТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЛИГИ ПРОВЁЛ ОБЩЕРОССИЙСКУЮ ДИСКУССИЮ 2006 ГОДА

Тема дискуссии - ЛИЧНОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТА

К обсуждению предлагались следующие вопросы:
Кто может и кто не может быть терапевтом?
Профессиональный отбор в специальность.
Должен ли терапевт быть психиатром?
Личная история и собственный опыт профессионала.
Профессионализм и психопатология.
Раненый и исцелённый целитель.
Подготовка и образование в профессии.
Ментальная экология терапевта.
Личная жизнь терапевта.
Границы дозволенных отношений с пациентами.
Кто они - безусловные профессионалы психотерапии?
Чувствительность, эмпатия и другие качества.

Двенадцать ведущих терапевтов России.
Были рассмотрены предложения и по другим темам для дискуссии.

Первая очная часть дискуссии состоялась летом 2006 года в Москве.

Приводим стенограмму этого заседания

Завершающий очный этап дискуссии был запланирован в период проведения рождественских недель психотерапии в Москве с 8 по 21 декабря 2006 года и II Всероссийской конференции «Методы психотерапии, принятые в Российской Федерации» (г. Москва, Россия, Академия государственной службы при Президенте Российской Федерации, 14-15 декабря 2006 года)

АВТОРИЗИРОВАННАЯ СТЕНОГРАММА ДИСКУССИИ «ЛИЧНОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТА», СОСТОЯВШЕЙСЯ 04.06.2006 Г. В РАМКАХ РАБОТЫ VIII СЪЕЗДА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЛИГИ

Место проведения дискуссии: г. Москва ул. Автозаводская 4, кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии РМАПО

Участники дискуссии:

Макаров В. В., г. Москва
Беребин М. А., г. Челябинск
Бурно М. Е., г. Москва
Волобаев В. М., г. Ульяновск
Доброневская В. И., г. Калининград
Завьялов В. Ю., г. Новосибирск
Зуйкова Н. Л., г. Москва
Крюков Г. Б., г. Москва
Кудеринов Т. К., Республика Казахстан
Кузнецов А. Н., г. Москва
Обухов Я. Л., г. Москва
Приходченко О. А., г. Новосибирск
Семенова А. И., г. Москва
Филатова А. Ф., г. Омск
Шайдурова Л. К., г. Казань

Макаров В. В. У нас объявлена общероссийская дискуссия на тему «Личность психотерапевта». Эта тема сложилась в связи с тем, что в прошлом году в дискуссии «Миссия психотерапии» мы очень плавно подходили к обсуждению проблемы личности психотерапевтов. Эта проблема не нова в психотерапии, но для нашей страны она представляет

определенный интерес. Модераторы дискуссии Макаров В. В., Беребин М. А., которые будут вести дискуссию. В начале я хотел бы сказать несколько слов по введению в проблему. Важно соблюдать правила этой дискуссии. Наша дискуссия будет записана на диктофон, а литературная её версия будет опубликована.

Организаторами дискуссии предложены следующие основные вопросы:

1. Кто может и не может быть терапевтом?

Вчера мы были свидетелями дискуссии между М. Е. Бурно и Б. Е. Егоровым, которые высказали противоположные точки зрения.

2. Каков профессиональный отбор в специальности?

Сегодня такого профессионального отбора практически не ведется. В западных странах такой отбор ведется по специальным правилам, важным условием которых является то, что вход в специальность осуществляется через личную терапию. Не прошедшие такую личную терапию, не могут войти в специальность.

3. Должен ли психотерапевт быть психиатром?

Важно, что вопрос не ставится так, что «Нужно ли психотерапевту знать психиатрию?», ибо совершенно очевидно, что психиатрию психотерапевт знать обязан. А вот должен ли психотерапевт обязательно быть психиатром – это вопрос весьма важный для нашей страны.

4. Личная история и собственный опыт профессионала.

До последнего времени считалось, что профессионалом в области психотерапии может быть только человек с большим личным опытом. Однако в открывшемся в Вене университете З. Фрейда, подразделения которого будут распространяться по всему миру, будет даваться первое базовое образование в области психотерапии (конечно и второе в виде специализации тоже будет).

5. Профессионализм и психопатология.

Этот вопрос касается психопатологии самого профессионала, наличия психопатологического опыта самого профессионала и другие аспекты.

6. Раненый и исцеленный целитель.

Может ли терапевт, который находится в состоянии расстроенной психики, быть эффективным психотерапевтом, должен ли он работать в таком состоянии? И вообще, может ли быть такой человек психотерапевтом?

7. Подготовка и образование в психотерапии.

Это может быть вопросом отдельной дискуссии в силу своей сложности и многогранности.

8. Ментальная экология терапевта. По сути, это вопрос восстановления психических затрат и своего психического состояния, подготовка к своей работе.

9. Личная жизнь терапевта, её открытость для профессионального сообщества и клиентов, и в какой степени сама личная жизнь может обсуждаться с сообществом.

10. Границы дозволенных отношений с пациентами.

В западной психотерапии правила таких отношений построены, у нас, к сожалению, этого нет.

11. Кто они, безусловные профессионалы психотерапии? Кого следует считать безусловными профессионалами в нашей области? Каковы критерии профессионализма? По каким критериям тот или иной психотерапевт называется ведущим специалистом в этой области? На каком основании он может так называться? Кто делает его ведущим специалистом?

12. Чувствительность, эмпатия и другие качества терапевта.

Думается, не следует специально комментировать важность этой темы.

13. Двенадцать ведущих психотерапевтов России.

Этот вопрос перекликается с вопросом о признании безусловных профессионалов России, и такой список может определяться ежегодно. В перспективе можно выстраивать рейтинг, список наиболее признаваемых специалистов России.

Хотелось бы обратить внимание, что каждая из этих тем может являться предметом отдельной дискуссии. Сегодня мы специально определяем такой широкий круг тем, чтобы каждый участник общероссийской дискуссии мог выбрать близкую ему тему.

Предполагается, что после окончания съезда дискуссия может быть развернута на сайте ОППЛ в режиме он-лайн с возможностью организации диалогов, полилогов и других форм дискуссии.

М. Е. Бурно: Я надеюсь, что в контексте дискуссии психотерапевт понимается достаточно широко

– и как психотерапевт для здоровых, и как психотерапевт для больных. В зависимости от этого и психотерапевты могут быть разными. К вопросу о том, кто может быть психотерапевтом. Я думаю, что ими могут быть люди самые разные по природе своего характера. Если говорить о клинических психотерапевтах, самой близкой мне области психотерапии, то психотерапевт должен быть уверенным в себе. Я вспоминаю слова уважаемого В. Е. Рожнова, который говорил, что у психотерапевта должен звучать металл в голосе и когда он это говорил, у него, в самом деле, звучал металл в голосе, что это имеет отношение, прежде всего, к истерическим личностям. Но в то же время для больных с шизофреническим, шизотипическим расстройством и для больных с переживанием своей неуверенности – для таких пациентов и психотерапевт должен быть особенным. В то же время, за всю свою профессиональную жизнь я пришел к убеждению о том, каким не должен быть терапевт – он не должен быть успешным. В том понимании, что он не должен быть вызывающе богатым. Более того, он должен быть сам, хотя бы немного, болен. Он должен быть, по крайней мере, переживанием своих недугов, дефензивностью. И это дает ему право помогать ему подобным, если он в рамках собственной психотерапии поднял себя, компенсировал себя, и в этом плане он может являться примером для своих пациентов. И это совершенно разные психотерапевты. Вот последний как раз и является раненым целителем. А вот для истерических пациентов психотерапевтом должен быть такой человек, как Б. Е. Егоров. У него очень много общего с В. Е. Рожновым. И иногда раненый целитель не сделает того, что сделает Борис Ефимович одним взмахом руки.

В. В. Макаров: Марк Евгеньевич, Вы говорите о необходимости специализации в области психотерапии и описали две разных полярных специализации. Если бы можно было описать и другие варианты, то у нас возникла бы такая палитра: например, раненые целители - для больных определенного класса, богатые и успешные с металлом в голосе – для истероидных клиентов и что-то другое.

Г. Б. Крюков: К вышесказанному мне хотелось бы добавить суждение в ракурсе возрастного аспекта психотерапии. Обозначить два ракурса развития такой дискуссии: первый - это возрастной аспект специалиста, его продвижение от студента дипломника до взрослого, состоявшегося специалиста и, второй, по области специализации психотерапевта. Например, в бюджетных учреждениях, в коммерческих структурах, образовании, здравоохранении и то профессиональное сообщество, в которое специалист попадает в связи с родом своей профессиональной деятельности.

М. А. Бербин: Уважаемый Геннадий Баянович, в чем Вам видится влияние того предметного поля деятельности психотерапевта и возрастного аспекта на личность специалиста?

Г. Б. Крюков: Я вижу здесь определенные аналогии с психологическими портретами педагогов. Возьмите, например, типичную модель педагога начальных классов с их специфической формой общения с детьми. Можно сказать, что такого рода люди и ведут себя, и чувствуют себя иначе, чем другие педагоги. Другой аспект связан с тем, как себя позиционирует человек на разных этапах своей профессиональной карьеры. Здесь, в качестве примера, можно назвать начинающих специалистов и авторитетных специалистов. Рассмотрим их, ну, например, в рамках практических структур образования. Один из них - будет чувствовать себя неуверенно, не говоря уже о том, чтобы передавать свои знания другим.

М. А. Березин: В развитие позиции М. Е. Бурно, мне бы хотелось отметить, что высказанные им две точки зрения на специалистов, мне не кажутся полярными. С одной стороны, нужен специфический специалист для специфического пациента, с другой стороны - Вы сказали, что личностные структуры весьма и весьма пластичны. Поэтому представляется, что одним из важнейших качеств успешного специалиста должна быть личностная пластичность. То есть, способность адекватно адаптироваться и взаимодействовать с тем или иным личностным типом пациента, причем, не обязательно в таком «конгруэнтном» режиме. При этом, эффект или эффективность работы задается как раз - таки преодолением такого несовпадения специфичности пациента и специалиста. Но, прежде всего, это должна быть гармоничная личность, но даже такая гармоничность личности не исключает того самого эффекта раненого целителя, потому что нельзя быть совершенно здоровым, совершенно идеальным и во всем успешным. Думается, что гармоничность личности и ее пластичность – это одни из важнейших качеств психотерапевта. И свой вклад в это вносят пациенты, т.к. каждый пациент привносит нам свой собственный мир.

А. Ф. Филатова: Больше всего меня интересуют вопросы профессионального отбора. У нас в Омске, сейчас четыре официальных факультета психологии, есть даже в политехническом университете, есть 3-х и 9-месячные курсы подготовки. При этом, никакого отбора на такие курсы не ведется. Пришел, заплатил деньги и учись. Потом такие выпускники идут работать, причем, в основном - в психологическом и педагогическом направлениях. Наверное, все-таки, нужно изучать личность будущего специалиста – кого брать, как готовить. Мы изучали со студентами личность психолога, составляли психограммы. Раньше, на входе в психологическую специальность, мы проводили специальное тестирование и были предложения, например, не брать тех, у кого уровень нейротизма по тесту Айзенка больше 12 баллов. Сейчас мы, конечно, исследуем и другие параметры.

В. В. Макаров: Сколько лет Вы работаете в рамках такого подхода, есть ли у Вас наработки, сколько

выпускников? Есть ли у Вас анализ по выпускникам – все предлагаемое вами правильно или неправильно?

А. Ф. Филатова: А сейчас нам все запретили. И экзамен по психолого-педагогическому собеседованию тоже. Теперь мы работаем с теми абитуриентами, которых отбирает приемная комиссия. Раньше у нас была школа юного психолога, и мы видели кого мы принимаем. Нам и это запретили. Сказали: «Вот вы их себе готовите и сами себе принимаете, а как быть тем детям, которые живут не в Омске и приезжают издалека?». И теперь нам очень часто не хватает пяти лет, чтобы сформировать или развить необходимые для психолога качества у наших студентов. Многие студенты как раз об этом и говорят: «Мы учимся для того, чтобы сначала разрешать собственные проблемы, а потом помогать другим людям».

В. В. Макаров: Они так и говорят: «Мы учимся для того, чтобы сначала разрешать собственные проблемы, а потом помогать другим людям»? Это очень важно!

А. Ф. Филатова: Это вопрос очень дискуссионный. Может быть, привнести какие-то тесты и закрыть дорогу в специальность «неподходящим» под неё, либо набирать всех, работать с ними, помогать решать их личностные проблемы.

А. Н. Кузнецов: Думаю, что к обучению психотерапии нужно допускать как врачей, так и представителей других профессий.

Я и мои коллеги, как представители медицинских специальностей, испытали существующий отбор на себе. В настоящее время он ограничивает возможность перекрыть всю палитру потребности в психотерапевтах, о которой говорил В. В. Макаров.

На примере учебной группы курсантов - психотерапевтов, в которой я обучался, могу только сказать, что личная терапия, которую мы получали на кафедре В. В. Макарова, необходима и дает большой эффект. И если есть необходимость помощи, лечения, то каждый может через лечение стать профессионалом.

И следующее. Ответ на вопрос «Должен ли психотерапевт быть психиатром?» для меня, как медицинского специалиста, очевиден: «Да, должен». При работе в клинической психотерапии обязательно фундаментальное знание психиатрии. В этом плане полностью поддерживаю мнение М. Е. Бурно.

Если же выбраны другие области психотерапии, то возможно изначальное образование другого уровня и качества.

Поэтому считаю, что подготовка по психотерапии в настоящее время нуждается в расширении границ для поступающих и в расширении возможностей личной терапии.

В. М. Волобаев: Я бы вопрос о том, кто может и не может быть психотерапевтом, поставил бы вообще в конец обсуждения, потому что он такой синтетический и ответ на него становится ясным, если ответить на все предыдущие. Не хотелось бы

детерминировать все сразу гармоничностью и пластичностью человека, который изначально идет в психотерапевты. Профессиональный отбор в любую специальность регламентируется существующими правовыми нормами и ограничивать человека, желающего получить эту специальность, создавать ему искусственные преграды, я считаю, это грубое нарушение прав личности и свобод - это дискриминация. В контексте предполагается, что само обучение психотерапии, а психотерапия, в общем-то, является обучением к жизни, приводит к выводу, что психотерапия, в общем-то, ничего и не делает - это своеобразный плацебо-эффект. Если мы говорим о том, что в психотерапию должны прийти гармоничные и пластичные люди, тогда для чего же психотерапия нужна. Она же ведь и способствует гармонизации и пластичности, и процесс обучения должен помочь такому человеку.

М. А. Беребин: Согласен с В. М. Волобаевым, что профотбор в специальность сегодня, прежде всего, правовой вопрос. И искусственный запрет входа в специальность – это дискриминация. У нас на факультете психологии ЮУрГУ накоплен девятилетний опыт входного тестирования абитуриентов по оригинальным тестам структуры интеллекта и по ММРІ. Результаты такого тестирования никак не влияли на итоговое решение о зачислении, потому что не несли за собой цензорской функции. Так вот, нам не удалось выявить каких-либо закономерностей и какой-либо патологии, хотя бы потому, что тестировались, в основном, 17-летние молодые люди с характерными для них юношеской незрелостью и гипертимностью. Выявлялись, в лучшем случае, небольшие заострения личностных особенностей, за исключением двух-трех случаев из почти 3000 человек, прошедших обследование. Поэтому, представляется, что тестирование как элемент профотбора не может рассматриваться в качестве информативного приема. Поэтому, согласен с Виктором Михайловичем, что «зачем тогда набирать гармоничных и пластичных». Это, конечно, не отрицает того, что психотерапевт должен быть гармоничным и пластичным, но это приобретается не только в результате обучения. И следующее - что мне кажется, надо говорить о разных уровнях и системах подготовки психотерапевтов и психологов. Очевидно, что обыденные знания психологии нужны обычному человеку и есть такая система дополнительного образования взрослых. Поэтому, трех, четырехмесячные курсы, о которых говорила Александра Федорова, это не основание для того, чтобы работать как специалист-профессионал и занимать какие-то должности, но это основание для развития распространения психологического психотерапевтического знания в обществе. Поэтому, нужно учитывать разные уровни образования, выделяя в том числе, образование и в профессии.

Н. Л. Зуйкова: Мой опыт преподавания, все-таки, говорит о том, что предварительное собеседование,

тестирование людей, которые идут в психологию и психотерапию необходим. Мы много говорим о личности психотерапевта, человека, который идет в специальность, но мало говорим о личности больного, пациента, который имеет право лечиться, все-таки, пусть не у совсем здоровой, гармоничной или пластичной личности, но, по крайней мере, личности без расстройств психотического уровня. У нас за два года было два случая направления с учебного процесса курсантов к психиатрам. И можно предположить, что такое состояние у человека может возникнуть во время психотерапевтической сессии. Может быть, это и нечастые явления, и можно согласиться с Марком Евгеньевичем, что раненый целитель более способен понять и сопереживать и через свои собственные прохождения помочь пациенту пройти собственные тупики, но психотический уровень расстройств, конечно же, недопустимая реальность. И можно говорить о том, что если к профессии можно допускать терапевтов с определенными расстройствами невротическими или с ремиссией психотических расстройств, то это может быть возможным при наличии личной терапии и супервизии. Поэтому, вопрос об отборе в профессию должен стоять, но при условии наличия личной терапии и супервизии. Здесь нужно было бы учесть мировой опыт в этом вопросе.

М. Е. Бурно: Мне хотелось бы уточнить, что когда я вел речь о раненом целителе с болезненными психологическими трудностями, которые, тем не менее, поднял себя в жизни, компенсировал, даже если он при этом страдает эндогенным процессуальным расстройством. При этом очевидно, что в своей психотике он не может помогать больному. Это будет жалкое зрелище, это будет ужас. Для меня юнговский раненый целитель – это психотерапевт, который, благодаря своим душевным трудностям, душевным расстройствам, понимает подобных себе пациентов, хотя они, может быть, гораздо глубже больны, чем он и может им помочь, но он сам служит им примером того, как можно из такого тягостного состояния подняться. Но если он не поднялся, если он не компенсировал, если он выглядит практически здоровым, если он не находится в стойкой малообратимой компенсации, то он годен для психотерапии. Вот в чём дело. Но в то же время там, где речь идет не о психотике, а о каких-то депрессивных расстройствах – ну как представить себе депрессивного психотерапевта, тем более, если он занимается с депрессивными пациентами? Сколько я видел прекрасных психотерапевтов, которые прекрасно помогают себе подобным. Иногда думаешь, ну какой же он психотерапевт, он же неграмотный, но он, может быть, поможет примитивной личности гораздо лучше, чем вы. Они чувствуют друг друга.

Н. Л. Зуйкова: Марк Евгеньевич, конечно, мы как преподаватели в большей степени ответственны на факультетах подготовки за специализации, когда психологии обучаются люди зрелого возраста, потому

что из окончивших обучение на факультете психологии немногие придут в профессию, а это уже взрослые работающие люди. Может быть, здесь и поможет тестирование?

М. Е. Бурно: К тестированию я отношусь очень осторожно.

Н. Л. Зуйкова: Что тогда мы можем предложить?

М. Е. Бурно: Я думаю, в некоторых случаях может помочь тестирование, но только как вспомогательный метод.

Н. Л. Зуйкова: А мы стали проводить собеседование, клиническую беседу с нашими курсантами.

М. Е. Бурно: Мне думается, что тестирование действительно вспомогательный метод, и, прежде всего, беседа, человеческая беседа. Её трудно называть клинической беседой.

В. В. Макаров: Думается, что можно, конечно, проводить тестирование, но я не до конца уверен, что тот образ, который создает тестирующий, наиболее адекватен. Тестирование - это как вход в обучение, а как вход в практику, и это общемировой опыт, – личная терапия и супервизия. Познание границ собственной личности. При этом супервизор-психотерапевт пишет, что терапия завершена и тем самым, берет на себя ответственность, что он выпускает человека, который по своим личностным качествам и психическим характеристикам может работать психотерапевтом. И в обозримом будущем этот психотерапевт отвечает за то, что этот гражданин не имеет личностных и этических расстройств, которые не позволяют ему выполнять профессиональную деятельность. Я думаю, что это хорошая схема. Тестирование служит больше для того, что нам нужно сделать с этим человеком, для того чтобы определить точку приложения наших усилий, а допуск к профессии дает профессиональное сообщество по результатам личной терапии, и ответственность возлагается на того человека, который является личным психотерапевтом.

М. А. Березин: То, о чем сказал сейчас Виктор Викторович, продвигает нас, как мне кажется, к одной не очень радостной перспективе. Если исходить из того, что психотерапия это и наука, и искусство, и технология, и эклектика, то обучение такой профессии становится сродни подготовки актера и сама профессия – сродни актерской. Когда преподаватель (в театральных вузах его так и зовут – «Мастер») набирает себе студентов в свою мастерскую, работает с ними, выпускает их, и потом они с гордостью говорят: «Я закончил мастерскую С. А. Герасимова». И тогда мы должны сейчас говорить о необходимости и целесообразности вот такой тьюторской, авторской подготовки или о тьюторском авторском пласте такой подготовки.

В. В. Макаров: Но это только одна из трех составляющих. В то же время, существуют определенные правила: тот, кто занимается личной терапией, он не преподаёт теорию, а тот, кто занимается супервизией, не занимается личной терапией. Такие правила разработаны и понятны.

М. А. Березин: Тогда возникает вопрос внедрения таких разработанных правил в реальную практику.

В. В. Макаров: В нашей стране они входят постепенно.

М. А. Березин: Мне бы хотелось сказать по поводу психопатологии и профессионализма. В начале 80-х годов в Минздраве попытались определить - за какую же такую профвредность платят надбавки врачам-психиатрам. С одной стороны, профвредность всегда требует проведения профосмотра, целью которого является выявление профзаболевания, запрещающего врачу-психиатру заниматься этой профессией. В методических рекомендациях Института гигиены были указаны такие профвредности: контакт с нейрорептиками, агрессивность пациентов, а вот третьим было указано «патологическое мышление пациентов», как профессиональная вредность для психиатров. Наверное, мы понимаем, что это суженный круг ограничений в профессию, наверное; имеет смысл говорить и о других ограничениях, или инициировать их выявление и обнародование со стороны профессионального сообщества.

А. И. Семенова: Я считаю, что психотерапию нужно включить в контекст других дисциплин. И еще я считаю, что врач работает с пациентом на разных уровнях, но ему ближе те пациенты, с которыми ему легче работать на своем уровне. У разных врачей уровень восприятия тоже разный - и духовный, и когнитивный.

В. М. Волобаев: Мое предложение касается отбора на точке входа в профессию. Речь идет, прежде всего, о профориентации. Определение того, насколько человек готов к этой профессии, конечно же, может иметь только рекомендательный характер. А дальше нужно изучать мировоззрение человека в том плане, в каком это мировоззрение позволяет изучать психологию и психотерапию. Именно в такой последовательности, потому что в зависимости от взглядов на природу человека у каждого будущего специалиста идет формирование профессиональной идентичности. И это очень серьезный аспект, на который обращают внимание персонологи. В дальнейшем, если вести речь в логике проекта закона о психотерапии, то нужно ставить вопрос о том, что лицам с эндогенными и процессуальными заболеваниями доступ в профессию должен быть закрыт. Так же, как существуют психиатрические противопоказания для занятия определенными видами деятельности или запрет на определенную профессиональную деятельность при эпилепсии. И еще нужно ставить вопрос о возрастном ограничении. Известно, что обучение достаточно долгий период, и если человек начинает учиться в 50 лет, то настоящим специалистом он станет только к 65-70 годам. При этом трудно определить, насколько возможно личностное развитие, продвижение в таком возрасте, хотя в последнее время есть исследования о том, что и темперамент подвержен динамическим изменениям. А в этом возрасте будет ли

он подвержен качественным изменениям, которые позволят успешно работать психотерапевтом? Это требует исследования, и однозначного ответа здесь нет. Но отбор, конечно, должен быть. И сейчас, очевидно, что такой отбор может иметь информационно-рекомендательный характер, чтобы сам человек принял ответственность за то, что он будет учиться на психотерапевта. А работать? Вот многие заканчивают художественную академию, но не все работают Левитанами и Серовыми, кому-то надо и оформителями работать.

В. В. Макаров: Я с этим согласен, но я хотел бы это структурировать. Важен ступенчатый допуск в профессию. Через тестирование человек может быть допущен к обучению; после завершения 100 часов личной терапии личный терапевт говорит: «Вы можете быть консультантом»; специалист завершает 300 часов личной терапии и психотерапевт дает заключение «Вы можете быть психотерапевтом». Таким образом, нужен ступенчатый доступ. С другой стороны, то, о чем сказал Марк Евгеньевич, важна специализация. С пожилыми людьми может эффективным оказаться человек с большим жизненным опытом. Вспоминая свою психиатрическую юность, отмечу, что я был вынужден отрастить бороду, потому что мне был 21 год, а меня поставили на геронтологическое отделение, а бабушки мне говорили: «Внучок, внучок», а когда я отрастил бороду, они стали говорить: «Батюшка», и все изменилось. Но, конечно, не у всех психотерапевтов растет борода, поэтому с пожилыми людьми более эффективными могут быть специалисты с большим жизненным опытом. Здесь важна специализация, о которой говорит Марк Евгеньевич.

Г. Б. Крюков: Мне кажется, что мы сейчас перешли к обсуждению в деталях особенностей психотерапевта, его личностных качеств и перешли к формулировке качеств, необходимых для личного терапевта, особенностей его статуса, его выбора, и эти вопросы оказались взаимосвязанными. Прикладной аспект обсуждаемого вопроса еще может быть объяснен тем, что у нас существуют обязанности двоякого рода: с одной стороны, мы являемся психотерапевтами, которые работают в рамках действующего законодательства и закона о психиатрической помощи в частности, когда мы должны соблюдать врачебную тайну, открытую нам пациентом в процессе психотерапевтической практики. С другой стороны, эти открывшиеся сведения могут являться препятствием для профессии. Как в этом случае будут соблюдаться этические правила? Может быть, этический комитет Лиги выскажет свои предложения по этому поводу?

М. Е. Бурно: Наш разговор выходит далеко за рамки психиатрической психотерапии. Это так и должно быть. Психотерапевт должен жить в реальностях не только жизни психиатрии, но и обычной жизни, которой живут здоровые люди. Тогда кто же остается заботиться о душевной жизни душевнобольных? А кто

будет заботиться об акцентуантах, здоровых людях, рисунок характера которых похож на психопата, человека с патологическим характером? Акцентуация как раз и несет в себе творческую основу, потому что акцентуация – это индивидуальность. А «заботчиком» душевно больных и здоровых акцентуантов становятся люди, которых психологи называют конформными, т.е. люди без ясно выраженного рисунка характера, рисунка души, люди, которые хотят быть такими, как все. Как клинический психотерапевт, я не могу не остановиться на акцентуантах. Не могу отойти от особенности личности, говоря о личности психотерапевта. Например, говоря о терапии творческим самовыражением, суть которой состоит в том, что пациент или клиент вместе с психотерапевтом изучают природу своего характера для того, чтобы, сообразно своему характеру и особенностям клинической картины, выражать себя творческим самовыражением, т.е. обрести свое творческое вдохновение, целительное в высоком смысле, определить свой смысл, свой путь в жизни и быть самим собою. И вот, независимо от меня, творческим самовыражением стали заниматься школьные психологи. В ответ на это, в Новокузнецке в институте повышения квалификации врачей была разработана программа повышения квалификации по творческому самовыражению. Мы занимались с педагогами и психологами, создавшими специальный детский центр; это были здоровые, дефензивные, одухотворенные люди и, самое главное, совестливые, с чувством вины, что кому-то сейчас хуже, чем тебе. С другой стороны, мне пока не приходилось встречать психотерапевтов с истерической акцентуацией или напряженно-авторитарных, с эпилептоидной акцентуацией, которые потянулись бы к такого рода работе. А что касается конформных личностей и акцентуантов демонстративных, дефензивных, авторитарно-напряженных недефензивных, которые терпят определенные поражения в жизни, здесь, мне думается, гораздо лучше работают психотерапевты другого склада – без дефензивности, с уверенностью в себе. Психотерапевты все нужны. Нужно сказать, что дефензивным людям не нужна успешность, самодостаточность и тут ничего не переделаешь – это такая природа души.

Я. Л. Обухов: С точки зрения психоанализа выделяются три уровня здоровой личности: психотический, пограничный и невротичной. И вопрос состоит в том – может ли психотерапевт со здоровым психотическим уровнем или со здоровым пограничным уровнем работать в профессии? Мое мнение – не может. Не может быть психотерапевт психотического уровня. Отмечу, что психотический уровень – это не психоз, это особенности личности в рамках нормы. Просто у такого человека нарушена критичность. К таким относятся те, кто заряжает воду по телевизору, те, кто верят в экстрасенсов и колдунов. Я считаю, что людей со здоровым

психотическим и пограничным уровнем мы не должны допускать в профессию и это наше право. Если ко мне приходит пациент, который работал или сейчас работает с астрологом и ясновидящим, то я как специалист не имею права ему отказать. Если ко мне приходят те, кто получает психотерапевтическое образование, и проходят у меня учебную психотерапию и заявляют, что они консультируются с астрологами, то в этом случае нельзя подписывать письмо завершения личной психотерапии.

В. М. Волобаев: А если этот обучающийся ходит к священнику? К экстрасенсу это одно, а если к священнику?

Я. Л. Обухов: Я думаю, что здесь может быть два основных критерия: первый - есть или нет у него критичность и второй - какие механизмы защиты используются. Если это психологические защиты незрелой личности, то это одно, если психологические защиты зрелой личности - то это другое.

В. В. Макаров: Хочу вам напомнить, что у психиатрии нет языка для описания нормы. Акцентуация - это такой подход, при котором психиатрический язык распространен, якобы, на норму, и в работах Леонгарда, и работах Личко (а я с гордостью отмечаю тот факт в моей биографии, что на первой Всесоюзной школе по психиатрии я занял первое место по знанию системы Личко, и Андрей Евгеньевич мне лично книгу подарил, как лучшему знатку) - чисто психиатрический язык. И мнение о том, что акцентуация - это на всю жизнь, это психиатрический подход, потому что даже темперамент изменяется, а характер изменяется тем более. Если мы говорим о том, что с невротичным больным должен работать врач с невротическими расстройствами, и если мы говорим, что дефензивность это на всю жизнь, то он будет стремиться закреплять эту дефензивность всю жизнь? Я знаю много людей, у которых была одна акцентуация, потом другая, потом не стало никакой. Конформность - это тоже акцентуация, в результате которой человек стал никакой. Но все равно речь об акцентуации - это психиатрический подход, и в нашей стране акцентуации стали психиатрическим диагнозом, потому что психиатрических больных выписывали с акцентуациями, говоря, что это не психиатрический диагноз. Яков Леонидович привнес новый язык в обсуждении темы. У нас сейчас много языков, есть психиатрический язык, есть язык психоанализа. С психоаналитической точки зрения психотический уровень - это уровень здорового человека, т.е. психотик - это не тот, у кого есть психоз, а тот, у которого нет критики. Есть и другие языки: транзактного анализа, язык трансперсональной психологии, дианализа, есть много языков, на которых мы говорим. Я хочу еще раз сказать, что психиатрический язык не приспособлен для описания нормы, а вот другие языки для этого приспособлены. И поэтому, нужно пользоваться тем языком, который описывает норму, тогда, когда мы работаем с нормой.

А в отношении личной терапии я считаю, что нужно выработать формулировку об окончании личной психотерапии. Западный вариант - терапия завершена. Тем самым психотерапевт берет на себя ответственность за то, что в плане личности и в плане этики данный человек готов стать психотерапевтом. Или давайте разработаем более точные формулировки, корректные с точки зрения психотерапевта, который берет на себя ответственность. Я, как психотерапевт, беру на себя ответственность, что данный человек может работать психотерапевтом или консультантом. Речь идет о личной или учебной психотерапии.

Я. Л. Обухов: Формулировка «Психотерапия завершена» противоречит основному принципу, потому что психотерапия не может быть в принципе завершена. Более точной представляется такая формулировка как «Такой-то кандидат прошел столько-то часов личной терапии и я как психотерапевт рекомендую кандидата к выполнению обязанностей психотерапевта, он допускается к работе и если захочет, он может дальше личную терапию продолжать». По крайней мере, следует определить обязательный минимум такой терапии, но каждая школа может его увеличивать, например, я уверен, что психоаналитики сделают его гораздо больше.

В. В. Макаров: У нас, в общем-то, часы определены. Это 90 часов для консультанта и 300 - для психотерапевта. Но по завершении такого объема психотерапии я, как личный психотерапевт, должен взять на себя ответственность, что этот кандидат может работать консультантом или психотерапевтом. И здесь есть проблема. В нашу профессию приходят и гармоничные люди и им не нужно столько часов психотерапии, и, может быть, ему достаточно 10 часов. При этом, нужно понимать, что психотерапия - это не только лечение, но и познание себя.

М. Е. Бурно: Я согласен с Виктором Викторовичем, что характер изменяется, но всю свою жизнь я вижу, что характер изменяется по заданной программе. Я не психоаналитик, я - клиницист, но вижу очевидное созвучие с психоанализом. На международных конференциях уже давно оперируют такой классификацией, как психотик, невротик и пограничная личность (бордерлин или третье состояние). И там, где психоаналитик видит психологические защиты, клиницист скажет, что он более или менее безнравственный человек, потому что в его бедах виноваты только другие, а не он сам.

Ю. С. Завьялов: Я хотел бы предложить вообще отказаться от психиатрического языка, потому что в нашей стране это ведет к конфликтам. Хотелось бы напомнить положение декларации Всемирной психиатрической ассоциации: «Если какие-либо психотические расстройства не видны неспециалистам, то тогда таких людей не следует считать больными». Психиатр всегда сможет увидеть хоть что: скрытое, возможное...

М. А. Березин: Да, помните, «вялотекущая, малопрогредиентная...»

Ю. С. Завьялов: Да-да! Поэтому, можно согласиться с тем, что если обычный человек не видит в происходящем психопатологического, то и с осторожностью нужно относиться к вынесению диагнозов, тем более - устанавливать психиатрический контроль на выборах и других мероприятиях, иначе снова получим обвинение в том, что психиатрия занимается социальным контролем.

Л. К. Шайдукова: Я очень понимаю обеспокоенность коллег расширением границ компетентности психиатрии и этому есть объективные причины. Там, где психологу не видится паранойя и психопатология, там, где господин Обухов видит психотическую норму (что с точки зрения психиатров просто нонсенс), и акцентуация тоже может быть разная – неявная, умеренная, выраженная, а дальше – невротические, психопатоподобный, психопатологические расстройства... В то же время и господина Обухова можно понять. Вот, Карл Юнг сам себе поставил шизофрению, что не помешало ему великолепно лечить своих пациентов. Вот на этих демаркационных точках мы еще можем построить диагноз. А дальше?... И еще реплика, по поводу сказанного Марком Евгеньевичем о совершенно разных патохарактерологических типажах и то, что невротик может быть психотерапевтом. Более того, я даже расширяю этот тезис, поскольку у нас есть целый диапазон: гармоничная личность, акцентуированная, невротичная личность, психотическая личность и дефицитарная. В двух последних случаях я считаю, что они тоже могут быть психотерапевтами. Но я для себя еще не уяснила - может ли психопатическая личность быть психотерапевтом, особенно в условиях нашей России... Ведь так сложилось, что в России великие психопаты ведут за собой целые толпы и у них это получается. Короче говоря, думаю, что невротическая личность может быть психотерапевтом и у нее будут свои клиенты, а психопатическая – нет. А кто будет брать наркоманов, больных алкоголизмом с такими же чертами характера? В общем, все-таки вопрос остается открытым.

М. Е. Бурно: Речь идет не о том, что невротик может заниматься психотерапией или, что ему это можно позволить. Речь идет о том, что именно невротик должен заниматься психотерапией, именно невротик обладает особым образом мысли. Но психотерапией он может заниматься после личной терапии. Что такое личная терапия? Это когда с помощью опытного специалиста невротик может рассмотреть границы своего невроза и это нужно тому, кто готовится в психотерапевты. Я согласен с В. В. Макаровым, что когда мы говорим о личности психотерапевта, надо говорить и писать языком психологическим, может быть художественным... И есть опыт такого рода описаний. Например, известный психологам Александр Федорович Лазурский в своей классификации личностей описывает их именно как психолог, без психиатрических терминов. Их характер описывается очень

живо, именно художественно - психологически. И в тоже время современник Лазурского Суханов, старший товарищ Ганнушкина, пишет в своей книге «Патологические характеры», которая вышла в 1913 году о том, что психопаты, патологические личности как он их называл, есть «карикатуры здоровых, карикатуры нормальных людей». И психопатам, этим «карикатурам здоровых» в реальной жизни соответствуют здоровые с таким же рисунком характера, но в рамках здоровья, т.е. в сущности, эти те же акцентуации. Вот я и думаю, что можно описывать личность психотерапевта живым художественным психологическим языком, но психиатр - клиницист все равно всегда увидит какой акцентуации это соответствует.

Т. К. Кудеринов: Я вспоминаю давние дискуссии 70-х годов в Алма-Ате, когда два дня психологи и психиатры не могли дать определение личности. И там, где Марк Евгеньевич говорит о дефензивной личности, речь скорее идет о тропности личности. Мы же с вами понимаем, что психотерапевт, имеющий определенную тропность своего личностного радикала, будет по-своему поступать в той или иной ситуации. И среди психиатров тоже нет четкого понимания пограничной или аномальной личности. Я помню, что когда мы проводили исследование подростков, которым в 15-16 лет поставили диагноз психопатии, в катamnезе, спустя 16-20 лет, выяснилось, что из них совершали асоциальные поступки только 31%. Другие находили неожиданное применение своим личностным ресурсам, например, работали регентами хора в церкви. А существенная декомпенсация наблюдалась только у 16%.

Г. Б. Крюков: Хотелось бы осветить еще другую сторону дискуссии – личность психотерапевта глазами пациента и клиента в нашей стране. Мне кажется, что если вспомнить изречение популярного Кузьмы Пруткова: «Лучшим каждому кажется то, к чему он имеет охоту». Сейчас, с точки зрения контингента людей, которым необходим психотерапевт, лучшими кажутся парапрофессионалы. Мне кажется, что задача этой дискуссии, в частности, и нашей лиги, в целом – формирование общественного мнения и формирование образца личности психотерапевта нашими силами таким образом, чтобы это устраивало большую часть людей, нуждающихся в нашей помощи.

В. Ю. Завьялов: Мне кажется, разговор очень необоснованно далеко зашел в плоскость психического здоровья психотерапевта хотя, я здесь особой проблемы не вижу. Из более чем 200 профессионалов, с которыми мне приходилось встречаться в режиме обучения, явно нездоровых было только два, и мы ничего с ними не делали, они походили-походили и сами ушли. Всего 0,5%. Большую проблему я вижу в уровне образования – очень низкий стал. Нужно людям просто ходить и дообразовываться, причем не только в профессиональном, но и в общекультурном плане: ну не знают, кто написал «Демона», и Врубеля не знают. И еще по поводу личной

терапии. В свое время мы с Виктором Викторовичем много занимались личной терапией.

В. В. Макаров: «Суровой» терапией.....

В. Ю. Завьялов: И в одно время я понял, что мне просто-напросто навязывают невроз. И я стал думать: «Есть у меня невроз или нет, есть у меня инцестные отношения к маме или нет?» Потом я проходил терапию у Алексейчика... Теперь я понимаю, что такая жесткая терапия – не терапия, а просто испытание, хотя очень, может быть, полезное. И те, кто не выдерживали, просто уходили из профессии. Можно сказать, что все остальное после Алексейчика – просто «семечки». И мне кажется, что личная терапия должна быть своеобразным испытанием, проверкой на зрелость, на умение, на способность работать. А пока никаких таких проверок нет... Но пока нужно оставить в покое личность психотерапевта – это другое. Я, в свое время, затеял эту дискуссию «раненый целитель». Херон, кентавр – образ, который осознает свою двойственную природу; это осознание своего уродства и это осознание вызывает часто тягостные переживания. И вообще проблема не в том, что есть «невроз в профессии», а в том, что сама профессия вызывает невроз. Поэтому, думается, вход в профессию и личность психотерапевта – это две разные темы. И если личность психотерапевта нельзя описать буквально и остается только лишь художественно-психологическая форма, то личность психотерапевта – это миф. И этот миф тоже нужно навязывать обществу... И я этот миф толкую так, что это «чудесная история личности, данная в словах». И вот тот же Херон. Он же сам себя ранил, но не смог себя убить, потому что никто сам себя не убьет. Я думаю, что те знания, которые мы получаем в процессе обучения и в профессии, они действительно ранят. Поэтому в нашей жизни обязательно должна быть такая форма помощи, профилактики этих ран, как, например, когда мы собираемся на Алтае, где сама природа лучше иной психотерапии лечит...

Л. К. Шайдукова: Я думаю, что потребуется определенное изменение менталитета, пока мы, – психологи, психиатры, психотерапевты, – поймем необходимость личной психотерапии, должно пройти какое-то время. Но я за личную психотерапию. Но при этом, конечно, каждый психотерапевт может не согласиться с необходимостью навязываемой ему личной психотерапии. Если говорить об объеме такой психотерапии, то мы должны говорить о формулировке «не менее столько-то часов», а общий объем такой психотерапии оставить на усмотрение самого психотерапевта.

Т. К. Кудеринов: А мне кажется, что весь разговор пока идет вокруг не личности, а модели психотерапевта и это похоже на то, как рассматривалась модель семейного врача у нас в Караганде при обучении этих семейных врачей по линии ЮНЕСКО. Там нам в этой модели перечислили и первое, второе, третье, четвертое....

В. В. Макаров: А теперь я предлагаю участникам дискуссии высказать самое главное, обобщающее ход и содержание нашей дискуссии. В общероссийской дискуссии прошлого года мы договорились до того, что психотерапией должен заниматься тот специалист, который **не может не заниматься** психотерапией. Если человек может заниматься чем-то другим – пусть занимается. Очень важен допуск в профессию – ступенчатый, через профессиональную ассоциацию, через аттестацию, сертификацию, аккредитацию профессиональной ассоциацией.

Сегодня становится понятным, кто такие безусловные профессионалы в психотерапии. Вот я записал 12 критериев:

1. Безусловный профессионал это тот, кто имеет образование, состоящей из личной терапии, практики и теории (у нас в стране наоборот теория и т.д.);
2. Безусловный профессионал должен иметь профессиональное признание;
3. Безусловный профессионал должен иметь признание государства;
4. Безусловный профессионал может иметь ученое звание, ученую степень;
5. Безусловный профессионал может иметь научные публикации;
6. Безусловный профессионал обязательно участвует в профессиональном сообществе;
7. Безусловный профессионал регулярно проходит личную терапию;
8. Безусловный профессионал регулярно проходит супервизию;
9. Безусловный профессионал регулярно повышает свою квалификацию;
10. Безусловный профессионал имеет свой авторский метод;
11. Безусловный профессионал популяризирует психотерапию в обществе;
12. Безусловный профессионал имеет свою постоянную структурированную практику.

Конечно, могут быть и другие критерии. По крайней мере, их можно предложить некоторому количеству экспертов, которые бы определили такие критерии, на основании которых можно было бы ежегодно выделять некоторое количество безусловных профессионалов, например 12. Может быть даже вручать медаль «Ведущий психотерапевт России такого-то года». Это позволит сформировать понимание – кто же является ведущим психотерапевтом в глазах профессионального сообщества. И тогда не будет возможностей для таких спекуляций, которые мы видим в журналах в виде эпитетов «Ведущий специалист» – один, другой, третий... Хотя совершенно непонятно, кто его назначил «ведущим»? Вот так представляются структурированные итоги определенной части нашей дискуссии.

Г. Б. Крюков: Мне кажется, важным вопросом в ходе сегодняшней дискуссии является определение того, кто будет принимать решение о том, кто будет супервизором. Критерии супервизорства также,

как и критерии ведущего психотерапевта, должны быть, на мой взгляд, проинвентаризованы, потому что в них заметно много субъективного и их надо прорабатывать. А в отношении ступенчатой подготовки нужно учесть и зарубежный опыт.

Л. К. Шайдукова: Первое. Личность психотерапевта многогранна и ее оценивать крайне сложно. Второе. Сама оценка может быть очень разной - от психологической до клинично-психиатрической. И не всегда личность психотерапевта можно обсуждать с критической точки зрения. Третье. Нужно тщательно относиться к наименованию «Психотерапевт», а то общество уже записывает в психотерапевты Гробового и иже с ним, которые ломают чужие судьбы. Согласно с Тасбулатом Куандыковичем, что в модели психотерапевта должно быть несколько показателей, которые можно маркировать и оценивать. Четвертое. Я за дестигматизацию нормы, а то получается, что мы выявляем специфические психические расстройства и специфические личностные реакции при каждой болезни левой или правой почки. И нужно переходить от психиатрического языка к психологическому, и не искать психиатрическое там, где его нет.

О. В. Приходько: В нынешней ситуации психотерапевт – это еще и общественно значимая личность, и такой образ формируется сейчас в общественном сознании. Поэтому в обсуждении личности психотерапевта важны не только внутренние и внутрипрофессиональные критерии, но и характеристики, которые профессиональное сообщество предъявляет к внешней среде. Другими словами, нужно определиться, какова должна быть эта личность: или это просто носитель профессии (также как существует образ медсестры, инженера), или это определенный имидж, формируемый нами в обществе? Имидж, который бы помогал продвижению психотерапевтических и психологических услуг в обществе.

А. Ф. Филатова: Очень часто образ психотерапевта, особенно психотерапевта мужчины, у молодежи формируется под влиянием того психотерапевта, который ввел их в мир психотерапии. Конечно, это больше относится к образам преподавателей психологии и психотерапии... Но, наверное, имеет смысл задуматься и над образом учителя-психотерапевта, а не только психотерапевта-целителя.

М. Е. Бурно: Я считаю, что экзамен должен быть строгим – экзамен, выявляющий возможно ли этому человеку работать в психотерапии или нет, потому что психотерапевт это ответственный специалист и от него очень многое зависит. Но что значит «строгий»? Ведь невозможно знать всю психотерапию и невозможно уметь все в психотерапии... Но если ты работаешь в каком-то методе, в каком-то подходе, если ты выбрал его, то ты должен его знать, знать и литературу, уметь практически действовать... А про все остальное нужно иметь краткое четкое представление, хотя бы потому, что об этом могут

спросить пациенты. И в этот экзамен обязательно должна входить личная терапия, которая может быть всякой. Второе, что я вынес из сегодняшнего круглого стола и очень важное для себя – это вопрос о личности и методе. Вот Владимир Юрьевич тоже говорит о строгом экзамене, как для водителей, но он говорит и об экзамене на сдачу навыков работы. Но при этом получается, что методики должны быть лишены личностного налета, должны быть обезличены. А психотерапевты должны быть в своей работе самими собой, они должны все работать одинаково в этом методе, также, как одинаковость наблюдается в восточных боевых искусствах. И тогда такая обезличенная психотерапия, психотерапия «не по-своему», тогда эта терапия «техническая», и тогда такую психотерапевтическую технику можно перевозить из одной страны в другую, и она будет работать и будет работать успешно. Но это уже будет психотерапия без вдохновения, без творчества, потому что основа творчества есть неповторимое по-своему своеобразие личности. В этом плане нужно определиться, что важнее - личность психотерапевта или методика, инструмент, техника. Я считаю, что метод и методика в психотерапии должны быть, но они должны быть личностно окрашены и тогда - это творчество, тогда это вдохновение.

В. М. Волобаев: Нельзя психотерапию представлять в отрыве от личности, иначе можно было бы заложить в компьютер методику, и пусть компьютер и работает. При обсуждении вопроса о личности психотерапевта я понимаю личность, прежде всего, как всю «психику» в совокупности, не подразделяя ее на частные структуры. Психотерапевт применяет любую методику, опосредуя ее через свою психику, и это опосредование у каждого психотерапевта будет свое. Поэтому, с одной стороны здесь наука, которая требует обеспечения повторяемости метода, а с другой стороны, эта повторяемость будет всегда преломляться через психические особенности психотерапевтов в силу индивидуальности психики каждого человека и даже индивидуальности искажения восприятия окружающего в целом. Задача заключается в том, чтобы минимизировать эти искажения. Все названные сегодня ступени действия (супервизия, личная терапия и др.) имеют своей целью уменьшение этого искажения, и здесь большое значение имеют методы преодоления этих искажений в сознании психотерапевтов. И еще, личная жизнь психотерапевта должна быть конгруэнтна, потому что не может психотерапевт использовать метод, методику, направление, с которой он внутренне не согласен... Он может это изучить, отработать до автоматизма, но это не будет его сущностью, содержанием его сущности и только посредством своей сущности психотерапевт может оказывать воздействие более точно. Именно благодаря этому идет исцеление. Я так себе это представляю. Поэтому, личная жизнь психотерапевта не должна быть какой-то противоположной тому,

что психотерапевт исповедует в своей работе. Здесь сразу же отпадает вопрос границы дозволенных отношений с пациентами, потому что эти вопросы должны быть разрешены на мировоззренческом уровне. И психотерапевту должно быть понятно, что пациент – это всегда пациент и не бывает «бывших» пациентов. И не может их быть, потому что пациент даже после завершения сессий годами дискутирует со своим терапевтом, который осветил его жизнь или зажег его фонарь. Кто такие безусловные профессионалы психотерапии я, честно говоря, затрудняюсь сказать. Я никогда не думал на эту тему так глубоко, потому что, очевидно, я себя таким не считаю. И, может быть, поэтому для меня это сложно. В любом случае личную историю, свой опыт профессионал будет вкладывать в профессионализм, умение увидеть свою ошибку, признать её, в умение о ней себе сказать и размышлять, как поступать в дальнейшем, чтобы ошибка не повторилась. И из этого будет складываться собственный опыт профессионала. Отвержение его, затруднение его в супервизиях, если не обращать на это внимание, препятствует профессиональному становлению специалиста. Признание терапевта «неидеальным созданием», неабсолютным для клиента имеет колоссальнейшее значение, потому что в понимании пациента рядом с ним живет такой же человек с такими же ограничениями, которые он сам в состоянии преодолеть. Значит, и для клиента открывается колоссальное будущее, понимание того, что и он тоже преодолеет ограничения. А если терапевт идеален, то такого эффекта терапии не будет... Это значит, что терапевт должен спуститься с небес и учитывать то, что происходит с реальным клиентом.

А. Н. Кузнецов: Формирование психотерапевта – это динамичный процесс, безусловно. Здесь играет роль и его жизнь, его личная история, опыт, этапы отбора, которые он проходит. И, в первую очередь, это личный отбор, когда он приходит в эту специальность, а потом и внешний, установленный профессиональным сообществом, и этапы подготовки, и другое, что мы сегодня обсуждали. И конечный продукт этого процесса – это терапевтический эффект, поэтому если есть терапевтический эффект, то значит, что это хороший по результатам процесс.

А. И. Семенова: Личность психотерапевта может быть разной, но она должна быть ориентирована на своего клиента, на своего пациента. Можно изучать путем опросов то, каким бы вы хотели видеть своего психотерапевта. Можно тогда определить, что же привлекает наших пациентов в личности психотерапевта.

О. А. Приходько: В ходе дискуссии у меня родились такие характеристики психотерапевта – это коммуникабельность, интеллект, определенный уровень профессиональной подготовки, адекватность и психическое здоровье. Но я не уверена, что такие характеристики создадут тот образ психотерапевта, который будет популярен в среде простых людей,

потребителей услуг. Может быть, важна успешность в какой-либо сфере жизни, и желательно, чтобы эта успешность соответствовала ожиданиям целевой группы, в которой работает психотерапевт. Для психотерапевта также важно, чтобы были развитие и совершенствование своей личности и, конечно же, забота о себе, о собственной ментальной экологии, осознание того, что он делает это для того, чтобы остаться гармоничным и здоровым.

Г. Б. Крюков: Сегодня обсуждались две модели психотерапевтов. Одна технократическая, вроде подготовки водителей, другая – как модель подготовки актера или педагога, дифференцированная в зависимости от сферы его деятельности и направления подготовки. Такое многообразие мы, конечно, должны видеть и учитывать на разных этапах образования, на возрастных контингентах, с которыми приходится работать и реальных требованиях и ожиданиях клиентов.

Я хотел бы отдельно остановиться на необходимости профессионального этического аспекта отбора в профессию, который нужно рассматривать на немного другом уровне, в том числе с учетом опыта зарубежных коллег.

Н. Л. Зуйкова: После сегодняшней дискуссии мне стало ясно, что психотерапевт – это профессионал, который имеет ясную, четкую методику работы, соотносит свою личность, – и тогда он будет успешен, эталоном для человека, который имеет допуск к профессии, будет принятие его, соотносит стандартам, профессиональным сообществом, в которое он обязан входить. И, несомненно, то, что это многогранная творческая личность, а эта многогранность и «творчество» являются образом его жизни. Но всё-таки, прежде всего, это должен быть профессионал.

М. А. Березин: Сегодняшняя дискуссия позволяет во многом пояснить определение состояния современной психотерапии это и наука, и ремесло, и искусство. Настоящий психотерапевт – это человек, который органично объединяет в себе все три основы. И еще мне запомнилось мнение, сказанное Тасбулатом Куандыковичем, по поводу катмнеза психопатических личностей... Только ассоциация несколько другая. Очень часто на точке входа других в нашу профессию кому-то из нас приходится принимать ответственное решение. Но избежать ошибки или, по крайней мере, минимизировать ее, минимизировать тот вред, который может быть нанесен специалистом или специалисту на точке входа в профессию поможет только этапность подготовки, непротиворечивость информации о личности психотерапевта, полученная как от других специалистов, так и от самого будущего психотерапевта, ее гармоничность на всех этапах профессионального становления специалиста. Можно много дискутировать о том, что для каждого пациента или нозологии (хотя это не совсем нозология и даже не всегда акцентуация) нужен свой, тропный специалист. Здесь нужно,

наверное, чуть большая категоризация, нужно определить, что личность специалиста и то предметное поле, в котором будет работать специалист должны быть, что достаточно очевидно, связаны между собой. И необязательно, что такая взаимосвязанность может быть конгруэнтной... И в таком поле имеют право существовать и клиническая, и неклиническая психотерапии, а в разделе клинической психотерапии имеют право на существование и клиническая коррекция, и клинической психологическое консультирование. И можно, и нужно говорить о психотерапии не только больных, но и о психотерапии нездоровых людей в понимании их «нездоровости» (но и неболезненности в медицинском смысле), как совокупности их биологического, психологического и социального начал. Наверное, клиническая и неклиническая психотерапия – это две самых мощных ветви всей психотерапии.

В. Ю. Завьялов: Эта дискуссия убедила меня в том, что личная терапия – важнейший элемент подготовки психотерапевта. Думается, что термин «терапия» здесь не очень точен. Может быть следует подумать, как точнее обозначить эту важнейшую составляющую подготовки. Второе. Я понял причину наших расхождений с Марком Евгеньевичем в отношении «творческой». Я считаю, что самостоятельно мыслить не считается «творчеством». Творчество – это другое.

М. Е. Бурно: Творчество – это «по-своему», «неповторимо».

В. Ю. Завьялов: Я думаю, творчество всегда надо противопоставлять чему-то. Что есть «не-творчество»?

Традиция?! Ведь никто же не имеет право нарушать традиции. И в нашей профессии нельзя допускать много творчества, иначе у каждого оно будет свое; в нашей профессии не все должно быть творчеством. Иначе – у каждого будет своя терапия, у каждого будет свой клиент, у каждого будет своя методика. И здесь нужна диалектика противопоставления единства и борьбы противоположностей, например, творчество – традиция.

М. Е. Бурно: Мне кажется, здесь слово «традиция» не очень подходит, может быть, лучше – «схема»?

В. В. Макаров: Не будем начинать снова дискуссию.

В. Ю. Завьялов: Возвращаясь к сказанному, я предлагаю заменить термин «личная терапия» термином «личная подготовка» или «личностная подготовка», тогда и задачи ее будут ясны. И, может быть, принятая норма в 300 часов личной терапии – это слишком большая норма, это западная норма.

Т. К. Кудеринов: Возвращаясь к модели психотерапевта, мне она видится такой: профессионально образованный, знающий, умеющий, обладающий навыками, способный коммуницировать, позволяющий осуществлять организованно и адаптировано свою деятельность.

В. В. Макаров: Наша встреча заканчивается. Мы завершаем нашу дискуссию. В дальнейшем общение будет организовано по электронной почте и на сайте лиги; завершающая дискуссия состоится 14 декабря 2006 года. К тому времени будут опубликованы материалы дискуссии, и мы сможем подойти к завершающей части нашей дискуссии.

К ВОПРОСУ О ТАКТИКЕ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

к.м.н. М. Ю. Любченко, Л. Л. Мациевская

Современная психосоматическая медицина учитывает комплексные соматопсихосоциальные взаимодействия при возникновении, течении и, в особенности, при терапии психосоматических заболеваний. В международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) обращает на себя внимание многофакторный генез данной патологии. Признётся появление соматоформных расстройств на фоне психосоциального стресса, в сочетании с многообразными соматическими жалобами, но в отсутствии морфологического изменения соответствующих тканей. Однако, человек наделён врождённым репертуаром именно аффективного реагирования на дистресс вне зависимости от соматической или психологической природы последнего. Но эти способности могут трансформироваться или

извращаться в ходе развития индивида в зависимости от моделей поведения в родительской семье. Эти реакции регулируются подкорковыми центрами и закладывают индивидуальный рисунок коммуникации между ребёнком и матерью, от поведения которой зависит, сможет ли дитя и в ходе дальнейшего развития правильно определять соматическое или психологическое происхождение возникающих у него стрессовых реакций. Родитель чаще всего реагирует на дистресс соматического происхождения, считая производные эмоции не заслуживающими внимания или не умея правильно распознать их. Так, «соматический» язык выступает на первый план коммуникации, формируя *алекситимию* как особый тип конституции личности, которая характеризуется неспособностью к эмоциональному

резонансу. «Психосоматическим семьям», в целом, свойственна бедность психологического языка и склонность отрицать наличие психологических проблем. Кроме того, родители могут не поощрять или запрещать выражение ряда психологически обусловленных эмоций, считая это неприемлемым. Ребёнок приучается к тому, что внимание, любовь и поддержку родителя можно получить, лишь используя поведение больного. Роль больного оказывается привлекательной, в том числе благодаря освобождению от обычных обязанностей без возложения вины за это. Болезнь ребёнка может приносить вторичную выгоду и родителям: видоизменять взаимоотношения между ними, уводя в сторону от конфликта, который они не желают признавать, стабилизируя тем самым сложную ситуацию в семье [1, 6, 9].

Имеются и культурально-этнические предпосылки возникновения психосоматических расстройств, т.к. в разных культурах имеется разная степень дифференцировки эмоций - чем беднее возможности их психологического выражения, тем скорее они начинают соматизироваться. В любой культуре могут быть семьи, внутри которых этому же может способствовать ригидное воспитание в строгих рамках любого религиозного и идеологического фундаментализма, где эмоции не столько плохо вербализуются, сколько осуждается их выражение. Психосоматические больные могут быть хорошо адаптированы в своём социальном окружении, годами имитируя состояние удовлетворённости у себя и своих близких. Для этих больных язык органов, боль, по выражению Вейзакера, являются «будильником в их ненарушенном мире» [1,2,3].

При этом всё же не стоит сбрасывать со счетов ещё не вполне определённые и доказанные взгляды на генез психосоматических заболеваний при сохраняющейся актуальности интереса к исследованию этой проблемы. Известный пионер в области изучения психосоматической медицины Франц Александер, как говорится в предисловии к современному изданию его книги, был излишне оптимистичен, утверждая как непреложный факт свою теорию патогенеза психосоматических расстройств. И, наконец, эффективность психоаналитического лечения психосоматических расстройств, по-видимому, сильно преувеличена: по утверждениям современных специалистов, многие из психосоматических больных попросту неспособны адекватно выражать свои эмоции, и поэтому классические психоаналитические техники зачастую не улучшают их состояние [1, 11, 15]. В то же время не стоит упускать из виду, что все эти вышеуказанные проблемы есть следствие чрезвычайной сложности и слабой разработанности предмета. Серьёзное исследование психосоматических взаимодействий, как справедливо отмечают многие авторы, должно дополниться некоей «психологической составляющей» с проведением масштабных «корреляционных» исследований: имея данные клинических обследований пациентов, нужно

лишь дополнить их «психологией» - подключить психологические «профили» личности, прорисованные одним из психометрических тестов, и затем рассчитать, как они связаны друг с другом [1, 11]. Наиболее простым выходом из положения можно было бы считать идентификацию невротического и психосоматического профилей личности, как имеющих единый психоаналитический механизм формирования, и соответственно этому строить психотерапевтическую программу. В принципе, используемые в психотерапии психосоматических расстройств приёмы не являются новаторскими, но предполагается, что они должны иметь свою специфику и нюансы.

В психотерапевтической практике невысок удельный вес психосоматических пациентов, что чаще обусловлено приоритетом их соматоцентрированного типа внутренней картины болезни. Однако психокоррекционное направление в работе с этой категорией расстройств успешно развивается в современной психотерапии, и в этой связи представляется интересным анализ выбора и построения психотерапевтической тактики и эффективности психотерапевтического процесса. Называя базисной причиной психосоматических заболеваний *алекситимию*, практическая психология рассматривает её не только как неспособность вербализации чувств, мыслей, страхов, душевного дискомфорта, но и как приземлённость жизненных ориентаций, неспособность к фантазированию, бедность и ограниченность творческих устремлений [2, 11, 20]. Именно этот патогенетический, по сути, подход в виде коррекции или развития вышеуказанных аспектов личности позволяет в рамках психосоматической психотерапии структурировать подходы к ней. В современной литературе рекомендуются к использованию практически все психотерапевтические методы в модификации для психосоматических пациентов [11, 14, 16, 19, 20]. Одним из интересных современных изданий можно назвать вышедший в 2005 году «Справочник практического врача по психосоматической медицине» И. Г. Малкиной-Пых. Книга отличается великолепной систематизацией теоретических и практических изысканий по теме психосоматической медицины, содержит полное описание психотерапевтических техник и подходов к частным случаям психосоматических заболеваний. Но, на наш взгляд, едва ли можно прогнозировать психотерапевтическую эффективность многих изложенных методов терапии для психосоматических пациентов. Прежде всего, современная психология в рамках организации психотерапевтического процесса подчёркивает необходимость исследования психологического портрета личности психосоматического пациента и выявление его интрапсихического конфликта, что обычно и представляет терапевтическую трудность. Психосоматические пациенты - это хорошо адаптированные личности, у которых симптом алекситимии является ответом на семейный запрет выражать себя и свои чувства. На

смену возможности чувственно перерабатывать реальность приходит ригидное следование социальным нормам, а язык органов, болевые ощущения становятся «неудобной» попыткой тела интегрироваться с душой человека. Психосоматический пациент годами может терпеть отношения, которые разрушают его, а толерантность к неблагоприятным отношениям и природу психосоматических симптомов можно объяснить подавлением агрессивности, злости, переходом их в аутоагрессию [11, 20].

Одной из важнейших задач психотерапевта становится в этом случае помочь пациенту выявить свою озлобленность, что и представляет первые трудности в работе, так как психосоматические пациенты зачастую крайне слащавы, лицемерны, при возникновении малейшего спора они склонны уступать, со всем соглашаются, прибегают к рационализации, шутят. При этом они могут находиться в состоянии социальной гипернормальности, будучи, например, трудоголиками, абсолютно законопослушными гражданами, интрапсихический конфликт которых – глубинного порядка.

Для борьбы с алекситимией («эмоциональной безграмотностью»), ориентацией пациента только на медикаментозное лечение следует применять техники, направленные не на конфронтацию, а на поддержку, следует подготавливать его к вербализации своих переживаний [4, 5, 7, 10, 11, 14, 16].

В свете этого становится важным исследование психологического портрета психосоматического пациента, что можно оценить при использовании ряда специфических психодиагностических тестов и опросников, часть из которых является ещё и лечебно-диагностическими. Так, психодиагностика предлагаются:

- Торонтская алекситимическая шкала, выявляющая, помимо неспособности или низкой способности вербализации чувств, ещё и так называемый утилитарный, конкретный (точнее, прагматичный) стиль мышления, гипернормальность отношений с окружающими, товарищами, за которой стоит «пустота отношений». Существуют средненормативные показатели для невротиков, психосоматических больных, контрольной здоровой группы;

- Опросник Бека, шкала депрессии Цунга для диагностики депрессивных состояний, результаты которых коррелируют с личностной и ситуативной тревожностью и алекситимией. Тревожность при этом оценивается по известному опроснику Спилбергера-Ханина и шкале тревожности Тейлора-Норакидзе;

- Опросник Сердюка для изучения самооценки социальной значимости болезни (позволяет определить 10 факторов, отрицательно влияющих на социальный статус пациента: ограничение ощущения силы и здоровья; ухудшение отношения к больному в семье; ограничение удовольствий; ухудшение отношения к больному на работе; ограничение свободного времени; ограничение карьеры; снижение физической привлекательности; формирование

чувства ущербности; ограничение общения, материальный ущерб);

- Тест Кэттелла с оценкой факторов первого и второго порядка для психосоматической личности (эмоциональная неустойчивость, озабоченность, робость, подозрительность, гипотимия, фрустрированность как факторы первого порядка и высокая тревожность и интроверсия как факторы второго порядка);

- Метод незаконченных предложений Сакса-Сиднея в модификации для психосоматических больных, дифференцирующий субклинический и клинический уровни расстройств в сравнении с нормой;

- Тест Кейрси, который был бы более адекватен в сочетании с креативными методиками, так как описывает нюансированно психологические типы, констатация которых полезна не только врачу, но и самому пациенту – «романтик», «журналист», «фелдмаршал», «исследователь», «изобретатель», «торговец», «хранитель традиций», «тамада» и т.п.;

- Методика «Уровень субъективного контроля» – она разделяет людей на 2 типа – интернальный и экстернальный;

- Опросник Келлермана-Плутчика, определяющий наиболее часто используемые личностью психологические защиты – вытеснение, отрицание, рационализация, замещение, агрессия, регрессия, компенсация, отрицание реальности;

- Тест Томаса, исследующий типы поведения в конфликте (соревнование, избегание, компромисс, сотрудничество, приспособление);

- Методика диагностики показателей и форм агрессии Басса-Дарки (определяет аутоагрессию, чувство вины, обиду, подозрительность, раздражение, негативизм, косвенную агрессию, вербальную агрессию);

- Методика диагностики уровня социальной фрустрированности Вассермана;

- Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний;

- Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Рея, тест «Адаптивность» по Маклакову, тест «Нервно-психическая устойчивость» [11].

Надо отметить, что зарубежные психотерапевты достаточно активно используют психодиагностическое тестирование в своей работе, привлекая его результаты для дифференциального диагноза и, главное, выбора прицельной патогенетической терапии, так как все вышеперечисленные тесты определяют с филигранной точностью деформированную часть личностного паттерна, внутренний психологический конфликт.

Психотерапевты с различными формами деятельности (и состоящие на службе в государственных медицинских учреждениях, и частнопрактикующие) имеют также и различные формы организации работы, и различный контингент пациентов (клиентов). Можно поспорить, чей объём работы

и ответственность сложнее, но выбор индивидуальных и групповых форм работы предстоит практически и тем, и другим.

Стало общепризнанным требование учёта в психотерапевтическом процессе личностных особенностей больного, для чего Мацановым (2000) предложено разделить пациентов по 5 группам: циклотимного, эпитимного, ювенильного, астенического, психиастенического типов личности. Считаем, что можно не согласиться с вышеуказанным делением пациентов на группы «по интересам», предположив, что работающими могут быть группы циклотимного и ювенильного видов, но никак не психиастенического. Поэтому, целесообразнее было бы формировать психотерапевтическую группу по классическому принципу - избегая психотических и психопатических форм и людей одинакового склада личности более двух человек в группе. Этот принцип великолепно зарекомендовал себя и отработан на многолетней практике.

Применяемые в психосоматической медицине психотерапевтические методы авторы предлагают условно разделить на 2 группы: глубинно-психологические методы и методы, ориентированные на симптом и модификацию поведения. В отношении 1 группы методов, ставящих своей целью раскрытие внутреннего психологического конфликта, перестройку личности в целом и устранение её патологических отношений с окружающим миром. Однако важно иметь в виду, что устранение симптомов не является первичной целью - симптомы ослабевают и исчезают по мере того, как достигаются вышеуказанные цели. К этой группе относят психоанализ, транзактный анализ, символдраму, гештальт-терапию, психосинтез, терапию, сфокусированную на решении, психодраму, классическую групповую психотерапию и др. В этих методиках важно умение больного рефлексировать и достаточное количество времени для психотерапевтической работы [4, 5, 7, 9, 16, 19]. К методам, ориентированным на модификацию поведения и устранение симптома, относят когнитивно-поведенческую психотерапию, гипнотерапию и другие суггестивные и аутосуггестивные методы.

Кроме того, авторами предлагаются различные виды невербальной и полувербальной психотерапии (телесно-ориентированная терапия, дыхательная гимнастика, упражнения по мышечной релаксации, аутогенная тренировка и её модификация для психосоматических пациентов по Клейнзорге-Клюмбиесу, психотоническая тренировка по Мировскому-Шогаму, музыкальная, танцевально-двигательная терапия, арттерапия) [10, 11, 19].

Коррекция алекситимических расстройств при этом составляет наиболее трудную задачу для психотерапевта, так как именно этот феномен, прежде всего, в целом тормозит включение пациента в психотерапевтическую работу. В связи с чем, нам представляется важной этапность психотерапевтического процесса, где «заманивающими» пациента моментами

должны стать игровые психотехники, воспринимаемые как простые, доступные, даже несколько примитивные. И лишь по достижении этапа осознания конфликта или хотя бы заинтересованности пациента в психотерапевтической работе возможен переход пациента к сложным личностно – ориентированным методам (психоаналитическим, психодинамическим, экзистенциально-гуманистическим). Результативность же этих глубинных методов и сохранение психосоматических пациентов в русле психотерапии на этом этапе работы всё же представляются сомнительными. Кстати, подобные психотехники, несмотря на их актуальность и модность, остаются уделом узкого круга даже не пограничных пациентов, а лишь психотерапевтов на их профессиональных тренингах. В этом ключе нам видится, что инструментом для популяризации серьезных психотерапевтических направлений могла бы стать позитивная психотерапия Носсрата Пезешкиана - метод, продолжающий традиции гуманистической психотерапии, создавший новую модель личностного конфликта в лучших традициях психоанализа [11, 14, 15, 19].

Одним из профессиональных достоинств Н. Пезешкиана как психотерапевта можно считать мультифакторный подход в использовании психотехнических приемов - от классического психоанализа с гипнозом до транзактного анализа и бихевиоральных методов. Однако наиболее выигрышной эта техника остается благодаря точному попаданию в цель в современном мире – апелляции к религиозно-мировоззренческой сфере деятельности личности. Метод использует возможность популяризации необычного религиозного течения - *бахаизма*, являющегося, возможно, наиболее демократичным из всех существующих до и после него религиозных течений. Декларируется, что бахаизм - некая собирательная религия, вобравшая в себя элементы всех религиозных конфессий и развивающаяся в духе гуманистической теории личности. Религия не приемлет пышности и богатства атрибутики и, главное, конфронтации с другими религиозными течениями, она не является насильственной и воинствующей. В нынешнее беспокойное время этот постулат как нельзя вовремя становится объединяющим с миром все человечество. Актуальность религиозных увлечений (истинной веры и дани моде) помогает находить Пезешкиану новых сторонников, хотя стоит учесть и тот факт, что религиозное мировоззрение не является краеугольным камнем и конечной целью его работы с пациентом.

Второй выигрышной стороной метода позитивной психотерапии является ориентация на семью и уважение к истокам семьи и семейным традициям пациента. Мы видим, как в Казахстане и России воссоздаётся приоритет и значимость статуса семьи (не как ячейки общества, а как необходимого механизма развития духовности и личности, и общества в целом). В этом ключе исследование основ семьи, возможность коррекции нарушенных семейных

взаимоотношений (что составляет суть идеи Пезешкиана) приобретает конгруэнтность с государственной политикой.

И третьим аспектом, подчеркивающим актуальность методики позитивной психотерапии в современном мире, является её этнографическая направленность. Пезешкиан, проникая глубоко в культуру любого народа, добивается наибольшего количества точек соприкосновения с клиентами различных рас и этносов и призывает к этому каждого практикующего психотерапевта. Этот вывод был сделан им на своем горьком опыте переселенца и то, что этот вывод возник и сформировался в подобную технику – это свидетельство великолепных адаптивных качеств и собственно личностного роста, а также безграничного уважения к любой личности в мире. Можно назвать такое качество своеобразным космополитизмом, наоборот, представив Пезешкиана интернациональным патриотом и патриотом психотерапии, притом, что он сам не претендует на уникальность и признание новизны своего метода, говоря о собирательном характере своего психотерапевтического процесса.

Главным положительным для нас аспектом пезешкиановской психотерапии становится удивительная легкость и доступность самого метода в работе. Метод не требует больших интеллектуальных высот и богатства воображения от пациента, здесь, пожалуй, нужны некоторая традициональность, которая,

впрочем, развивается в результате работы. Пациенты чувствуют уважительное отношение не только к своим актуальным проблемам, но и к мелким деталям их микро- и макросоциума, что, безусловно, привлечёт их внимание к подобного рода терапии.

Пожалуй, единственным недостатком метода стоит считать его громоздкость, расширенные временные рамки, что, наверное, и относит его к малопопулярным (особенно у молодых психотерапевтов) практическим методам психотерапии – это метод долгосрочной терапии, как и психоанализ, возможно, в перспективе применимый врачом, пользующим семью в нескольких поколениях. Тогда этот метод тем более сообразуется с принципом введения в Казахстане института семейных врачей и ориентацией на амбулаторное звено медицинской помощи. И именно в Казахстане – многонациональном государстве со стабильной политической обстановкой и мирным сосуществованием разных национальностей – метод позитивной психотерапии может и должен получить распространение и новое развитие, взяв в свой арсенал элементы культуры и традиций нации и обогатив нацию мировым этнографическим опытом. Использование этого богатого культурного наследия, его вековой народной мудрости, смекалки, опыта выживания в сложных исторических условиях может прийти на помощь творческому началу любого психотерапевта.

Литература:

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. - М.: Геррус, 2000
2. Александровский Ю. А. Пограничные нервно-психические расстройства: руководство для врачей. - М.: Медицина, 1993
3. Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. - М.: Наука, 1976
4. Ассаджиоли Р. Психосинтез. - М., 1992
5. Ахола Т., Фурман Б. Краткосрочная позитивная психотерапия (терапия, сфокусированная на решении). - СПб.: Речь, 2000
6. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. - М.: Академический проект, 1999
7. Бэндлер Р., Гриндер Д. Из лягушек в принцы. - Новосибирск: Изд-во Новосибирского ун-та, 1992
8. Воронов М. В. Модель психосоматических взаимодействий с учётом влияния различных регуляторных систем // Медицинские исследования, 2001. - Т. 1, вып. 1. - С. 103–106
9. Групповая психотерапия / под ред. Б. Д. Карвасарского, С. Ледера. - М.: Медицина, 1990
10. Лоуэн А. Язык тела. - СПб. - Ростов-на-Дону: Феникс, 1998
11. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. - М.: Изд-во Эксмо, 2005
12. Михайлов Б. В., Сарвир И. Н., Баженов А. С., Филык В. Современное состояние проблемы соматоформных расстройств [Электронный ресурс] // Новости харьковской психиатрии. - Харьков, 2002
13. Михайлов Б. В., Сарвир И. Н., Чугунов В. В., Мирошниченко Н. В. Генеалогия, механизмы формирования, клиника и основные принципы терапии соматоформных расстройств // Медицинские исследования. - 2001. - Т. 1, вып. 1. - С. 36–38
14. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. - М., 1996
15. Пезешкиан Н. Торговец и попугай. Восточные истории и психотерапия, Генезис. - М., 2004
16. Перлз Ф. Практика гештальт-терапии. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001
17. Петрюк П. Т., Якущенко И. А. Психосоматические расстройства: вопросы дефиниции и классификации // Вестник Ассоциации психиатров Украины, 2003. - № 3–4. - С. 133–140
18. Петрюк П. Т., Якущенко И. А. Социально-психологические и психиатрические аспекты психосоматических расстройств у больных, перенёсших психозэмоциональный стресс // Вестник Ассоциации психиатров Украины, 2003. - № 3–4. - С. 140–159
19. Психотерапевтическая энциклопедия (под ред. Б. Д. Карвасарского). - СПб, 1999
20. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Семейная психотерапия. - Ленинград: Медицина, 1990

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПИИ

Т. Ф. Потапова

г. Красноярск

«Проективный метод (от лат. *proiectio* - выбрасывание вперед) - один из методов исследования личности. Он основан на выявлении проекций в данных эксперимента с последующей интерпретацией. Понятие проекции для обозначения метода исследования ввел Л. Франк. Проективные методы характеризуются созданием экспериментальной ситуации, допускающей множественность возможных интерпретаций при восприятии ее испытуемыми». За каждой такой интерпретацией вырисовывается уникальная система личностных смыслов и особенностей когнитивного стиля субъекта [8].

Метод обеспечивается совокупностью проективных методик (называемых также проективными тестами), среди которых, в частности, используют рисунки «человека», «человека противоположного пола» и «человека под дождем».

Проективные методики обладают значительными возможностями в исследовании индивидуальности личности, дают возможность адекватного и безопасного выражения отрицательных, подавляемых, социально неприемлемых чувств.

В работе практического психолога проективные методы незаменимы: направленность на диагностику причин дезадаптации оборачивается возможностью глубинного анализа причин возникшей проблемы; динамический подход дает свободу клиенту меняться в процессе терапии, становиться более адаптивным и принимать себя в этом качестве [5].

Сам процесс и способ проведения графической диагностики может стать шагом к очень важной стадии психоанализа и психотерапии в широком смысле - принятию ответственности клиентом за исход психотерапевтической работы и, ещё шире, принятия им ответственности за все решения, принимаемые им в жизни.

Использование графических методов для получения диагностического материала стало уже своеобразной традицией в психологическом мире. Особенно важна подобная информация в работе с клиентами, у которых в достаточной мере не развита способность к рефлексии и саморефлексии, когда психолог сталкивается с тем, что человек не осознает связи между своими действиями и сложившейся неблагоприятной ситуацией [6, 9]. Этот факт, как будет показано ниже, имел место и при работе с нашими испытуемыми.

Графические методы исследования личности дают полноценный диагностический материал, очень помогающий в работе психолога и психотерапевта и дающий возможность наглядно проследить динамику изменений за весь период терапии, что невозможно с устным, не зафиксированным материалом [4, 14].

Отличительной особенностью стимульного материала проективных методик является его неоднозначность, неопределенность, малоструктурированность, что является необходимым условием реализации принципа проекции. В процессе взаимодействия личности со стимульным материалом происходит его структурирование.

Считается, что в основе проективных методик лежат идеи З. Фрейда, который, безусловно, признавал проекцию. Анализ творчества З. Фрейда посвятил множество своих работ, среди которых «Художник и фантазирование», «Остроумие и его отношение к бессознательному», «Достоевский и отцеубийство», целый ряд аналитических исследований творчества авторов Средневековья и эпохи Возрождения [12, 13].

К. Г. Юнг считал необходимым побуждать некоторых своих пациентов рисовать и подробно анализировал их работы, примером может служить анализ серии картин пациентки в «Тэвистокских лекциях» [15].

В процессе работы над рисунками уменьшается контроль социальной части сознания и, как следствие, высвобождаются некоторые сдерживаемые эмоции. Даже если это происходит в очень небольшой степени, все равно, уменьшение давления и контроля сознания вызывает приятные ощущения вплоть до эйфории, кроме тех вариантов, когда подобное давление само используется как психологическая защита. В последнем случае увеличивается тревожность, возникает потребность в дополнительной защите, указание на которую может привести к плодотворной работе и к инсайту [7].

Взрослых в детстве учили, что слишком явно проявлять свои чувства - нехорошо, причем это в равной степени относится и к положительным, и к отрицательным эмоциям. Подавление эмоций во взрослом мире настолько обычная вещь, что об этом даже не считают нужным говорить. И только когда это превращается в проблему, когда перед человеком на приеме у психолога встает задача выразить свои чувства, он начинает понимать, насколько он не привык, боится, попросту не умеет этого делать.

Применение графических методик исследования личности могут привести к отреагированию ранее не принимавшихся чувств, что само по себе имеет психотерапевтический эффект [10].

Рисунок, который рассматривается, как символ, может служить выражением внутреннего психологического конфликта, бессознательным олицетворением чего-либо, не связанного напрямую с изображаемым, с выражением подавленного сексуально-психологического опыта и так далее.

Тестирование с помощью проективных методик - замаскированное тестирование, так как респондент не может догадаться, что именно в его ответе является предметом интерпретации экспериментатора. Проективные методики меньше подвержены фальсификации, чем опросники, построенные на сведениях об индивиде [9].

Существует проблема стандартизации проективных методик. Они не содержат математического аппарата для объективной обработки полученных результатов, не имеют норм. Эти методики, прежде всего, характеризует качественный подход к исследованию личности, а не количественный, как психометрические тесты. И поэтому ещё не разработаны адекватные методы проверки их надежности и придания им валидности. Мешают установлению надежности, валидности проективных методов и чисто психологические причины. Так, например, существует множество личностных смыслов, создающих искажение информации [1].

Для более точного исследования данные, полученные с помощью проективных методик, следует соотносить с данными, полученными с помощью других методов.

В нашем исследовании принимали участие 18 слушателей цикла ФУВ по «психотерапии». Они выполняли рисунки «человека», «человека противоположного пола», и «человека под дождем». В рисунке «человека» наблюдается тесная связь между рисуемой фигурой и личностью испытуемого. На рисунок личность проецирует особенности своего внутреннего мира: потребности, конфликты, тревогу и т.д. Проекция собственных черт субъекта и его проблем может быть ограничена фигурой своего пола, может распространяться на мужскую и женскую фигуру в паре или может быть в значительной степени направлена на фигуру «противоположного пола». Нередко только дефекты могут проецироваться на фигуру другого пола. Фигура «человека противоположного пола» может также нести в себе черты родителя другого пола. Рисунок «человека под дождем» ориентирован на диагностику силы Эго человека, его способности преодолевать неблагоприятные ситуации, противостоять им. Он позволяет также осуществить диагностику личностных резервов и особенностей защитных механизмов [4]. Рисунки осуществлялись до начала обучения, после проведения курса групповой психоаналитической психотерапии и по завершении общего цикла по психотерапии. Обучение проводилось, помимо психоанализа, гештальт-терапии, гипнозу, аутотренингу, нейролингвистическому программированию и телесно-ориентированной психотерапии через лекции и участие слушателей в соответствующих группах. Открывал обучение курс групповой психоаналитической психотерапии. Он проводился согласно концепции Фулкеса, которую можно обозначить как «психоанализ посредством группы» [16]. Эта концепция включает в себя анализ

индивида, являющегося членом исследуемой группы. Согласно этой модели, на первый план выходит социальная сущность человека. Группе отводится роль фона и инструмента психотерапевтического воздействия. Группа не является простой суммой составляющих её индивидов, а создает качественно новое образование, являющееся результатом взаимодействия между индивидами. Болезни воспринимаются как разрывы в сложной сети межличностной коммуникации, а не только как нарушения семейных взаимоотношений, что и отличает групповой подход от индивидуального. Целью групповой психоаналитической терапии является получение возможности дотянуться до социального, межличностного бессознательного. В глубоком смысле, она является переучиванием коммуникации. Чем продуктивнее общаются участники группы, тем лучше они переводят аутистические симптомы в слова, и тем быстрее наступает излечение за счет того, что аутистический симптом вербализуется. В процессе развития группы создается и накапливается лечебный потенциал, приведение в действие и оптимальное использование которого является главной задачей психотерапевта. Одним из основных элементов такой группы является интеракция. Темой занятия группы можно считать все происходящие «здесь и сейчас» события. Процесс начинается с монолога, затем переходит в диалог и постепенно развивается дискуссия. Психоаналитик выступает в роли функционально действующего эксперта, выдвигающего соответствующие предложения. Руководство группой осуществляется в опосредованной форме [3]. Позиция ведущего внешне пассивная, но у него идет напряженная внутренняя работа. Он следит за процессами, происходящими в группе, конструирует. Группа содержит массу хороших, здоровых ресурсов, хотя каждый из её участников может быть нездоров. Эмоциональные ресурсы группы, как правило, бывают мощнее, чем ресурсы каждого из её членов, взятого в отдельности. В группе имеется мощное стремление к здоровью и задачей ведущего является его развить, не оказывая при этом давления на группу.

В соответствии с моделью Фулкеса, выделяются 4 стадии группового психоаналитического процесса. Первая стадия характеризуется высоким уровнем напряжения, который имеет индивидуальную и общегрупповую составляющие. Его источником является пассивная позиция психоаналитика. Неконструктивные попытки снятия напряжения («псевдосплоченность», поиск «козла отпущения») заводят группу в тупик и приводят к пассивности пациентов. На второй стадии также сохраняется высокий уровень напряжения, но в сочетании с более активным, аффективно заряженным поведением пациентов по отношению к психоаналитику. Они испытывают чувства, которые можно обозначить как агрессивные, бунтарские. Открытое выяснение этих чувств считается показателем конструктивной работы, потому что [2]:

- вскрывает основную проблему невротиков, заключающуюся в желании переместить ответственность с себя на психотерапевта также, как они перекладывают ее на свою болезнь;

- раскрывает особенности взаимоотношений пациентов с авторитетами: сочетание зависимости с желанием быть признанным, что приводит к агрессивному поведению;

- дает возможность выразить негативные эмоции по отношению к авторитету (психоаналитику), которыми они переполнены, без жестких санкций с его стороны;

- является демонстрацией атрибутирования, проявляющегося в том, что больные неврозами склонны видеть источник негативных сил в других, а позитивных в себе.

На этой стадии формируется способность самому отвечать за свои чувства, осознавать и принимать их, за счет чего развиваются возможности саморегуляции и контроля над своими эмоциями.

На третьей стадии начинается рост групповой сплоченности и происходит выработка позитивных форм воздействия.

Четвертую стадию можно назвать рабочей. В этот период ведется целенаправленная деятельность в плане осознания конфликтов и их разрешения, преимущественно через реакции переноса и проекции, чему способствуют процессы «зеркального отражения», которые постоянно идут в группе. Наше самосознание ограничено, так как мы не можем видеть себя со стороны. Но мы видим себя в зеркалах других людей, что создает так называемое «прибавочное видение». За счет него участники группы позволяют друг другу наблюдать очень многие процессы, которые в реальной жизни оказываются за границами нашего чувственного познания. Потому процесс «зеркального отражения», по мнению Фулкеса, является основным, фундаментальным моментом группового психоанализа.

Сотрудники Лондонского института группового психоанализа полагают [17], что положительные результаты данной терапии зависят, скорее всего, не от повторного оживления и переработки конфликта, идущего из детства, а от готовности членов группы и, в особенности, от руководителя изыскивать возможности для новых доброжелательных отношений. Однако, поскольку теория психоанализа учит, что никакие позитивные изменения невозможны, если в течение аналитического процесса не происходит реактивации и осознания бессознательных стереотипов отношений, следует отметить важное значение повторного оживления в ситуации группы драматических отношений, первоначально характерных для детства или прошлого в целом. Только решив бессознательные конфликты, группа становится в состоянии приступить к решению конфликтов актуальных. Поэтому неизменно подчеркивается значение сексуальных и агрессивных стереотипов отношений, частью скрытых за очевидным

поведением, причины которого могут показаться, на первый взгляд, сиюминутными.

Проводя обучение, мы давали слушателям гарантию участия в психотерапевтическом процессе, исключая, тем самым, возможность проведения отбора в группы с учетом соответствующих показаний и противопоказаний. Однако грубого нарушения в составе групп не было, так как можно с уверенностью утверждать, что никто из участников не страдал тяжелыми психическими заболеваниями, не обнаруживал признаков органической патологии мозга, не употреблял наркотические средства и алкоголь, соблюдались необходимые различия по возрасту и полу.

На первой стадии наибольшие трудности для большинства участников вызывала пассивная позиция ведущего, который воспринимался ими как личность садистическая. Члены группы требовали от ведущего видимых проявлений понимания, поддержки и помощи. Часто они просто не пытались выйти сами из затруднительного положения, считая это обязанностью терапевта и не желая затрачивать никаких усилий на процесс самостоятельного анализа сложившейся ситуации.

В ходе дальнейшего проведения терапии соблюдались все основные положения ортодоксального группового психоанализа с соответствующей динамикой стадии развития группы. Группа работала преимущественно в ситуации «здесь и сейчас», периодически (при восстановлении обстоятельств травмы) актуализируя ситуацию «тогда и там». Происходило сочетание восстановления с интерпретацией, что позволяло получить терапевтический эффект. В ходе ведения группы применялись технические приемы, соответствующие краткосрочной психодинамической психотерапии, когда:

- основное внимание уделяется анализу защитных механизмов, интерпретации трансфера и воссоздания полной истории заболевания;

- происходит некоторое мягкое игнорирование проблем вне фокуса;

- учитывается важность завершающей стадии;

- дата окончательного лечения и число сеансов определяются в начале лечения.

С помощью проективных методов проводился анализ состояния участников групп до начала обучения (1), после проведения курса психоанализа (2) и затем после завершения цикла обучения всем методам, перечисленным ранее (3) (см. таблицу).

Особое внимание обращалось на особенности восприятия испытуемыми временных конструкций, так как известно, что психика человека имеет определенную пространственно-временную организацию. В процессе рисования, вероятно, происходит проецирование индивидуального пространства и времени субъекта в реальное пространство листа. Картина мира личности построена на пространственных принципах. Когда человек творит что-то на листе бумаги, он строит свой мир. Его рисунок

Анализ результатов, полученных с помощью проективных методов
до и после проведения психотерапии

	«Человек» (%)			«Человек противоположного пола» (%)			«Человек под дождем» (%)					
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Регрессивные тенденции с фиксацией на травме (расположение рисунка на левой половине листа)	83	73	88	77	27	56	33	53	33			
Фиксация на будущем, ориентация на окружение (расположение рисунка на правой половине листа)	0	7	0	0	7	0	0	7	0			
Угроза, исходящая из прошлого или из будущего времени (расположение зонта)	-	-	-	-	-	0	← 17	→ 17	0	0	← 11	→ 22
Преобладание духовных ценностей (расположение рисунка вверх)	22	7	0	11	0	0	6	7	0			
Преобладание телесного, физиологического, сексуального (расположение фигуры внизу)	7	0	0	0	0	0	0	0	0			
Пониженная устойчивость к стрессу (отсутствие зонта)	-	-	-	-	-	-	11	20	11			
Потребность в поддержке в состоянии стресса (дополнительные детали)	-	-	-	-	-	-	17	13	44			
Использование неэффективных средств защиты в состоянии стресса (сдвиг зонта в сторону)	-	-	-	-	-	-	39	13	33			
Наличие сексуального конфликта (ремень на одежде)	39	53	22	50	40	0	17	40	0			
Возрастная регрессия с зависимостью от матери (пряжка на ремне)	17	33	11	44	33	0	11	13	0			
Возрастная регрессия с зависимостью от матери (подчеркивание средней линии тела, пуговицы)	56	20	44	50	67	78	44	40	78			
Возрастная регрессия (шляпа)	0	0	0	0	0	11	6	0	0			
Полоролевая аутоидентификация	7	6	11	7	0	0	33	20	33			

представляет собой маленькую модель мира, имеющую мифологически-символический характер и являющуюся преимущественно бессознательной. Наиболее подходящими с этих позиций представляются следующие параметры:

1. расположение фигуры на пространстве листа;
2. показатели, характеризующие возрастную регрессию с фиксацией на доминантном образе матери,

а именно: наличие на одежде пряжки, пуговиц с акцентом средней линии, зонта в виде купола при изображении «человека под дождем», шляпы;

3. отсутствие зонта у «человека под дождем», отражающее инфантильную жизненную позицию с невозможностью Эго действовать по принципу реальности и защитить себя в ситуации стресса.

Обращалось также внимание на наличие сексуального конфликта, особенности полоролевой аутоидентификации испытуемых и ее изменение в процессе психотерапии.

Известно, что для праворукого человека течение времени происходит слева направо, причем левая часть связывается с прошлым, середина – с настоящим, а правая – с будущим, то есть в спонтанном рисунке события развиваются во времени слева направо, поэтому важно определить, какие объекты в какой зоне находятся. У лиц, боящихся будущего, все предметы сконцентрированы в левой зоне и наоборот. Расположение фигуры на левой стороне листа отражает интраверсию и напряженность испытуемого, а на правой стороне – его ориентацию на окружение.

Расположение фигуры по вертикальной оси характеризует зону ценностей человека. Смещение фигуры человека вниз ассоциируется с телесным, физиологическим, сексуальным, а расположение в верхней части листа характеризует преобладание возвышенных, духовных ценностей, главенство фантазий.

По данным нашего исследования, сдвиг влево фигуры «человека» до проведения терапии наблюдался у 83% испытуемых. После прохождения групповой психоаналитической психотерапии этот показатель несколько уменьшился – до 73%. По завершении курса обучения всем приведенным выше методам психотерапии наблюдался возврат к прежним значениям, даже с некоторым их увеличением – 88%.

Анализ рисунка «человека противоположного пола» показал более выраженную динамику данного показателя: сдвиг влево, составляющий 77% до проведения терапии, резко снизился после курса психоаналитической психотерапии, составив 27%, и снова несколько вырос, до 56%, после завершения курс обучения.

При анализе фигуры «человека под дождем» оказалось, что в состоянии стресса регрессия в прошлое наблюдается значительно реже – 33% - при первичном исследовании. После проведения курса психоаналитической психотерапии она увеличилась до 53% и возвратилась к своему исходному уровню к концу обучения.

Интересно, что у одной испытуемой (7%) после проведения психоаналитической психотерапии произошел сдвиг фигуры «человека» и «человека под дождем» с правой на левую сторону листа. При этом фигура «человека под дождем» приобрела черты человека противоположного пола.

Рисуя «человека под дождем», 17% испытуемых изобразили купол зонта с левой стороны листа и такое же количество (17%) – с правой стороны. Можно предположить, что для первых угроза, от которой они пытаются защититься, исходит из прошлого, а для вторых – из будущего времени. После проведения психоаналитической психотерапии отклонение зонта в сторону не наблюдалось, после же

прохождения общего курса обучения оно снова стало проследиваться у 11% влево и у 22% вправо.

Анализ расположения рисунков по вертикальной оси показал, что у некоторого количества обследуемых имеет место сдвиг фигур вверх: первоначально у 22% испытуемых, рисующих «человека», у 11% - «человека противоположного пола» и у 6% - «человека под дождем». После проведения психоаналитической психотерапии эти показатели уменьшились, соответственно, до 7% - 0% - 7%. При исследовании в третий раз обнаружилось, что все эти рисунки сместились в центр листа. Сдвиг фигуры вниз наблюдался первоначально лишь у одного испытуемого (7%). Впоследствии этот рисунок «человека» также сместился в центр листа. Полученные данные свидетельствуют об усилении «Я» испытуемых и стремлении их строить свою жизнь по принципу реальности. При анализе рисунка «человек под дождем» важное значение имеет наличие зонта, как средства адекватной психологической защиты от стресса, и его форма. Такой вид защиты полностью отсутствовал у 11% обследуемых до начала проведения терапии и после ее окончания, и у 20% - по завершении аналитической психотерапии. Психологическая защита в виде зонта имела место, но была неэффективной, так как зонт был сдвинут в сторону, у 39% до проведения терапии. После прохождения курса психоаналитического лечения количество неэффективных средств защиты снизилось до 13%, а по завершении общего курса психотерапии снова увеличилось до 33%.

Многие обследуемые использовали в своих рисунках как средства защиты дополнительные детали в виде деревьев, скамеек, шляпы, козырька дома, одежды и т.д. Их можно рассматривать как отражение потребности в дополнительной опеке, внешней опоре, поддержке при воздействии неблагоприятных факторов. В этом случае рисующий как бы стремится структурировать ситуацию и пытается укрыться от неприятностей в иллюзорной атмосфере, уйти от решения проблем путем переключения и замещающей деятельности. Подобного рода дополнительные детали использовались 17% испытуемых до начала лечения. После проведения психоаналитической психотерапии их количество несколько уменьшилось и стало равным 13%, а по окончании курса лечения существенно увеличилось по сравнению с исходным – 44%.

Состояние возрастной регрессии с сохраняющейся зависимостью от матери характеризуется наличием следующих дополнений в рисунке: подчеркиванием средней линии тела, пуговицами по оси тела, пряжкой на ремне. У наших испытуемых на первый план вышло наличие средней линии и пуговиц на одежде. На рисунке «человека» они имелись у 56% обследуемых. После прохождения психоаналитической психотерапии их количество существенно снизилось – до 20%, а по завершении курса обучения вновь увеличилось – до 44%. В рисунке «человека

противоположного пола» имела иная тенденция: первоначально среднюю линию и пуговицы прорисовывали 50% испытуемых, после проведения курса психоаналитической психотерапии их количество увеличилось до 67%, а затем – до 78%. Рисуя «человека под дождем», 44% испытуемых первоначально прорисовали эти детали, у 40% они сохранились после прохождения курса психоаналитической психотерапии, а к концу обучения их количество резко увеличилось, достигнув 78%. Наличие пряжки первоначально зарегистрировано у 17% лиц, рисовавших «человека», на втором этапе она увеличилась до 33%, а по окончании курса лечения – уменьшилась до 11%. Рисуя «человека противоположного пола», эту деталь первоначально выделили 44% обследуемых, после прохождения курса психоаналитической психотерапии она сохранилась у 33%, а к концу обучения ее не нарисовал никто. У «человека под дождем» пряжку первоначально изобразили значительно меньшее количество испытуемых – всего 11%. Это подтверждает уже высказанное ранее предположение о том, что в состоянии стресса уровень возрастной регрессии ниже, чем в обычной ситуации. После прохождения курса психоанализа их количество существенно не изменилось (13%), а к концу обучения стало равным 0%.

Наличие на рисунках ремня является показателем сексуального конфликта. Интересно, что после проведения курса психоаналитической психотерапии он усиливался при рисовании испытуемым «человека» и «человека под дождем» (соответственно 39% - 53%, 3% - 6%), а при изображении «человека противоположного пола» он становился менее выражен: 44% - 33%. После проведения полного курса обучения изображение этого символа существенно уменьшилось на всех рисунках: «человек» - 2%, «человек противоположного пола» и «человек под дождем» - 0%.

Нарушение полоролевой идентификации наблюдалось первоначально у одной испытуемой в процессе рисования «человека» и «человека противоположного пола» (7%). Повторные рисунки «человека» и «человека противоположного пола» показали редукцию этих нарушений. Однако рисуя «человека под дождем», полоролевую аутоидентификацию изменили первоначально 33% испытуемых. После проведения курса психоанализа этот показатель уменьшился до 20%, а затем снова возрос до 33%.

Приведенные данные свидетельствуют о характерных особенностях психики наших испытуемых и их изменении в процессе обучения.

По расположению фигуры на листе со сдвигом ее влево можно предположить, что большинство из них фиксированы на своих прошлых переживаниях. При этом у многих она приподнята и располагается в левом верхнем углу, что характеризует свойственную им тревожность и регрессию. Такое положение отражает стремление избегать нового опыта и желание вернуться в прошлое, поскольку, согласно

культурной традиции, верхний левый угол представляется исходным пунктом. Угол страницы символизирует безопасность, которая традиционно приписывается углу комнаты. Следует отметить, что в меньшей степени эти переживания проецировались на «человека противоположного пола». После проведения психоаналитической психотерапии наблюдалось преимущественное смещение фигуры «человека» и «человека противоположного пола» в центр листа как по горизонтальной, так и по вертикальной оси, что можно охарактеризовать как положительную динамику этого показателя со стремлением увидеть реальность в настоящем, а не в прошлом времени с позиций ситуации «здесь и сейчас». Это, на наш взгляд, может свидетельствовать о больших проявлениях зрелости испытуемых. После изучения других психотерапевтических методик, преимущественно невербальных, данные показатели стали вновь приближаться к первоначальному уровню. Эти факты являются демонстрацией положительного значения осознания и вербализации своих проблем, происходящих в ходе психоаналитической психотерапии. Однако в состоянии стресса желание защищаться уходом в регрессивную позицию, напротив, усиливается после проведения курса психоаналитической психотерапии, что вероятно связано с явлениями переноса. При этом сами способы защиты, которые характеризует расположение зонта, становятся более адекватными, чего не наблюдается после использования других психотерапевтических методов. Зонт, если таковой имеется, всегда имеет форму купола, то есть испытуемые надеются на защиту исключительно со стороны матери.

Потребность в дополнительной опеке, внешней опоре и поддержке, характеризующая инфантильную, регрессивную позицию испытуемых, несколько снизившаяся после проведения группового психоанализа, снова значительно увеличивается по окончании цикла.

Регрессивные тенденции, характеризующиеся подчеркиванием на рисунке средней линии тела, пуговицами по оси тела и пряжкой на ремне, также имели место у значительного количества испытуемых при выполнении всех рисуночных проб, но в состоянии стресса были менее выражены. В процессе терапии отмечалась как положительная, так и отрицательная динамика этих показателей после повторных исследований.

В процессе психоаналитической психотерапии произошло усиление у испытуемых их сексуальных конфликтов, что символически отражается наличием ремня на одежде. Они проецировались преимущественно на фигуру «человека» своего пола. Возможно, это связано с некоторым их осознанием. По окончании обучения ремень отсутствовал практически у всех обследуемых на всех этапах рисования. Исходя из этого, можно предположить, что после осознания сексуальные конфликты быстрее подвергаются обратной редукции.

Полоролевая аутоидентификация испытуемых существенно нарушалась в состоянии стресса, когда большинство женщин предпочитали занимать мужскую позицию, которая традиционно расценивается как более сильная. Возможно, так отразилась их инфантильная зависть к фаллосу. После проведения психоанализа большинство из них встали на позиции своего пола, но после проведения общего курса обучения их полоролевая аутоидентификация вернулась к исходному уровню.

Анализируя представленный материал исследования с помощью проективных методов, можно сформулировать следующие выводы.

Во-первых, регрессивные, зависимые тенденции, сексуальные конфликты проецировались испытуемыми как на фигуру «человека» своего пола, так и на «человека противоположного пола», но более быстрой редукции подверглись качества, характерные для «человека противоположного пола» при проведении как групповой психоаналитической психотерапии, так и после других психотерапевтических методов лечения.

Во-вторых, методы психотерапии, использующие преимущественно невербальные средства воздействия на личность, без осознания бессознательных конфликтов и их вербализации не способствуют выходу из состояния регрессии. Поэтому, клиническое улучшение, достигаемое с их помощью, носит преимущественно симптоматический характер. В состоянии стресса регрессивные проявления нарастают, увеличивается надежда на защиту со стороны матери, либо психотерапевта, на которого происходит перенос. Такая позиция не способствует проявлению активных действий, направленных на борьбу с неблагоприятными факторами внешней среды.

В-третьих, после проведения групповой психоаналитической психотерапии наблюдалась положительная динамика следующих показателей:

- преимущественное уменьшение регрессии в виде снижения фиксации на травме и зависимости от матери;

- усиление эффективности защит, что приводит к снижению необходимости в использовании для этих целей дополнительных средств;

- осознание сексуальных конфликтов;

- появление возможности принять позицию, свойственную своему полу, в состоянии стресса.

Опыт групповой психоаналитической работы и исследование с помощью проективных методик позволяет сделать следующее заключение.

Абсолютное большинство наших клиентов, субъективно совершенно здоровых и пришедших в группу преимущественно «для того, чтобы поучиться», имеют серьезные внутренние конфликты, приводящие зачастую к формированию скрытой депрессии со всеми ее клиническими проявлениями и игнорируемой, однако, и самими больными, и окружающими. У них имеют место: фиксация на травме, регрессивная и инфантильная жизненная позиция, слабое «Эго», неэффективные защиты и, как следствие – невозможность действовать по принципу реальности в ситуации «здесь и сейчас» и планировать будущее. Поэтому ведение групп так называемых «здоровых лиц» практически ничем не отличается от терапии больных – невротиков в стационарных условиях. Представляется, что этот факт раскрывает весьма серьезную социальную проблему нашего общества, большинство членов которого, даже профессионалов в области психологии, психиатрии и психотерапии, не осознает свои внутренние противоречия, конфликты и проблемы, с ними связанные, со всеми вытекающими отсюда негативными последствиями, как для здоровья данной конкретной личности, так и общества в целом. Позитивным является то, что в ходе обучения абсолютное большинство из них стали выражать совершенно определенное желание разобраться в содержании своего бессознательного и разрешить бессознательные конфликты, понимая необходимость этого для успешной профессиональной деятельности.

Литература:

1. Альманах психологических тестов / Под ред. Р. Р. и С. А. Римских. – М.: Изд-во «КСП», 1997
2. Карвасарский Б. Д. Групповая психотерапия. – М.: «Медицина». - 1991
3. Куттер П. Современный психоанализ. - СПб, 1997
4. Маховер К. Проективный рисунок человека. – М.: Изд-во «Смысл», 2000
5. Проективная психология. – М.: Апрель Пресс, Эксмо-Пресс, 2000 (Серия «Мир психологии»).
6. Психологическое самообразование: читая зарубежные методики: Проблемы психологической личности. / Под ред. А. М. Матюшкина. – М.: Школа-Пресс, 1992. / Б-ка журнала «Вопросы психологии»
7. Романова Е. С., Потемкина О. Р. Графические методы в психологической диагностике. – М.: Дидакт, 1982
8. Словарь-справочник по психологической диагностике / Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М.; Отв. ред. С. Б. Крымский. - Киев: Наук. думка, 1989
9. Соколова Е. Т. Проективные методы исследования личности. – М.: Изд-во МГУ, 1987
10. Справочник по проективным методикам / Под ред. Б. И. Марштейна. – Лондон: «Нью-Йорк», 1965
11. Урсано Р., Зонненберг С., Лазар С. Психодинамическая психотерапия. - Российская психоаналитическая ассоциация. - Вып. 3
12. Фрейд З. Остроумие и его отношение к бессознательному. Страх. Тотем и табу: Сборник. – М.: Попурри, 1998

-
-
13. Фрейд З. Психология бессознательного: Сб. статей. – М.: Просвещение, 1989
 14. Штаабс Г. С. Вклад в исследование бессознательной проблематики и характерологической структуры в диагностике и терапии / Пер. с англ. – М.: Статус, 1995
 15. Юнг К. Г. практика психотерапии. – М. - СПб.: Изд-во АСТ, Университетская книга, 1998 (Сер. «Классики зарубежной психологии»)
 16. Foulkes S. H. *Therapeutic Group Analysis*. – London, 1964
 17. Pines Malcolm *The evolution of group analysis*. – London, 1983

ПСИХИАТРИЯ

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ВЫЯВЛЕННЫХ У ОБСЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ПРИ АРАЛЬЯ

С. А. Алтынбеков, Ж. Ж. Бултачиев, А. П. Негай,
Д. А. Абпазова, Р. О. Сарсенова, Н. П. Макашева,
Б. С. Сабенов, Д. Ф. Шайхутдинов

Данная группа расстройств в проведенном нами исследовании была представлена в следующих диагностических рубриках МКБ - 10: F4 - «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» и частично F3 - «Аффективные расстройства».

С точки зрения психопатологии, выявленные расстройства не являлись специфичными. Их отличала непосредственная связь с экопатогенными

факторами и социально-экономическими условиями жизни. Поэтому, мы посчитали целесообразным, что клинико-психопатологический анализ обследованных больных следует проводить без разделения по зонам их проживания.

Как следует из таблицы 1, ведущее место в клинической структуре пограничных психических расстройств занимают расстройства, связанные со стрессом (МКБ -10) - 49,8% всех случаев.

Таблица 1

*Клиническая структура пограничных психических расстройств, выявленных
у обследованного контингента*

Клинические формы	Пол				Оба пола	
	Мужской		Женский		Абсолютное число	%
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%		
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F4						
Расстройства, связанные со стрессом, в том числе:						49,8
Посттравматические стрессовые расстройства F43.1	78	23,5	28	8,2	106	15,7
Расстройства адаптации F43.2, F41.2	88	26,5	142	41,4	230	34,1
Тревожные расстройства, в том числе:						6,1
Генерализованное тревожное расстройство F41.1	-	-	20	5,8	20	3,0
Паническое расстройство F41.0	10	3,0	11	3,2	21	3,1
Аффективные расстройства F3, в том числе:						8,0
Депрессивный эпизод средней тяжести F32.1	16	4,8	17	5,0	33	4,9
Дистимия F34.1	16	4,8	5	1,5	21	3,1
Субклинические расстройства	93	28,0	106	30,9	199	29,5
Прочие	31	9,4	14	4,0	45	6,6
Всего	332	100,0	343	100,0	675	100,0

Достоверно реже ($P < 0,05$) выявлялись тревожные (6,1%) и аффективные непсихотические (8,0%) расстройства. Минимальный удельный вес в структуре выявленных расстройств занимали смешанное диссоциативное (конверсионное) расстройство и соматоформное расстройство (2,0% и 1,0%, соответственно), отнесенные нами в группу «Прочие». Примерно третья часть всех пациентов (29,5%) была представлена субклиническими функциональными нарушениями психического здоровья. При сравнении

клинической структуры выявленных расстройств среди мужчин и женщин можно было отметить, что тревожные расстройства и нарушения субклинического уровня встречались у них практически с одинаковой частотой ($P > 0,05$). У женщин достоверно чаще ($P < 0,05$) наблюдались расстройства адаптации (41,4% против 26,5% у мужчин). Диссоциативное (конверсионное) расстройство и дистимия были выявлены только у женщин. У мужчин же достоверно чаще преобладали посттравматические

стрессовые расстройства. Различия статистически достоверны при $P < 0,005$.

Посттравматические стрессовые расстройства диагностировались на основании следующих критериев: причины, обусловившей расстройство; времени начала заболевания и клинических проявлений, описанных в МКБ - 10. Основным признаком расстройства было наличие в клинической картине повторяющихся, навязчивых воспоминаний или сновидений, трактуемых или связанных в той или иной степени с выявленным травматическим событием ошеломляющего или угрожающего характера. Характерными были также «нечувствительность», некоторая притупленность в восприятии окружающего, чувство отчужденности от других людей, неспособности к проявлению радости от простых вещей, избегания ситуаций и поступков, прямо или косвенно напоминающих о пережитой актуальной психогенной ситуации. Так, в общении больные предпочитали не касаться темы пережитого насилия или другого события, носившего для них угрожающий характер в прошлом. Для многих больных с ПТСР были характерны вспышки страха или паники. Больные более чем обычно становились пугливыми, нерешительными по незначительным поводам. Практически во всех случаях эти симптомы дополнялись депрессивными проявлениями средней выраженности, тревогой и повышенной вегетативной возбудимостью, нарушениями сна с частыми пробуждениями. У всех больных прослеживалась четкая взаимосвязь развития расстройства со стрессовым событием, угрожающим непосредственно самим больным или их близким. Такой ситуацией становилось как однократное воздействие, так и продолженная во времени стрессовая ситуация. В среднем, расстройство развивалось через $4,5 \pm 1,2$ месяцев после пережитого события и продолжалось на момент проведения исследования $18 \pm 3,2$ месяца. Необходимо отметить, что больные ПТСР испытывали значительные трудности в социальной адаптации. Часто бывали гневливы и раздражительны в общении с близкими, недостаточно активными в поисках жилья и трудоустройства.

Расстройства адаптации были представлены наиболее многочисленной группой (34,1% всех случаев). Диагностика расстройств проводилась в соответствии с критериями МКБ - 10. К этой группе были отнесены расстройства, описанные в рубрике F43.2 – расстройства адаптации и F41.2 – смешанное тревожное и депрессивное расстройство, которое при наличии четко идентифицируемого стрессового фактора из круга повседневной жизни также можно отнести к расстройствам адаптации.

Тревожные расстройства квалифицировались на основании преобладания в клинической картине проявлений тревоги. Наличие стрессового события или ситуации не всегда сразу выявлялось в связи с наличием расстройства. Паническое расстройство проявлялось повторными приступами паники,

страхом смерти с выраженными вегетативными симптомами (такими как учащенное сердцебиение, ощущение нехватки воздуха, потливость, похолодание или онемение конечностей) и тревожным ожиданием следующего возможного приступа, избеганием провоцирующих панические приступы ситуаций. В целом, клиническая картина расстройства характеризовалась законченностью формы и структуры нарушений.

Генерализованное тревожное расстройство встречалось только у женщин. Тревожные проявления носили стойкий распространенный на многочисленные жизненные ситуации характер. Больные испытывали постоянную «нервозность», волнение по любому поводу, дурные предчувствия, сопровождавшиеся разнообразными вегетативными симптомами: дрожью в теле, повышенной потливостью, учащенным сердцебиением, приступами головокружения и тошноты и т.д. Характерными также были суетливость и невозможность расслабиться, нарушения сна (преимущественно с длительным периодом засыпания).

Аффективные расстройства были представлены депрессивным эпизодом средней тяжести и дистимией. Дистимия характеризовалась снижением настроения до уровня субдепрессии, утратой интересов и способности получать удовольствие от жизни, повышенной утомляемостью с разнообразными соматическими и вегетативными симптомами, идеаторной заторможенностью с пониженной способностью к сосредоточению и концентрации внимания, бессонницей, снижением аппетита. Пациенты жаловались на подавленность и чувство безысходности, связывали своё состояние с материальными и жилищными трудностями, социальными проблемами. Для дистимии характерна была продолжительность заболевания от одного до двух лет на момент обследования. Расстройство характеризовалось волнообразным течением.

Депрессивный эпизод во всех случаях возник впервые не более чем за 1 месяц до обследования. Клинически расстройство проявлялось снижением настроения до субдепрессивного или легкого депрессивного уровня, негативным восприятием окружающего, пессимистической настроенностью, проявлениями астении. Суточные колебания аффекта имели тенденцию к ухудшению состояния к вечеру.

К субклиническим нарушениям психического здоровья были отнесены различные проявления психической дезадаптации, при которых нарушения характеризовались неустойчивостью, кратковременностью и фрагментарностью (Семичов С. Б., 1987; Александровский Ю. А., 1993; Семке В. Я., 1993) и не могли быть отнесены к какому-либо другому расстройству с очерченной в МКБ – 10 клинической картиной.

Вариант с астено-субдепрессивными нарушениями характеризовался отдельными нестойкими, купирующимися спонтанно проявлениями астении

(чувство усталости, периодические нарушения сна), симптомами раздражительной слабости и слабывыраженными депрессивными проявлениями, зависящими от внешних влияний. В других случаях встречались различные мигрирующие соматические симптомы в виде сердцебиения, неприятных ощущений в области груди и эпигастрии, связанных с ситуационно обусловленным волнением.

В том случае, когда преобладали тревожные нарушения, выявлялись беспокойство, неприятные предчувствия. Как уже подчеркивалось, общими для всех субклинических нарушений являлись фрагментарность, непостоянство, изменчивость симптоматики и высокая ситуационная зависимость.

Существенное преобладание расстройств, связанных со стрессом в соответствии с критериями МКБ - 10, в структуре пограничных психических расстройств было связано с высоким уровнем стрессового воздействия. Однако необходимо отметить, что и в других случаях стрессовые факторы отчетливо выявлялись в анамнезе и самостоятельно декларировались больными. Уровень ПТСР соответствует данным отечественной и зарубежной литературы о распространенности ПТСР среди контингента лиц, переживших психическую травму (Румянцев Г. М. с соавт., 1994; Цыганков Б. Д., Былим А. И., 1998; Beiser M. et al., 1997 и др.).

Объём выявленных расстройств адаптации существенно, на 10 - 15%, превышает данные о распространенности этих расстройств, опубликованные в зарубежной литературе (Andreassen C. N. et al., 1980 - 1982; Gelder M. et al., 1985; Despland J. N., 1995; Ajdukovic M., 1998 и др.). Доступные нам

источники изучают расстройства адаптации, возникшие в связи с одним фактором стрессового воздействия, например, впервые поставленного диагноза тяжелого соматического расстройства. В случае вынужденных мигрантов в России, они испытывают влияние одновременно нескольких, «каскадоподобно» сменяющих друг друга стрессовых факторов, зачастую растянутых во времени. Эти факторы, дополняя друг друга, усиливают уязвимость к развитию психических расстройств. Несомненным предиктором уязвимости становятся индивидуально-типологические особенности. Известно, что далеко не у всех людей развиваются расстройства адаптации при воздействии равнозначного стрессора (J. Winner., N Pollack., 1989).

Обобщая данные о структуре выявленных у обследованных больных пограничных психических расстройств, можно отметить следующее. Наиболее часто наблюдались расстройства, связанные со стрессом и субклинические нарушения психического здоровья. Среди больных женщин относительно выше удельный вес расстройств адаптации, среди мужчин – посттравматических стрессовых расстройств.

В структуре расстройств у большей части пациентов с пограничными психическими расстройствами преобладают тревожная и субдепрессивная симптоматика, с выраженными соматовегетативными проявлениями. В подавляющем большинстве случаев появление расстройств связано с экопатогенными факторами и сопровождающимися их психосоциальными стрессовыми событиями или ситуациями.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ К ДЕТСКОМУ ВРАЧУ-ПСИХИАТРУ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА (РАЙОННОМУ ПСИХИАТРУ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ)

*памятка для педиатров семейной врачебной амбулатории (СВА),
центральной районной больницы (ЦРБ)*

Направление на обследование к детскому врачу-психиатру психоневрологического диспансера даётся:

1. По просьбе родителей ребёнка либо лиц, их заменяющих;
2. Перед поступлением ребёнка в школу (0 или 1-й класс) в возрасте 5 - 7 лет (для определения зрелости психики ребёнка к учёбе в школе);
3. При подозрении врача на наличие у ребёнка каких-либо психических расстройств, в том числе:
 - 3.1. умственной отсталости (олигофрении);
 - 3.2. нарушений психического развития, а именно:
 - расстройство развития речи (обследование обязательно по достижении ребёнком 3-летнего возраста);

- расстройство развития школьных навыков (чтения, правописания, счёта;
- расстройство развития речи в сочетании с задержкой умственного развития;
- 3.3. детского аутизма;
- 3.4. гипердинамическое (гиперкинетическое) расстройство гипердинамического (гиперкинетического) расстройства;
- 3.5. расстройства социального поведения, а именно:
 - оппозиционно вызывающее поведение;
 - расстройство сиблингового соперничества (конфликтные отношения между братьями и сёстрами в детском возрасте);

- реактивное и расторможенное расстройство привязанности;
3.6. депрессивных расстройств;
3.7. тревожных расстройств;
3.8. фобических расстройств (неврозов страха);
3.9. обсессивно-компульсивных расстройств (неврозов навязчивости);
3.10. элективного мутизма (избирательного вступления в разговор);
3.11. тикозных расстройств;

3.12. неорганического энуреза (обследование обязательно по достижении ребёнком 5-летнего возраста);
3.13. неорганического энкопреза (обследование обязательно по достижении ребёнком 3 - летнего возраста);
3.14. заикания;
3.15. стереотипных двигательных расстройств;
3.16. сомнамбулизма и других расстройств сна (ночных ужасов, кошмаров);
3.17. энцефалопатий различного генеза;

*Памятка разработана участковым
врачом - психиатром ПНД
Новиковой М.Ю. 25.09.2006.*

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ К УЧАСТКОВОМУ ВРАЧУ-ПСИХИАТРУ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА (РАЙОННОМУ ПСИХИАТРУ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ)

*памятка для врача – гинеколога семейной врачебной амбулатории (СВА),
центральной районной больницы (ЦРБ)*

Направление на обследование к участковому врачу-психиатру психоневрологического диспансера даётся:

1. По просьбе самой пациентки либо её родственников (при согласии пациентки);
2. При неадекватном поведении на приёме у врача или во время ожидания приёма врача;
3. Несоответствие жалоб клинической картине болезни.

4. Вычурные жалобы.

5. Для оценки вероятности возможного прерывания беременности по медицинским показаниям, обусловленным психологическими факторами (оформление через ВКК ПНД).

6. Для оценки вероятности возможной стерилизации по медицинским показаниям, обусловленным психологическими факторами (оформление через ВКК ПНД)

*Памятка разработана участковым
врачом-психиатром ПНД
Новиковой М.Ю. 25.09.2006.*

РОЛЬ ПМСП В ОХРАНЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Б. А. Шахметов, М. Д. Хамзамулина, Т. С. Букашов

Важнейшим принципом, который играет существенную роль в организации психиатрической помощи, является интеграция в ПМСП. Этот базисный уровень помощи действует как фильтр между всем населением и специализированной медицинской помощью.

Психические расстройства широко распространены, и большинство пациентов посещают только организации ПМСП; однако их расстройства часто остаются не выявленными. Кроме того, психическая заболеваемость является общей характеристикой физической болезни, и работники ПМСП часто

наблюдают, но не всегда распознают, эмоциональный дистресс. Подготовка работников первичной и общей медицинской помощи по вопросам выявления и лечения распространенных психических и поведенческих расстройств является одной из важных мер общественного здравоохранения. Такой подготовке может содействовать связь с местными сотрудниками служб психиатрической помощи.

Количество и качество необходимых специализированных услуг в области психического здоровья зависит от услуг, оказываемых на уровне ПМСП. Другими словами, необходимо сбалансировать

оказание услуг между помощью в общине и больничной помощью.

Контроль над пациентами, выписавшимися из психиатрических отделений (общих или специализированных больниц), могут вполне осуществлять врачи ПМСП. Очевидно, что имеет преимущество первичная медицинская помощь, основанная на общинах. Во многих развивающихся странах хорошо подготовленные работники первичной помощи обеспечивают адекватное лечение психически больных людей.

Интеграция психиатрической помощи на уровне ПМСП дает множество преимуществ. Они включают: менее выраженную стигматизацию больных и персонала в связи с тем, что психические и поведенческие расстройства рассматриваются и подвергаются лечению наряду с проблемами, связанными с физическим здоровьем; повышение качества скрининга и лечения, в частности, повышение точности диагностики больных со слабо выраженными соматическими жалобами, которые имеют отношение к психическим и поведенческим расстройствам; возможность повышения качества лечения физических недугов в случае тех лиц, которые страдают психическими болезнями, и наоборот.

Передача диагностики и лечения пограничных психических расстройств (тревожные и депрессивные состояния легкой и средней степени тяжести, расстройства сна неорганической природы, соматоформные расстройства и т.п.) врачам общей практики (ВОП) при условии:

- постоянного обучения и консультирования ВОП психиатрами, интегрированными в работу первичного звена, на основе доказанных медицинских технологий;
- создания алгоритмов (стандартов) диагностики, в которых предусмотрена интервенция (вмешательство) психиатра в случаях тяжелых, сложных и резистентных форм указанных выше расстройств;
- создание протоколов лечения пограничных психических расстройств;
- адекватное (в т.ч. юридическое) обеспечение основными лекарственными средствами;
- постоянное обучение медицинских сестёр;
- информационная обеспеченность потребителей (лиц с психическими расстройствами и их родственников) о характере проблем психического здоровья, услугах и поддержке.

Первичное звено является жизненно важным элементом в стратегии профилактики суицидов. Так как многие из тех, кто совершает самоубийства, часто обращаются к медицинским работникам первичного звена незадолго до его совершения, что представляет собой возможность проведения профилактической работы, в частности, создание программ обучения персонала первичного звена

вопросам оценки и ведения пациентов в случае депрессии или риска суицида.

Остаются весьма актуальными проблемы детско-подростковой службы (расстройства эмоциональной сферы и поведения, эпилепсия, умственная отсталость, дислексия). Школа является ключевым звеном в укреплении психического здоровья и профилактики расстройств у детей. Квалифицированные психологи могут проводить работу в школах по выявлению и решению проблем поведенческих расстройств, депрессии и вопросов обучаемости.

Большое значение имеет ориентация первичного звена на потребности необучаемых детей и взрослых и их родственников, ближайшее окружение. Важно развитие услуг по выявлению деменции и оказание поддержки семьям и профессиональным попечителям.

Большое значение в решении обозначенных проблем имеют специально подготовленные кадры. В системе последиplomной подготовки врачей ПМСП не предусмотрены циклы тематического усовершенствования по вопросам психического здоровья. Необходимо организовать циклы тематического усовершенствования для врачей общей практики на базе АГИУВ в объеме 144 часов. В настоящее время блок психиатрии включает 36 часов (5 дней).

По рекомендации Экспертного комитета ВОЗ по психическому здоровью (1997), работники специализированной психиатрической помощи по месту жительства (психиатры, психиатрические медицинские сестры) должны посвящать только часть своего рабочего времени оказанию клинической помощи пациентам, большая часть их времени должна уделяться обучению и супервизии медицинских работников, оказывающих базовую помощь по месту жительства, т.е. врачам и медсестрам общей практики. Лидеры ВОП регулярно знакомятся с периодикой и посещают курсы по проблемам психического здоровья, контролируют и координируют постоянное обучение ВОП, что обязательно учитывается при прохождении и оценке экзаменов на квалификационное соответствие. Необходимо создание национальных программ совместного обучения, которое предусматривает совместное обучение для различных категорий персонала (врачи, медсестры, работники патронажа) для обеспечения преемственности и интеграции оказываемой помощи.

Необходим системный подход к просвещению и обучению работников первичного звена вопросам психиатрии катастроф и стратегическому планированию медицинской помощи в этой области. Важно объединение усилий представителей различных ведомств и общественных организаций в решении задач укрепления психического здоровья населения Республики Казахстан.

Б. А. Шахметов, М. Д. Хамзамулина, Н. Т. Измаилова

Понятие первичная медико-санитарной помощи (ПМСП) и её роль определены Алматинской декларацией на конференции Всемирной Организации Здравоохранения в 1978 году. По определению ВОЗ: «Первичная медико-санитарная помощь - это государственная политика, стратегия и тактика непрерывного обеспечения населения важнейшими здравоохранительными мерами, как можно ближе к месту жительства и работы, совместными усилиями всех сил общества при таких затратах, которые может позволить себе страна на каждом этапе своего развития в духе социальной справедливости». ПМСП должна быть ядром системы здравоохранения, в то время как вторичная (специализированная) и третичная (высокоспециализированная) медицинская помощь должна выступать в качестве вспомогательных консультативных элементов.

В статье 21 закона Республики Казахстан «О системе здравоохранения» № 430 – II от 4 июня 2003 г. дано следующее определение ПМСП. «Первичная медико-санитарная помощь - государственная деятельность по постоянному и бесплатному обеспечению населения доступными видами медицинской помощи, осуществляющаяся медицинскими работниками амбулаторно-поликлинических медицинских организаций при обращении граждан за медицинской помощью... ПМСП представляется населению в форме амбулаторно-поликлинической, стационаро-замещающей и скорой медицинской помощи... Виды и объём первичной медико-санитарной помощи устанавливаются уполномоченным органом в области здравоохранения и местными органами государственного управления здравоохранением».

Психические заболевания являются социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, согласно Перечню социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утвержденному постановлением Правительства Республики Казахстан № 468 от 30 марта 2000 года.

По данным российских ученых (Шевченко Л. С., 1999), прямые государственные затраты на психиатрическую помощь составили 0,4% от внутреннего валового продукта (ВВП). Косвенные расходы психиатрии, связанные с потерей трудоспособности, составили 1% ВВП. Реформирование психиатрической помощи с учетом новой экономической и социальной политики должно предусмотреть увеличение расходов на охрану психического здоровья до 1% ВВП. Опыт зарубежных стран показывает, что доля финансовых средств, выделяемых на внебольничные формы помощи, может достигнуть 40% от общего бюджета финансирования психиатрической службы без ущемления интересов больных. При

соответствующем развитии внебольничной помощи показатель госпитализации может снизиться, а потребность населения в стационарной помощи может составить 14-15%. В психиатрии и в здравоохранении в целом соотношение ассигнуемых средств, выделяемых на стационар и внебольничные формы помощи, составляют соответственно 85% и 15% (В. С. Ястребов, 1999).

В Казахстане, по данным доклада регионального консультанта по ментальному здоровью ЕРБ ВОЗ Матта Муинджина (апрель 2006 г.) расходы на здравоохранение, в процентах от валового национального продукта составили в 2001 г. - менее 2%, а в 2005 г. - 2,1%. Таким образом, недостаточность финансирования службы ментального здоровья в Республике Казахстан очевидна.

На сегодняшний день для психиатрической помощи основными являются:

1. Проблемы, связанные с врачебными кадрами:
 - низкая заработная плата врачей-психиатров и административного звена при чрезмерно высокой психо-эмоциональной нагрузке и высокой вероятности опасных действий со стороны обслуживаемого контингента;
 - отсутствие государственной системы психотерапевтической помощи населению;
 - отсутствие пограничных психических расстройств в перечне видов заболеваний и отдельных категорий населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей бесплатно или на льготных условиях
2. Проблемы лекарственного обеспечения:
 - недостаточность финансирования бесплатного фонда для лечения амбулаторных больных;
 - недостаточность ассортимента лекарственных препаратов, включенных в перечень бесплатного лекарственного обеспечения.
3. Социальные проблемы:
 - игнорирование территориальными подразделениями уполномоченного органа социальной защиты населения (отделы МСЭ) необходимости включения в индивидуальную программу реабилитации инвалидов реабилитационных мероприятий по сопутствующей патологии;
 - невозможность дифференцированного подхода к определению показаний для нуждаемости в санаторно-курортном лечении, особенно для взрослых с психическими и поведенческими расстройствами;
 - трудности трудоустройства инвалидов на специально созданные рабочие места в связи с тем, что отдел МСЭ № 6 не проявляет гибкости и всем больным второй группы в справке МСЭ указывает на нетрудоспособность, нуждаемость в постоянном уходе и надзоре

Обеспеченность врачами-психиатрами населения РК составляет 0,6 на 10 тысяч населения, что является недостаточным для адекватного решения задач психиатрической помощи. Коэффициент совместительства в среднем по республике равен 1,3, хотя в отдельных регионах, например в Мангыстауской области - 2,0. Поэтому, в связи с острым дефицитом врачебных кадров, необходимо разрешить совместительство до 1,5, а на период отпусков, болезней и командировок - до 2,0 ставок. Это особенно актуально для внебольничной службы. На сегодняшний день внебольничная помощь ГУ ЦПЗ, в особенности диспансерные отделения, испытывает острый дефицит врачебных кадров. Так, укомплектованность врачебных ставок в диспансерных отделениях ГУ «Центра психического здоровья» г. Алматы составляет 43% от штатного расписания. Ситуация в диспансерных отделениях усугубляется тем, что ежегодно, 6 участковых врачей-психиатров командированы в медицинские комиссии Районных управлений по делам обороны, оставляя участки без врачей. Увеличение реальной зарплаты — это эффективное средство обеспечения притока кадров, повышения престижа профессии и имиджа службы психического здоровья.

Основной причиной не укомплектованности и текучести врачебных кадров являются низкая зарплата при высокой психоэмоциональной нагрузке. В связи со сложившимся острым дефицитом врачебных кадров участковые врачи-психиатры работают с перегрузкой. Сохраняются трудности выезда на дом к пациентам. Выделенный Департаментом Здравоохранения г. Алматы автотранспорт в амбулаторную службу позволяет объезжать на машине нуждающихся больных 1 раз в 2 недели, в другие дни участковые врачи и медсестры вынуждены тратить свои деньги на проезд. В 90 годах прошлого столетия данная проблема частично решалась компенсированием стоимости проездных билетов.

Острый дефицит врачебных кадров в психиатрической службе достиг максимального предела, что не может не отражаться на качестве оказываемой психиатрической помощи. Большая очередность приема, участки без участкового врача-психиатра привели к тому, что лица с пограничными психическими расстройствами вообще остались без помощи.

Согласно годовому отчету за 2004 год в Республике Казахстан работали 67 психотерапевтов и 36 медицинских психологов, большинство которых осуществляли свою деятельность в специализированных лечебно-профилактических организациях и единицы - в организациях ПМСП. Приказ МЗ РК от 31 марта 1997 года № 147 «О дальнейшем улучшении психотерапевтической помощи населению РК» требует наличия психотерапевтических кабинетов во всех организациях амбулаторно-поликлинической службы. Этот приказ по республике практически не выполняется. Главным образом, это связано с тем, что психотерапевтическая помощь не вошла в

гарантированный объем бесплатной медицинской помощи постановлений Правительства «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи». В постановление Правительства РК № 1296 от 28.12.2005 г. «Об утверждении Перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на 2006–2007 г.г.» также, как и в предыдущие годы, психотерапевтическая помощь не вошла. Введение в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи психотерапевтов позволило бы ввести в ПМСП психологов и социальных работников с высшим образованием, что, в свою очередь, существенным образом бы улучшило организацию помощи лицам с пограничными психическими расстройствами.

Кроме этого, необходимо внести пограничные психические расстройства (непсихотические формы органических психических расстройств, невротические, психосоматические расстройства, различные тревожные и депрессивные расстройства легкой и умеренно-выраженной степени и их сочетание) в Перечень видов заболеваний и отдельных категорий населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и специализированное лечебное питание отпускаются по рецептам врачей бесплатно или на льготных условиях. Приказ МЗ РК № 637 от 27.12.05 г. предусматривает бесплатное лечение психических заболеваний. Конкретизация психических заболеваний позволит лечить пограничные психические расстройства бесплатно на уровне ПМСП (врачами общей практики и психотерапевтами).

Отделение амбулаторной службы от стационара будет способствовать обеспечению приоритетности служб психического здоровья ПМСП. В настоящее время, находясь в составе объединенных со стационаром психиатрических организаций, амбулаторная служба испытывает дефицит внимания со стороны первого руководителя лечебно-профилактического учреждения. Это связано с тем, что самые тяжелые больные находятся в стационаре и работа стационара поглощает значительно больше времени руководства. Вопросы амбулаторной службы остаются на втором плане. Сложился не только остаточный принцип финансирования, но и остаточный принцип управления амбулаторной службой.

Несмотря на увеличивающееся из года в год финансирование бесплатного фонда амбулаторного лекарственного обеспечения в ГУ ЦПЗ г. Алматы (в 2003 г. общая сумма финансирования составила 22,6 млн. тенге; в 2004 г. - 28 млн. тг; в 2005 г. - 35 млн. тг, а в 2006 г. - 43 млн. тг), выделенные средства остаются недостаточными для осуществления амбулаторного лечения инвалидов с психическими и поведенческими расстройствами, а также лиц с диагнозами «шизофрения» и «эпилепсия». Доказательством сказанного является ежегодная нехватка выделенных средств до конца года. И это при том, что обеспечиваются бесплатным амбулаторным лечением не все страдающие психическими расстройствами, как

это сказано в статье 3 Закона РК 1997 г. «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании», а лишь указанный выше контингент.

Кроме того, в 2006 г., несмотря на увеличившуюся по сравнению с предыдущими годами сумму финансирования, значительно уменьшился перечень выписываемых бесплатно медикаментов. И это вызывает серьезные опасения, т.к. в Перечне отсутствуют многие необходимые препараты (нейролептики - пролонги модитен-депо и галоперидола деканоат, тизерцин - нейролептик с мощным общим

антипсихотическим действием; лекарственные средства, улучшающие метаболизм и мозговое кровообращение, «малые» нейролептики с минимальным побочным нейролептическим действием, современные антидепрессанты), что не может не отражаться на качестве проводимой терапии.

Вопросы ментального здоровья на уровне ПМСП, безусловно, являются приоритетными, значимыми как для отдельного человека, так и общества в целом. И поэтому требуют приоритетности в своих решениях.

ПОДХОДЫ К РЕФОРМИРОВАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НА УРОВНЕ ПМСП

Б. А. Шахметов, М. Д. Хамзамулина, И. Ф. Хамитов

Мировая медицинская общественность и ВОЗ в последние годы подчеркивают, что психическое здоровье и психическое благополучие - это важнейшие предпосылки для хорошего качества жизни и продуктивной деятельности отдельных лиц, семей, местных сообществ и народов в целом. Так как они позволяют людям воспринимать свою жизнь как полноценную и значимую и являться активными и созидательными членами общества. Важнейшая цель усилий по охране психического здоровья заключается в обеспечении более высокого уровня благополучия и повседневного функционирования людей, уделяя при этом основное внимание их сильным сторонам и имеющимся ресурсам, повышению их устойчивости к внешним негативным воздействиям и усилению защитных факторов.

Для решения поставленной цели Всемирная организация здравоохранения предлагает предпринять такие действия, как:

- Обеспечение предоставления психиатрических услуг в рамках других служб первичной медико-санитарной помощи, а также их оказание в общедоступных учреждениях, таких, как общественные центры и больницы общего профиля. Обеспечение беспрепятственного доступа всего населения к службам охраны психического здоровья в рамках учреждений первичной медико-санитарной помощи.

- Создание службы первичной медико-санитарной помощи, способной обеспечить выявление и лечение психических проблем, включая депрессию, тревожные состояния, стрессогенные расстройства, токсикоманию и психотические нарушения путём увеличения, при необходимости, численности первичного медицинского персонала и повышения уровня его квалификации.

- Обеспечение доступа к психотропным препаратам и простым психотерапевтическим процедурам на уровне первичной медико-санитарной

помощи при наиболее распространённых, а также тяжёлых психических расстройствах, в особенности в отношении лиц с длительными и стабильными психическими расстройствами, проживающих в данном регионе.

- Побуждение сотрудников служб первичной медико-санитарной помощи к осуществлению мер укрепления психического здоровья и предупреждения его нарушений, в особенности путём целенаправленного воздействия на факторы, способствующие развитию или сохранению нарушений здоровья.

- Разработка и реализация протоколов лечения, направления службами ПМСП в специализированные учреждения, устанавливая принципы надлежащей практики и чётко определяя распределение обязанностей в рамках единой сети служб ПМСП и специализированной психиатрической помощи.

- Создание центров передового опыта. Способствовать развитию в каждом регионе сетей консультационной помощи для работников здравоохранения, пользователей служб охраны психического здоровья, лиц, осуществляющих за ними уход, и средств массовой информации.

- Обеспечение предоставления психиатрических услуг в рамках других служб первичной медико-санитарной помощи, а также их оказание в общедоступных учреждениях, таких, как общественные центры и больницы общего профиля.

Одним из путей преодоления создавшейся ситуации, с учетом современного этапа развития психиатрической службы, целесообразным представляется развитие двух звеньев ПМСП:

1. Общее звено ПМСП (собственно ПМСП) - интеграция специалистов психического здоровья (психотерапевты, психологи, социальные работники с высшим образованием, логопеды) с врачами общей практики. Согласно приложению № 3 приказа МЗ РК № 147 от 31.03.1997 г., должность психотерапевта

для взрослых пациентов вводится на 15 тысяч населения, а детского психотерапевта - на 10 тысяч детей. Согласно приложению № 1 этого же приказа - врач-психотерапевт – это специалист с высшим медицинским образованием, имеющий обязательную специализацию по психиатрии и подготовку по психотерапии на факультете усовершенствования врачей, владеющий различными методами диагностики и терапии психических расстройств, теоретическими и практическими знаниями в области психиатрии и психотерапии.

Согласно приказу Минздрава РК от 03.12.2003 г. за № 485 должность детского логопеда вводится из расчета: один специалист на 10 тысяч детского населения.

2. Специализированное звено ПМСП – это внебольничная служба имеющихся Центров психического здоровья (диспансерные отделения, дневной стационар, отделение скорой неотложной специализированной психиатрической помощи и другие лечебно-диагностические отделения и вспомогательные службы)

Основные характеристики деятельности общего звена ПМСП и специализированного звена ПМСП (ГУ ЦПЗ) представлены в таблице 1.

Таблица 1

*Основные характеристики деятельности ГУ ЦПЗ и ПЦПЗ
(первичного центра психического здоровья)*

ГУ ЦПЗ (специализированное звено ПМСП)	Общее звено ПМСП (интеграция психотерапевтов, психологов и социальных работников с высшим образованием с врачами общей практики)
<i>1. Оказание специализированной квалифицированной диагностической, лечебной, консультативной, профилактической помощи и социально-трудовой реабилитации лицам с психическими и поведенческими расстройствами:</i>	
- в амбулаторных, стационарозамещающих и стационарных условиях	- в амбулаторных и стационарозамещающих условиях
<i>2. Характеристика наблюдаемого контингента</i>	
- все формы психических заболеваний независимо от стадии процесса, тяжелые формы пограничных психических расстройств	Пограничные психические расстройства: невротические реакции, неврозы, психосоматические, сомато-психические расстройства и др.
<i>3. Виды наблюдения</i>	
- консультативный учет; - диспансерный динамический учет: (группы Д 1 - Д5)	- консультативное наблюдение;
<i>4. Проведение различных экспертиз</i>	
- временной нетрудоспособности; - амбулаторной судебно-психиатрической; - медико-социальной (трудовой); - военной	- временной нетрудоспособности
<i>5. Осуществление по решению суда принудительного лечения психически больных, совершивших общественно-опасные действия</i>	
- амбулаторное принудительное лечение и наблюдение; - стационарное принудительное лечение	-
<i>6. Консультативная и организационно-методическая помощь соматическим больницам и поликлиникам</i>	
<i>7. Статистический учет и анализ психоневрологической заболеваемости</i>	
<i>8. Психогигиеническая и психопрофилактическая работа</i>	

Таким образом, на сегодняшний день возникает острая необходимость в следующих действиях:

- в статью 1 Закона РК «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» добавить определение ВОЗ психического здоровья: «Психическое здоровье - это естественное состояние человеческой личности, которое подлежит охране или восстановлению при наличии расстройств и заболеваний. По определению ВОЗ, психическим

здоровьем является эмоциональная и душевная устойчивость, позволяющая испытывать радость и переносить боль, разочарование, грусть. Это положительное чувство добра, на котором основывается вера в свое человеческое достоинство и ценность других людей»;

- в Законе РК «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» отразить отдельной главой необходимость межсекторного

взаимодействия в вопросах ментального здоровья, опираясь на статьи закона Литовской Республики «О надзоре за психическим здоровьем», принятого в 1999 году. Без комиссии при правительстве Республики Казахстан, действующей на постоянной основе, с представительством различных организаций, ответственных за ментальное здоровье, невозможно проводить адекватную политику охраны ментального здоровья. Очень важно понимать, что психическое здоровье в очень малой степени зависит от врачей-психиатров. Главной составляющей психического здоровья является социальное воздействие;

- отделить поэтапно внебольничную службу от стационарной службы, придав ей самостоятельный статус в тех Центрах психического здоровья, где диспансерные отделения объединены со стационаром с фондом 400 и более коек, что необходимо в целях повышения уровня организации и контроля работы первичного специализированного звена психиатрической службы (ПМСП);

- консультативный приём участковых врачей - психиатров и участковых врачей - наркологов в определенные дни недели в территориальных поликлиниках ввести в широкую практику, что необходимо в целях приближения психиатрической помощи к населению и осуществления преемственности с врачами общего профиля;

- организовать для врачей общей практики по вопросам психического здоровья циклы тематического усовершенствования по диагностике и лечению на базе кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии АГИУВ в объеме не менее 144 часов;

- внести на рассмотрение Министерства здравоохранения РК предложения о введении психотерапевтической помощи в «Перечень гарантированного объема бесплатной медицинской помощи», а пограничных психических расстройств - в «Перечень видов заболеваний и отдельных категорий граждан, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей бесплатно или на льготных условиях», приняв за основу действие приказа МЗ РК № 147 от 1997 г. «О

дальнейшем улучшении психотерапевтической помощи населению РК»;

- создать сеть психотерапевтических кабинетов в территориальных поликлиниках, где, кроме психотерапевтов, будут работать психологи и социальные работники с высшим образованием, логопеды, что позволит оказывать эффективную помощь лицам с пограничными психическими расстройствами;

- разрешить врачам-психиатрам и наркологам внебольничной службы совместительство до 1,5 ставок, а при отсутствии врача на участке в период отпусков и командировок - до 2 ставок; административному звену первой второй и третьей позиции увеличить заработную плату в соответствии с занимаемой должностью;

- решить вопрос открытия в районе города Алматы, наиболее отдаленном от ГУ ЦПЗ и наиболее приближенном к территориальной поликлинике филиала аптеки № 67, где будет вести консультативный приём врач- психиатр;

- увеличить размер финансирования службы психического здоровья, фонда бесплатного лекарственного обеспечения амбулаторных больных с психическими расстройствами;

- расширить ассортимент лекарственных препаратов в «Перечне лекарственных средств, отпускаемых по рецепту врача бесплатно», т.е. расширить Список основных (жизненно важных) лекарственных средств, утвержденный МЗ РК в 2004 году;

Психическое здоровье и психическое благополучие людей – это важнейшие составляющие высокого качества жизни, позволяющие людям считать свою жизнь полноценной и значимой и являться активными и созидательными членами общества. Психическое здоровье является существенным фактором, обеспечивающим социальное единство, производительность труда, общественное спокойствие, что способствует росту общественного капитала и экономическому развитию общества. Разработка и осуществление эффективных мероприятий по укреплению психического здоровья позволит повысить уровень психического благополучия каждого гражданина страны и общества в целом.

НЕЙРОЛИНГВИСТИЧЕСКОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ В ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОЗАВИСИМОСТИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ ФЕНОМЕНА АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ И ОПТИМАЛЬНОГО КОМФОРТНОГО СОСТОЯНИЯ

С. А. Алтынбеков, Б. А. Шахметов

Проблема распространенности наркозависимости в Республике Казахстан в настоящее время является чрезвычайно актуальной. Уровень распространенности по данным комплексного, многоуровневого исследования, проведенного в 2001 году, составляет 1,7% населения страны или 254 тыс. человек. По данным официальной статистики за период с 1991 по 2002 годы отмечается рост первичной заболеваемости в 20,2 раза (с 3,5 до 70,6 на 100 тыс. населения). Рост общей наркозаболеваемости увеличился в 11,6 раза (с 28,6 до 334,6 на 100 тыс. населения). Постоянно повышаются темпы вовлечения в наркотическую зависимость восходящего поколения - дети, подростки, молодежь.

Весьма важно отметить низкую эффективность лечебно-реабилитационной деятельности наркологической службы страны, что связано с преобладанием биологической терапии и явной недостаточностью социально-психологической помощи больным. Комплексная дифференцированная психотерапия, психологическое консультирование, социально-психологические тренинги представлены мало, а кое-где вовсе отсутствуют.

Для проведения успешной медико-социальной реабилитации (МСР) химической зависимости в наркологических учреждениях необходимы подготовленные специалисты - бригады медико-социальной реабилитации, в состав которой должны входить:

1. Менеджер (главный врач, директор Центра);
2. Врач-нарколог;
3. Психотерапевт;
4. Консультирующий психолог;
5. Социальный работник;
6. Социальный педагог;
7. Инструктор по трудотерапии;
8. Инструктор по ЛФК;
9. Консультант – волонтер;
10. Медицинская сестра.

Широкое распространение по стране бригад МСР, обученных и проводящих полноценные медико-социальные программы позволит повысить эффективность наркологической службы, будет способствовать решению вопросов вторичной и третичной профилактики, т.е. работа в группах риска и по предупреждению рецидивов наркотизации.

Для коренного влияния на ситуацию наркотической зависимости в стране необходима активизация эффективной первичной профилактики. При проведении профилактических мероприятий всех 3 уровней важно позитивное саногенное (оздоравливающее)

воздействие на личность человека, в первую очередь - на его убеждения. Это может быть модель изменений нейролингвистического программирования (НЛП) с использованием феномена антинаркотической устойчивости (ФАНУ) и оптимального комфортного состояния (ОКС).

Формула изменений в НЛП следующая (Р. Дилтс, 1994):

Настоящее состояние (НС) + ресурсы (Р) = желаемое состояние (ЖС)

При работе с лицами, страдающими зависимостью от наркотиков, «настоящее состояние» (НС) – это состояние наркотической зависимости (СНЗ). Ресурсом будет являться интегральное здоровье (ИЗ), включающее в себя физическое здоровье (ФЗ) + психическое здоровье (ПЗ) + социальное здоровье (СЗ). Целью изменения будет являться «оптимальное комфортное состояние» (ОКС), которое включает в себя положительный эмоциональный фон (ПЭФ), ощущение собственной значимости (ОСЗ), гармония межличностных отношений (ГМО), интегральное здоровье (ИЗ), финансовый достаток (ФД).

Уяснение цели – это первый этап модели. Чем яснее цель, тем выше эффективность деятельности по ее достижению. Наличие цели способствует формированию мотивации, ее углублению и усилению. Мотивации тесно связаны с убеждениями. По этому уяснение цели – это формирование новых интересов, мотивации и убеждений, которые образуют высший психосоциальный уровень личности.

Средний уровень личности представлен приобретенным человеком индивидуальным и социальным опытом, включающим в себя «знание», «умение», «навыки», «привычки».

Низший уровень личности, биологически обусловленный состоит из «особенностей психической деятельности» (мышление, память, эмоции и т.д.), темперамента, способностей и характера.

Формула изменений может быть представлена так:

Проблема + задачи = цель

Поэтому вторым этапом может быть уяснение задач, которые нужно решить для достижения цели. Это планомерное, систематическое воздействие на второй уровень личности – знание, умения, навыки, привычки.

При уяснении задач психосоциальной помощи лицам с зависимостями принципиальное значение имеет работа по целенаправленному формированию и развитию феномена антинаркотической

устойчивости (ФАНУ). Феномен антинаркотической устойчивости к первичному или повторному вовлечению в орбиту наркотизма был идентифицирован и объективизирован в ходе комплексного многоуровневого исследования наркозависимости в Республике Казахстан, проведенного сотрудниками Республиканского научно – практического центра медико-социальных проблем наркомании (Алтынбеков С. А., Катков А. Л., Россинский Ю. А., 2001-2003). Феномен антинаркотической устойчивости представляет собой признаки психологического здоровья, включающие в себя:

- Завершение личностной идентификации;
- Наличие конструктивного жизненного сценария;
- Развитие навыков ответственного выбора;
- Внутренний локус – контроль;
- Наличие ресурсов для реализации жизненного сценария;
- Адекватная информированность и осведомленность о вреде наркотиков.

В целом, формула изменений при НЛП в терапии наркозависимости может выглядеть следующим образом:

$СНЗ + ИЗ + ФАНУ = ОКС$, или

$СНЗ + (ФЗ + ПЗ + СЗ + ФАНУ) * = ОКС$

* (ФЗ + ПЗ + СЗ + ФАНУ) – ресурсы для достижения поставленной цели.

Предложенная формула изменений дает возможность максимально понять ресурсы (задачи) для достижения цели, т.е. желаемого состояния, являющегося «оптимальным комфортным состоянием» - ОКС.

Четкое представление о ресурсах позволяет пациенту и врачу наглядно представить блоки медико-социальной реабилитации (МСР).

Литература:

1. Дилтс Р., Халбом Т., Смит С. Убеждения. Пути к здоровью и благополучию, 1994
2. Многоуровневое исследование проблемы наркозависимости в Республике Казахстан, 2001
3. Алтынбеков С. А., Катков А. Л., Россинский Ю. А. Программа медико-социальной реабилитации больных наркоманией в Республике Казахстан, 2002

1. Блок биологической терапии – это медикаментозная терапия, физиотерапия, иглорефлексотерапия, ЛФК, массаж.

2. Психотерапевтический блок – это рациональная, суггестивная психотерапия, аутотренинг, НЛП и другие методы.

3. Социотерапевтический блок – это групповая, семейная психотерапия, трудотерапия, социальная реабилитация.

Применение НЛП может быть также и профилактической моделью первичной, вторичной и третичной профилактики, т.е. служить предупреждением первичного или вторичного вовлечения в орбиту нартизма. Проведение профилактической работы должно включать в себя систему привычных понятий, являющихся базовыми и основополагающими в жизни человека – стремление к счастью, к добродетели. Как путь достижения этого состояния - это применение понятия оптимального комфортного состояния (ОКС) и феномена антинаркотической устойчивости (ФАНУ), развития основных его психологических свойств, характерных для здоровой и гармоничной личности.

Введение в программу медико-социальной реабилитации наркозависимых основной цели – оптимально комфортное состояние и достижения её путем решения главной задачи, то есть достижения феномена индивидуальной и микросоциальной антинаркотической устойчивости (ФАНУ) с применением развивающих программ, в том числе нейrolингвистического программирования, с преодолением ограничивающих убеждений, с формированием новых интересов, и убеждений будет способствовать ускоренному развитию важнейших психологических качеств – признаков психологического здоровья.

ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ АНТИДЕПРЕССАНТА ВЕНЛАФАКСИНА В ТЕРАПИИ ПОСТАБСТИНЕНТНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ

Д. Р.Тампишева, Б. Ж. Юсинова, Г. С. Абдуллина

г. Астана

Введение

В Казахстане на сегодняшний день наиболее широко представленными и часто применяемыми антидепрессантами в условиях наркологических и

психиатрических стационаров являются антидепрессанты двух групп:

- трициклические антидепрессанты (ТЦА), традиционно используемые в психиатрии для лечения

депрессивных расстройств (амитриптилин, имипрамин, клопрамин и др.).

- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и *норадреналина* (СИОЗСН) (венлафаксин, флуоксетин, сертралин, тианептин и др.).

Для клинического исследования было выбрано по одному препарату из каждой группы антидепрессантов: амитриптилин, венлафаксин.

Целью исследования являлось изучение эффективности и переносимости *амитриптилина*, венлафаксина у больных опийной наркоманией в постабстинентном периоде в условиях стационара.

Многие из детоксифицированных больных опийной наркоманией отмечают, что после купирования абстинентного синдрома они в течение длительного времени испытывают состояние, которое может быть определено как «синдром ангедонии» (СА), заключающийся в отсутствии психологического комфорта вне интоксикации опиатами (Крупницкий и соавт., 2000; Krupitsky и соавт., 1998). *Синдром ангедонии* состоит из аффективного (А), идеаторного (И) и поведенческого (П) компонентов. Аффективный компонент включает в себя тревогу, чувство внутреннего напряжения, раздражительность, нервозность, депрессию, безразличие к окружающему, чувство беспричинного психологического дискомфорта, ощущение серости, тусклости и безынтересности жизни, а также расстройства сна и влечение к опиатам. Идеаторный компонент *синдрома ангедонии* включает в себя мысли, воспоминания и сны об употреблении опиатов, а также различные фантазии на эту тему. Поведенческий компонент *синдрома ангедонии* состоит из действий, направленных на получение опиатов, обсуждения различных аспектов употребления опиатов с другими больными наркоманией, а также пассивности в повседневной жизни. Эффективная терапия синдрома ангедонии у детоксифицированных больных опийной наркоманией является важным аспектом профилактики рецидивов и стабилизации ремиссии. Клиника постабстинентного состояния у больных героиновой наркоманией, а также некоторые подходы к его терапии были подробно описаны в ряде публикаций (Винникова, 1999; Иванец Н. Н., Винникова, 2000; Nunes и соавт., 1994, 1998). Тем не менее, несмотря на значительное разнообразие применяемых для лечения постабстинентного состояния (синдрома ангедонии) психотропных средств (Винникова, 1999; Иванец, Винникова, 2000), эффективность его терапии недостаточна и данное состояние нередко становится причиной рецидива героиновой наркомании. Поскольку ведущим симптомом в рамках синдрома ангедонии является депрессия, наиболее перспективным классом препаратов для купирования этого синдрома представляются антидепрессанты.

Венлафаксин (венлаксин) является антидепрессантом двойного действия, имеющий к настоящему времени обширный мировой опыт клинического применения и, следовательно, являющийся наиболее

изученным представителем данного класса антидепрессантов. (Muth E. A. et al., 1991; De Nayer A. et al., 2002). Венлафаксин, структурно отличаясь от известных трициклических и тетрациклических антидепрессантов, является ингибитором нейронального обратного захвата серотонина, норадреналина и, в меньшей степени, допамина. По международным данным, венлафаксин обнаруживает по крайней мере эквивалентную эффективность по сравнению с классическими ТЦА и превосходит по антидепрессивной активности препараты класса СИОЗС (Muth E. A. et al., 1991; Montgomery S. A., 1995; De Nayer A. et al., 2002). При этом селективное воздействие венлафаксина на обмен норадреналина объясняет тот факт, что в данном исследовании он вызывает особенно хороший эффект у больных с преимущественно "энергетическим" компонентом депрессии: повышение общей активности и работоспособности, чувство "наполненности энергией". Таким образом, спектр психотропной активности венлафаксина как бы «конгруэнтен» клинической картине синдрома ангедонии при героиновой наркомании. Благоприятный спектр переносимости венлафаксина, дающий возможность назначения препарата больным с гепатоцеллюлярной недостаточностью, делает его применение при героиновой наркомании особенно перспективным в силу высокой частоты встречаемости гепатитов В и С среди контингента больных, употребляющих наркотики инъекционно. Поэтому в данной работе исследовалась эффективность применения венлафаксина в терапии синдрома ангедонии в сравнении с плацебо и классическим эталонным антидепрессантом амитриптилином.

Методы

Исследование было выполнено с участием 69 человек, больных героиновой наркоманией и проходивших курс лечения в наркологическом стационаре. У всех больных, включенных в исследование, были диагностированы: синдром ангедонии по шкале оценки выраженности синдрома ангедонии (Крупницкий и соавт., 2000; Krupitsky и соавт., 1998); тревога по шкале тревоги Спилбергеа (Spielberger и соавт., 1970); депрессия по шкале депрессии Зунга (Zung, 1992), а также выраженное влечение к героину по визуальной аналоговой шкале оценки влечения. Всех больных включали в исследование после того, как героиновый абстинентный синдром был купирован, т.е. выявленная у больных симптоматика не являлась проявлением абстинентного синдрома.

Все 69 больных методом случайной выборки были разделены на 3 группы. Больные 1 группы (23 человека) в течение 3 недель (21 день) получали венлафаксин (37,5 мг/сутки). Больные второй группы - (24 человека) – амитриптилин (75 мг/сутки) и больные третьей группы - (22 человека) – плацебо. Характеристика групп больных представлена в таблице 1.

Характеристика групп больных

№ группы	Количество больных (чел.)	Возраст (в годах)	Стаж наркотизации (в месяцах)	Длительность абстиненции (в днях)
Группа №1 (Венлафаксин)	23	22,0 $\pm$ 0,8	28,7 $\pm$ 4,0	15,1 $\pm$ 2,4
Группа №2 (Амитриптилин)	24	21,9 $\pm$ 0,8	25,0 $\pm$ 5,1	13,8 $\pm$ 1,0
Группа №3 (Плацебо)	23	23,5 $\pm$ 0,7	29,1 $\pm$ 4,8	11,9 $\pm$ 0,7

На протяжении всего исследования больным не назначали каких-либо иных психотропных препаратов. Больные всех трех групп были включены в программу психотерапии и медико-социальной реабилитации. Достоверных различий между данными группами больных по возрасту, стажу наркотизации, а также по длительности воздержания от употребления героина (абстиненции) зарегистрировано не было (таблица 1).

Исследование проводили одинарным слепым плацебо - контролируемым методом с рандомизированным распределением больных между группами. Обследование всех больных с помощью перечисленных психометрических шкал проводили до начала лечения, через 7 и 14 дней, а также по окончании исследования (21 день).

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась на IBM Pentium II с использованием стандартной статистической программы Excel 7.0., методами двухфакторного дисперсионного анализа (ANOVA) с использованием теста Тьюки для post hoc-сравнений.

Результаты

Результаты исследования свидетельствуют, что на момент включения в исследование у больных всех трех групп регистрировались высокие показатели реактивной тревоги и личностной тревожности по тесту Спилбергера, умеренная депрессия по тесту Зунга, высокие показатели выраженности всех трех компонентов синдрома ангедонии, а также интенсивное влечение к героину. Достоверных различий между тремя группами больных по всем исследуемым показателям зарегистрировано не было. Динамика отдельных симптомов постабстинентного состояния представлена в таблице 2 и описана далее.

Динамика депрессии. Достоверное снижение выраженности депрессии по тесту Зунга в группах больных, получавших венлафаксин и амитриптилин, происходило уже через 7 дней лечения. Через 14 дней и на 21-й день показатели депрессии в этих группах отличались как от исходных, так и от подобных показателей, зарегистрированных в группе больных, получавших плацебо. Кроме того, в группе, где лечение проводилось венлафаксином, показатель

выраженности депрессии на 21-й день был достоверно ниже, чем таковой на 7-й день (см. табл. 2). Снижение депрессии по тесту Зунга в группе плацебо не было статистически достоверным.

Динамика тревоги. Реактивная тревога через 7 дней лечения достоверно снижалась как в группе венлафаксина, так и в группе амитриптилина. Достоверное снижение личностной тревожности на 7-й день происходило только в группе больных, получавших амитриптилин (таблица 2). Через 14 дней и на 21-й день оба показателя теста Спилбергера отличались от исходных в обеих группах больных, получавших психотропные препараты (венлафаксин и амитриптилин), но не в группе больных, получавших плацебо. Показатель реактивной тревоги на 21-й день в группе больных, которые получали венлафаксин, был достоверно ниже такового в этой же группе на 7-й день, а также аналогичного показателя, зарегистрированного на 21-й день в группе плацебо (таблица 2).

Динамика синдрома ангедонии. В группах больных, получавших психотропные препараты, выраженность аффективного компонента синдрома ангедонии достоверно снижалась уже на 7-й день лечения (таблица 2). Через 14 дней и на 21-й день выраженность всех трех компонентов СА была значимо ниже исходной в группе лечения как венлафаксином, так и амитриптилином. Выраженность аффективного и идеаторного компонентов синдрома ангедонии в группе терапии венлафаксином на 21-й день достоверно отличались от таковых на 7-й день, а показатель выраженности аффективного компонента к концу лечения в этой группе был значимо меньше, чем в группе больных, получавших плацебо (см. табл. 2).

Динамика влечения к героину. Следует отметить, что показатели интенсивности влечения к героину, оцениваемого с помощью визуальной аналоговой шкалы, отличались значительной межиндивидуальной вариабельностью. Тем не менее, уже через 7 дней терапии венлафаксином интенсивность влечения к героину достоверно уменьшалась (более чем в 2 раза). При лечении амитриптилином статистически значимое снижение интенсивности влечения к героину происходило только к концу курса лечения (на 21 день).

Динамика психометрических показателей в процессе лечения

Группа больных	До лечения							7 дней						
	Тест Спилбергера		Тест Зунга	Шкала ангедонии			Шкала влечения	Тест Спилбергера		Тест Зунга	Шкала ангедонии		Шкала влечения	
	РТ	ЛТ	Д	А	И	П		РТ	ЛТ	Д	А	И	П	
Венлафаксин	54,1	53,3	57,5	17,4	6,9	4,3	47,7	44,4+	47,5	46,5+	11,1+	5,1	2,7	23,6+
	±2,0	±1,6	±1,9	±1,5	±0,5	±5,1	±5,1	±2,3	±2,0	±1,6	±1,5	±0,7	±0,4	±4,8
	54,9	52,8	53,8	17,7	6,0	4,5	33,3	±42,8+	±43,7+	44,8+	10,2+	4,8	3,0	19,9
Амитриптилин	±2,2	±1,7	±1,7	±1,7	±0,7	±0,6	±4,5	±2,1	±1,5	±1,8	±1,4	±0,9	±0,5	±3,7
	51,0	50,7	54,5	18,1	6,7	4,5	48,3	46,7	49,3	50,6	15,3	5,3	2,6	37,0
	±1,6	±1,3	±1,4	±1,5	±0,7	±0,5	±6,9	±2,4	±2,4	±2,4	±1,8	±0,6	±0,4	±6,0
14 дней														
Венлафаксин	37,3+	43,0+	41,5*+	7,4+	3,3+	2,0+	14,2+	35,3*+х	40,9+	38,9*+х	5,5*+х	2,3+х	1,7+	8,9+
	±1,9	±2,0	±2,0	±1,5	±0,6	±0,4	±4,7	±1,5	±1,5	±1,6	±1,0	±0,5	±0,3	±2,8
	39,3+	41,2+	39,7*+	7,5+	2,6+	1,7+	13,2	38,9+	39,1+	36,7*+	6,3+	1,8+	1,4+	7,3+
Амитриптилин	±2,4	±2,1	±2,2	±1,7	±0,5	±0,4	±4,1	±2,5	±2,2	±2,0	±1,3	±0,3	±0,4	±3,0
	46,1	47,6	50,6	14,3	5,4	3,4	32,2	45,6	44,7	48,5	13,6	4,9	3,2	30,0
	±2,6	±2,1	±2,6	±2,2	±0,9	±0,6	±7,4	±2,4	±2,2	±2,9	±2,2	±1,0	±0,6	±8,2

Примечание: * – достоверность различий между группой плацебо и группами, получавшими антидепрессанты: * – $p < 0,05$; +, – – достоверность различия показателей на различных сроках лечения от исходных: $p < 0,05$; * – достоверность отличия показателей на 21-й день лечения от таковых на 7-й день: $p < 0,05$.

РТ – реактивная тревога, ЛТ – личностная тревожность, Д – депрессия, А – аффективный компонент, И – идеаторный компонент, П – поведенческий компонент.

Достоверные изменения каких-либо исследуемых психометрических показателей в группе больных, получавших плацебо, отсутствовали.

Несмотря на то что исследование проводилось в условиях наркологического стационара, некоторые больные вопреки рекомендациям врачей возобновляли употребление героина и отказывались от дальнейшего лечения. Так, в группе больных, получавших амитриптилин, из исследования выбыли 6 (25%) из 24 больных, а в группе плацебо – 36,4% (8 из 22 больных не закончили курс лечения). В группе больных, которым проводилось лечение венлафаксином, из лечения не выбыл ни один больной (0%, $p < 0,01$).

Таким образом, различия между группой венлафаксина и двумя другими группами по показателю выбывания из исследования были статистически достоверны.

Исследование наличия побочных эффектов у больных по группам лечения показало, что на всех сроках обследования (7, 14 и 21 дни) среднее число побочных эффектов на одного больного в группе пациентов, получавших амитриптилин, было достоверно больше, чем аналогичный показатель в двух других группах (таблица 3). Наиболее частыми побочными эффектами лечения амитриптилином являлись слабость, сонливость и сухость во рту.

Таблица 3

Побочные эффекты у больных по группам лечения

Группа лечения	Среднее число побочных эффектов, приходящихся на одного больного (по срокам лечения)		
	7 дней	14 дней	21-й день
Венлафаксин	0,5 ± 0,2+	0,2 ± 0,1+	0,1 ± 0,1+
Амитриптилин	2,6 ± 0,3	1,9 ± 0,3	1,1 ± 0,3
Плацебо	0,4 ± 0,2+	0,4 ± 0,2+	0,4 ± 0,3

Примечание: ± достоверность различий между группой больных, получавших амитриптилин, и группами больных, получавших венлафаксин и плацебо: $P < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Результаты проведенного исследования убедительно свидетельствуют, что антидепрессанты являются эффективным средством лечения постабстинентных расстройств (синдрома ангедонии) у больных героиновой наркоманией. При этом по выраженности антидепрессивного действия селективный ингибитор обратного захвата норадренолина венлафаксин оказался эквивалентен классическому эталонному трициклическому антидепрессанту амитриптилину. Оба препарата значимо превосходили по антидепрессивному действию плацебо уже через 2 недели терапии.

Достоверная редукция реактивной тревоги в группе больных, получавших как амитриптилин, так и венлафаксин, происходила на 7 день лечения, тогда как личностная тревожность значимо снижалась на 7 день только при лечении амитриптилином, что, возможно, обусловлено седативным эффектом амитриптилина, развивающимся вскоре после назначения препарата.

Выраженные достоверные различия между группами по показателю выбывания из исследования (причиной которого, как правило, являлась наркотизация), убедительно свидетельствуют в пользу перспективности применения венлафаксина для стабилизации ремиссии и профилактики рецидива героиновой наркомании. Следует отметить, что на возобновление употребления героина и, тем самым, выбывание из исследования оказывают влияние

много различных факторов и выраженность синдрома ангедонии является лишь одним из них. Однако обусловленное венлафаксином быстрое начало редукции специфической симптоматики постабстинентных расстройств (ангедонии и влечения к героину) наряду с его хорошей переносимостью делают венлафаксин предпочтительным препаратом для фармакотерапии героиновой наркомании в периоде стабилизации ремиссии. При этом факт весьма незначительного уменьшения выраженности всех исследуемых психометрических показателей у больных, получавших плацебо, наряду с наибольшим выбыванием из исследования в этой группе пациентов, подчеркивает необходимость применения антидепрессантов у больных героиновой наркоманией в период, непосредственно следующий за купированием абстинентного синдрома. Учитывая международные рекомендации по длительному применению антидепрессантов с целью предупреждения повторных эпизодов заболевания и продемонстрированное в настоящем исследовании профилактическое действие венлафаксина в отношении рецидива героиновой наркомании, целесообразно рекомендовать продолжение терапии венлафаксином за пределами синдрома ангедонии в течение нескольких месяцев.

Следует отметить, что эффективность применения антидепрессантов при лечении наркологических заболеваний изучалась ранее в большом количестве исследований. Так, в частности, во многих

работах отмечалась высокая эффективность различных антидепрессантов при лечении алкоголизма (Kranzle и соавт., 1995; Malka и соавт., 1992; Krupitsky и соавт., 2000). Анализ большого количества публикаций на эту тему привели Litten и соавт. (1996) к выводу о том, антидепрессанты позволяют наиболее эффективно стабилизировать ремиссию и профилировать рецидив у тех больных алкоголизмом, у которых в периоде ремиссии отмечаются аффективные расстройства депрессивного круга.

В сравнительно недавно опубликованных работах Nunes и соавт. (1994, 1998) отмечается

важность применения антидепрессантов в период стабилизации ремиссии при лечении героиновой наркомании, а также эффективность использования венлафаксина с этой целью. Результаты данного исследования позволяют рекомендовать венлафаксин – атипичный антидепрессант с уникальным механизмом действия, обусловленным усилением обратного захвата норадреналина, – в качестве эффективного средства терапии постабстинентных расстройств при героиновой наркомании, отличающегося к тому же хорошей переносимостью.

Литература:

1. Винникова М. А. // Вопросы наркологии, 1999. - № 3. - С. 27–34
2. Иванец Н. Н., Винникова М. А. Героиновая наркомания. - М.: Медпрактика, 2000, 122 с.
3. Крупицкий Е. М., Бураков А. М., Романова Т. Н. и др. // Вопросы наркологии, 2000. - № 4. С. 43-46
4. Павлова Л. П., Романенко А. Ф. Системный подход к психофизиологическому исследованию мозга человека. - Л.: Наука, 1998, 213 с.
5. Смулевич А. Б. Депрессии в общемедицинской практике. - М.: Сервье, 2000, 159 с.
6. Мосолов С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. – СПб, 1995, 565 с.
7. Смулевич А. Б. Клинико-фармакологические эффекты антидепрессантов // Журнал Психиатрии и Психотерапии, 2003. - Приложение 1. - С. 3-6
8. Alby J. M., Cabane J., Ferreri M., Bougerol T. Eur Ann Psychiatry, 1993. - № 8: 136–44
9. Guelfi J. D, Pichat P., Dreyfus J. F. Neuropsychobiology, 1989. - № 22: 41–8
10. Guelfi J. D, Dulcire C., Lemoine P., Tafani A. Neuropsychobiology, 1992. - № 25: 140-8
11. Kranzler H. R., Burleson J. A., Korner P. et al. Am J Psychiatry, 1995. - № 152: 391-7
12. Krupitsky E., Brun E., Overo K. F. Europ Neuropsychopharmacol, 2000. - № 10 (Suppl. 2): 85-6
13. Krupitsky E. M., Burakov A. M., Romanova T. N. et al. In: Building International Research on Drug Abuse: Global Focus on Youth. – NIDA, 1998; 25
14. Litten R. Z., Alien J., Fertig J. Alcoholism: Clin Experim Research, 1996. - № 20 (5): 859-76
15. Malka R., Loo H., Ganry H. et al. Br J Psychiatry, 1992. - № 160 (Suppl. 15): 66-71
16. Nunes E. V., Donovan S., Brady R., Quitkin F. M. J Psychoact Drugs, 1994. - № 26 (2): 147-53
17. Nunes E. V., Quitkin F. M., Donovan S. J. et al. Arch Gen Psychiatry, 1998. - № 55: 153-60
18. Spielberger C. D., Gorsuch R. L., Lushene R. E. Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto, CA, Consulting Press, 1970
19. Zung W. K. J Clin Psychology, 1972. - № 28: 539-48
20. De Nayer, A. Venlafaxine compared with fluoxetine in outpatients with depression and concomitant anxiety / De Nayer A., Geerts S., Ruelens L. et al. // Intern. J. of Neuropsychopharmacology, 2002. - Vol. 5. - № 2. - P. 115-120
21. Goldstein D. J. Duloxetine in the treatment of major depressive disorder: a double-blind clinical trial / Goldstein D. J., Mallinckrodt C., Lu Y. et al. // J. Clin. Psychiatry, 2002. - Vol. 63. - P. 225-231
22. Grinfeld M. J. Mental illnesses to be among most prevalent by 2020, WHO study says. Unipolar depression will be № 2 cause of disease burden // Psychiatric Times, 1996. - Vol. 13. - № 11. - P. 179
23. Judd L. L. A decade of antidepressant development: the SSRIs and beyond / Judd LL // J. Affect. Disord., 1998. - Vol. 51. - № 3. - P. 211-213
24. Khan A. The use of venlafaxine in the treatment of major depression and major depression associated with anxiety: a dose-response study / Khan A., Upton G. V., Rudolph R. L. et al. // Intern. Clinical. Psychopharmacol., 1995. - Vol. 10 (Suppl. 2). - P. 19-25
25. Lader M. Fluoxetine efficacy vs comparative drugs: An overview // Br. J. Psychiatry, 1988. - Vol. 153 (Suppl. 3). - P. 51-58
26. Liebowitz M. R. Depression with anxiety and atypical depression // J. Clin. Psychiatry, 1993. - Vol. 54 (Suppl. 2). - P. 10-14
27. Montgomery S. A. The benefits and risk of 5-HT uptake inhibitors in depression // Br. J. Psychiatry, 1998. - Vol. 153. - P. 7-10
28. Muth E. A. Biochemical, neurophysiological and behavioral effects of γ -45, 233 and other unidentified metabolites of the antidepressant venlafaxine // Muth E. A., Moyer J. A., Haskins J. T. et al. // Drug Development Research, 1991. - Vol. 23. - P. 191-199

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ

С. А. Алтынбеков, Ж. Ж. Бултачиев

Согласно МКБ - 10 под расстройствами адаптации понимают состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, обычно препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому событию. В нашем исследовании была установлена четкая причинная взаимосвязь возникновения расстройства и наличия экопатогенного стрессового фактора или события, связанного с адаптацией к новым социально-экономическим условиям.

Расстройства адаптации развивались, в среднем, через 2,7+1,3 месяца после появления установленного, лично значимого провоцирующего стрессового воздействия, что соответствует критерию, предлагаемому в МКБ - 10 для начала расстройства. Однако следует отметить, что они не всегда развивались сразу или в период 2 - 3 месяцев после воздействия, казалось – бы, значимого события. Во многих случаях существовал фактор «последней капли», когда после ряда происшествий или событий, которые можно было бы отнести к

способным вызвать нарушения психического функционирования, больные продолжали успешно справляться с ситуацией. И лишь после какого-то события, переполнявшего «чашу терпения», появлялись признаки социальной и психической дисфункции. Необходимо отметить, что завышенные ожидания помощи государства, неоправданность этих надежд влекли за собой возникновение «каскада» стрессовых ситуаций, каждая из которых была значимой и могла повлечь за собой прорыв «барьера психической адаптации».

Длительность расстройства к моменту проведения исследования значительно превышала установленную в классификациях и составляла от 3,5 до 20 месяцев на момент обследования. Во всех случаях длительность расстройства, длившегося более 6 месяцев (более 60,0% случаев), определялась последствиями первичного события или новыми, наслаивающимися факторами.

Структура ведущих клинических проявлений у больных с расстройствами адаптации представлена в таблице 1.

Таблица 1

*Структура ведущих симптомокомплексов в клинике расстройств адаптации
(представлена в процентном соотношении)*

Симптомокомплекс	Частота встречаемости
Депрессивные симптомы	67,6
Тревожные проявления	47
Чувство психического и физического дискомфорта	67,6
Соматовегетативные	97
Раздражительность	50
Нарушения поведения	36,8
Алкоголизация	19,1

В большинстве случаев при расстройствах адаптации наблюдалось различное сочетание указанных симптомов и симптомокомплексов.

Наиболее частыми проявлениями, выявлявшимися при расспросе и тестировании, были соматовегетативные нарушения. Встречаясь в том или ином виде практически у всех обследованных (в 97,0% случаев), вегетативные нарушения придавали окраску соматизации проявлениям тревоги и депрессии. Чаще всего больные либо не фиксировали у себя этих проявлений, либо связывали с вероятным соматическим неблагополучием. Вегетативные нарушения носили изменчивый, нестойкий характер, проявлялись эпизодически или в связи со значимой ситуацией и напряжением, тревожным

ожиданием. В основном, мы расценивали ниже перечисленные вегетативные симптомы (таблица 2), как стигмы соматической тревоги или депрессивные, маскированные соматовегетативные проявления.

Выявлены достоверные корреляции высоких показателей вегетативных изменений и шкал депрессии Занга и тревоги Шихана при коэффициенте корреляции $r > 0,58$ и уровне достоверности $P < 0,005$. В целом, выраженность вегетативных нарушений по результатам опросника на выявление вегетативных изменений превышал уровень нормы, разработанный А. М. Вейном (до 15 баллов), более чем в два раза и составлял в среднем по группе 39,6+11 баллов. Варианты соматовегетативных проявлений представлены в таблице 2.

Варианты соматовегетативных проявлений у больных с расстройствами адаптации
(представлены в процентном соотношении)

Соматовегетативные нарушения	Процентное соотношение
Расстройства со стороны сердечно сосудистой системы	80,8
Головные боли	67,6
Расстройства со стороны ЖКТ	80,9
Расстройства дыхания	75
Вазомоторные реакции	97,1
Утомляемость	61,7

Вегетативные проявления со стороны сердечно-сосудистой системы проявлялись ощущениями учащенного сердцебиения, "замирания", "остановки сердца" и др. Проявления со стороны желудочно-кишечного тракта включали склонность к запорам, поносам, боли в живота, тошноту, чувство дискомфорта в эпигастрии при отсутствии подтвержденной соматической органической патологии. Расстройства дыхания проявлялись чувством нехватки воздуха, учащенного дыхания при волнении, а вазомоторные реакции - ощущением жара в теле, повышенной потливостью или ознобом, ощущениями онемения, покраснения и др.

Депрессивные проявления наблюдались в 67,7% случаев часто изолированно, без сопровождения тревоги. Они характеризовались пониженным настроением субдепрессивного и легкой степенью выраженного депрессивного уровня; эмоциональной лабильностью и «близостью слез» по незначительным поводам; чувством неспособности справляться с настоящей ситуацией или находиться в ней; беспомощностью; чувством безнадежности; пессимистическим взглядом в будущее; неспособностью радоваться простым вещам; отсутствием желания общаться без необходимости с другими людьми; утомляемостью от психических процессов в течение дня.

Вместе с тем, у больных не наблюдалось идеаторной заторможенности, трудностей сосредоточения, нарушения внимания. Описанные симптомы не носили характер всеобъемлющих нарушений жизнедеятельности, иногда сменяясь ненадолго светлыми промежутками уверенности в себе и собственных силах, надеждой и желанием добиться большего, и вновь актуализировались перед лицом кажущихся неразрешимыми проблем. Средний показатель депрессивных проявлений по шкале Занга в общей группе с расстройствами адаптации составлял $44,8 \pm 6,9$, что соответствует минимальной или средней степени выраженности депрессивных проявлений.

Тревожные нарушения также являлись стержневыми по значимости в клинических проявлениях. Встречаясь в 47,0% случаев у обследованных

больных с расстройствами адаптации, они характеризовались опасениями, направленными в будущее, беспокойством по любому поводу, чувством напряженности или неспособности расслабиться, нервозностью, ощущением внутренней дрожи или дискомфорта и давления в груди. Встречавшиеся при этом нарушения сна характеризовались трудностями засыпания с настойчивыми мыслями, связанными с психотравмирующей ситуацией тревожными раздумьями о будущем, частыми пробуждениями среди ночи с навязчивыми размышлениями о предстоящих на следующий день делах, тревожными опасениями.

Уровень тревоги по шкале Шихана составлял в среднем $38,0 \pm 19,5$, не достигая уровня панического или другого тревожного расстройства. Величина стандартного отклонения среднего значения шкалы по группе объясняется различной степенью выраженности тревожных нарушений от 55 ± 9 в группе со смешанными тревожно-депрессивными расстройствами до $20,6 \pm 12,6$ в группе с нарушениями поведения. Проявления тревоги, в целом, были средней степени выраженности, неспецифичными, зависимыми от текущих событий и не определяли клинической картины, свойственной другому расстройству.

Астенические нарушения проявлялись утомляемостью в течение дня даже при отсутствии постоянной деятельности, истощаемостью психических процессов, уменьшавшейся после отдыха, нарушениями сна, чувством недостаточности сна по утрам. Больным также была свойственна аффективная лабильность, которая проявлялась в неустойчивости аффекта с большей его склонностью к субдепрессии. Ипохондрическая настроенность, встречавшаяся в 14% случаев, характеризовалась озабоченностью своим соматическим состоянием при отсутствии соматической патологии, без сверхценных или бредовых построений. Раздражительность, в основном, проявлялась в связи с конкретными ситуациями, часто была направлена на близких и родственников, четко осознавалась больными при расспросе.

*Распределение больных по вариантам расстройств адаптации
(представлено в процентном соотношении)*

Варианты расстройств адаптации	Процентное соотношение
С депрессивными проявлениями	33,8
Со смешанными тревожно-депрессивными проявлениями	33,8
С нарушениями поведения	32,4
<i>Всего</i>	<i>100,0</i>

Выявленные типологии расстройств адаптации в процессе исследования были разделены в достаточной степени условно и определялись преобладанием или наибольшим значением в клинической картине расстройства тех или иных

симптомов и поведенческих реакций (см. таблицу 3).

Соотнесение выделенных типов расстройств адаптации с существующими в МКБ - 10 типами представлено в таблице 4.

Таблица 4

Соотнесение выделенных типов расстройств адаптации с вариантами расстройств адаптации по МКБ-10 (представлено в процентном соотношении)

Расстройство адаптации по МКБ-10	Тип расстройства адаптации			
	Депрессивные проявления	Смешанные проявления	Нарушение поведения	Всего
Кратковременное депрессивное расстройство F43.20	34,8	-	-	11,8
Пролонгированное депрессивное расстройство F43.21	52,2	-	-	17,6
Смешанное тревожно-депрессивное расстройство F43.22	-	82,6	-	27,9
Расстройство с преобладанием других эмоций F43.23	13,0	13,0	-	8,8
Смешанное расстройство эмоций и поведения F43.25	-	-	81,8	26,5
Другие реакции на тяжелый стресс F43.28	-	4,4	18,2	7,4
Всего	100,0	100,0	100,0	
Итого	33,8	33,8	32,4	100,0

Около 1/3 больных с расстройствами адаптации по этой классификации может быть отнесено к аномическому варианту, который Б. С. Положием, характеризуется как проявляющийся апато-гипобулической, тревожной и субдепрессивной симптоматикой.

Более трети больных были отнесены нами к диссоциальному типу, что в выделенных в ходе исследования типах соответствовало расстройствам

адаптации с нарушениями поведения и эмоций. Диссоциальный тип расстройств адаптации характеризуется как вариант расстройств адаптации, развивающийся у лиц, акцентуированных по возбудимому или неустойчивому типу, и проявляющийся эмоциональными и поведенческими расстройствами в виде агрессивного или диссоциального поведения.

Таблица 5

Соотнесение выделенных типов расстройств адаптации с вариантами расстройств адаптации, предложенными Положием Б. С.

Варианты расстройств адаптации по Положию Б. С.	Тип расстройства адаптации			
	Тревожно - депрессивный	Депрессивный	Нарушение поведения	Всего
Аномический	100,0	82,6	-	61,8
Диссоциативный	-	17,4	90,9	35,3
Магифренический	-	-	9,1	2,9
Всего	100,0	100,0	100,0	
Итого	33,8	33,8	32,4	100,0

Магифренический тип расстройств адаптации наблюдался в единичных случаях, поскольку лица с магифреническим вариантом расстройств адаптации не попадают в поле зрения психиатров и составляют либо контингент пользователей услуг оккультной медицины, либо самих её адептов.

Общим для всех выделенных типов расстройств адаптации было наличие неуверенности в себе и собственных силах, склонности переносить ответственность за своё положение на государство и других лиц, больные были пассивны в достижении конкретных целей, если выполнение этих целей зависело от них самих. Для всех больных было свойственно снижение продуктивности в повседневных делах. Социальная дезадаптация проявлялась в неспособности найти работу или долго удерживаться на ней

в случае работы не по специальности, потере социальных контактов и отсутствии стремления к ним, погруженности в прошлое и нежелании направлять адекватные усилия на приспособление к новым условиям социального функционирования.

Общими чертами для всех выделенных вариантов расстройств адаптации были неспецифичность выявляемых симптомов и симптомокомплексов, их неоднородность, дискретность, субклинический уровень или легкая степень выраженности симптомов, отсутствие оформленных законченных форм типичных синдромов. Вышеуказанные особенности клинической картины и четкая взаимосвязь проявлений с травматическими событиями не позволяли отнести данное расстройство к какому-либо другому обозначенному в МКБ-10 расстройству.

Литература:

1. Положий Б. С. Психические расстройства, связанные с социальным стрессом - новая проблема российской психиатрии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 1996. - № 2. - С. 15-17

РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ

С. А. Алтынбеков, Ж. Ж. Бултачев, А. П. Негай,
Р. О. Сарсенова, Н. П. Макашева, Д. А. Абпазова,
Б. С. Сабенов, Д. Ф. Шайхутдинов

В настоящем исследовании для определения выраженности депрессивных проявлений использовался тест субъективной оценки депрессии Занга, учитывающий баланс выраженности симптомов позитивной («Я чувствую себя полезным и нужным») и негативной окраски («Я замечаю потерю веса»). Шкала самооценки депрессии Занга показала себя достоверным инструментом в оценке депрессии в других исследованиях расстройств адаптации.

Уровень тревоги, наряду с клинико-психопатологическим методом, определялся применением

шкалы самооценки тревоги Шихана, охватывающий наибольший объём тревожных проявлений в формате самоотчёта.

Степень выраженности вегетативных изменений, их структура определялись с помощью опросника на выявление вегетативных изменений, разработанного А. М. Вейном. Усреднённые показатели использованных шкал представлены в таблице 1 для группы с расстройствами адаптации в целом и клинических вариантов проявления расстройств адаптации.

Таблица 1

Средние показатели использованных шкал по типам расстройств адаптации

	Общая группа	Депрессивные проявления (в баллах)	Тревожно-депрессивные проявления (в баллах)	Нарушения поведения (в баллах)
Шкала самооценки депрессии Занга*	45,8	50,2±2,1	47,0±3,4	38,2±4,5
Опросник на выявление вегетативных изменений	39,6	37,8±9	47,2±11	33,6±13,3
Шкала самооценки тревоги Шихана**	38,0	33,3±10,3	59,4±9	20,6±12,6

* приведенные в таблице данные по шкале Занга являются «сырыми» баллами и при переводе в численные значения SDS-индекса соответствуют:

а) «сырые баллы» в диапазоне до 40 баллов - уровню SDS-индекса до 50 и степени выраженности депрессивных проявлений в пределах нормы, без признаков психопатологии,

б) от 40 до 48 баллов - 50-59 баллам по SDS-индексу и депрессии минимальной или средней степени выраженности.

**** уровень выраженности тревоги выше 30 баллов свидетельствует о наличии клинически значимых проявлений тревоги, выше 60 баллов возможно наличие выраженного тревожного расстройства.**

Уровень выраженности депрессивных проявлений в группах расстройств адаптации с депрессивными и со смешанными тревожно- депрессивными нарушениями был достоверно выше (при $P < 0,00005$), чем в группе с нарушениями поведения.

Тревога оказалась достоверно выше в группе больных со смешанными тревожно-депрессивными проявлениями, чем при двух других вариантах расстройств адаптации ($P < 0,005$).

Отличия в степени выраженности депрессивных проявлений в группе с депрессивными проявлениями достоверны по сравнению с более высокими при смешанных тревожно-депрессивных нарушениях и низкими в группе с нарушениями поведения ($P < 0,005$).

Выраженность вегетативных изменений в группе больных со смешанными тревожно-депрессивными нарушениями оказалась выше, чем в группе с депрессивными проявлениями ($P < 0,005$) и в группе с нарушениями поведения ($P < 0,0007$).

Таким образом, вариант течения расстройств адаптации с депрессивными нарушениями характеризуется депрессией средней степени выраженности,

наличием соматовегетативных проявлений. Вариант со смешанными нарушениями отличается сочетанием депрессивных проявлений и тревоги, не достигающей уровня генерализованного тревожного или панического расстройства и высоким уровнем соматовегетативных изменений. Расстройства адаптации с нарушениями поведения характеризуются отсутствием клинически значимых проявлений тревоги и депрессии и наличием неярко выраженных вегетативных расстройств.

Дополнительно к анализу корреляций в модели многофакторного регрессионного анализа (все взаимосвязи достоверны при $P < 0,005$) было изучено влияние социально-демографических параметров на выраженность клинических проявлений. Особенно значимыми оказались результаты анализа влияния этих факторов на выраженность вегетативных проявлений. Коэффициент регрессии R_i описывает более 62% разброса случаев.

Наиболее значимые корреляции социально-демографических показателей с выраженностью клинических проявлений представлены в таблице 2.

Таблица 2

Корреляции социально-демографических показателей в группе больных с расстройствами адаптации и выраженности клинических проявлений по данным психодиагностического обследования

Признак	Депрессивные проявления по шкале Занга	Тревожные проявления по шкале Шихана	Выраженность вегетативных проявлений
Пол (женский)	0,27 *	0,31*	-
Отсутствие детей	- 0,41**	- 0,65**	- 0,43**
Семья (одинокое)	- 0,27*	- 0,61**	- 0,42**
Социально-экономические проблемы	-	-	0,34*
Жилищные проблемы	0,43**	-	0,41**
Отсутствие работы	0,31*	-	0,61**

* - значение $P < 0,05$

** - значение $P < 0,005$

Уменьшению выраженности всех клинических проявлений способствует отсутствие детей и супруга (одинокое, вдовье). Это может быть связано с тем, что одинокие больные не имеют ответственности за семью, могут позаботиться о себе сами, у них меньше выражено воздействие стрессовых факторов, больше возможностей адаптации.

Чаше встречаются депрессивные и вегетативные расстройства ($P > 0,05$) у женщин. У одиноких

депрессивные расстройства достоверно менее выражены.

У больных, имеющих социально-экономические проблемы, уровень тревоги выше. Это связано с тем, что они не могут претендовать на помощь государства и в большей степени должны ориентироваться на собственные силы и возможности. Отсутствие собственного жилья и постоянной работы способствует увеличению выраженности депрессивных и тревожных расстройств.

Характеристики возраста и уровня образования не обнаруживают достоверных корреляций с выраженностью клинических проявлений.

Завершая клиническую характеристику расстройств адаптации у обследованного контингента, ещё раз следует отметить неспецифичность наблюдаемых проявлений, их временную и причинную связь с психотравмирующими событиями, меняющими жизнь больных. Другой особенностью течения этих расстройств является склонность к затяжному течению, которое провоцируется неразрешимостью экзопатогенных проблем в обозримом будущем. Так, по мнению ряда исследователей при постоянно действующем стрессе, расстройство адаптации может длиться сколь угодно долго и даже – всю жизнь (Andreassen N., Hoenk P., 1982; Elliot C., Eisdorfer C., 1982; Kaplan H., Sadock B., 1994). Ведущее и значимое место в клинических проявлениях занимают депрессивные, тревожные и вегетативные симптомы в различных сочетаниях.

Отличительной особенностью расстройств адаптации также является большое количество лиц с нарушениями поведения и доминирование у остальных депрессивной симптоматики. Для больных этой группы характерна соматизация симптомов депрессии и тревоги.

Механизм развития клинических проявлений сходен при аффективных, тревожных и депрессивных расстройствах, связанных со стрессом, что позволяет предполагать однородность этих механизмов и диктует общий подход в реабилитации и лечении. Опыт нашего исследования показывает, что при большей длительности расстройства клинические проявления все более тяготеют к оформленным клиническим синдромальным структурам, и по своей форме становятся в ряду невротических состояний или невротозов, в свете принятого в отечественной психиатрии нозологического подхода. Ранняя реабилитация и терапия таких расстройств будут способствовать лучшей адаптации и препятствовать развитию более тяжелых форм невротических расстройств.

Особую роль в развитии расстройств адаптации имеют индивидуально-типологические особенности личности больных, их стереотипные непродуктивные в критических случаях стратегии преодоления стрессовых ситуаций, являющиеся основой уязвимости обследованных лиц к развитию невротических расстройств. Более подробно взаимосвязи индивидуально-типологических особенностей, стратегий преодоления стресса и других факторов с различными клиническими проявлениями будут рассмотрены в последующих разделах.

ОБЛАСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ ТРЕВОГИ И СТРЕССА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ (МАТЕРИАЛЫ XXVII КОНФЕРЕНЦИИ ОБЩЕСТВА ПО ИССЛЕДОВАНИЮ СТРЕССА И ТРЕВОГИ (STAR))

В. Н. Кузнецов

12-15 июля 2006 года в г. Ритимнон (о. Крит, Греция) состоялась традиционная XXVII международная конференция общества исследования стресса и тревоги STAR (Stress and Anxiety Research Society), в которое входят 35 стран.

Конференции STAR проводятся с 1980 года. Аудитория не превышает 150 – 200 человек, что позволяет обеспечивать высокое качество обмена знаниями и облегчить установление взаимоотношений. С каждым годом членство в STAR становится все более престижным.

Обществом выпускается «Международный журнал тревоги, стресса и копинга» (Anxiety, Stress and Coping, an International Journal).

Главными темами XXVII конференции были: «Психологические аспекты стресса», «Стресс и образовательный процесс», «Позитивные эмоции и стресс», «Кросс-культуральные исследования стресса и копинга» и «Оценка стресса и копинга».

В качестве основных докладчиков были приглашены известные американские психологи. В двух

докладах М. W. Eysenk были освещены связь тревоги и внимания. Отмечено, что за последние годы резко возросло число исследований стресса и тревоги, в том числе в таких областях, как психология труда и образования. В докладах обращалось внимание на тот факт, что эффективность оценки стресса и тревоги повышается за счет комплексного анализа таких психологических составляющих, как поведение и самооценка. М. W. Eysenk осветил возможные направления развития исследования тревоги и стресса. Он предлагает новый взгляд на исследование тревоги, отмечая, что исследователи часто преувеличивают негативные результаты тревоги, так как не учитывают ресурсы, используемые в процессе копинга. По его мнению, тревога больше влияет на эффект (efficiency), чем на результат (effectiveness), что определяет ее «скрытую стоимость», которую необходимо учитывать, что было отражено в предложенной им оригинальной теории контроля внимания.

Вопросы природы и измерения депрессии были освещены в сообщении С. D. Spielberger. Он

предложил широкий обзор современных методов исследования депрессии, включающий в себя сравнительный анализ наиболее распространенных в мировой практике.

В докладе «Влияние терроризма на личность и общество» S. E. Hobfoll была предложена оригинальная модель развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). В модели уделяется особое внимание степени утраты личностных ресурсов, как ключевому фактору развития ПТСР, тревоги и депрессии. Кроме того, он подчеркнул важность оценки этнического статуса, особенно с учетом принадлежности человека к национальному меньшинству. Автор привел доказательства различного реагирования на стрессовую ситуацию индивидуума в зависимости от нахождения в рамках своей этнической группы или вне ее.

Особое внимание привлекли исследования профессора S. Folkman, которая обратила внимание на результаты исследований, описывающих важную роль в развитии психических и психосоматических расстройств не только негативных, но и позитивных эмоций. Она подчеркнула необходимость учитывать влияние позитивных эмоций на процесс копинга.

Вопросы когнитивно – эмоционального ответа на риск развития болезни в сравнении с ответом на болезнь заболеванием были освещены S. M. Miller. Подчеркнута необходимость повышения «психологической грамотности» и предоставления максимально полной информации о заболевании человеку, что порой оказывается даже эффективнее, чем адекватно проводимое медикаментозное лечение без достаточного информирования пациента.

В докладе N. Knoll были представлены результаты работы с супружескими парами. Она убедительно доказала, что формирование ситуации взаимной поддержки в семье значительно эффективней, чем получение помощи извне или одним из супругов от другого.

Результаты исследований стресса были сгруппированы в 23 секциях. Уже краткое изложение материалов конференции позволяет заключить, что представленные сообщения наглядно отражают современное состояние вопросов тревоги, стресса и копинга.

Научная ценность предложенных результатов подтверждается тем фактом, что почти половина докладов была построена на результатах национальных исследований, проводившихся в США, Великобритании, Германии, Австралии, Испании и других странах.

Россия впервые принимала участие в работе конференции. Нашу страну представлял доклад к.м.н., ассистента Северного государственного медицинского университета Кузнецова В. Н. «Культуральные гендерные различия пациентов с расстройствами адаптации».

Решением научного консультативного комитета Кузнецов В. Н. был избран официальным представителем России в STAR.

STAR является одним из самых ярких мировых сообществ медицинских психологов, объединяющих в своих рядах профессионалов высокого класса со всего мира. Сотрудничество с этой ассоциацией может стать перспективной площадкой для реализации и российских профессионалов в области медицинской психологии.

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

ДИНАМИКА ЭЭГ ДО И ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ИНТРАДУРАЛЬНОЙ НЕВРИНОМЫ С-2 КОРЕШКА СПИННОГО МОЗГА

В. А. Асанов, Л. В. Киселева

г. Павлодар

Вопросы топической диагностики поражений центральной нервной системы с помощью метода электроэнцефалографии остаются до конца нерешенными и весьма актуальными.

Особенно сложной является диагностика уровня поражения ствола мозга в связи с высокой плотностью расположенных здесь многочисленных мозговых структур, продуцирующих, как самостоятельную электрическую активность, так и подчиняющихся влияниям общемозговых систем, (синхронизирующих и десинхронизирующих), и зависящих от характера этих влияний (возбуждающего или деструктивного).

Однако многочисленными клиническими и экспериментальными исследованиями установлено, что имеются соответствующие ЭЭГ-корреляты поражения ствола на разных уровнях. В частности, поражения каудального отдела ствола мозга проявляется на ЭЭГ в виде либо высокоамплитудного альфа-ритма, либо низкоамплитудной высокочастотной активностью.

Других вариантов изменений ЭЭГ при поражении нижних отделов ствола в доступной литературе мы не встретили.

Поэтому, приводимое нами наблюдение поражения верхнешейного отдела спинного мозга, что с определенной натяжкой можно трактовать как каудальный отдел ствола, может дополнить известные варианты изменений биоэлектрической активности при поражении данной локализации.

Приводим историю болезни.

Больная Р., 51 год. Обратилась на прием в августе 2004 года с жалобами на боли в затылочной области головы справа, почти постоянного характера и боли и слабость в правой руке.

Объективные данные. Соматический статус без особенностей.

Неврологический статус. ЧМН-зрачки равные, фотореакции сохранены. Движения глазных яблок в полном объеме. Конвергенция хорошая. Нистагма нет. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Мышечная сила снижена в правой руке до 4 баллов. В остальных конечностях мышечная сила хорошая. Слабость мышечных групп правого надплечья.

Расстройств чувствительности нет. Тонус в правой руке повышен, в остальных конечностях обычный. Рефлексы правой руки повышены, с левой руки - средней живости. Брюшные рефлексы живые с 2-х сторон. Речь без особенностей. Координационные пробы без нарушений.

Больная была обследована в г. Павлодаре, в г. Омске, в г. Новосибирске.

Результаты обследования.

ЯМРТ позвоночника (13.09.2004, г. Омск) Исследование выполнено на уровне С-1 - Д-3. Получены Т1-ВИ и Т2-ВИ в сагиттальной и аксиальной проекциях. Лордоз шейного отдела сглажен с переходом в кифоз 6-7 градусов на уровне С5-С6. Высота дисков умеренно снижена, сигнал от дисков понижен по Т2 за счет дистрофического процесса. На уровне С2-С3 определяется объемное образование с достаточно четкими контурами, с размерами 18-10-10мм.

В просвете позвоночного канала на уровне С2 образование гиперинтенсивное по Т1 прилежащее к правой и передней стенке канала. Спинной мозг оттеснен кзади и влево.

Заключение: Экстравентрикулярное интрадуральное объемное образование на уровне С2-С3.

ЯМРТ головного мозга (13.09.2004, г. Омск)

Заключение: Структурных изменений со стороны головного мозга не выявлено.

ЭЭГ (03.09.2004, г. Павлодар) (рисунок 1)

На фоновой ЭЭГ регистрируется среднеамплитудная биоэлектрическая активность, преимущественно в альфа и бета-диапазонах, с нечеткими зональными границами. Отмечаются отдельные тета-волны в височных зонах. На фоне гипервентиляции проявились периоды билатерально-синхронной бета, альфа и тета-активности по амплитуде превышающие фоновую примерно в 2 раза. Особенно выражены тета-волны в височных долях, больше слева.

На фоне фотостимуляции 10 гц зафиксированы билатерально-синхронные разряды высокоамплитудных тета-волн, с амплитудным преобладанием в лобных долях то справа, то слева.

Все остальные обследования сделаны в НИИТО г. Новосибирска.

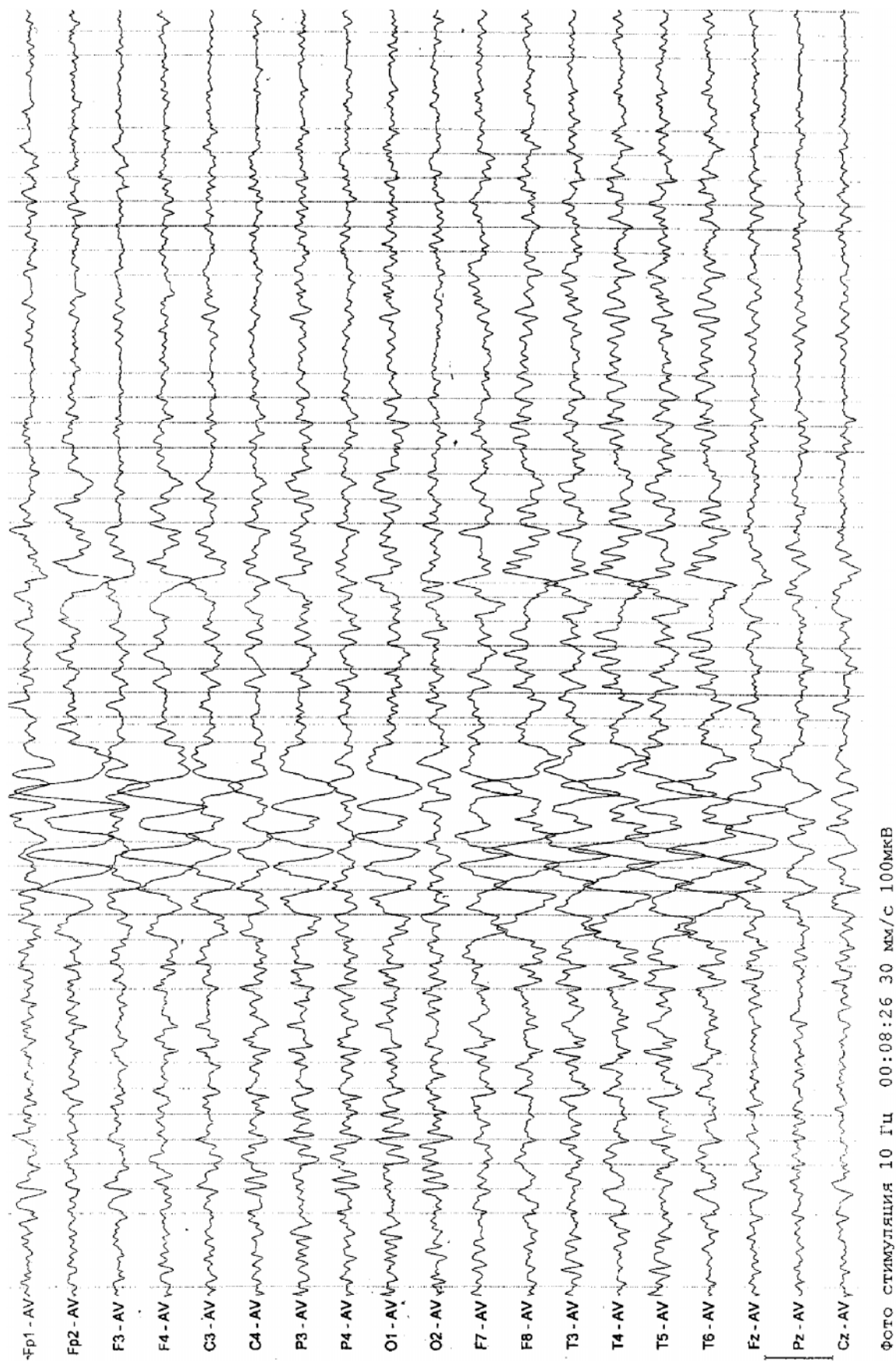
Рентгенография органов грудной клетки. Свежих очагов и инфильтративных тканей не определяется. Сердце без особенностей.

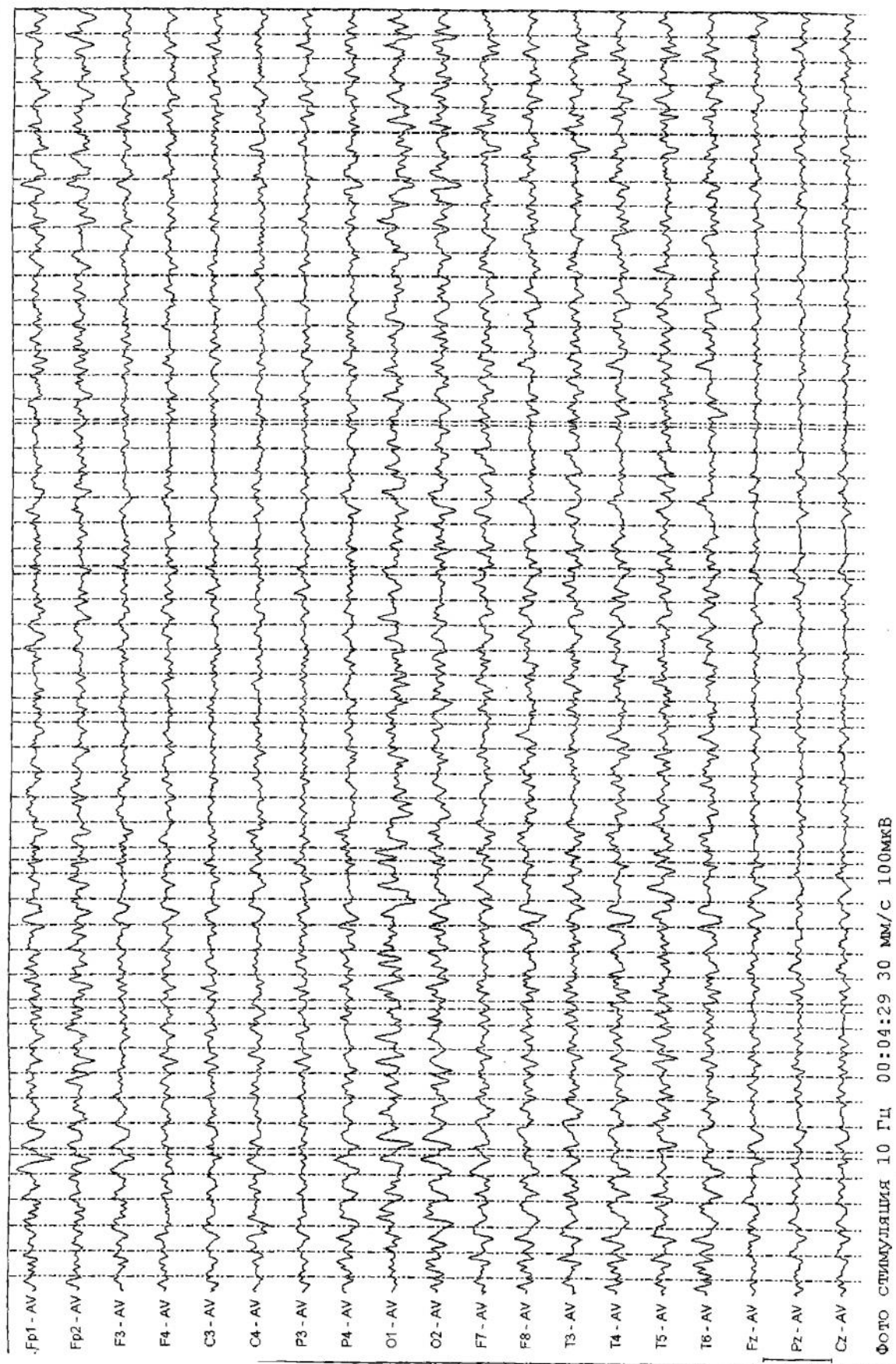
Офтальмолог. Vis OD/OS -1,0 1,0. Поля зрения в норме. На глазном дне диски зрительных нервов бледнорозовые, границы четкие. Полнокровие сосудов сетчатки. Соотношение А-В 2,5-4,0. Отека нет.

ЭКГ(04.10.2004) Ритм синусовый, 80 в 1 минуту. Незначительные изменения миокарда.

Общеклинические и биохимические анализы без особенностей.

05.10.2004 года в нейрохирургическом отделении Клиники травматологии, ортопедии и нейрохирургии г. Новосибирска выполнена операция: частичное скручивание С2-С3 позвонков справа,





микрохирургическое тотальное удаление экстремодулярной опухоли.

Патологогистологическое исследование: опухоль имеет строение невриномы.

В послеоперационном периоде отмечался временный подъем цитоза в ликворе, купированный эндолюмбальным введением антибиотиков. В остальном - без особенностей. На 10 день сняты швы. Выписывается в удовлетворительном состоянии, с улучшением.

В последующем больная наблюдалась по месту жительства, в г. Павлодаре. Состояние больной удовлетворительное. Периодически беспокоят боли в шейном отделе позвоночника.

25.05.2006 г. сделана МРТ шейного отдела позвоночника в г. Омске. Заключение: Состояние после оперативного удаления невриномы шейного отдела позвоночника. Остеохондроз шейного отдела позвоночника с протрузией диска в сегменте C5-C6, C6-C7. Пондиллез. Унковертебральный артроз. МРТ признаков рецидива не выявлено.

Осмотр нейрохирурга (25.05.2006, г. Омск) Данных за продолженный рост и рецидив опухоли нет.

Литература:

1. Л. Р. Зенков Клиническая электроэнцефалография (с элементами эпилептологии), 2004

ЭЭГ(30.05.2006, г. Павлодар) (рисунок 2)

На фоновой ЭЭГ альфа- и бета-активность в пределах своих зональных границ. Отдельные группы тета-волн по амплитуде не превышающие фоновую активность регистрируются, преимущественно в височных долях, без четкой амплитудной асимметрии.

По сравнению с дооперационной ЭЭГ имеется значительная положительная динамика: нет билатерально-синхронных разрядов высокоамплитудных тета-волн, нет амплитудной межполушарной асимметрии, нет патологической реакции на функциональные нагрузки.

Таким образом, можно сделать вывод, что изменения на ЭЭГ были связаны с объемным процессом, сдавливавшим спинной мозг на уровне 2-го шейного позвонка, так как после удаления невриномы ЭЭГ пришла в относительную норму.

Мы не ставили сейчас задачу проанализировать вопрос, каким образом поражение нервной системы данной локализации привело именно к этим изменениям на ЭЭГ. Наша цель предоставить эту, на наш взгляд, интересную информацию всем интересующимся этой проблемой.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ В ГРУППАХ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ

Ж. Ж. Бултачев

Приведенная ниже диаграмма 1 показывает различия индивидуально-типологических свойств больных с различными клиническими проявлениями и нарушениями поведения. Так, в группах с депрессивными и смешанными тревожно-депрессивными нарушениями достоверно выше уровень тревожности, как базового личностного свойства ($P < 0,05$), чем в группе с нарушениями поведения. В то же время, разница в выраженности этого признака очень высока в группах со смешанными нарушениями и нарушениями поведения ($P < 0,00001$) и почти незначительна между выраженностью тревожности в группе с депрессивными проявлениями и смешанными нарушениями ($P > 0,05$).

Данные различия находят свое отражение и в клинической картине различных типов расстройств адаптации. В группе с тревожно-депрессивными нарушениями проявления тревоги носят наиболее выраженный характер, в то время как в группе с нарушениями поведения они выражены незначительно.

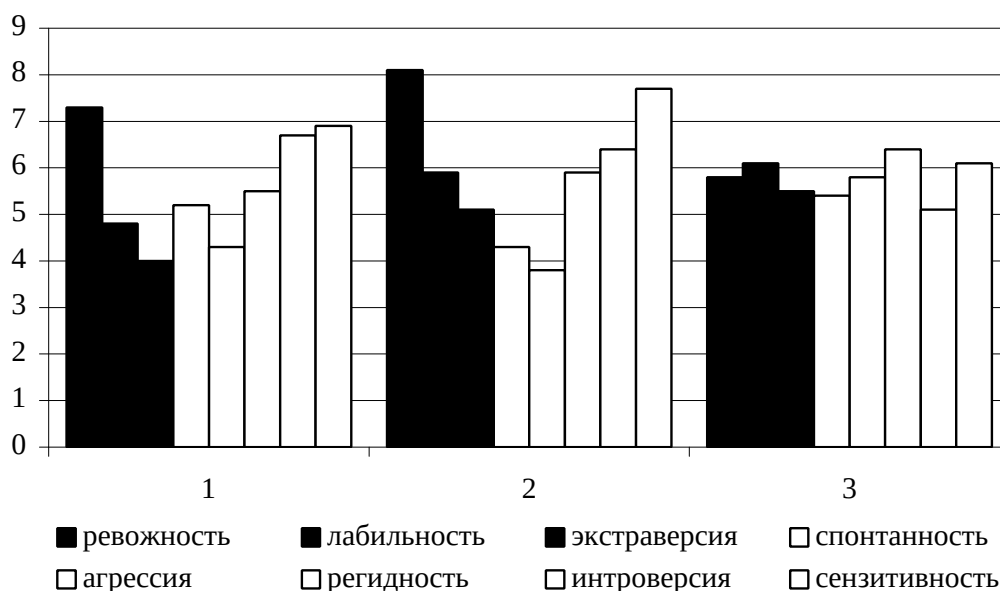
Показатели сензитивности оказались достоверно выше ($P < 0,001$) в группе с тревожно-депрессивными

нарушениями, чем в двух других группах, что, в сочетании с высокой тревожностью и лабильностью на уровне акцентуации, в клинической картине проявляется свойственными больным этой группы чувствам внутреннего беспокойства, тревоги, опасений, которые направлены в будущее. Больные постоянно «застревали» на том то, что они потеряли, старались избегать ситуаций, вызывающих наибольшую тревогу.

В группе с депрессивными проявлениями оказалось характерным сочетание базовых свойств, определявших гипостенический тип реагирования: высокие показатели сензитивности, интраверсии и тревожности, что проявлялось подавленностью, снижением настроения, уходом от решения проблем, пассивностью и инертностью. Уровень интраверсии был в этой группе достоверно выше ($P < 0,01$), чем в группе с нарушениями поведения, где преобладающий тип реагирования был гиперстеническим.

Профиль группы с нарушениями поведения характеризуется приблизительно равновысоким увеличением всех показателей базовых свойств с

Усредненные показатели индивидуально-типологических свойств в группах расстройств адаптации



1. Группа больных с депрессивными проявлениями
2. Группа больных со смешанными тревожно-депрессивными проявлениями
3. Группа больных с нарушениями поведения
4. Группа больных с депрессивными проявлениями
5. Группа больных со смешанными тревожно-депрессивными проявлениями
6. Группа больных с нарушениями поведения

Таблица 1

Средние значения (MD) и стандартные отклонения (SD) выраженности базовых свойств в общей группе с расстройствами адаптации и выделенных типах расстройств адаптации

Личностно-типологические свойства	Расстройства адаптации (общая группа)		Типы расстройств адаптации					
			С депрессивными проявлениями		Со смешанными проявлениями		С нарушением поведения	
	MD	SD	MD	SD	MD	SD	MD	SD
Тревожность	7,1	1,9	7,3	1,8	8,1	0,9	5,8	1,8
Лабильность	5,6	1,5	4,8	1,2	5,9	1,6	6,1	1,4
Экстраверсия	4,9	2,1	4,0	2,3	5,1	2,2	5,5	1,1
Спонтанность	5,0	2,0	5,2	1,3	4,3	1,7	5,4	2,3
Агрессия	4,5	1,8	4,3	1,8	3,8	1,7	5,8	1,6
Ригидность	5,9	1,6	5,5	1,7	5,9	1,2	6,4	1,8
Интраверсия	6,2	1,9	6,7	1,4	6,4	1,6	5,1	2,3
Сензитивность	7,0	1,5	6,9	0,9	7,7	0,9	6,1	1,3

акцентуацией лабильности, ригидности, агрессии и спонтанности, что проявляется стеничностью, неконформностью и конфликтностью в поведении больных. Наличие таких свойств в поведении не определяло состояния этих лиц в прошлом, и проявлялось при воздействии неразрешимых стрессовых факторов. Чувство беспомощности, подавляемая

тревога толкали больных к асоциальному, неадекватному поведению, зачастую вредившему им самим.

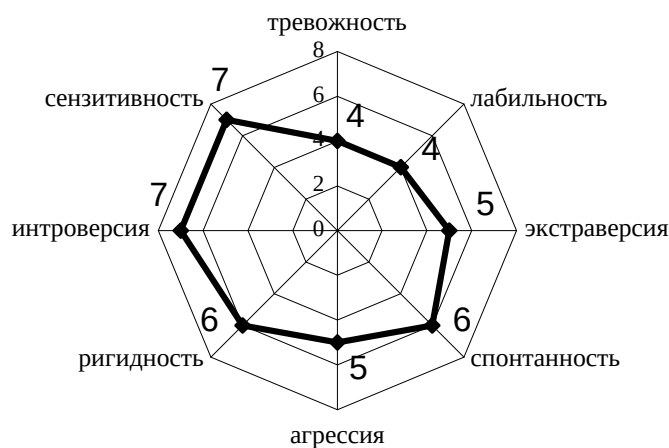
В диаграмме 2 отражены данные обследования больной Т., 45 лет, с расстройством адаптации с депрессивными проявлениями (продолжительная депрессивная реакция). Индивидуально-типологические свойства больной определяются акцентуированными

интровертностью и сензитивностью, в сочетании с высокими показателями ригидности; чертами зависимости и конформности; стремления ориентированности на общепринятые нормы поведения и на авторитет более сильной личности. Из анамнеза известно, что больная всегда была зависима от мнения значимых близких лиц - сначала отца, затем

мужа. Основные решения в жизни принимались под давлением этих людей. Больной также свойственна излишняя неуверенность в себе, проявляющаяся в сложных для нее жизненных ситуациях. Потеря своего места в жизни, чувства самоуважения, достигнутого на работе, являлись значимыми психотравмирующими факторами в появлении расстройства адаптации.

Диаграмма 2

Личностно-типологический профиль больной Т.



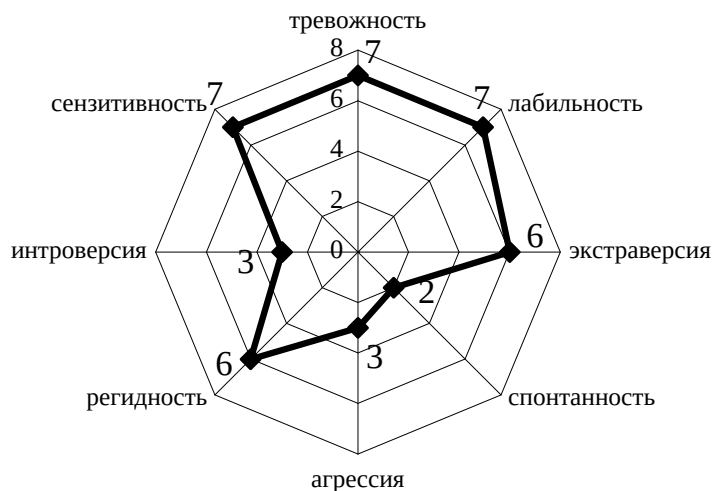
Разнонаправленные тенденции спонтанности и сензитивности помогли больной в относительно стабильной ситуации оставаться адаптированной. Однако в последующем, в длительной стрессовой ситуации, такое сочетание способствовало появлению внутренней напряженности, чувства дискомфорта, появлению соматизации симптоматики в виде головных болей. Сочетание интроверсии и ригидности определяет склонность больной к фантазированию, приятным воспоминаниям, чувствительность к средовым воздействиям и избеганию социальной активности.

Психотерапевтические интервенции в этом случае должны быть направлены на осознание больной её жизни «здесь и сейчас», повышение уверенности в себе и самоуважении, вовлечение больной в активное общение с референтной группой, повышение ответственности за принятие собственных решений.

Диаграмма 3 дает представление об индивидуально-типологических свойствах больной К., 21 года, диагноз расстройства адаптации со смешанными тревожно-депрессивными проявлениями.

Диаграмма 3

Личностно-типологический профиль больной К.



Этот профиль характеризуется выраженными до уровня акцентуации свойствами сензитивности, тревожности и лабильности, что характеризует стремление больной к конформному и компромиссному поведению, избеганию конфликтов и одновременному самоутверждению. Для больной также характерна некоторая демонстративность в поведении, в том числе привлечением внимания окружающих к её состоянию. В условиях подавленной жизненной активности и стремления к самоактуализации больная испытывает тревожное напряжение с выраженной вегетативной симптоматикой. В поведении больной также отмечается ригидность установок, нежелание гибко приспосабливаться к ситуации, стремление получить только то, что соответствует её представлениям о достойном.

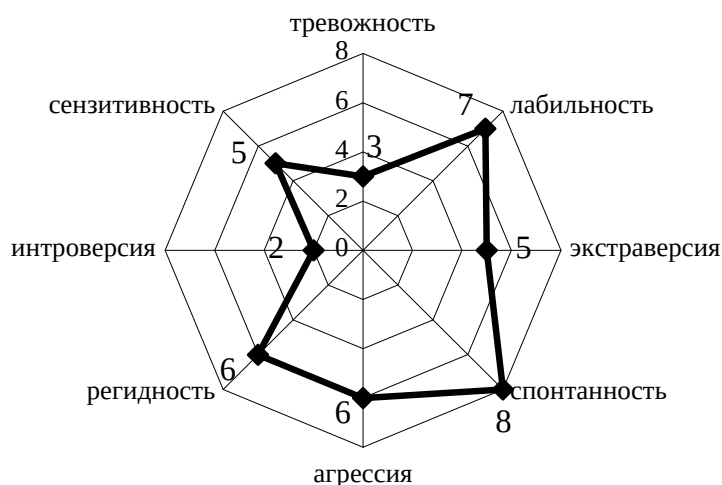
Психотерапевтическое воздействие может быть направлено на поиск совместно с больной возможностей адекватного применения свойственной ей

жизненной активности в стремлении к самоактуализации, возможно привлечение к активной деятельности в общественных организациях, информированию о причинах появления у неё симптомов тревоги и вегетативной дисфункции, обучение больной приёмам релаксации.

В диаграмме 4 отражены данные обследования больного Д., 41 года с диагнозом расстройства адаптации с нарушениями поведения. Индивидуально-типологические свойства определяются лабильностью и спонтанностью, достигающими уровня дезадаптации, ригидностью и стеничностью в форме агрессии. По мнению Собчик Л.Н., такое сочетание черт часто свойственно больным алкоголизмом. В нашем примере наблюдается постепенная алкоголизация больного, конфликтность и пренебрежение общественными нормами. Вместе с тем, в настоящее время больному свойственны раздражительность, вспыльчивость, обидчивость.

Диаграмма 4

Личностно-типологический профиль больного Д.



Еще раз следует подчеркнуть, что подобные проявления не были свойственны больному в такой степени ранее или были компенсированы в условиях устойчивой и стабильной жизни. Психотерапевтическое воздействие здесь должно быть направлено на осознание больным непродуктивности его поведения. Учитывая черты ригидности, неспособность к компромиссу не следует «стыдить» больного, более продуктивным в данной ситуации представляется повышение самооценки больного, актуализация его собственных ресурсов, присущих ему ранее способностей.

Таким образом, анализ применения опросника на выявление индивидуально-типологических особенностей среди больных из экопатогенных территорий показал, что в основной группе акцентуированный или дезадаптирующий стиль межличностного поведения проявляется при показателях больше 5 по одной или нескольким осям. Особенно

высоки показатели по октантам интроверсии, сензитивности, тревожности и лабильности. Одновременное повышение таких показателей, как ригидность и интроверсия выше 5 баллов образуют в поведении такие качества, как социальная пассивность и индивидуализм, что характерно для всех изучаемых групп.

Из промежуточных характеристик наименее выражены социальная активность и лидерство, располагающиеся между слабо выраженными на общем фоне показателями экстраверсии и спонтанности (менее 5 баллов). Выраженные промежуточные характеристики конформности и зависимости (показатели основных октант равно повышены), создают почву для поведения, направленного на избегание конфликта или ухода от решения проблемы и поиска щадящей социальной ниши.

Средний показатель агрессии во всех группах, включая средний показатель по общей группе,

размещается в пределах гармонично развитой личности. Однако он достигает уровня акцентуации в группе с нарушениями поведения, что, в сочетании с высоким уровнем ригидности в этой группе, проявляется как конфликтность в поведении.

Депрессивные проявления тесно взаимосвязаны с высокими показателями тревожности, сензитивности и интраверсии. Степень тревожных проявлений связана с такими базовыми свойствами личности, как акцентуированная тревожность, лабильность и сензитивность. На наличие и выраженность соматовегетативных симптомов оказывает влияние излишняя спонтанность, лабильность и тревожность. Высокие показатели агрессии, как ведущей личностной тенденции, достоверно связаны с отсутствием

или малой выраженностью депрессивных и вегетативных проявлений.

В целом, в группе больных, проживающих на экопатогенных территориях, с расстройствами адаптации преобладают свойства личности тормозимого гипостенического круга реагирования. Анализ типов расстройств адаптации с различными проявлениями показывает, что среди лиц с депрессивными и со смешанными тревожно-депрессивными нарушениями преобладают: тип гипостенического реагирования и лабильность процессов нервно-психических процессов. Для расстройств адаптации с нарушениями поведения наличие гипертимных черт возбудимости было более характерно.

ЛИЧНОСТНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ

Ж. Ж. Бултачеев

Характерными проявлениями дезадаптации для всех обследованных лиц с расстройствами адаптации являлись чувство неспособности справиться с существующей ситуацией, чувство незащищенности, неуверенности в себе и своих возможностях, неспособности планировать свою дальнейшую жизнь и невозможности находиться дальше в сложившейся ситуации. Часть из них демонстрирует активную социальную позицию, которая, однако, направлена больше на «выбивание» из административных органов льгот, пособий, и меньше ориентирована на собственные и средовые ресурсы. Такая социальная активность носит целенаправленный характер, однако, малоэффективна.

Другая часть этого контингента социально пассивна. Такие люди редко обращаются в административные органы, не надеясь получить помощь, даже когда она может быть предоставлена. Они часто не знают своих прав и не предпринимают шагов, чтобы их узнать, не связываются с общественными организациями, замыкаются в себе. Им наиболее свойственна неуверенность в себе.

В этой части исследования мы попытались проанализировать факторы, способствующие появлению состояний социальной и психической дезадаптации. Мясищев В. Н. (1960) считал, что личность есть то субъективное и объективное, что, реализуясь в действиях, характеризует подлинное лицо человека, представленное как система социальных отношений, подчеркивая при этом, что при изучении личности необходимо учитывать биологические и конституционально-индивидуальные свойства. Изучение влияния этих свойств на клинические проявления

расстройств адаптации у лиц, проживающих в экопатогенных территориях, зависимости этих свойств и выбираемых ими реальных действий в ситуации стресса - стратегий преодоления, является одной из актуальных задач нашего исследования.

При непрекращающемся объективном воздействии стрессогенных социальных факторов, обусловленных современным социально-экономическим положением в сочетании с субъективно завышенными ожиданиями, недооценкой ситуации, возникает длительное психическое напряжение и прорыв барьера психической адаптации с развитием различной степени выраженности психических нарушений. Неадекватное средовое воздействие может усиливать ведущие тенденции личностных свойств, что затрудняет адаптацию личности к новым условиям, часто ведет к развитию невротических психических расстройств. В работах ряда авторов неоднократно подчеркивалось значение преморбидных свойств личности в развитии и течении невротических расстройств (Кербиков О. В., Карвасарский Б. Д., Александровский Ю. А., Лакошина Н. Д., Шостакович Б. В. и др.) Так, по мнению Собчик Л. Н., больные с невротическими расстройствами обладают определенной predisposition, проявляющейся повышенной тревожностью и низким порогом восприятия к средовым воздействиям, благодаря чему даже обычные житейские трудности приводят к состоянию психической дезадаптации.

Используемый в нашем исследовании опросник на выявление индивидуально-типологических свойств, разработанный Собчик Л. Н. на разнородном репрезентативном материале, позволяет

определить ведущие тенденции или базовые свойства личности, которые пронизывают все уровни личности - от биологического до общественного и реализуются в актуальном состоянии больного и социальных установках.

Базовые характеристики темперамента в меньшей степени (или косвенно) связаны с социальным лицом индивида и в связи с этим меньше подвергаются мотивационным искажениям и установочным реакциям и скорее сами определяют их. Поэтому, при изучении ведущих личностно-типологических тенденций в настоящем исследовании, они рассматривались как независимые переменные, влияющие на выраженность и особенности клинических проявлений расстройств адаптации, и предпочитаемые

обследуемыми лицами стратегии преодоления стрессовых ситуаций.

В 97,0% исследованных случаев наблюдались акцентуации или дезадаптирующие свойства по одной или нескольким основным осям базовых свойств личности. Выраженность признака рассматривалась в пределах нормы, если показатель по соответствующей оси не превышал 5 баллов, как акцентуация при показателях в диапазоне до 7 баллов, как дезадаптирующий признак – более 7 баллов. Все исходные данные были достоверны при показателях «аггравации» и «лжи» опросника ИТО < 4. Распределение больных по всем основным свойствам, в зависимости от степени выраженности признака представлено в таблице 1.

Таблица 1

*Распределение больных в зависимости от выраженности личностно-типологических свойств**

Базовые личностно-типологические свойства	Гармоничная выраженность < 5	Акцентуация < 7	Дезадаптирующая выраженность > 7
Тревожность	13,2	32,3	54,4
Лабильность	47,0	44,2	8,8
Экстраверсия	58,8	29,4	11,8
Спонтанность	60,3	25,0	14,7
Агрессия	66,2	33,8	-
Ригидность	26,4	61,7	11,8
Интраверсия	28,0	47,0	25,0
Сензитивность	11,8	53,0	35,2

* Сумма больше 100% при частом сочетании у одного больного показателей шкал различной интенсивности.

Более чем в 80,0% случаев уровень тревожности, ригидности, интраверсии и сензитивности оказывался акцентуированным или дезадаптирующим в группе больных с расстройствами адаптации. Более чем в 50,0% случаев лабильность, экстраверсия и спонтанность достигали акцентуации или дезадаптирующих форм проявления. Показатели базовой тенденции агрессии распределялись в относительно равной пропорции как нормальное гармонично развитое свойство и акцентуация.

В диаграмме 1 представлены усреднённые показатели по 8 основным осям индивидуально-типологических свойств у больных с расстройствами адаптации.

Анализируя представленные данные можно утверждать, что больным с расстройствами адаптации в качестве дезадаптирующих и акцентуированных базовых тенденций в большей степени свойственны тревожность в сочетании с сензитивностью, ригидностью, интраверсией и эмоциональной лабильностью.

Средние показатели спонтанности, агрессии и экстраверсии в целом в группе с расстройствами адаптации проявлялись как гармонично развитые.

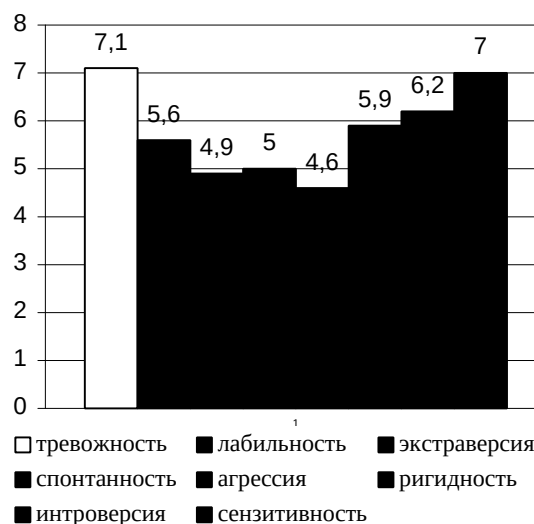
На стыке ведущих типологических свойств, как стиль межличностного поведения у больных с расстройствами адаптации, проявлялись конформность и компромиссность, зависимость от средовых влияний и социальная пассивность.

Как проявления высокой тревожности у больных встречались тревожные опасения, направленные в будущее, мнительность, нерешительность и боязливость.

Высокая сензитивность в сочетании с тревожностью проявлялись нерешительностью и неуверенностью в себе, ориентацией на мнение значимых близких. Так, больные часто действовали, исходя из неподтвержденной информации, рассказанной кем-то из знакомых; сталкиваясь с отказом или негативным к себе отношением, становились нерешительными, робкими в достижении своих целей.

На стыке сензитивности и интравертированности стиль поведения больных характеризовался зависимостью, избеганием конфликтов и «сложных» ситуаций, уходом в мир иллюзий. Больные предпочитали надеяться, что их проблемы разрешатся сами собой. Находясь под властью неоправданных надежд, не предпринимали попыток самостоятельно добиться своего.

Показатели выраженности основных тенденций индивидуально - типологических особенностей



Ригидность, как базовое качество, проявлялась инертностью установок, настороженностью и недоверчивостью по отношению к другим, ожиданием «подвоха» с их стороны. Социальная пассивность на стыке интроверсии и ригидности проявлялась социальной пассивностью не только напрямую в виде бездействия, но и как высокая чувствительность к внешним воздействиям с попыткой отгородиться, уйти в свои переживания.

По мнению автора методики Собчик Л. Н., сочетание таких тенденций как интроверсия, сензитивность, тревожность и лабильность формирует

признаки слабого (гипотимного) или смешанного типа конституциональной структуры.

При анализе влияния личностно-типологических особенностей на наличие и выраженность клинических проявлений были выявлены корреляции.

Найденные корреляции и многофакторный регрессионный анализ показали с высокой степенью достоверности ($P < 0,005$) влияние базовых личностных свойств на наличие и степень клинических проявлений. Так, при выраженных преморбидных чертах (уровень акцентуации) тревожности и сензитивности выраженность депрессивных проявлений в клинической картине расстройств адаптации возрастает (см. таблицу 2).

Таблица 2

Корреляции личностно-типологических свойств больных с расстройствами адаптации с показателями клинико-диагностического обследования

Показатели выраженности клинических проявлений	Индивидуально-типологические свойства больных с расстройствами адаптации							
	Тревожность	Лабильность	Экстраверсия	Спонтанность	Агрессия	Ригидность	Интроверсия	Сензитивность
Депрессивные проявления (по Зангу)	0,44*	-	-	-	-0,3*	-	0,28**	0,48*
Вегетативные проявления	0,39*	0,31**	-	-	-0,3*	-	0,26*	-
Проявления тревоги (по Шихану)	0,52**	-	-	-	-	-	-	0,56**

* Уровень достоверности корреляции $P < 0,005$

** $P < 0,0006$

Данные совпадают с выявленными корреляциями в популяции больных с невротическими расстройствами (Собчик Л. Н., 1998). Выраженность депрессивных проявлений уменьшается при увеличении показателя агрессивности, что наглядно проявляется в группе расстройств адаптации с нарушениями поведения, где показатель агрессивности наиболее высокий среди всех больных, а клинически значимых симптомов депрессии не выявлено.

На увеличение частоты и выраженности соматовегетативных проявлений (по опроснику на выявление вегетативных проявлений, разработанному Вейном А. М.) оказывают влияние повышенный до акцентуации и дезадаптации уровень спонтанности, лабильности и интроверсии. Как и в случае с депрессивными нарушениями с показателем агрессии имеется отрицательная корреляция. При значении коэффициента детерминации многофакторной регрессии $R_i = 0,42$, построенная регрессия объясняет 42,0% разброса значений относительно среднего. Значимой оказалась также корреляция уровня тревожности и выраженности вегетативных проявлений.

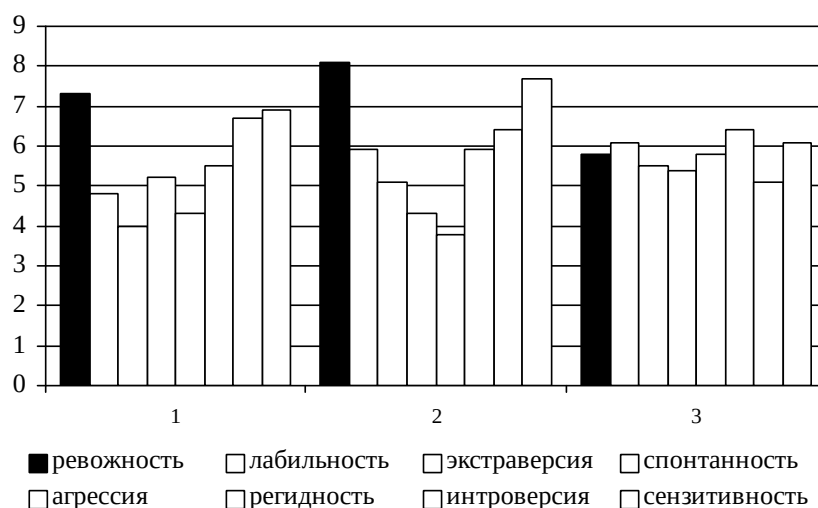
Степень выраженности тревожной симптоматики у больных с расстройствами адаптации достоверно коррелирует с повышением черт сензитивности и тревожности до уровня дезадаптации (7 - 8 баллов).

Анализ таких личностных тенденций как ригидность, спонтанность и экстраверсия не дает оснований полагать, что они влияют на наличие и степень проявления депрессивных, тревожных и соматовегетативных нарушений. В нашем исследовании это согласуется с тем, что в группе расстройств адаптации с нарушениями поведения наблюдаются наиболее низкие, клинически малозначимые показатели по всем психодиагностическим шкалам при увеличенных, именно в этой группе, спонтанности и ригидности, которые в сочетании на уровне акцентуации ведут к дезадаптивному, часто асоциальному, по мнению автора методики, поведению.

Данные различия находят свое отражение и в клинической картине различных типов расстройств адаптации. В группе с тревожно-депрессивными нарушениями проявления тревоги носят наиболее выраженный характер, в то время как в группе с нарушениями поведения они выражены незначительно.

Диаграмма 2

Усредненные показатели индивидуально-типологических свойств в группах расстройств адаптации



Приведенная диаграмма 2 показывает различия индивидуально-типологических свойств больных с различными клиническими проявлениями и нарушениями поведения. Так, в группах с депрессивными и смешанными тревожно-депрессивными нарушениями достоверно выше уровень тревожности:

- группа больных с депрессивными проявлениями;
- группа больных со смешанными тревожно-депрессивными проявлениями;
- группа больных с нарушениями поведения.

Показатели сензитивности оказались достоверно выше ($P < 0,001$) в группе с тревожно-депрессивными нарушениями, чем в двух других группах, что в сочетании с высокой тревожностью и лабильностью

на уровне акцентуации проявляются в клинической картине, свойственными больным этой группы, чувства внутреннего беспокойства, тревоги, опасений, направленных в будущее. Больные постоянно «застревали» на том то, что они потеряли, старались избегать ситуаций, вызывающих наибольшую тревогу.

В группе с депрессивными проявлениями характерным оказалось сочетание базовых свойств, определявших гипостенический тип реагирования: высокие показатели сензитивности, интроверсии и тревожности, что проявлялось подавленностью, снижением настроения, уходом от решения проблем, пассивностью и инертностью. Уровень интроверсии

был в этой группе достоверно выше ($P < 0,01$), чем в группе с нарушениями поведения, где преобладающий тип реагирования был гиперстеническим.

Профиль группы с нарушениями поведения характеризуется приблизительно равновысоким увеличением всех показателей базовых свойств с акцентуацией лабильности, ригидности, агрессии и спонтанности, что проявляется стеничностью,

неконформностью и конфликтностью в поведении больных. Наличие таких свойств в поведении не определяло состояния этих лиц в прошлом и проявлялось при воздействии неразрешимых стрессовых факторов. Чувство беспомощности, подавляемая тревога толкали больных к асоциальному неадекватному поведению, зачастую вредившему им самим.

Таблица 3

Средние значения (MD) и стандартные отклонения (SD) выраженности базовых свойств в общей группе с расстройствами адаптации и выделенных типах расстройств адаптации

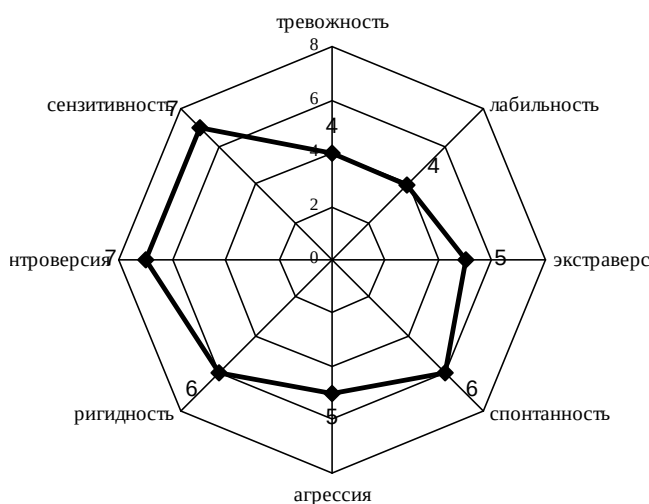
Личностно-типологические свойства	Расстройства адаптации общая группа		Типы расстройств адаптации					
			С депрессивными проявлениями		Со смешанными проявлениями		С нарушением поведения	
	MD	SD	MD	SD	MD	SD	MD	SD
Тревожность	7,1	1,9	7,3	1,8	8,1	0,9	5,8	1,8
Лабильность	5,6	1,5	4,8	1,2	5,9	1,6	6,1	1,4
Экстраверсия	4,9	2,1	4,0	2,3	5,1	2,2	5,5	1,1
Спонтанность	5,0	2,0	5,2	1,3	4,3	1,7	5,4	2,3
Агрессия	4,5	1,8	4,3	1,8	3,8	1,7	5,8	1,6
Ригидность	5,9	1,6	5,5	1,7	5,9	1,2	6,4	1,8
Интроверсия	6,2	1,9	6,7	1,4	6,4	1,6	5,1	2,3
Сензитивность	7,0	1,5	6,9	0,9	7,7	0,9	6,1	1,3

Диаграмма 3 представляет данные обследования больной Т., 45 лет, с расстройством адаптации с депрессивными проявлениями (продолжительная депрессивная реакция). Индивидуально-типологические свойства больной определяются акцентуированными интровертностью и сензитивностью, в сочетании с высоким показателем ригидности, чертами зависимости и конформности, стремления ориентированности на общепринятые нормы поведения и авторитет более сильной личности. Из анамнеза

известно, что больная всегда была зависима от мнения значимых близких: сначала отца, затем мужа. Основные решения в жизни принимались под давлением этих людей. Больной также свойственна излишняя неуверенность в себе, проявляющаяся в сложных для нее жизненных ситуациях. Потеря своего места в жизни, чувства самоуважения, достигнутого на работе, являлись значимыми психотравмирующими факторами в появлении расстройства адаптации.

Диаграмма 3

Личностно-типологический профиль больной Т.



Разнонаправленные тенденции спонтанности и сензитивности помогли больной в относительно стабильной ситуации оставаться адаптированной. Однако в последующем, в длительной стрессовой ситуации такое сочетание способствовало появлению внутренней напряженности, чувства дискомфорта, появлению соматизации симптоматики в виде головных болей. Сочетание интроверсии и ригидности определяет склонность больной к фантазированию, приятным воспоминаниям, чувствительность к средовым воздействиям и избеганию социальной активности.

Психотерапевтические интервенции в этом случае должны быть направлены на осознание больной её жизни в «здесь и сейчас», повышение уверенности в себе и самоуважении, вовлечение больной в активное общение с референтной группой, повышение ответственности за принятие собственных решений.

Диаграмма 4 дает представление об индивидуально-типологических свойствах больной К., 21 года, диагноз расстройства адаптации со смешанными тревожно-депрессивными проявлениями.

Диаграмма 4

Личностно-типологический профиль больной К



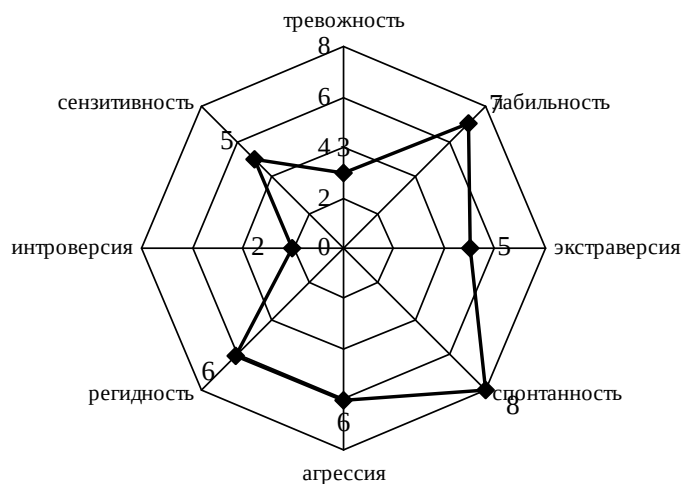
Этот профиль характеризуется выраженными до уровня акцентуации свойствами сензитивности, тревожности и лабильности, что характеризует стремление больной к конформному и компромиссному поведению, избеганию конфликтов и одновременному самоутверждению. Для больной также характерна некоторая демонстративность в поведении, в том числе привлечением внимания окружающих к её состоянию. В условиях подавленной жизненной активности, стремления к самоактуализации больная испытывает тревожное напряжение с выраженной вегетативной симптоматикой. В поведении больной также отмечается ригидность установок, нежелание гибко приспосабливаться к ситуации, стремление получить только то, что соответствует её представлениям о достойном.

Психотерапевтическое воздействие может быть направлено на поиск вместе с больной возможностей адекватного применения свойственной ей жизненной активности, стремления к самоактуализации, возможно привлечение к активной деятельности в общественных организациях, информированию о причинах появления у неё симптомов тревоги и вегетативной дисфункции, обучение больной приёмам релаксации.

Диаграмма 5 представляет собой данные обследования больного Д., 41 года с диагнозом расстройства адаптации с нарушениями поведения. Индивидуально-типологические свойства определяются лабильностью и спонтанностью, достигающими уровня дезадаптации, ригидностью и стеничностью в форме агрессии. По мнению Собчик Л. Н., такое сочетание черт часто свойственно больным алкоголизмом. В нашем примере наблюдается постепенная алкоголизация больного, конфликтность и пренебрежение общественными нормами. Вместе с тем, в настоящее время больному свойственны раздражительность, вспыльчивость, обидчивость.

Ещё раз следует подчеркнуть, что подобные проявления не были свойственны больному ранее в такой степени или были компенсированы в условиях устойчивой и стабильной жизни. Психотерапевтическое воздействие здесь должно быть направлено на осознание больным непродуктивности его поведения. Учитывая черты ригидности, неспособность к компромиссу не следует «стыдить» больного, более продуктивным представляется повышение самооценки больного, актуализация его собственных ресурсов, способностей, присутствующих ему ранее.

Личностно-типологический профиль больного Д.



Таким образом, анализ применения опросника на выявление индивидуально-типологических особенностей среди больных, проживающих на экопатогенных территориях, показал, что в основной группе больных акцентуированный или дезадаптирующий стиль межличностного поведения проявляется при показателях больше 5 баллов по одной или нескольким осям. Особенно высоки показатели по октантам интроверсии, сензитивности, тревожности и лабильности. Одновременное повышение таких показателей, как ригидность и интроверсия, выше 5 баллов образуют в поведении такие качества, как социальная пассивность и индивидуализм, что характерно для всех изучаемых групп. Из промежуточных характеристик наименее выражены социальная активность и лидерство, располагающиеся между слабо выраженными на общем фоне показателями экстраверсии и спонтанности (менее 5 баллов). Выраженные промежуточные характеристики конформности и зависимости (показатели основных октант равно повышены), создают почву для поведения, направленного на избегание конфликта или ухода от решения проблемы и поиска щадящей социальной ниши.

Средний показатель агрессии во всех группах, включая средний показатель по общей группе, размещается в пределах гармонично развитой личности. Однако он достигает уровня акцентуации в

группе с нарушениями поведения, что в сочетании с высоким уровнем ригидности в этой группе проявляется как конфликтность в поведении.

Депрессивные проявления тесно взаимосвязаны с высокими показателями тревожности, сензитивности и интроверсии. Степень тревожных проявлений связана с такими базовыми свойствами личности, как акцентуированная тревожность, лабильность и сензитивность. А на наличие и выраженность сомато-вегетативных симптомов оказывает влияние излишняя спонтанность, лабильность и тревожность. Высокие показатели агрессии, как ведущей личностной тенденции, достоверно связаны с отсутствием или малой выраженностью депрессивных и вегетативных проявлений.

В целом, в группе больных, проживающих на экопатогенных территориях, с расстройствами адаптации преобладают свойства личности тормозимого гипостенического круга реагирования. Анализ типов расстройств адаптации с различными проявлениями показывает, что среди лиц с депрессивными и со смешанными тревожно-депрессивными нарушениями преобладают: тип гипостенического реагирования и лабильность процессов нервно-психических процессов. Для расстройств адаптации с нарушениями поведения более характерным было наличие гипертимных черт возбудимости.

А. П. Негай, Ж. Ж. Бултачиев, Н. П. Макашева,
Р. О. Сарсенова, Д. А. Абпазова, Б. С. Сабенов,
Д. Ф. Шайхутдинов

1. Расстройства адаптации с депрессивными проявлениями

Этот вариант расстройств адаптации характеризовался, прежде всего, пониженным фоном настроения до субдепрессивного уровня или депрессивного легкой степени уровня, с элементами депрессивной оценки себя, окружающего и перспективы. В клинической картине также имели место вялость, апатия, безынициативность, пассивность, симптомы раздражительной слабости. Больные с депрессивным вариантом расстройств адаптации отличались снижением побуждений, тягостными ощущениями собственной несостоятельности в социальной сфере. Больные не способны были видеть позитивных сторон, застревая на отрицательных сторонах своей жизни, а будущее рассматривалось пессимистически.

Лица с расстройствами адаптации с депрессивными проявлениями менее всех были склонны к отстаиванию своих интересов, были крайне пассивны в попытках социальной адаптации, не имея душевных сил к нормальной активности и поискам возможности реализации себя. Больные жаловались на неуверенность в себе, неспособность противостоять постоянно возникающим трудностям. Они предпочитали уходить в мир фантазий, часто представляя себя героями кинофильмов или книг, старались не думать о ситуации или отвлекаться, избегали шумных компаний, даже если раньше любили много общаться.

2. Расстройства адаптации со смешанными тревожными и депрессивными проявлениями

Этот вариант расстройств адаптации устанавливался при наличии необходимых критериев для расстройства адаптации и проявлениях в клинической картине тревожных и не достигающих выраженной глубины депрессивных нарушений, каждые из которых в отдельности не могли являться основанием для постановки другого диагноза.

Степень выраженности депрессивных нарушений не отличалась от предыдущего варианта расстройств адаптации. Соматизированная конверсия симптомов тревоги в виде головных болей, болей в области сердца без органического субстрата для этих кардиалгий, тянущими мышечными болями в спине и конечностях была характерна несколько больше.

Особенностью клинического проявления тревожных расстройств здесь являлась констелляция симптомов психической и соматической тревоги. Первые проявлялись тревожными мыслями, опасениями, направленными в будущее, порой

навязчивыми воспоминаниями о перенесенных лишениях, беспокойством и нерешительностью в принятии решений и т.п. Вторые – включали разнообразные сомато-вегетативные нарушения.

В этой группе в структуре тревожных нарушений преобладал соматический компонент тревоги, проявлявшийся в более частом, чем при других вариантах расстройств адаптации появлении полиморфных соматовегетативных проявлений. К наиболее характерным проявлениям можно отнести вазомоторную лабильность в виде частых изменений окраски кожи рук или лица, похолодания конечностей и излишней потливости, ощущение перебоев в сердце, сердцебиение, чувство нехватки воздуха, дискомфорт в эпигастриальной области, приступы головокружения, потери почвы под ногами. Такие симптомы появлялись при волнении, воспоминаниях, необходимости сделать что-то важное, в то же время их выраженность не побуждала обратиться к терапевту. Нарушения сна характеризовались, в основном, длительным периодом засыпания, когда больные не могли переключиться с неприятных и тревожных мыслей, частыми пробуждениями среди ночи. В целом, в клинической картине встречалось не более 4 - 5 описанных симптомов, не формировавших очерченных синдромальных структур.

Реагирование этих больных, в отличие от больных с депрессивными проявлениями расстройств адаптации, можно было отнести к более гиперстеничному типу. Однако, в повседневной жизни такая «гиперстеничность» оказывалась малопродуктивной и больше была направлена на ссоры в семье или среди соседей, общее беспокойство, чем на поиск реальных возможностей адаптации.

3. Расстройства адаптации с нарушениями поведения

Вариант расстройства адаптации с нарушениями поведения устанавливался при наличии в клинической картине дезадаптирующего или асоциального поведения, нарушений повседневного функционирования, социальной дезадаптации. Эмоциональные нарушения не занимали ведущего положения, проявлялись фрагментарно или в маскированном виде. Выявляемые расстройства поведения характеризовались в большинстве случаев чрезмерной раздражительностью, вплоть до агрессивности, нетерпимостью ко всему происходящему. Лица с таким вариантом расстройства адаптации зачастую демонстративно нарушают общественный порядок, ввязываются в драки по незначительным, но кажущимся оскорбительными поводам. В целом, такой вариант расстройств адаптации является деструктивно-дезадаптирующей реакцией

на изменившиеся условия жизни, *замещающий* адекватное приспособление к ним. Низкий порог рядки агрессии и раздражительности, обвинения окружающих, импульсивность были также характерны в этой группе.

Лица с данным вариантом расстройств адаптации отличались воинственно-щепетильным отношением к вопросам, связанным с правами личности, в то время, когда ущемление экономических и социальных прав реально имело место, и такая позиция могла быть психологически объяснена и понятна. В то же время такая раздраженно-негативная позиция часто мешала им самим установлению адекватных социальных контактов. Мало адекватное поведение больных не способствовало их социальной адаптации. Там, где можно было добиться большего успеха терпением и последовательными действиями, они провоцировали раздражение и ответную агрессию. Больные отличались высокой мотивацией и малопродуктивной активностью. Снижение повседневного функционирования

проявлялось в неспособности к направленной продуктивной деятельности. Больные увлекались чем-то, быстро охладевали к процессу, переключались на что-то новое, обвиняя в своих неудачах других.

Указанные нарушения поведения возникли относительно недавно, нарастая постепенно, по мере ухудшения социально-экономического положения, осознания несправедливости, происходящих с ними событий. Расстройства поведения, однако, не были постоянными глубоко укоренившимися стереотипами. Проявлялись парциально, не затрагивая всех сфер жизни больного. Так, могли иметь место скандалы в семье, с соседями, в других же значимых ситуациях больные могли вести себя сдержанно, адекватно и корректно. По степени выраженности, наличию четкой связи с длительными психотравмирующими факторами данные проявления не могли быть отнесены в рубрику F 6 – расстройства зрелой личности и поведения у взрослых или другие разделы МКБ - 10.

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

ПСИХОГИГИЕНА – КАК ПРЕВЕНЦИЯ СОЦИАЛЬНЫХ КАТАСТРОФ

С. А. Алтынбеков, Б. А. Шахметов

Одним из негативных признаков нашего времени явились социальные эпидемии и катастрофы – наркомания, ВИЧ/ СПИД, терроризм, религиозный экстремизм, игромания, трагедия в городе Шахтинске. В стране недостаточно психотерапевтов и психологов – таков один из выводов, сделанных при анализе ситуации.

В марте 1997 года Министерством здравоохранения за № 147 был издан приказ «О развитии психотерапевтической помощи в Республике Казахстан». Но, к сожалению, он не исполнен. Причина недостатка финансовых средств в стране, даже выделенные штаты были сокращены. На сегодня в стране функционирует 46 психотерапевтических кабинетов – этого явно недостаточно. В Европе на 10 000 населения приходится 1 психотерапевт, т.е. в Казахстане, по европейским меркам, должно быть 1500 психотерапевтов. Больные, нуждающиеся в психологической и психотерапевтической помощи, у нас же идут к целителям, определенная часть которых – это торговцы надеждой. Психотерапевты не дают чрезмерных обещаний, не говорят: «Я – Бог! Я излечу всех от всех болезней, оживляю мертвых».

Материалистическое, естественнонаучное образование врачей, их культура не дают возможности делать такие заявления психотерапевтам, и они проигрывают и экономически, и социально. Психотерапевты и психологи, работающие в поликлиниках, могли бы заниматься не только лечебной работой, но и психопрофилактическими и психогигиеническими мероприятиями. Влияя, таким образом, на общественное мнение и общественное сознание, они способствуют утверждению роли личного и общественного саногенного мышления и действий на здоровье личности, семьи и общества в целом.

Психогигиенические мероприятия должны разрабатываться и реализовываться не только психотерапевтами и психологами, а также педагогами, социальными работниками и санитарными врачами. В этой работе должны принимать участие представители власти всех уровней, каждый член общества.

В 1961 году в своем ежегодном обращении президент Дж. Кеннеди сказал: «Проблема № 1 для Соединенных Штатов – это психическое здоровье нации». Это было началом реформирования службы психического здоровья, психиатрической помощи населению. И они достигли многого.

Работа психотерапевтов весьма энергоёмка. Нужно учитывать, что она приближается к энергозатратам хирургов. Хирурги, как известно, живут меньше, чем представители многих специальностей в Казахстане и в России. Известный хирург

медицинского центра в Хьюстоне М. Дебеки, оперировавший Б. Ельцина, в возрасте 92 лет продолжает работать, ездит на машине Porsche стоимостью более 100000 долларов США, и жене его 30 лет. В чем причина разницы в жизни врачей Казахстана и Соединенных Штатов? Заработная плата наших медиков в 2-3 раза меньше средней по республике зарплаты и составляет 15000 – 20000 тенге. А в США медсестры получают в месяц 4000 – 5000 долларов США, врачи 8000 – 10000 долларов США. И они не будут брать кровь у бомжей и наркоманов, не будут торговать шприцами, украденными из бюджета. Дело не только в разделении финансовых потоков (платные услуги, бюджетные), а в оплате труда. Как платят, так и работают люди.

Нашему обществу, его депутатам, правительству пора вспомнить о медиках, достойной оценке их труда. Конечно, строительство нового центра по заготовке крови – это хорошо. Но не стены решают проблемы, а люди. Лишение свободы виновных, страх наказания – этого недостаточно для профилактики катастроф в будущем. Нужна работа не за страх, а за совесть, при этом нужна высокопрофессиональная работа.

Сегодня не хватает психологов, психотерапевтов и приходится приглашать их из других стран. Эта проблема не решается за месяцы. Нужны годы целенаправленной деятельности, изменение общественного сознания, обеспечение истинного приоритета здоровья, в том числе психического. Поэтому, важно развитие общественной психогигиены, национальной психогигиены, которые начинаются с психогигиены личности.

Распространение в настоящее время народного целительства – это ответ на отсутствие профессиональных психотерапевтов и психологов при наличии большого количества больных с психосоматическими заболеваниями, которые составляют от 30 до 50% больных на приеме в поликлиниках. Это больные, у которых соматические симптомы и жалобы обусловлены в основном психогенными факторами. В этих случаях весьма эффективны психотерапия и психологическая коррекция. Больные, не получая помощи в поликлиниках, идут к целителю, чаще всего на дом. И получают помощь почти всегда безотказную, но не всегда успешную. Есть случаи целительства с трагическими последствиями. Решение вопроса – это включение целителей, успешно прошедших апробацию их способностей, в состав лечебно - профилактических учреждений на хозрасчетной основе и организация их работы под контролем психиатров и психотерапевтов. Это дало

бы эффект и социальный, и экономический, провело бы отсеменение шарлатанов и сохранило бы истинных целителей.

Подготовка психотерапевтов и психологов ведется на бюджетной основе в АГИУВ, где ежегодно проходит обучение 35 - 40 медицинских психологов и психотерапевтов. В настоящее время назрела необходимость расширения подготовки специалистов, и это может быть решено созданием курса медицинской психологии и психотерапии на базе существующей более 40 лет кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии.

Психогигиена тесно связана с культурой, с её оздоровлением. Культура не может прогрессировать без талантов, девиантов, людей имеющих особое мировоззрение, мироощущение. Поэтому, нужна большая открытость для новых, в том числе молодых, одарённых людей. Прекрасный образец - «Super Star Казахстан». Это целое движение в обществе, с наполнением позитивным содержанием не только жизни молодежи, но и всего населения, в том числе родителей молодых людей, живо реагирующих и болеющих за это дело.

Наши СМИ ежедневно и достаточно ярко отражают негативные события в стране - преступления, трагедии. Гораздо реже и меньше поступает информации о хороших людях, честных, ответственных, героически исполняющих свой долг перед Родиной. Почему чаще не писать, говорить о Бекзате Саттарханове - первом олимпийском чемпионе по боксу - казахе, который посвятил свою победу 1500 - летнему юбилею родного города Туркестана, святыне всей Центральной Азии и тюркских народов. Или о лучшем боксере - чемпионе Олимпиады в Афинах, обладателе Кубка Баркера - Бахтияре Ортаеве. Помочь ему больше принести пользы молодёжи, стать самому таким же социально активным, как великий спортсмен Серик Конакбаев, кстати, его земляк.

Наше общество намного меньше информируется о святынях, батырах, героях - в отличие от тиранов, преступников и психопатов. В учебниках по психологии и других школьных учебниках, к сожалению, очень мало говорится о доброте, щедрости, доброжелательности и милосердии. А ведь ещё Аристотель писал о добродетели, как важнейшем признаке душевного здоровья человека. Не тиражируются и не популяризируются в должной мере работы

великого учителя Аль - Фараби, его социально - этические трактаты: «Бақыт жолын сілтеу», «Бақытқа жету жайында», «Қайрымды қала тұрғындарының көзқарастары». Его мысли о достижении счастья, о нравственности и сейчас актуальны не меньше, чем в далеком прошлом.

Много пишется и говорится о межнациональной розни, антисемитизме, расизме в различных странах, но мало примеров о межнациональной дружбе, филосемитизме, межнациональных браках. В нашей стране примеров стране для этого больше, чем где-либо. И совершенно не случайно в Астане прошли уже два Съезда представителей мировых и традиционных религий. Такую же работу полезно проводить в городах и аулах. Довести до сознания общества слова великого Аль - Фараби: «Вся земля была бы благословенной, если бы народы мира помогали друг другу в достижении счастья». А формула: «Я – О’кей! Ты – О’кей! Они – О’кей!» («Я - хороший! Ты – хороший! Они – хорошие!») - это формула победителя, формула жизни счастливого, душевно гармоничного человека.

В международных стандартах психического здоровья подчеркивается значение моральных качеств. Эксперты ВОЗ считают, что гений и злодейство не совместимы. Человек с ясным рассудком постоянно слышит тихий голос совести. Нашему обществу нужны, конечно, честные судьи, хорошие участковые милиционеры. И повышение им заработной платы вполне правомерно. Но обществу нужны и гуманные врачи с высоким профессионализмом, мудрые и добрые учителя для подготовки к счастливой жизни наших детей и внуков. В своем разумном стремлении войти в число пятидесяти конкурентноспособных стран, мы должны постараться войти с развитым здравоохранением и образованием. Помнить, что в этой сфере главное – это человек, и что человеческий фактор - решающий, а не стены и не оборудование, не отрицая значение материальной базы, компьютеризации. Поэтому повышение внимания к этой сфере не только Генеральной прокуратуры, но и министерства финансов, Парламента и Правительства будет способствовать адекватному ответу социальным вызовам времени, улучшит настроение самого общества, и поднимет авторитет страны, реально претендующей на высокие оценки международного сообщества.

СТРАТЕГИИ ПРЕОДОЛЕНИЯ СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЙ, ПРЕДПОЧИТАЕМЫЕ БОЛЬНЫМИ С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ

Ж. Ж. Бултачев

Проблемы копинга, т.е. совладания преодоления личности с ситуацией, приводящей к дистрессу, уходят

корнями в индивидуальный тип реагирования (Собчик Л. Н., 1988; Ялов А. М., 1996 и др.). В тоже время,

весь жизненный опыт индивида влияет на индивидуальный стиль предпочтения стратегий совладания.

Индикатор стратегии преодоления (ИСП) стресса, использовавшийся в настоящем исследовании и предложенный J. H. Amirkhan (1984-1994), является удобным инструментом измерения индивидуальных стратегий совладания (копинг-стратегий). Достоинствами ИСП являются: простота использования; валидность, доказанная автором в многочисленных работах на большом объеме материала (более 5 тысяч человек); возможность выявления более комплексного, по сравнению с другими методиками, паттерна копинг-поведения. ИСП имеет формат самоотчета с четкими инструкциями по заполнению, с кратким описанием значимого стрессового события в течение предшествующих 6 месяцев. Предлагаемых респонденту 33 вопроса о наиболее предпочитаемых формах копинга являются концентрированной вытяжкой из существующих многочисленных громоздких опросников. Ответы подразделяются на три шкалы, соответствующие трем наиболее используемым паттернам: стратегия «Решения проблемы» (отраженная в таких, например, утверждениях как «Думаю о том, что нужно предпринять, чтобы справиться с проблемой» и др.); стратегия «Поиск социальной поддержки» («Поделюсь своими проблемами с другом» и др.); стратегия «Избегания» («Смотрю телевизор больше, чем обычно» и др.). В своих работах J. H. Amirkhan доказывает, что предпочтение стратегий оказывается стабильным во времени и не зависит от типа стрессора.

ИСП характеризует основные, наиболее общие тенденции копинг-поведения, созвучные тем, которые на протяжении многих лет обсуждались в специальной литературе. Так, считающиеся продуктивными стратегии «решения проблемы» и «поиска социальной защиты», наиболее часто встречаются в литературе (Roth, Cohen, 1986) и созвучны «потребности в признании» Э. Фромма (E. Fromm, 1941) и «потребности в безопасности» (Sullivan, 1953). Стратегия «избегания» является малоадаптивной и соотносится в поведенческой таксономии Karen Horney (1945) с тенденцией move away (withdraw) – убежать, прятаться (избегать). Значения Стратегий преодоления, предложенные ИСП, представляют не только самые универсальные, но и самые постоянные из ответов на стресс (Amirkhan, J. H., 1990).

В интерпретации Ялова А. М. (1996), предпочтение стратегии избегания свойственно людям, которые отрицают причиняющий страдания опыт, искажают восприятие действительности, игнорируют те очевидные аспекты реальности, признание которых является болезненным. Для людей выбирающих этот копинг-паттерн характерна замещающая разрядка чувств на менее опасные или более доступные объекты, чем те, которые вызвали эти эмоции. Использование таких простых или более привычных стереотипов, по мнению Ялова А. М., является регрессией к более ранней стадии развития, и

препятствует использованию более успешных стратегий «решения проблемы» или «поиска социальной поддержки».

Стратегия «решения проблемы» направлена на предотвращение выражения непримиримых негативных чувств, мыслей или поведенческих реакций с помощью преувеличенного развития противоположных чувств, мыслей и реакций. В то же время, осознание только положительных и приемлемых тенденций, препятствует обращению к средовым ресурсам. Эффект «поиска социальной поддержки» носит часто ненаправленный характер, когда позитивное воздействие социальной поддержки сказывается опосредованно, через самооценку.

Результат проведенного анализа предпочитаемых больными с расстройствами адаптации стратегий преодоления показал, что достоверно большее предпочтение стратегии «избегания» ($P < 0,003$) свойственно лицам с расстройствами адаптации, по сравнению с репрезентативной группой здоровых людей по данным Amirkhan J. (1994).

При анализе модели «ожидаемого нормального распределения» предпочтений и частоты использования больными стратегий преодоления получены следующие данные. В группе больных с расстройствами адаптации низкое предпочтение стратегии «решения проблемы» (ниже границы одного стандартного отклонения от среднего значения субшкалы «решения проблемы», где одно стандартное отклонение $SD = 6,3$, а среднее значение $MD = 26,2$) встречается у 13,4% больных, против 16,3% в ожидаемом нормальном распределении. Высокое предпочтение этой стратегии встречается в 33,0% случаев, против ожидаемых 19,0% нормального распределения. Последнее различие достоверно при $P < 0,005$ и может говорить о тенденции большего предпочтения обследованными больными стратегий, направленных на разрешение стоящих перед ними проблем.

При сравнении полученных данных с данными J. Amirkhan, для популяции здоровых людей с повседневными психосоциальными стрессами – развод, конфликт на производстве, смена работы и т.д. – данная тенденция сохраняется.

Низкое предпочтение стратегии «поиска социальной поддержки» (по тем же критериям, что и в предыдущем случае, при $SD = 5,4$ и $MD = 24,1$) выявляется в 33,0% случаев, против ожидаемых в нормальном распределении 22,5%. Высокое предпочтение этой стратегии встречается у 16,0% больных, против ожидаемых 11,4%. Достоверных различий с репрезентативной группой не выявлено и говорить об устойчивых тенденциях предпочтения именно этой стратегии не представляется возможным, вопреки исходному предположению, что именно поиск социальной поддержки мог являться ведущим копинг-паттерном.

Предположения о более частом предпочтении стратегий ухода, избегания у обследуемых, подтверждается, как мы уже упоминали выше, достоверно

более частым предпочтением этой стратегии представителями исследуемой группы, по сравнению с группой здоровых людей. Высокая частота использования стратегии «избегания» наблюдалась у 31,0% лиц, против 25,0% в ожидаемом нормальном распределении, меньшее предпочтение встречалось в 11,1% случаев, против 17,8% ожидаемых, при MD = 20,5 и SD = 3,3.

Таким образом, использование стратегии «избегания» больными из экопатогенных территорий с расстройствами адаптации в преодолении своих проблем является устойчивой тенденцией.

Анализ различий предпочтения различных стратегий преодоления по типам расстройств адаптации

показал достоверно более частый выбор стратегии «избегания» в группе с депрессивными проявлениями по сравнению с группой со смешанными тревожно-депрессивными проявлениями ($t=2,1$; $P=0,046$) и группой с нарушениями поведения ($t=2,3$; $P=0,032$).

Также более частым оказалось предпочтение этой стратегии больными с депрессивными нарушениями, по сравнению с группой здоровых лиц у Amirkhan ($P < 0,005$). Средние значения по трем стратегиям преодоления и типам расстройств адаптации в сопоставлении с показателями по общей группе с расстройствами адаптации и группе здоровых лиц J. Amirkhan (1994) представлены в таблице 1.

Таблица 1

Средние значения по Индикатору Стратегии Преодоления

Группа	Стратегия «Решение проблемы»		Стратегия «поиска социальной защиты»		Стратегия «избегания»	
	MD	SD	MD	SD	MD	SD
Группа здоровых лиц (Amirkhan, 1994)	26,5	4,8	23,4	5,6	19,0	4,4
Группа расстройств адаптации (общая)	26,2	6,3	24,1	5,4	20,5	3,3
Группа с депрессивными проявлениями	26,5	4,6	24,0	6,2	21,2	2,9
Группа со смешанными проявлениями	24,2	8,0	23,6	5,5	19,5	3,1
Группа с нарушениями поведения	28,0	5,1	25,0	4,6	21,1	3,6

В модели многофакторного регрессионного анализа мы постарались выяснить, какие базовые личностно-типологические свойства влияют на тот или иной выбор стратегии преодоления.

Так, было установлено, что при усилении выраженности показателя спонтанности увеличивается частота предпочтений стратегии преодоления, направленной на решение проблемы (значимый коэффициент регрессии Beta, при $P < 0,005$), а на уменьшение предпочтения этой стратегии влияли высокие показатели тревожности ($P < 0,05$).

Среди других факторов, влияющих на выбор стратегии решения проблемы, значимыми оказались повышенные значения опросника на выявление вегетативных изменений ($P < 0,05$) и высокие (от 30 до 55 баллов) показатели шкалы Шихана.

Лица с преобладанием депрессивных проявлений (средней степени по шкале Занга) значительно реже выбирали эту стратегию ($P < 0,00001$). Больные с повышенной сензитивностью, заниженной самооценкой, зависимостью от мнения значимых авторитетных людей, и в то же время коммуникабельные, чаще других предпочитали стратегию поиска социальной поддержки. Очевидно это связано с тем, что часто эффект поддержки

социальной среды сказывается опосредованно, через повышение самооценки.

Увеличение выраженности вегетативных симптомов также влияло на предпочтение этой стратегии ($P < 0,0005$), что может быть связано с потребностью больных получить поддержку, поделиться своими проблемами, успокоиться. В тоже время, наличие выраженных тревожных проявлений (по шкале Шихана) так же, как и при выборе стратегии решения проблемы, побуждало больных избегать контактов, не провоцировать новые тревожащие события. Выбор стратегии поиска социальной поддержки у таких лиц достоверно снижался ($P < 0,005$).

Предпочтение стратегии избегания уменьшалось при увеличении спонтанности ($P < 0,05$) и экстраверсии ($P < 0,005$), что коррелирует с тем, что лица с выраженным показателем спонтанности и тенденции к лидерству направлены больше на решение проблем, стоящих перед ними.

Женщины чаще ($P < 0,005$) использовали для достижения своих целей стратегию, направленную на решение проблемы, а мужчины ($P < 0,005$) предпочитали стратегию избегания.

Как стратегия преодоления, избегание и уход от проблем, чаще наблюдалось у одиноких, не имеющих

семьи людей ($P < 0,005$). Это может быть связано с отсутствием мотивации к использованию более активных копинг-стратегий.

Таким образом, предпочтение тех или иных стратегий преодоления стрессовых ситуаций было связано с такими индивидуально-личностными свойствами, как сензитивность, тревожность, экстраверсия и спонтанность в большей мере, чем с другими базовыми характеристиками личности. Значимые корреляции с социально-демографическими показателями разрознены и не могут объяснить модели выбора копинг-стратегии. Взаимосвязи клинических проявлений и предпочитаемых стратегий достаточно значимы, чтобы утверждать, что наибольшее предпочтение стратегии «избегания» свойственно лицам

с расстройствами адаптации с депрессивными проявлениями.

«Помня заповеди корифеев медицины, мы должны ориентироваться не на болезнь, а на больного, учитывать его преморбидные свойства, личностную основу, которая в значительной степени предопределяет социальные реакции и болезненные проявления, и индивидуализированный выбор фармакологической и психотерапевтической помощи» (Собчик Л. Н., 1998). Применение ИТО и ИСП в проведенном исследовании способствовало пониманию механизмов возникновения и проявления клинически выраженных расстройств у больных из экопатогенных территорий, анализу предпочитаемых копинг-стратегий в целях индивидуализации психокоррекционного и реабилитационного воздействия.

РЕЦЕНЗИЯ НА РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ П. И. СИДОРОВА, А. Г. СОЛОВЬЕВА, И. А. НОВИКОВОЙ / ПОД РЕД. АКАД. РАМН П. И. СИДОРОВА «ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА: РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ». - М.: МЕДПРЕСС-ИНФОРМ, 2006, 568 С.

Психосоматическая медицина сегодня особенно актуальна, так как наблюдается рост числа случаев заболеваемости психосоматическими расстройствами и отмечается невысокая эффективность традиционного лечения данной категории больных. Страдающие психосоматическими расстройствами длительное время, а иногда и годами, безуспешно лечатся у врачей разных специальностей, что связано со сложностями взаимовлияния психической и соматической сфер.

Рецензируемая книга – плод многолетней работы авторов по проблемам психосоматической медицины. Центральной темой руководства является рассмотрение вопросов этиологии, патогенеза, клиники, диагностики психосоматических расстройств, а также терапии и реабилитации пациентов с данной патологией.

В книге приводятся собственные данные по изучению психофизиологических, психологических особенностей и качества жизни пациентов с психосоматическими заболеваниями общесоматической сети. Представлены новые методики исследования качества жизни, разработанные авторами. Изложены подходы к психотерапии и основные направления медико-психосоциальной помощи пациентам с психосоматическими заболеваниями, основанные на разработанной авторами системно-динамической концепции.

Книга состоит из 4 разделов (21 глава), введения и заключения.

I раздел касается теоретико-методологических аспектов психосоматической медицины. В нем авторами рассмотрены различные подходы к определению и классификации психосоматических расстройств, их этиология; концепции и патогенез психосоматических заболеваний. Подчеркивается, что в современной медицине раздел, связанный с психосоматической медициной, представляет клинические, психологические, эпидемиологические и лабораторные исследования, освещающие различные аспекты биологических и психосоциальных соотношений. В разных странах к психосоматическим принято относить заболевания: от классических психосоматических расстройств до практически всех известных в настоящее время, опосредованно зависящих от стрессовых факторов болезней. Указывается, что к собственно психосоматическим болезням относят, в первую очередь, ишемическую болезнь сердца, гипертоническую болезнь, язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, бронхиальную астму, сахарный диабет и некоторые другие. Авторы занимались изучением данных заболеваний.

В разделе приводятся различные механизмы действия стресса на организм человека. Приведение этих данных полезно в силу того, что первопричиной психосоматических расстройств являются стрессы. Авторами подчеркивается, что проблемы взаимоотношения тела и психики имеют древнюю историю. Длительное время психосоматика существовала, как область обыденной жизни человека, и только в 1818 году появился термин «психосоматика». В XX веке психосоматическая медицина стала активно развиваться, как самостоятельное направление в медицине. Становление концепций о психосоматических расстройствах шло от создания однолинейной жесткой схемы до существующей в настоящее время многофакторных моделей, учитывающих взаимодействие множества физиологических и психосоциальных факторов. Авторами приводится обоснование разработанной собственной системно-динамической концепции развития психосоматического заболевания, включающей этапы социо-, психо- и патогенеза.

II раздел книги посвящен общим вопросам психосоматической медицины. В нём анализируются клинко-эпидемиологические аспекты психосоматических заболеваний, психофизиологические особенности больных и вопросы качества жизни. В руководстве приводятся данные о распространенности психосоматических расстройств по сведениям российских и зарубежных авторов.

В разделе указывается, что исследования с помощью такого метода, как электроэнцефалография у психосоматических больных немногочисленны, и пока данные относительно электроэнцефалографических психосоматических коррелятов противоречивы. Но, тем не менее уставлены общие особенности, характерные для большинства психосоматических больных в виде депрессивного характера б-ритма и увеличения амплитуды его в лобной области, что можно объяснить наличием выраженных нарушений в психоэмоциональной сфере, которая связана с электрической активностью головного мозга.

Авторами обнаружены общие психофизиологические характеристики, свойственные пациентам с психосоматическими заболеваниями, в виде слабого и средне-слабого типов нервной системы, низких значений эргичности и высоких – эмоциональной неустойчивости, которые, скорее всего, обуславливают индивидуальную реакцию пациентов на психоэмоциональный стресс, способствуя тем самым возникновению психосоматических заболеваний.

В III разделе книги представлены частные аспекты психосоматических болезней. В нем рассмотрены

особенности таких расстройств, как: артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь, бронхиальная астма, сахарный диабет, ревматоидный артрит, ожирение, синдром психического выгорания, соматоформные и соматопсихические расстройства, онкологические заболевания, посттравматические стрессовые расстройства. Авторами проанализированы распространенность, этиология и патогенез, роль стрессовых факторов в возникновении и течении заболеваний, принципы диагностики. Много места отведено описанию психологических особенностей больных, как по данным различных авторов, так и результатам собственных исследований. Вопросы качества жизни больных с различными нозологическими формами психосоматозов рассмотрены с медицинских, психологических и социальных позиций. В каждой из глав представлены особенности современной терапии заболеваний. Психотерапия занимает одно из ведущих мест при оказании помощи данной категории больных. В связи с чем представлены особенности применяемых методов и техник при каждой из нозологических форм. Главы иллюстрируются описанием собственных клинических случаев, наблюдавшихся авторами в практике.

IV раздел книги посвящен лечебно-реабилитационным программам в психосоматической клинике. В нем анализируются особенности лечения и реабилитации психосоматических больных, а также вопросы психопрофилактики. Несмотря на то, что при освещении частных вопросов психосоматики авторы рассматривали особенности терапии больных, в этой части они сочли необходимым остановиться более подробно на общих принципах психофармакотерапии и психотерапии. Приводятся особенности показаний, соматотропных эффектов, уровней безопасности приема и побочных эффектов препаратов групп транквилизаторов, антидепрессантов, ноотропов и нейролептиков. Отмечено, что наряду с медикаментозным и психотерапевтическим лечением при психосоматических расстройствах также могут использоваться физические и

курортные факторы, направленные на устранение нейровегетативных и нейросоматических дисфункций, например многие физиотерапевтические методы.

Подчеркивается, что при лечении психосоматических больных широко применяются различные методы психотерапии: психоаналитическая психотерапия, гипнотерапия, аутогенная тренировка, внушение и самовнушение, поведенческая терапия, личностно-ориентированная, групповая, когнитивная, поддерживающая, телесно-ориентированная психотерапия. Авторами приводятся результаты применения позитивной психотерапии в помощи больным сахарным диабетом 1 и 2 типов, а также психотерапии, основанной на системно-динамической концепции.

Указывается, что в последние годы большое внимание уделяется разработке новых подходов в реабилитации психосоматических пациентов, основанных на самопомощи, реабилитационной концепции и психотерапевтических аспектах. Рассмотрена разработанная авторами программа медико-психосоциальной помощи больным, включающая профилактический, диагностический, лечебный и реабилитационные этапы. В разделе анализируется роль психопрофилактики и психогигиены в профилактике психосоматических расстройств.

В заключении авторами освещаются стратегии развития психосоматической медицины. Наиболее важными ее проблемами в настоящее время являются: появление новых направлений и разработка новых методик исследования психосоматических пациентов, создание новых организационных форм оказания медицинской и профилактической помощи. Развитие психосоматики сегодня связано и с появлением на Западе профильных журналов, которые в нашей стране до сих пор отсутствуют.

Учебное пособие является незаменимым, прежде всего, для врачей общесоматической сети, а также психотерапевтов, хотя и психологи и специалисты по социальной работе могут найти здесь немало новых и полезных для своей работы сведений.

Заведующий кафедрой психотерапии,
медицинской психологии и сексологии
Государственного учреждения
дополнительного профессионального
образования Российской медицинской академии
последипломного образования, президент
Азиатской Федерации Психотерапии,
доктор медицинских наук, профессор

В. В. Макаров

РЕЗЮМЕ

ПОЛЮС ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ – ПРОБЛЕМЫ ИДЕНТИФИКАЦИИ

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 метамоделли социальной психотерапии.

Ключевые слова: психическое, психологическое здоровье; функциональный подход; индикаторы здоровья; психотерапия.

К ВОПРОСУ О ТАКТИКЕ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

М. Ю. Любченко, Л. Л. Мациевская

В статье представлен обзор современного состояния проблемы психосоматических расстройств и психотерапевтических приемов, применяемых в психотерапии психосоматических расстройств. Предложенные методы подвергаются анализу, с точки зрения их эффективности, в ходе психотерапевтического процесса. Представляется целесообразным также использование психодиагностических методик, выявляющих патогенетические механизмы формирования психосоматических расстройств и возможность контроля эффективности терапии последних. Раскрыты перспективы и преимущества использования метода позитивной психотерапии Носсрата Пезешкиана в Казахстане, учитывающие социокультуральные традиции и этнографический опыт наций, населяющих республику Казахстан.

Ключевые слова: алекситимия, эмоциональная неустойчивость, фрустрация, психологический портрет личности, психосоматическая патология.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПИИ

Т. Ф. Потапова

В настоящем сообщении приводится анализ работы с лицами, обучающимися психотерапии и являющихся участниками группового процесса. В 2005 году они были обследованы с помощью проективного рисунка «человек», «человек противоположного пола» и «человек под дождем» до и после проведения динамической психоаналитической психотерапии и общего курса психотерапии. Получены достоверные данные, свидетельствующие об изменении их психического состояния в ходе ведения группы. Сделаны соответствующие выводы, касающиеся психологических особенностей лиц – профессионалов в области психологии и психотерапии.

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ВЫЯВЛЕННЫХ У ОБСЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ПРИАРАЛЬЯ

С. А. Алтынбеков, Ж. Ж. Бултачиев, А. П. Негай, Д. А. Абпазова,
Р. О. Сарсенова, Н. П. Макашева, Б. С. Сабенов, Д. Ф. Шайхутдинов

Наиболее часто наблюдались расстройства, связанные со стрессом, и субклинические нарушения психического здоровья. Среди больных женщин несколько выше удельный вес расстройств адаптации, среди мужчин – посттравматических стрессовых расстройств.

В структуре расстройств у большей части пациентов с пограничными психическими расстройствами преобладает тревожная и субдепрессивная симптоматика, с выраженными соматовегетативными проявлениями. В подавляющем большинстве случаев появление расстройств связано с экопатогенными факторами и сопровождающими их психосоциальными стрессовыми событиями или ситуациями.

РОЛЬ ПМСП В ОХРАНЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Б. А. Шахметов, М. Д. Хамзамулина, Т. С. Букашов

В статье рассматриваются вопросы интеграции психиатрической помощи в ПМСП. Описываются преимущества интеграции, организации взаимодействия с врачами общей практики (ВОП). Обращается внимание на подготовку кадров ПМСП по вопросам охраны психического здоровья.

Ключевые слова: психиатрическая помощь, интеграция, врачи общей практики.

ПОЛИТИКА МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ В КАЗАХСТАНЕ НА УРОВНЕ ПМСП

Б. А. Шахметов, М. Д. Хамзамулина, Н. Т. Исмаилова

В статье описываются основные характеристики политики ментального здоровья в Казахстане на уровне ПМСП. Уточняются основные проблемы амбулаторной психиатрической помощи на сегодняшний день. Рассматриваются причины не укомплектованности кадров. Описываются новые подходы в организации психиатрической помощи на уровне ПМСП.

Ключевые слова: ПМСП, ментальное здоровье, психиатрическая помощь.

ПОДХОДЫ К РЕФОРМИРОВАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НА УРОВНЕ ПМСП

Б. А. Шахметов, М. Д. Хамзамулина, И. Ф. Хамитов

В статье, на основании рекомендаций ВОЗ, рассматриваются вопросы обеспечения службы охраны психического здоровья в структуре ПМСП, приобщение сотрудников ПМСП к решению вопросов укрепления психического здоровья населения. Рассматриваются пути преодоления сложившейся ситуации в психиатрической помощи.

Ключевые слова: ВОЗ, психическое здоровье, ПМСП, интеграция.

НЕЙРОЛИНГВИСТИЧЕСКОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ В ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОЗАВИСИМОСТИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ ФЕНОМЕНА АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ И ОПТИМАЛЬНОГО КОМФОРТНОГО СОСТОЯНИЯ

С. А. Алтынбеков, Б. А. Шахметов

В статье рассматриваются пути повышения эффективности медико-социальной реабилитации (МСР), создание бригад МСР в наркоучреждениях. Для повышения эффективности мер всех 3 уровней предлагается модель изменений в сознании при НЛП с использованием феномена антинаркотической устойчивости (ФАНУ) и понятия оптимальное комфортное состояние (ОКС), что дает возможность максимально уяснить ресурсы (задачи) личности для достижения цели оптимального комфортного состояния (ОКС).

Ключевые слова: медико-социальная реабилитация (МСР), нейролингвистическое программирование (НЛП), феномен антинаркотической устойчивости (ФАНУ), оптимальное комфортное состояние (ОКС).

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ

С. А. Алтынбеков, Ж. Ж. Бултачеев

Согласно МКБ - 10 под расстройствами адаптации понимают состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, обычно препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому событию. В нашем исследовании была установлена чёткая причинная взаимосвязь возникновения расстройства и наличия экопатогенного стрессового фактора или события, связанного с адаптацией к новым социально-экономическим условиям.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ

С. А. Алтынбеков, Ж. Ж. Бултачеев, А. П. Негай,
Р. О. Сарсенова, Н. П. Макашева, Д. А. Абпазова,
Б. С. Сабенов, Д. Ф. Шайхутдинов

В настоящем исследовании для определения выраженности депрессивных проявлений использовался тест субъективной оценки депрессии Занга, учитывающий баланс выраженности симптомов позитивной («Я чувствую себя полезным и нужным») и негативной окраски («Я замечаю потерю веса»). Шкала самооценки депрессии Занга показала себя достоверным инструментом в оценке депрессии в других исследованиях расстройств адаптации.

Степень выраженности вегетативных изменений их структура определялись с помощью опросника на выявление вегетативных изменений, разработанного А. М. Вейном.

Опыт нашего исследования показывает, что при большей длительности расстройства клинические проявления все более тяготеют к оформленным клиническим синдромальным структурам, и по своей форме становятся в ряду невротических состояний или неврозов, в свете принятого в отечественной психиатрии нозологического подхода. Ранняя реабилитация и терапия таких расстройств будут способствовать лучшей адаптации, и препятствовать развитию более тяжелых форм невротических расстройств.

ДИНАМИКА ЭЭГ ДО И ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ИНТРАДУРАЛЬНОЙ НЕВРИНОМЫ С-2 КОРЕШКА СПИННОГО МОЗГА

В. А. Асанов, Л. В. Киселева

Сравниваются электроэнцефалограммы до и после удаления интрадуральной невриномы С-2 корешка спинного мозга. Делается вывод о том, что изменения на ЭЭГ были связаны с поражением ЦНС именно на этом уровне, так как после удаления причины поражения (невриномы), картина ЭЭГ пришла практически в норму. Отмечается новизна этого наблюдения, так как ранее подобной картины ЭЭГ при данной локализации поражения ЦНС в литературе найдено не было.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ В ГРУППАХ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ

Ж. Ж. Бултачеев

В целом, в группе больных, проживающих на экопатогенных территориях, с расстройствами адаптации преобладают свойства личности тормозимого гипостенического круга реагирования. Анализ типов расстройств адаптации с различными проявлениями показывает, что среди лиц с депрессивными и со смешанными тревожно-депрессивными нарушениями преобладают тип гипостенического реагирования и лабильность процессов нервно-психических процессов. Для расстройств адаптации с нарушениями поведения наличие гипертимных черт возбудимости было более характерно.

ЛИЧНОСТНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ

Ж. Ж. Бултачиев

При непрекращающемся объективном воздействии стрессогенных социальных факторов, обусловленных современным социально-экономическим положением в сочетании с субъективно завышенными ожиданиями, недооценкой ситуации, возникает длительное психическое напряжение и прорыв барьера психической адаптации с развитием различной степени выраженности психических нарушений. Неадекватное средовое воздействие может усиливать ведущие тенденции личностных свойств, что затрудняет адаптацию личности к новым условиям, часто ведет к развитию невротических психических расстройств. В работах ряда авторов неоднократно подчёркивалось значение преморбидных свойств личности в развитии и течении невротических расстройств. Так, по мнению Собчик Л. Н., больные с невротическими расстройствами обладают определенной предрасположенностью, проявляющейся повышенной тревожностью и низким порогом восприятия к средовым воздействиям, благодаря чему даже обычные житейские трудности приводят к состоянию психической дезадаптации.

ВАРИАНТЫ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ

А. П. Негай, Ж. Ж. Бултачиев, Н. П. Макашева,
Р. О. Сарсенова, Д. А. Абпазова, Б. С. Сабенов,
Д. Ф. Шайхутдинов

По степени выраженности, наличию чёткой связи с длительными психотравмирующими факторами данные проявления не могут быть отнесены в рубрику F 6 – расстройства зрелой личности и поведения у взрослых, т.е. с точки зрения психопатологии они не являются специфическими, они должны быть отнесены к расстройствам связанным со стрессом и соматоформными расстройствами F4.

ПСИХОГИГИЕНА – КАК ПРЕВЕНЦИЯ СОЦИАЛЬНЫХ КАТАСТРОФ

С. А. Алтынбеков, Б. А. Шахметов

В статье рассматриваются вопросы организации психотерапевтической помощи, отмечается недостаток психотерапевтов и психологов в стране. Подчеркивается значение психогигиенических мероприятий в формировании общественного сознания, саногенного мышления на здоровье личности, семьи и общества в целом. Рассматриваются вопросы подготовки кадров, роль СМИ и общества в формировании психического здоровья населения.

Ключевые слова: психогигиена, социальные катастрофы, превенция.

СТРАТЕГИИ ПРЕОДОЛЕНИЯ СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЙ, ПРЕДПОЧИТАЕМЫЕ БОЛЬНЫМИ С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ

Ж. Ж. Бултачиев

Проблемы копинга, т.е. совладания преодоления личности с ситуацией, приводящей к дистрессу, уходят корнями в индивидуальный тип реагирования (Собчик Л. Н., 1988; Ялов А. М., 1996 и др.). В тоже время, весь жизненный опыт индивида влияет на индивидуальный стиль предпочтения стратегий совладания. Применение ИТО и ИСП в проведенном исследовании способствовало пониманию механизмов возникновения и проявления клинически выраженных расстройств у больных, проживающих на экопатогенных территориях, анализу предпочитаемых копинг-стратегий в целях индивидуализации психокоррекционного и реабилитационного воздействия.

SUMMARY

POLE OF MENTAL HEALTH - PROBLEM OF IDENTIFICATION

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.

TO A QUESTION ON TACTICS AND EFFICIENCY OF A PSYCHOTHERAPY OF THE PSYCHOSOMATIC PATIENTS

M. U. Ljubchenko, L. L. Matsijevskaya

In clause the review of a modern status of a problem of psychosomatic disorders and psychotherapeutic receptions applied in a psychotherapy of psychosomatic disorders is represented. The offered methods are exposed to the analysis, from the point of view of their efficiency, during the psychotherapeutic process. Usage of psychodiagnostic techniques revealing pathogenetic mechanisms of formation of psychosomatic disorders and possibility of a control of efficiency of therapy last is represented expedient also. The perspectives and advantages of usage of a method of a positive psychotherapy of Nossrat Pezeshkian in Kazakhstan which is taking into account the sociocultural traditions and ethnographic experience of nations occupying Republic of Kazakhstan are disclosed.

Keywords: alexitymia, emotional instability, frustration, psychological portrait of the person, psychosomatic pathology.

USAGE OF PROJECTIVE RESEARCH TECHNIQUES DURING THE PROCESS OF PSYCHOTHERAPY

T. F. Potapova

In the present message the operational analysis with the persons, learning psychotherapy and being the participants of the group process is given. In 2005 they were inspected with the help of a projective figure «man», «the man of an opposite sex» and «the man under a rain» before conducting a dynamic psychoanalytical psychotherapy and a common course of a psychotherapy. The reliable data showing of change of their mental condition during support of group is obtained. The appropriate outputs touched of psychological features of the persons - professionals in the field of psychology and psychotherapy are made.

CLINICAL STRUCTURE OF MENTAL DISORDERS DETECTED FOR INSPECTED PATIENTS OF PRIARAL REGION

S. A. Altynbekov, Zh. Zh. Bultacheyev, A. P. Negay,
D. A. Abpazova, R. O. Sarsenova, N. P. Makasheva,
B. S. Sabenov, D. F. Shaikhutdinov

Disorders bound with a stress, and subclinical violations of mental health were more often supervised. Among sick women the specific gravity of disorders of adapting, among the men - posttraumatic stress disorders is a little bit higher.

In frame of disorders for the greater part of the patients with boundary mental disorders the anxious and subdepressive symptomatology, with expressed somatic vegetative manifestations are dominated. In overwhelming

majority of cases appearance of disorders connected with ecopathogenic factors and psychosocial events or situations accompanying them.

ROLE OF PRIMARY MEDICAL SANITARIAN AID (PMSA) IN PROTECTION OF MENTAL HEALTH

B. A. Shakhmetov, M. D. Khamzamalina, T. S. Bukashov

In clause the questions of integration of the psychiatric help in PMSA are surveyed. The organizations of interaction with the doctors of common practice (DCH) are featured advantage of integration. It is paid attention to training of personnel of PMSA on the questions of protection of mental health.

Keywords: psychiatric help, integration, doctors of common practice.

POLICY OF MENTAL HEALTH IN KAZAKHSTAN AT A LEVEL OF PMSA

B. A. Shakhmetov, M. D. Khamzamalina, N.T. Izmailova

In clause the basic performances of policy of mental health in Kazakhstan at a level of PMSA are featured. The main problems of the out-patient psychiatric help for today are improved. The reasons not укомплектованности of frames are surveyed. The new approaches in organization of the psychiatric help at a level of PMSA are featured.

Keywords: PMSA, mental health, psychiatric help.

THE APPROACHES TO REFORMING THE PSYCHIATRIC SERVICE AT A LEVEL OF PMSA

B. A. Shakhmetov, M. D. Khamzamalina, I. F. Khamitov

In clause, on the basis of the guidelines of World Health Organisation (WHO), the questions of supporting the service of protection of mental health in frame of PMSA attaching the employees of PMSA to solution of questions of strengthening of mental health of the population are surveyed. The paths of overcoming of the folded situation in the psychiatric help are surveyed.

Keywords: WHO, mental health, PMSA, integration.

NEIROLINGUISTICAL PROGRAMMING (NLP) IN THERAPY AND PROPHYLAXIS OF DRUG ADDICTION WITH INCLUSION OF A PHENOMENON OF ANTINARCOTIC STABILITY AND OPTIMUM COMFORTABLE STATUS

S. A. Altynbekov, B. A. Shakhmetov

In clause the paths of rise of efficiency of medical-social rehabilitation (MSR), creation of crews of MSR in narcological centers are surveyed. For the rise of efficiency of measures of all 3 levels are offered model of changes in consciousness at NLP with usage of a phenomenon of antinarcotic stability (PAS) and concept an optimum comfortable status (OCS), that enables maximum to understand resources (tasks) of the person for achievement of the purpose of an optimum comfortable status (OCS).

Keywords: medical social rehabilitation (MSR), neurolinguistical programming (NLP), phenomenon of antinarcotic stability (PAS), optimum comfortable status (OCS).

CLINICAL FEATURES OF DISORDERS OF ADAPTATION

S. A. Altynbekov, Zh. Zh. Bultacheyev

According to International Classification of Diseases (ICD) - 10 as disorders of adapting perceive statuses of subjective distress and emotional disorder, usually prohibiting to social operation and productivity and existing during the period of adapting to considerable change in life or stress event. In our research the legible causal intercoupling of rise of disorder and presence of ecopathogenetic stress factor or event bound with adaptation to new socio economic conditions was placed..

RESULTS OF PSYCHODIAGNOSTICAL RESEARCH OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF DISORDERS OF ADAPTATION

S. A. Altynbekov, Zh. Zh. Bultacheyev, A. P. Negay,
R. O. Sarsenova, N. P. Makasheva, D. A. Abpazova,
B. S. Sabenov, D. F. Shaikhutdinov

In the present research for definition of an expressiveness of depressive manifestations the test of a subjective estimation of depression by Zang was used, taking into account the balance of an expressiveness of signs positive («I feel useful and necessary») and negative colouring («I note losses of a weight»). The scale of a self-rating of depression of Zang has shown itself as the authentic tool in a rating of depression in other researches of disorders of adaptation.

Degree of manifestation of vegetative changes their frame were defined with the help of the questionnaire for revealing of vegetative changes developed by A. M. Wain.

The experience of our research shows, that at the greater duration of disorder the clinical manifestations more and more gravitate to the made out clinical syndromal frames, and according to their form become in a number of neurotic statuses or neuroses, in the light of the nosological approach, received in domestic psychiatry. An early aftertreatment and therapy of such disorders will promote the best adaptation, and will handicap the development of more serious forms of neurotic disorders.

DYNAMICS OF EEG BEFORE DELETING AN INTRADURAL NEURINOMA C-2 OF A ROOT OF A SPINAL CORD

V. A. Asanov, L. V. Kiseljova

The electroencephalograms before deleting an intradural neurinoma C-2 of a root of a spinal cord are compared. It is judged that the changes of EEG were connected with a lesion CNS just at this level, as after deleting a reason of a lesion (neurinoma), the pattern of EEG has come practically in standard. The novelty of this observation is scored, as before a similar pattern of EEG at the given localization of a lesion of CNS in the literature was not retrieved.

INDIVIDUALLY-TYPOLOGICAL FEATURES IN GROUPS WITH VARIOUS TYPES OF DISORDERS OF ADAPTATION

Zh. Zh. Bultacheyev

As a whole, in group of patients living in ecopathogenetic territories with disorders of adaptations the properties of the person of hindering hyposthenic circle of reacting are prevailed. The analysis of types of disorders of adaptation with various manifestations shows that among the persons with depressive and with mixed anxiety - depressive disorders the type of hyposthenic reacting and labiality of processes of psychological processes are prevailed. For disorders of adaptation with behaviour disorders the presence of hypertimic features of an excitability was more characteristic.

PERSONAL-TYOLOGICAL FEATURES OF THE PATIENTS WITH DISORDERS OF ADAPTATION

Zh. Zh. Bultachev

At incessant objective effect of stressogenic social factors stipulated by a modern socio economic position in combination to subjectively overestimated waitings, the underestimation of a situation, arises long-lived mental strain and outbreak of a barrier of mental adapting with development of a various degree of manifestation of mental violations. The inadequate environmental effect can magnify the carrying on tendencies of personal properties, that impedes adapting the person to new conditions which often carries on to development of neurotic alienations. In their research work a number of authors repeatedly emphasize the value of premorbidal properties of the person in development and current of neurotic disorders. So, according to L.N Sobchik's opinion the patients with neurotic disorders have particular pre-disease state displaying as raising of anxiety and low threshold of perception to environmental effects, due to what even the usual everyday difficulties give in a status of a mental disadaptation.

VARIANTS OF DISORDERS OF ADAPTATION

A. P. Negay, Zh. Zh. Bultachev, N. P. Makasheva,
R. O. Sarsenova, D. A. Abpazova, B. S. Sabenov,
D. F. Shaikhutdinov

On a degree of manifestation, presence of legible link with long-lived psychotraumatic factors the given manifestations can not be referred in a heading F 6 - disorder of the mature person and behaviour of the adult, i.e. from the point of view of psychopathology they are not particular, they should be referred to disorders by bound with a stress and somatoform disorders F4.

PSYCHOHYGIENE AS PREVENTION OF SOCIAL CATASTROPHES

S. A. Altynbekov, B. A. Shakhmetov

In clause the questions of organization of the psychotherapeutic help are surveyed, the lack psychotherapists and psychologists in the country is scored. The value of psychogenic measures in creation of public consciousness, sanogenic of intellection on health of the person, monogynopaedium and society as a whole is underlined. The questions of training of personnel, role of Mass Media and society in creation of mental health of the population are surveyed.

Keywords: a psychohygiene, social catastrophes, prevention.

THE STRATEGIES OF OVERCOMING OF STRESS SITUATIONS, PREFERRED BY PATIENTS WITH DISORDERS OF ADAPTING

Zh. Zh. Bultachev

The problems of coping i.e. getting over of overcoming of the person with a situation resulting in distress, leave by the radicals in the individual type of reacting (Sobchik L. N., 1988; Yalov A. M., 1996 etc.). At the same time, all biotic experience of the individual influences individual style of preference of the strategy of getting over. The application of these strategies in the conducted research promoted the comprehension of mechanisms of rise and manifestation clinical expressed disorders of patients, living on ecopathogenic terrains, analysis of the preferred coping-strategies with the purposes of personalising of psychocorrection and rehabilitation effect.